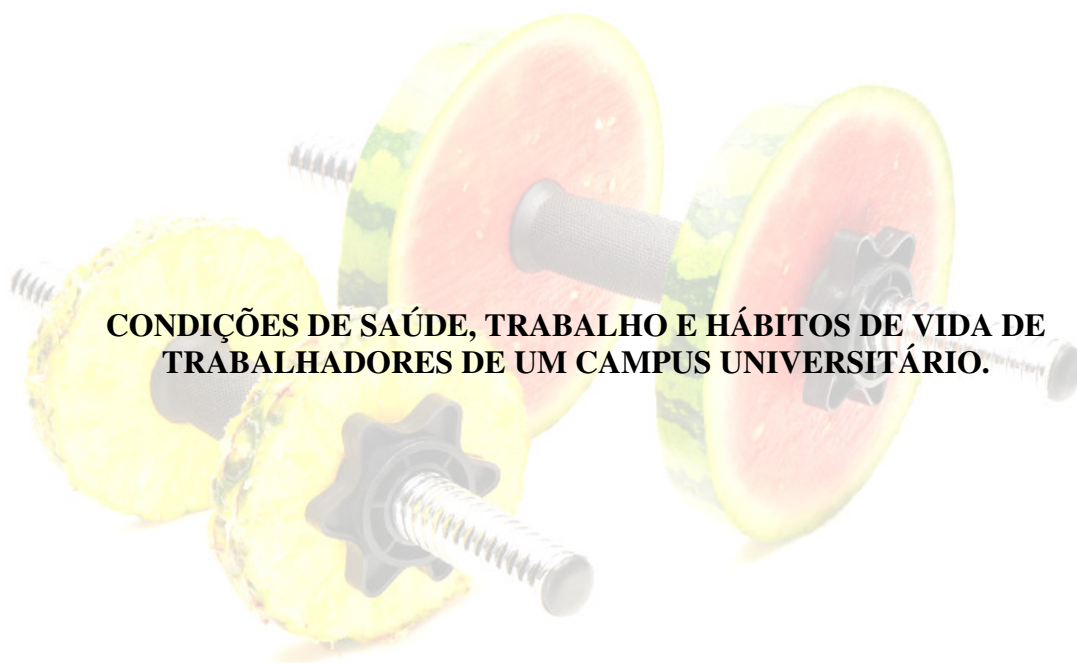


UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO MESQUITA FILHO”

Faculdade de Medicina de Botucatu

Departamento de Enfermagem

Nadia Cecilia Castilho Dini



**CONDIÇÕES DE SAÚDE, TRABALHO E HÁBITOS DE VIDA DE
TRABALHADORES DE UM CAMPUS UNIVERSITÁRIO.**

Orientadora: Profª Drª Maria Antonieta De Barros Leite Carvalhaes

Co-Orientadora: Profª Drª Maria Cristina Pereira Lima

BOTUCATU

2013

NADIA CECILIA CASTILHO DINI

**CONDIÇÕES DE SAÚDE, TRABALHO E HÁBITOS DE VIDA DE
TRABALHADORES DE UM CAMPUS UNIVERSITÁRIO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional - da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” para Obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Antonieta De Barros Leite Carvalhaes

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cristina Pereira Lima

BOTUCATU

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Dini, Nadia Cecília Castilho.

Condições de saúde, trabalho e hábitos de vida de trabalhadores de um
campus universitário / Nadia Cecília Castilho Dini. – Botucatu : [s.n.], 2012

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu

Orientador: Maria Antonieta De Barros Leite Carvalhaes.

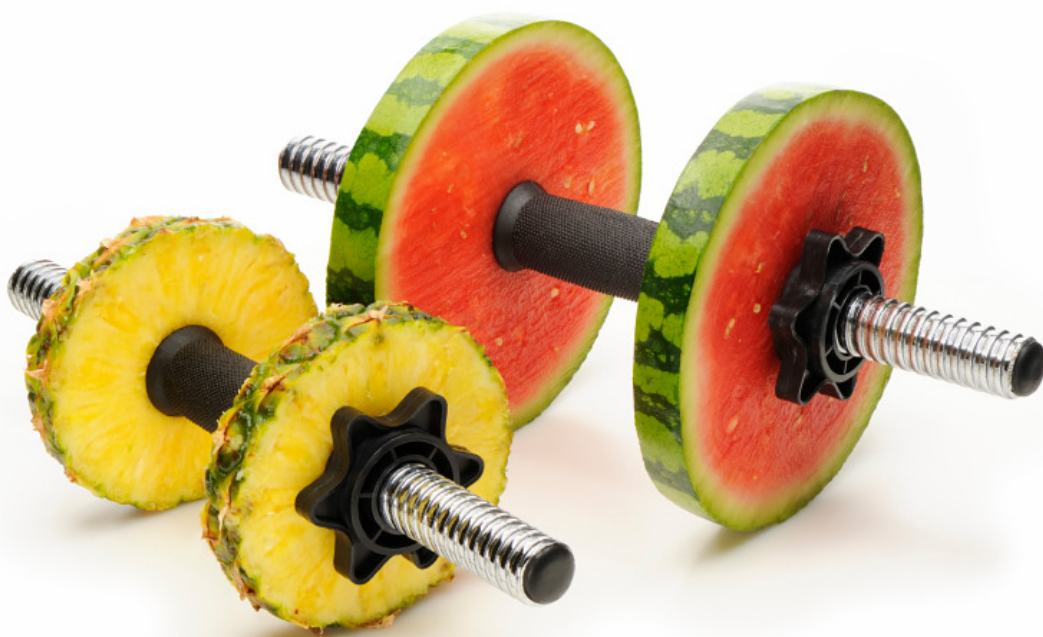
Coorientador: Maria Cristina Pereira Lima

Capes: 40406008

1. Trabalhadores - Aspectos da saúde. 2. Indicadores de saúde.
3. Universidade e faculdades públicas - Servidores públicos. 4. Doenças
crônicas. 5. Enfermagem de saúde pública.

Palavras chaves: Condições de trabalho; Condições de Saúde; Doença Crônica.

Dedicatória



Ao meu esposo que participou passo a passo dessa etapa da minha vida.

Obrigada pela companhia, compreensão e apoio.

Você me incentivou a continuar nessa caminhada.

Aos meus pais que sempre colocaram os estudos em primeiro lugar na minha vida.

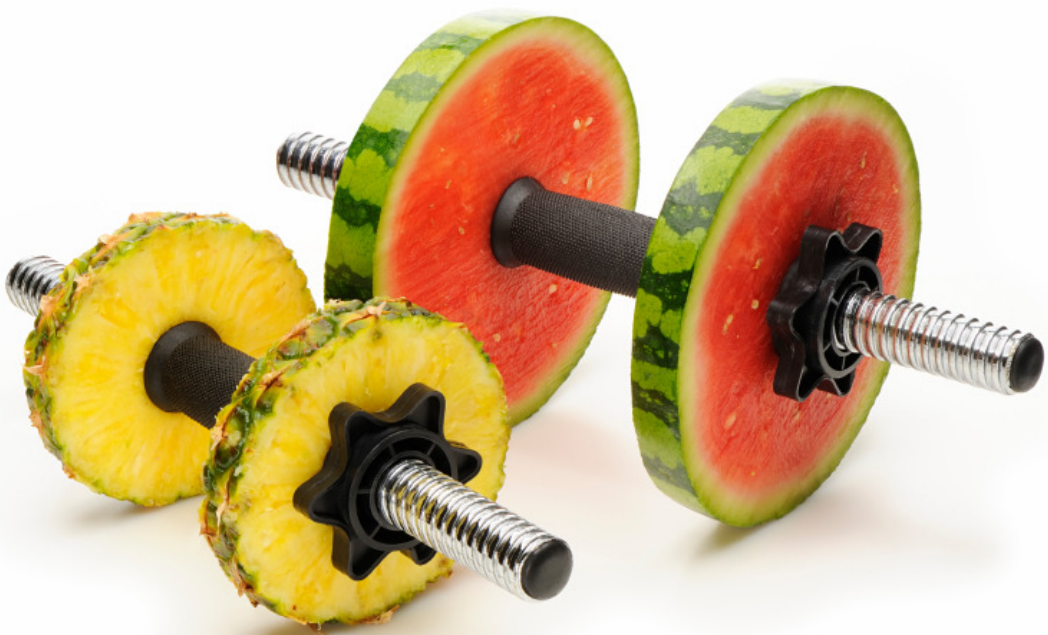
Obrigada pela confiança e dedicação.

Às minhas irmãs.

Luciana, meu exemplo, apoio e incentivo em todas as horas.

Rátia, minha inspiração, anjo em minha vida.

Agradecimentos



A Deus, que me deu o dom da vida, ânimo em todas as manhãs para continuar.

A Ele todo o louvor.

"Conversar com Deus é o máximo, especialmente para agradecer.

Reze antes de dormir. Faz bem ao sono e à alma.

Oração e meditação são fontes de inspiração."

(Roberto Shinyashiki)

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes.

Por ter acreditado em mim, pela dedicação de seu tempo, experiência e conhecimento.

Obrigada pela paciência e dedicação.

À minha Co-orientadora Prof^a Dr^a Maria Cristina Pereira Lima.

Por ter aceitado essa parceria e pelas ricas contribuições.

Obrigada pela dedicação.

"Tenha um orientador.

Viver sem é decidir na neblina, sabendo que o resultado

só será conhecido, quando pouco resta a fazer.

Procure alguém de confiança, de preferência mais experiente

e mais bem sucedido, para lhe orientar nas decisões, caso precise."

(Roberto Shinyashiki)

À minha família, pela paciência e compreensão dos momentos de ausência.

Ao meu esposo, pelo seu conhecimento, por estar disponível sempre que precisei de um auxílio no banco de dados e por sua paciência e apoio.

À Prof^a Maria Dionisia do Amaral Dias, pela sua rica contribuição sobre o tema saúde do trabalhador.

À Diretoria da Faculdade de Filosofia e Ciências – Campus de Marília da Universidade Estadual Paulista, por autorizar minha participação no mestrado profissional, permitindo meu afastamento, e também pela autorização da coleta de dados junto aos servidores.

Aos amigos do mestrado, pela troca de experiência e amizade durante esse período, em especial a Fabiana Martelato e Viviane Evangista pelas inúmeras viagens de Marília a Botucatu, pelas risadas, desabaços, apoio e incentivo. Valeu, meninas!

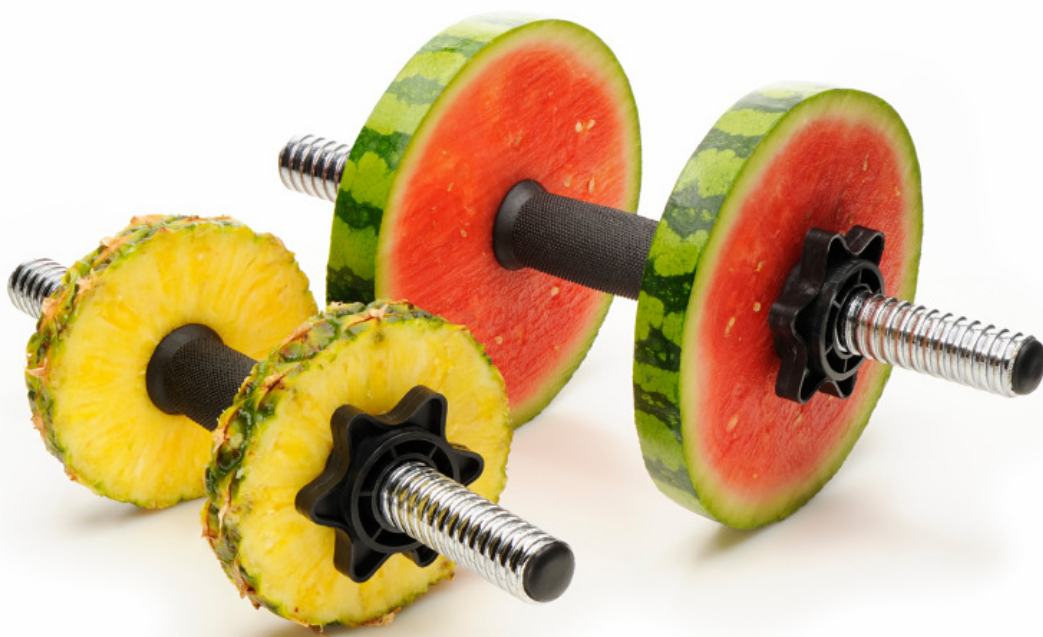
Às bibliotecárias Luciana e Rosemeire, pela revisão das referências bibliográficas e pela elaboração da ficha catalográfica.

Ao Prof^o José Celso Vieira, pela correção da língua portuguesa.

A todos que de alguma forma me incentivaram e ajudaram na realização do mestrado.

*“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha,
é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra!
Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e
não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós.
Essa é a mais bela responsabilidade da vida
e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.”
(Charles Chaplin)*

Επίγραφη



*"Tua caminhada ainda não terminou. . .
A realidade te acolhe
dizendo que pela frente
o horizonte da vida necessita
de tuas palavras
e do teu silêncio.*

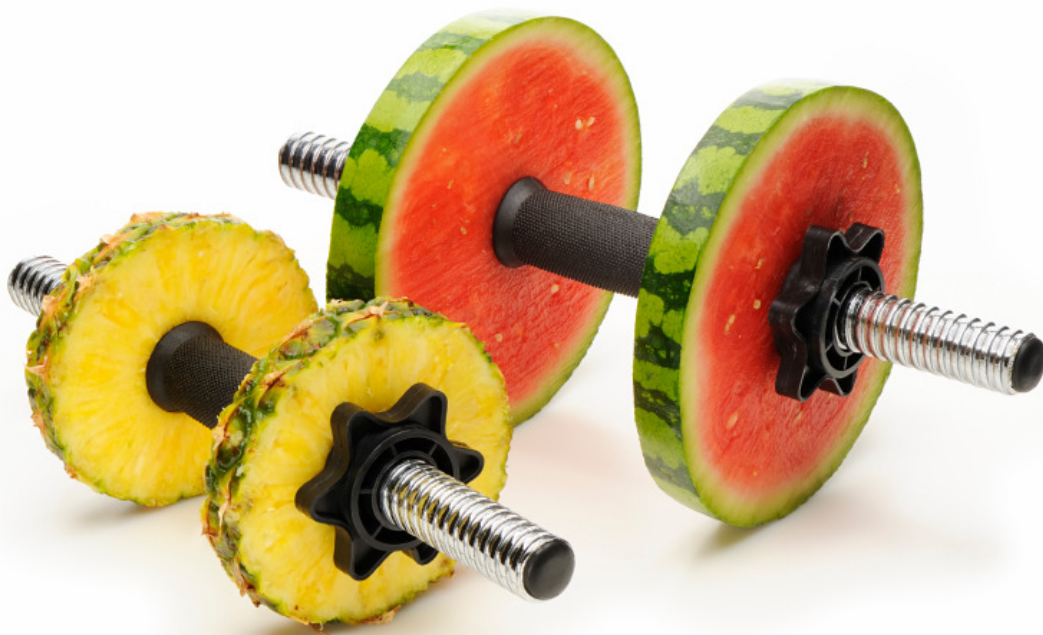
*Se amanhã sentires saudades,
lembra-te da fantasia e
sonha com tua próxima vitória.
Vitória que todas as armas do mundo
jamais conseguirão obter,
porque é uma vitória que surge da paz
e não do ressentimento.*

*É certo que irás encontrar situações
tempestuosas novamente,
mas haverás de ver sempre
o lado bom da chuva que cai
e não a faceta do raio que destrói.*

*Tu és jovem.
Atender a quem te chama é belo,
lutar por quem te rejeita
é quase chegar à perfeição.
A juventude precisa de sonhos
e se nutrir de lembranças,
assim como o leito dos rios
precisa da água que rola
e o coração necessita de afeto.*

*Não faças do amanhã
o sinónimo de nunca,
nem o ontem te seja o mesmo
que nunca mais.
Teus passos ficaram.
Olha para trás. . .
mas vai em frente
pois há muitos que precisam
que cheques para poderem seguir-te
(Charles Chaplin)*

Lista de Tabelas, Figuras e Abreviações



LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1 Características demográficas e socioeconômicas dos técnicos-administrativos. Marília, 2012.</i>	49
<i>Tabela 2. Características demográficas e socioeconômicas dos docentes. Marília, 2012.</i>	50
<i>Tabela 3. Frequência de trabalhadores segundo autoavaliação da saúde física, saúde da mulher e saúde do homem. Marília, 2012.</i>	56
<i>Tabela 4. Frequência de trabalhadores segundo hábitos alimentares. Marília, 2012.</i>	58
<i>Tabela 5. Frequência de trabalhadores segundo índice de massa corporal e frequência de atividade física. Marília, 2012.</i>	59
<i>Tabela 6. Frequência de trabalhadores segundo esforço físico associado ao trabalho. Marília, 2012.</i>	60
<i>Tabela 7. Frequência de trabalhadores segundo uso de álcool e tabagismo. Marília, 2012.</i>	61
<i>Tabela 8. Frequência de trabalhadores segundo história e posição atual no trabalho. Marília, 2012.</i>	63
<i>Tabela 9. Frequência de trabalhadores segundo suas opiniões sobre o trabalho que desenvolvem. Marília, 2012.</i>	65
<i>Tabela 10. Frequência de trabalhadores segundo condições de trabalho que mudariam. Marília, 2012.</i>	66
<i>Tabela 11. Frequência de trabalhadores segundo categoria e presença de risco para transtorno mental comum. Marília, 2012.</i>	66
<i>Tabela 12. Frequência de trabalhadores segundo categoria da escala Job Stress. Marília, 2012.</i>	67
<i>Tabela 13. Associação entre presença de risco para transtorno mental comum e categoria da escala Job Stress entre trabalhadores técnico-administrativos. Marília, 2012.</i>	69
<i>Tabela 14. Associação entre presença de risco para transtorno mental comum e categoria da escala Job Stress entre docentes. Marília, 2012.</i>	69
<i>Tabela 15. Frequência de trabalhadores segundo disponibilidade (baixa/alta) de cada domínio de apoio social. Marília, 2012.</i>	70
<i>Tabela 16. Associação entre disponibilidade de apoio social e presença de risco para transtorno mental comum. Marília, 2012.</i>	71

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Frequência (%) de trabalhadores segundo doenças/sintomas crônicos relatados. Marília, 2012.* _____ 51
- Figura 2. Frequência (%) de trabalhadores segundo doenças/sintomas agudos apresentados nos últimos 30 dias. Marília, 2012.* _____ 52
- Figura 3. Frequência(%) de trabalhadores que relataram doenças/sintomas em familiares (pais e irmãos) segundo morbidade. Marília, 2012.* _____ 53

LISTA DE ABREVIATURAS

AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CA – Circunferência Abdominal

Ca – Câncer

CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

CNS – Conferencia Nacional de Saúde

COSTSA – Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalhador e Sustentabilidade Ambiental

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

Dtad – Divisão Técnica Administrativa

EAS – Escala de Apoio Social

FMB – Faculdade de Medicina de Botucatu

IMC – Índice de Massa Corpórea

ISA – Inquérito de Saúde no Município de São Paulo

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

MOS - *Medical Outcomes Study*

NR7 – Norma Regulamentadora nº7

NR9 - Norma Regulamentadora nº9

OMS – Organização Mundial da Saúde

PGSST – Programa Geral de Saúde e Segurança do Trabalhador

PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais

PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

PSA - Antígeno prostático específico

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIAL – Sistema de Informação Ambulatorial

STS – Seção Técnica de Saúde

SP – São Paulo

SRQ-20 - *Self Report Questionnaire*

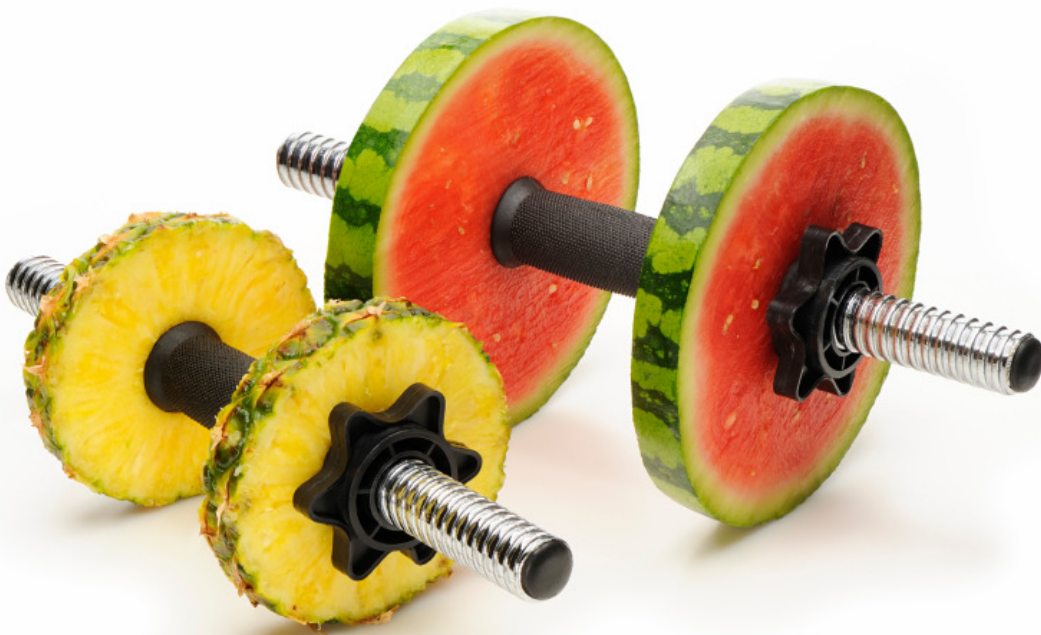
SUS – Sistema Único de Saúde

TMC – Transtorno Mental Comum

UNAMOS – Unidade de Atendimento Médico – Odontológico – Social

Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

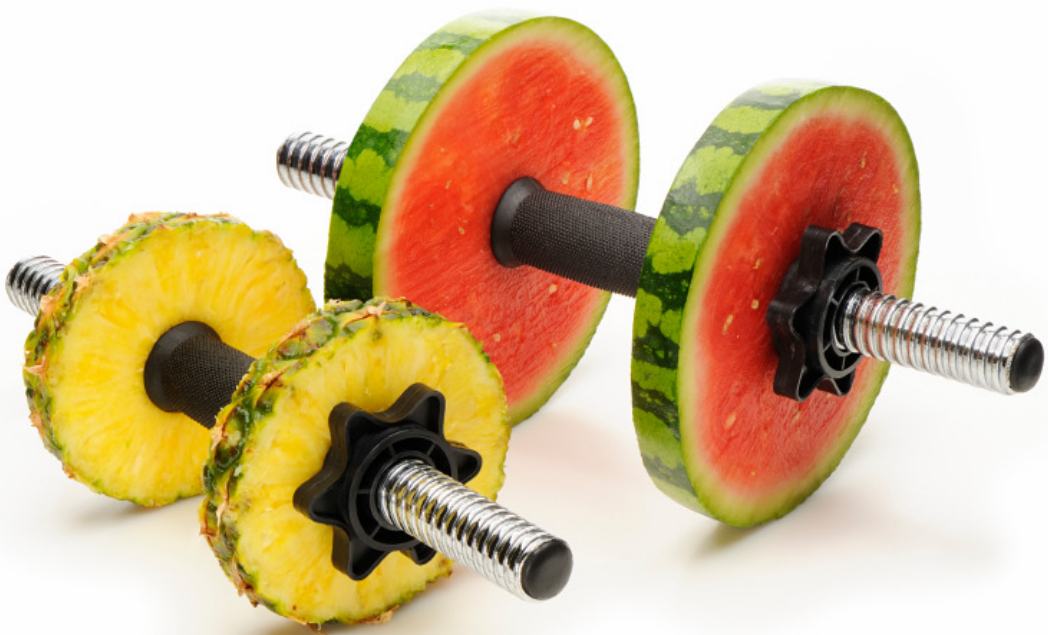
Índice



ÍNDICE

<i>Apresentação</i>	23
<i>1. Introdução</i>	25
<i>1.1 Política Nacional de Promoção da Saúde</i>	26
<i>1.2 Breve histórico da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador</i>	27
<i>1.3 Saúde do Trabalhador na Unesp</i>	29
<i>1.4 Condições de saúde de trabalhadores de universidades: literatura</i>	33
<i>2. Objetivos</i>	37
<i>2.1 Geral:</i>	38
<i>2.2 Específicos</i>	38
<i>3. Métodos</i>	39
<i>3.1 Dados e Instrumento de coleta de dados</i>	40
<i>3.2 Procedimentos de coleta de dados</i>	43
<i>3.3 Análise dos dados</i>	45
<i>3.4 Aspectos Éticos</i>	46
<i>4. Resultados</i>	47
<i>Caracterização dos sujeitos e aspectos socioeconômicos</i>	48
<i>Condições de saúde: doenças crônicas, agudas e histórico familiar</i>	51
<i>Uso de serviços, medicamentos e hospitalizações</i>	54
<i>Autoavaliação de saúde, prevenção de Câncer de mama, útero e próstata e uso de anticoncepcionais</i>	55
<i>Alimentação e atividade física</i>	57
<i>Estilo de vida</i>	61
<i>História e posição atual no trabalho</i>	61
<i>Opniões sobre o trabalho</i>	64
<i>Saúde mental</i>	66
<i>5. Discussão</i>	72
<i>6. Recomendações</i>	84
<i>7. Referências</i>	87
<i>8. Anexos</i>	94

Resumo



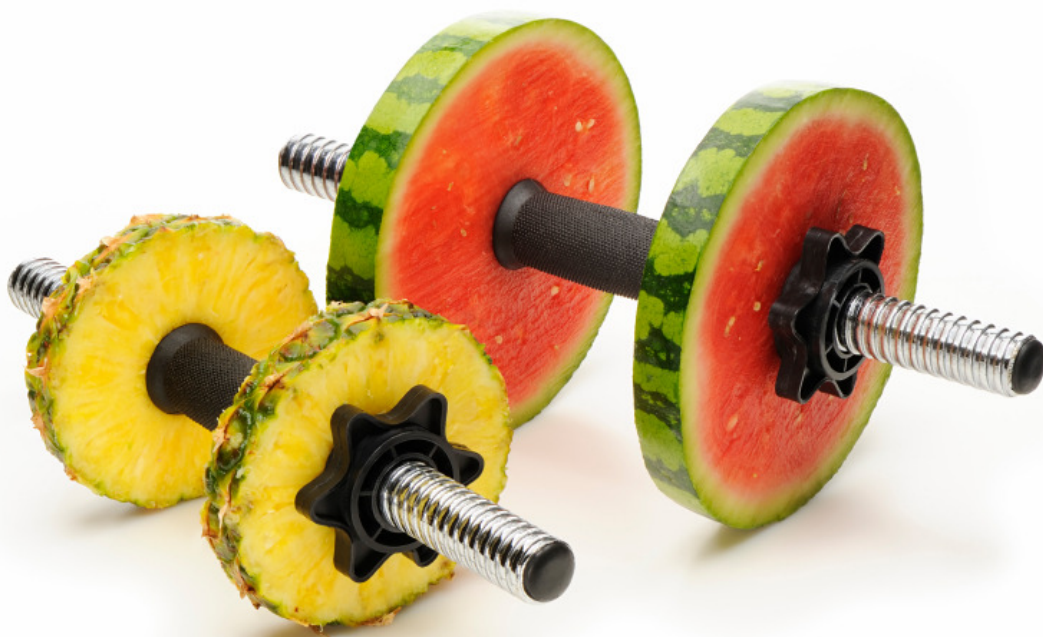
O objetivo desse estudo foi analisar as condições de saúde, trabalho e hábitos de vida de trabalhadores, docentes e técnicos-administrativos, de um campus de uma universidade pública voltada ao ensino e à pesquisa. Foi conduzido um estudo transversal do tipo inquérito de saúde, com coleta de dados mediante um questionário autopreenchível entregue aos servidores e recolhido após aproximadamente duas semanas. Foram coletados dados socioeconômicos e demográficos sobre condições de saúde atuais e pregressas, uso de serviços de saúde e de medicações, hospitalizações e acidentes; autoavaliação de saúde; práticas preventivas e vida reprodutiva; alimentação, atividade física e uso de tabaco. Foram aplicadas escalas validadas para avaliação da adequação do apoio social, da saúde mental e do uso de álcool: respectivamente, escala de apoio social percebido; Self Reporting Questionnaire (SRQ-20); AUDIT. A história e posição atual no trabalho, as percepções do trabalhador sobre seu trabalho e a presença de estresse associado ao trabalho (avaliada mediante a escala “*Job Stress*”) também foram investigadas. De um total de 177 docentes e 198 servidores elegíveis, 77(44%) e 138(72%), respectivamente, concordaram em participar do estudo e responderam ao questionário. Os dados foram tabulados no programa Epi Info e analisados no Microsoft Excel 2010 e PASW Statistics 18. Apresentamos estatísticas descritivas (frequências e médias/medianas, conforme a natureza da variável) das principais variáveis de interesse e os resultados das análises (univariadas) que investigaram a presença de associação entre renda e autoavaliação da saúde, entre saúde mental e estresse no trabalho e entre saúde mental e apoio social. Estas associações foram avaliadas por meio do teste qui quadrado (χ^2), fixando-se como nível de significância $p < 0,05$. Dentre os principais resultados, destacaram-se: 40,5% dos participantes relataram apresentar algum tipo de doença cardiovascular, 48,4% fizeram uso de medicação nos sete dias anteriores, 54,4% declararam sua saúde como excelente/muito boa, 81,1% das mulheres fizeram o exame “Papanicolaou” há 1 (um) ano ou menos, 90,2% dos homens realizaram algum exame preventivo de câncer de

próstata, 36,3% estavam na faixa do sobrepeso e 17,2% eram obesos, 8,8% declararam ser fumantes, 15,3% apresentaram risco para Transtorno Mental Comum (TMC). Em relação à presença de TMC, docentes encontram-se em situação desfavorável em relação aos técnicos-administrativos, sendo 19,5% e 13% respectivamente. Também verificamos que 55,6% dos técnicos-administrativos que apresentaram risco para TMC estavam nas categorias Trabalho Passivo e Elevado Desgaste Psicológico (situação menos privilegiada) e 92,8% dos docentes com risco de TMC foram classificados em Trabalho Ativo e Baixo Desgaste Psicológico (situação privilegiada). Mais de 70% dos trabalhadores foram classificados como apresentando alta disponibilidade de Apoio Social. Detectamos associação entre risco de TMC e escore de apoio social. Na comparação com a população em geral, os resultados indicam que os trabalhadores do campus universitário estudado apresentam menores frequências de comportamentos (tabagismo, abuso de álcool, alto consumo de gordura saturada e de bebidas açucaradas) associados a maior risco para DCNT, com exceção da inatividade física.

The importance of health promotion and disease prevention has been increasing in recent decades, with the possible observation that the disease process comes from broad factors. The general objective of this study is to analyze the conditions of health, work and living habits of workers, teachers and technical administrators in a campus of a public university. Cross-sectional study of type health survey has been applied. A self-administered questionnaire was used delivered to the servers. Social and Demographics data were collected about current and past health condition, medical services and medication use, hospitalizations and accidents, health self evaluations, preventing practices and reproductive life. MOS scale was applied about available social support, SRQ-20 questionnaire, about risk of common mental disorder, AUDIT inventory, about alcohol usage and eating habits, physical activities and smoking, adapted from VIGITEL questionnaire. The historic and current position at work were also evaluated, although the worker's perception about his job and stressful situations. A total of 177 professors and 198 eligible workers, 77(44%) e 138(72%) respectively, all agreed to take part in the study and answered the questionnaire. Data collected were tabulated and analyzed using Epi Info in Excel and PASW Statistics 18. We presented descriptive statistics (frequency, average and median according to the variable nature) of the main variable of interests and outcomes (univariate) that investigated the presence of association between income and health self evaluation, *Job Stress* e SRQ-20, Support net and SRQ-20. These associations were investigated by the chi square test (χ^2), setting the level of significance set at $p < 0.05$. Among all the data collected there might be highlighted that 40,5% reported disease related to cardiovascular diseases, 48,4% used some kind of medicine the seven days before, 54,4% declared having good or excellent health situation, Of those women surveyed 81.1% had a Pap smear for less than 1 year, 90.2% of men have had some preventive screening prostate cancer, 36,3% were overweight and 17,2% were obese, 8,8% smoke and 15,3% presented TMC risk. It is noteworthy some unhealthy eating practices. About TMC

risk professors presented unfavorable position to the administrative technicians. Also concluded that 55% of the administrative technicians to the TMC risk were in the Passive Work category and Elevated Psychological Distress and that 92,8% of the professors with a risk of TMC were classified as a Active Work and Decreased Psychological Distress. More than 70% of the workers were classified as High Social Support. The risk for TMC was associated with and Social Support Score. Comparing to the population, the results show that the Campus workers questioned present low frequency of behaviors (smoking, alcohol abuse, fats consumption and high level sugar beverages) associated to the risk of DCNT, with sedentary exception.

Apresentação



Iniciei meu trabalho na Universidade Estadual Paulista (Unesp), campus de Marília, em 2009, foi nesse ano que entrei em contato com a saúde do trabalhador. Por ter vindo de outra área da enfermagem, neonatologia, e devido a essa nova experiência, procurei me aprimorar no tema e busquei uma especialização na área de enfermagem do trabalho.

Concluí minha especialização no final de 2010 e a partir daí percebi a importância de conhecer as características da população alvo de meu trabalho para o planejamento de ações de cuidado em saúde adequadas e com potencial para produção de impacto positivo sobre a situação de saúde dos trabalhadores.

Partindo dessa necessidade percebida e também observando, durante os atendimentos, algumas queixas dos servidores da instituição onde atuo, resolvi concorrer a uma vaga no Curso Mestrado Profissional em Enfermagem da FMB-Unesp, acreditando que este curso me daria subsídios, a partir da pesquisa proposta, para implantar projetos pertinentes durante minha atuação nessa instituição.

Minha atuação na Unesp-Campus Marília se dá na Seção Técnica de Saúde (STS). Sou responsável por uma equipe composta por um médico do trabalho e ginecologista, uma técnica de enfermagem, uma psicóloga “regional”, que realiza atendimentos quinzenais, e eu, que atuo como enfermeira e supervisora da seção. Realizamos os atendimentos relacionados à saúde ocupacional exigidos por lei, como exames admissionais, periódicos, por mudança de função, demissionais, além de outras atividades, como a realização de perícias médicas dos servidores, atendimentos de psicologia, e atenção primária à saúde da mulher, devido à presença do médico ginecologista.

As STSs são subordinadas administrativamente às Divisões Técnicas Administrativas (Dtad) de seus respectivos campus, e sua coordenação técnica é realizada

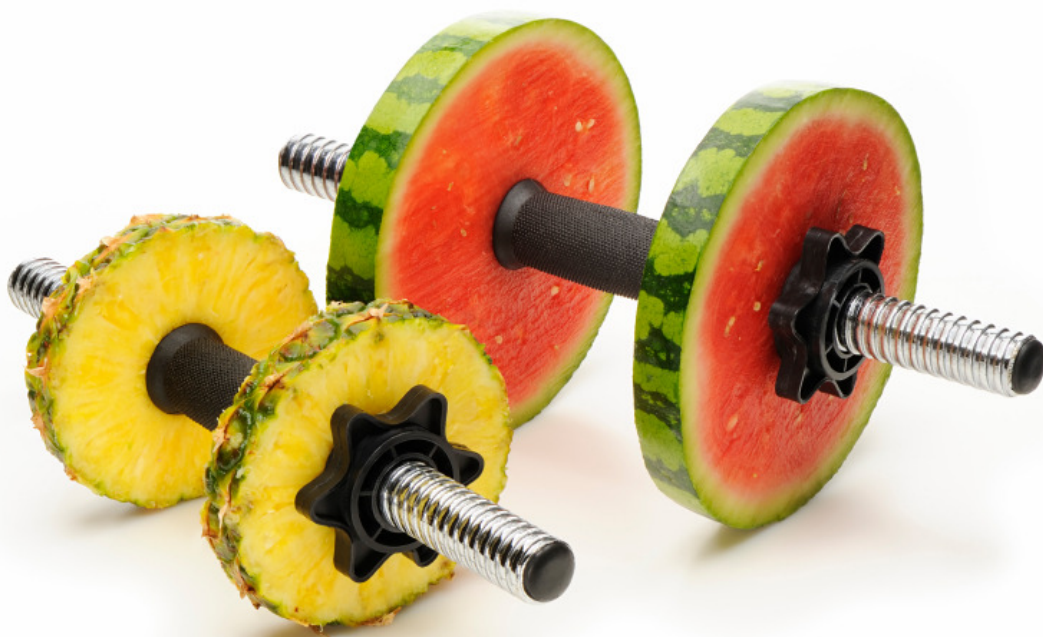
pela Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalhador e Sustentabilidade Ambiental (COSTSA), órgão da reitoria que rege as normas para os atendimentos realizados. No ano de 2011, foi desenvolvido o Manual de Perícia em Saúde, para normatizar os atendimentos em todas as STSs.

Dentro da COSTSA existem dois grupos: grupo de segurança do trabalhador e sustentabilidade ambiental (subdividido em energia/recursos hídricos e segurança do trabalhador/meio ambiente) e o grupo de saúde do trabalhador e perícia, (subdividido em perícia médica/saúde do trabalhador e atendimento assistencial/prevenção da saúde).

É desta última subdivisão que faço parte. Dentre nossas atividades, estão o planejamento e o desenvolvimento de intervenções ou campanhas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Pensando nisso e preocupada com a saúde dos trabalhadores do campus universitário onde atuo, decidi apresentar um projeto de pesquisa voltado ao estudo das condições de saúde e hábitos de vida dessa população, com vistas à definição de prioridades e possíveis intervenções.

Assim, o presente estudo aborda as condições de saúde dos trabalhadores de uma instituição universitária voltada ao ensino e à pesquisa. Tem como foco conhecer os problemas mais prevalentes, incluindo aspectos da saúde física e mental, acesso e utilização de serviços de saúde e situação frente a comportamentos que podem influir sobre a saúde, como alimentação, atividade física, tabagismo, consumo de álcool, entre outros. Está inserido na linha de pesquisa “Cuidado em Saúde e Enfermagem” do Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, programa que visa contribuir com soluções e conhecimentos aplicáveis à prática assistencial do enfermeiro.

1. Introdução



1.1 Política Nacional de Promoção da Saúde

A importância da promoção da saúde e prevenção de doenças vem aumentando nas últimas décadas, sendo possível a observação de que o processo saúde-doença vem de fatores amplos. Segundo o Ministério da Saúde, a promoção da saúde é entendida como uma estratégia para a observação dos fatores de risco para a saúde da população e para determinar as diferenças entre as regiões do País, visando ao planejamento de ações para a prevenção das doenças de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): integralidade, universalidade, equidade, participação popular, descentralização e preservação da autonomia ⁽¹⁾.

No Brasil, em 1996, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), tendo como tema “Democracia é Saúde”. Nessa conferência, ocorreram as discussões que culminaram com a aceitação da necessidade de descentralização do sistema de saúde e de políticas sociais com olhar para a defesa e o cuidado com a vida. A 8ª CNS resultou nos fundamentos para a proposta do SUS, trazendo a promoção da saúde como uma de suas estratégias. Esta teria o enfoque no que é entendido como os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, como: moradia inadequada, fome, trabalho, qualidade da água, entre outros ⁽²⁾.

Segundo o Ministério da Saúde (art. 3º, 1990), “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” ⁽¹⁾.

A partir desta definição, as ações para a promoção da saúde devem visar, como seu objeto, as necessidades de saúde e os fatores de risco, atingindo com suas ações todos os

espaços, não somente dentro das instituições de saúde, como também na comunidade dos sujeitos, onde estes vivem e trabalham ⁽²⁾.

O Ministério da Saúde aprovou, em 2006, a atual Política Nacional de Promoção da Saúde, com algumas diretrizes que devem ser seguidas nas ações, como: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade. O objetivo geral dessa política é a promoção da qualidade de vida reduzindo a vulnerabilidade e os riscos à saúde ⁽²⁾.

1.2 Breve histórico da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador

A Medicina do Trabalho surge na época da Revolução Industrial, século XIX, quando se inicia a fase do trabalho mecanicista e repetitivo, visando somente à produtividade e lucros. Com isso, há o surgimento de uma característica desumana do trabalho, tornando impossível a permanência do trabalhador sem o adoecimento. Houve, então, aumento dos casos de absenteísmo e doenças relacionadas ao trabalho nas empresas. Visando a uma solução, inicia-se a Medicina do Trabalho, em 1830, sendo seu local de atuação o interior das empresas ⁽³⁾.

Nesta época, era um trabalho desenvolvido totalmente pelo profissional médico, o qual tinha a inteira confiança dos empregadores para que, se preciso um dia, os defendessem. A saúde dos trabalhadores era de total responsabilidade do médico, sendo que qualquer afastamento do trabalhador era considerado uma falha desse profissional. Era também função do médico o recrutamento de novos trabalhadores, hígidos, com menores possibilidades de adoecimento. Pensava-se que, pelo fato de o serviço de medicina do trabalho estar dentro da

empresa, sua qualidade seria muito melhor do que a decorrente de uma simples prestação de serviços; além disso, e mais importante, acreditava-se que o retorno ao trabalho, no caso de doença do trabalhador, seria mais rápido, evitando-se a perda de lucros ⁽³⁾.

Mas a realidade mostrou que a Medicina do Trabalho, tal qual exercida nesta fase inicial, não era suficiente para evitar os acidentes de trabalho, as doenças relacionadas ao trabalho e o absenteísmo em geral. Com isso, há o surgimento da Saúde Ocupacional, vindo com uma proposta de multi e interdisciplinaridade, sendo exercida por uma equipe multiprofissional. A preocupação se volta para a adaptação do ambiente e condições de trabalho ao homem, usando como parâmetros os limites de tolerância e de exposição a agentes biológicos, entre outros, calculados para a média das pessoas normais ⁽³⁾. Baseado nesses parâmetros, eram definidas as ações de mudança ambiental ou de exames para o cuidado da saúde desse trabalhador, eliminando ou amenizando os riscos ambientais.

Esse novo modelo influenciou as escolas de saúde pública na formação de profissionais para essa área de atuação. Com novos estudos, os profissionais começam a desconfiar dos conceitos defendidos pela Saúde Ocupacional, como a eliminação dos riscos à saúde do trabalhador mediante intervenções reguladoras no ambiente de trabalho. Com o surgimento das doenças cardiovasculares, câncer e distúrbios mentais, ficou claro que a prática da Saúde Ocupacional pouco contribuía para a compreensão e prevenção dessas novas doenças. O “novo modelo” não conseguia agir como proposto, pois permaneceu com o atendimento voltado ao profissional médico, visando à produtividade da empresa, não havendo uma visão para o coletivo, e não conseguindo se adaptar às novas morbidades emergentes ^(3,4).

Com isso, há o início da Saúde do Trabalhador, com um enfoque no processo saúde e doença da população de trabalhadores e em sua relação com o trabalho. A saúde dos

trabalhadores passa a ser encarada como um direito. A influência do processo de trabalho, juntamente com as crenças, valores, hábitos de vida e representação social no adoecer e morrer dos trabalhadores passa a ser estudada. Há um movimento dos trabalhadores, sendo então participantes do processo, manifestando o direito de um ambiente de trabalho saudável, envolvendo mudanças da organização do trabalho e a obtenção de novas tecnologias ^(3,4).

Portanto, as características mais marcantes da Saúde do Trabalhador, são: um novo pensar do processo saúde e doença e do papel influente do trabalho; reivindicações sindicais para melhoria do ambiente de trabalho; novas discussões e reformulações das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA); e também, o aprofundamento do conhecimento sobre as doenças profissionais (intoxicação) e outras doenças relacionadas ao trabalho, como as LER/DORT ⁽³⁾.

Percebe-se então que, ao longo dos dois últimos séculos, houve mudanças que ampliaram o foco da inicial Medicina do Trabalho (evitar absenteísmo e perdas de lucro) para o da Saúde Ocupacional (regular o ambiente de trabalho para torná-lo de baixo risco à saúde do trabalhador) e desta para a compreensão atual de Saúde do Trabalhador como um direito.

1.3 Saúde do Trabalhador na Unesp

A Unesp foi criada em 1976 a partir da incorporação dos Institutos Isolados de Ensino Superior do Estado de São Paulo, sendo então formada a Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”. Em 1977, foi aprovado seu Estatuto, composta por 14 campi e sua sede localizada em São Paulo, devido à falta de estrutura de Ilha Solteira, sede inicial. Em 1989, foi constituído seu novo Estatuto com mudanças na administração da

Reitoria, também nesse ano houve a incorporação de universidades como a de Bauru e em 2006 houve sua expansão com a criação dos campi experimentais ⁽⁵⁾.

Atualmente é uma das maiores e mais importantes universidade pública, e está presente em 24 cidades, com um total de 34 unidades ⁽⁵⁾. Esta pesquisa se dá em um de seus campi, situado na cidade de Marília.

O campus da Unesp de Marília oferece 9 cursos de graduação, nas áreas de ciências humanas: Arquivologia, Biblioteconomia, Ciências Sociais, Filosofia, Pedagogia e Relações Internacionais; e ciências biológicas e da saúde: Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Os cursos estão divididos em todos os turnos (diurno, matutino, noturno e integral) ⁽⁶⁾.

Os servidores técnicos administrativos e docentes estão distribuídos em diversas funções: agente de telefonia e recepção, agente de vigilância e recepção, agente de desenvolvimento infantil, analista de informática, analista técnico, assessor administrativo I e II, assistente administrativo I, II e III, assistente de informática II, assistente operacional I e II, assistente de serviços de documentação, informação e pesquisa, assistente social, assistente de suporte acadêmico I, II, III e IV, assistente técnico administrativo I e II, bibliotecário, contador, cozinheiro, diretor, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, motorista, nutricionista, oficial administrativo, oficial de serviços gráficos, pedagogo, professor assistente doutor, professor substituto, professor colaborador, professor titular, recreacionista, supervisor de seção, técnico em contabilidade, técnico de enfermagem, técnico em informática e terapeuta ocupacional.

O cuidado com a saúde do trabalhador na Unesp teve início em 2001 com o Programa Geral de Saúde e Segurança do Trabalhador (PGSST), visando à prevenção de doenças e promoção da saúde dos trabalhadores através das Unidades de Atendimento

Médico e Odontológico (UNAMOS). A partir daí houve várias iniciativas, mas ainda não foi possível a implantação de todas as ações previstas na legislação vigente referente à Saúde do Trabalhador. Em 2005, foi indicado novo coordenador e constituído um Conselho Gestor para o Programa. Em 2009, houve nova troca de coordenador e a transformação das UNAMOS em Seções Técnicas de Saúde (STS). No ano seguinte, constituiu-se a Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalhador e Sustentabilidade Ambiental – COSTSA ⁽⁷⁾. Atualmente é esta que, através das Seções Técnicas de Saúde presentes em dezessete (17) campi da Universidade, realiza as ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e demais atividades regidas por lei referentes à saúde do trabalhador. No ano de 2011, foi criado o Manual de Perícias Médicas para normatizar os atendimentos realizados nas Seções Técnicas de Saúde ⁽⁸⁾.

A atuação das STS está voltada à Saúde Ocupacional, porém busca-se caminhar para a Saúde do Trabalhador, embora ainda com ações incipientes. A principal dificuldade encontrada para atuar nesse modelo é, principalmente, a falta de recursos humanos, pois ainda não é possível ter a equipe multiprofissional completa. Até o momento, as ações das STS voltadas para a Saúde do Trabalhador da Unesp têm sido campanhas de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis; em algumas poucas unidades, há psicólogo para atendimento terapêutico e atendimento clínico assistencial e psicólogos regionais, com intuito do desenvolvimento de trabalhos em grupos, atuando na prevenção de problemas de saúde mental no trabalhador.

Entre as ações exigidas pela legislação trabalhista (CLT), são realizados o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).

O PCMSO é exigido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ⁽⁹⁾, em sua Norma Regulamentadora nº 7 ⁽¹⁰⁾. No Estado de SP a Lei Estadual (SP) nº 9505/97, em seu inciso VI do Artigo 11, incorpora o instrumento trabalhista na ação sanitária ao determinar a obrigatoriedade para os empregadores, públicos ou privados, de submeter à autoridade sanitária (SUS) o PCMSO ⁽¹¹⁾. A Norma Regulamentadora nº 7 (NR-7) obriga os empregadores a elaborá-lo e desenvolvê-lo. Este programa tem por objetivo a promoção e preservação da saúde dos trabalhadores, e para isso devem ocorrer exames médicos em situações ou momentos específicos, como: Exame Admissional, Exame Periódico, Exame ao Retorno ao Trabalho, Mudança de Função e Exame Demissional. A implantação e desenvolvimento desses exames são de inteira responsabilidade do empregador ⁽¹⁰⁾.

O PPRA é regido pela Norma Regulamentadora nº9 (NR-9) e visa à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores. Suas ações promovem a antecipação, reconhecimento, avaliação e controle dos riscos ambientais do local de trabalho que possam colocar em risco a saúde do trabalhador/profissional ⁽¹²⁾. Na Unesp, é realizado pelos técnicos de segurança do trabalho, durante visitas técnicas aos campi. O objetivo é diagnosticar os riscos ambientais para cada função, sejam eles riscos físicos, químicos, biológicos, entre outros, ou seja, diagnosticar situações que geram risco à saúde e à segurança do trabalhador de cada função. Este programa, além de determinar as atividades que devem ser realizadas para sanar/minimizar os riscos existentes, direciona o desenvolvimento do PCMSO, pois, através da avaliação dos riscos de cada função, subsidia a definição das avaliações médicas pertinentes e exames complementares necessários, sejam exames laboratoriais, de imagem, entre outros.

1.4 Condições de saúde de trabalhadores de universidades: literatura

As condições de saúde de docentes universitários têm sido estudadas ⁽¹³⁻¹⁵⁾, assim como hábitos de vida de estudantes universitários ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, mas estudos sobre indicadores de saúde relativos aos servidores técnicos-administrativos e auxiliares de instituições acadêmicas de ensino e pesquisa ainda são muito raros.

Foi constatado em uma pesquisa com 30 professores universitários de Enfermagem, que a maioria apresentava estresse e cansaço extremo. Os docentes relataram que a exigência de desempenho profissional e o acúmulo de trabalho, com a decorrente sensação de falta de tempo, eram os fatores associados. Eles descreviam o estresse que apresentavam como sendo relacionado ao trabalho. Por isso, o autor do estudo acredita que as atividades desenvolvidas pelos docentes contribuem para a presença do estresse ⁽¹³⁾.

Em estudo realizado na Universidade Federal da Bahia com 530 docentes, constataram alguma queixa de doença em 72,6% dos participantes. As queixas mais apresentadas foram relacionadas à voz/dor de garganta, à coluna/postura (dores nas costas) e à saúde mental (cansaço mental, esquecimento, nervosismo e insônia) ⁽¹⁴⁾.

Professores das redes particular e pública dos diversos níveis de ensino (do básico até o superior) participaram de um estudo onde foram encontradas algumas características comuns entre eles como carga horária extensa, mais de um emprego e demandas psicológicas e físicas em excesso. Essas características associaram-se aos problemas de saúde apresentados por eles ⁽¹⁵⁾.

O trabalho docente, independente do nível de ensino, apresenta algumas relações inerentes à profissão que podem influenciar na melhora ou piora da qualidade de vida. As relações que envolvem conflitos entre alunos e alunos, alunos e professores, alunos e

coordenação, docentes e coordenação colaboram para uma piora na qualidade de vida; já as relações entre o professor e o aluno e entre o professor e a população podem influenciar positivamente a qualidade de vida do docente, trazendo respeito e reconhecimento pelo seu trabalho ⁽¹⁹⁾.

No estudo de Fontana e Pinheiro (2010), foi demonstrado que mais da metade dos docentes apresentam morbidades ou exposição a riscos relacionadas ao trabalho ⁽²⁰⁾.

Para tais autores, uma gestão que visa à promoção da saúde dos docentes deve pensar na diminuição da sobrecarga de trabalho. Entre outras ações, esta seria uma estratégia para a melhoria do ensino universitário, pois com boas condições de trabalho e qualidade de vida o docente desenvolveria melhor suas atividades.

Como já apontado, estudos referentes à saúde de servidores técnicos-administrativos de universidades são escassos, sendo uma exceção o Estudo Pró-Saúde. O objetivo foi investigar a influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida e comportamentos relacionados à saúde de funcionários técnicos-administrativos de uma universidade pública do estado do Rio de Janeiro ^(21,22).

O estudo Pró-Saúde teve início em 1998, com a intenção de abordar temas multidimensionais, incluindo aspectos psicossociais, em uma comunidade em idade laboral. Com desenho longitudinal, teve duas fases: Fase 1, realizada em 1999, quando participaram 4030 funcionários, sendo 91% da amostra sorteada; Fase 2, realizada em 2001, com 83% de participação, envolvendo 3574 funcionários ⁽²³⁾. Os resultados foram apresentados em diversos artigos, divididos por temáticas como doenças cardiovasculares, diabetes, fatores socioeconômicos relacionados à saúde, *stress* e condições de trabalho, atividade física, *stress* e transtorno mental comum, entre outros.

Em um dos artigos decorrentes do estudo Pró-Saúde, investigaram a hipótese de que indivíduos que atuam em funções de alta exigência, devido ao estresse no trabalho, apresentam maior frequência de interrupção das atividades habituais (sejam as de trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas). Sua hipótese foi confirmada: os trabalhadores com essa característica de trabalho apresentam até duas vezes mais riscos de interrupção de atividades habituais ⁽²⁴⁾.

Também no estudo Pró-Saúde foi investigada a associação entre hipertensão arterial e indicadores nutricionais - medida da circunferência abdominal (CA) e índice de massa corpórea (IMC) - nas mulheres. Seus resultados mostraram que mulheres com alta CA apresentam maior prevalência de hipertensão arterial que as de CA normal, concordando com estudos realizados abordando o mesmo tema. Essa prevalência também foi mais alta nas mulheres com sobrepeso ⁽²⁵⁾.

Além do possível impacto sobre a saúde mental, já apontado por alguns autores, é possível que o trabalho como docente ou servidor técnico-administrativo em instituições de ensino superior tenha repercussões sobre outras dimensões da saúde, como a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis. Estaria esta comunidade, em comparação com a população em geral, mais ou menos exposta ao sedentarismo, tabagismo, ou a comportamentos alimentares desfavoráveis à saúde? Sobre estes outros aspectos da saúde do trabalhador em instituições de ensino superior, há pouca literatura.

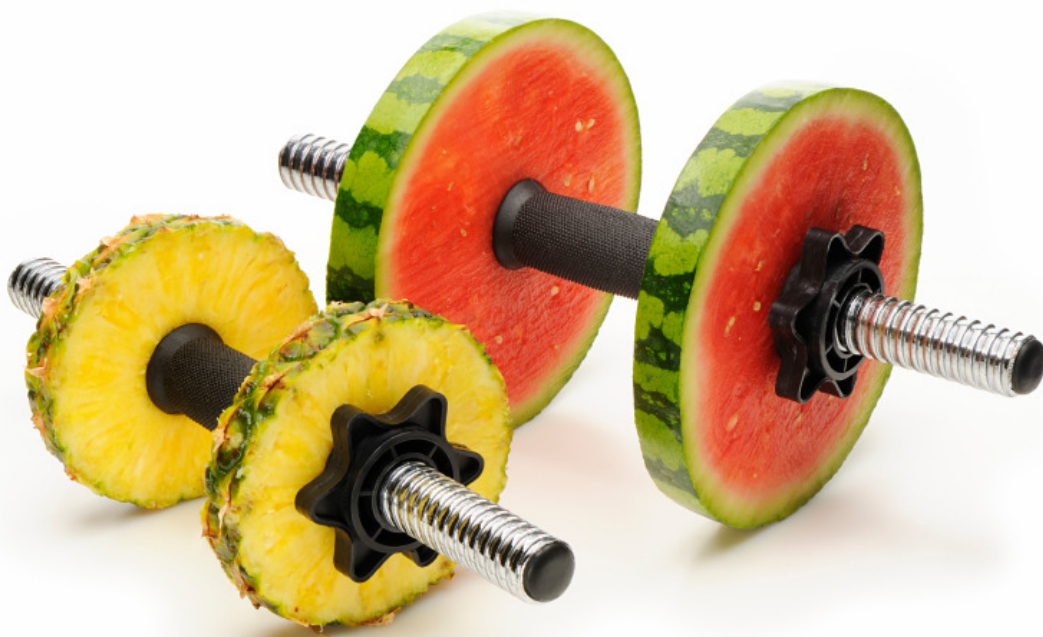
Em termos de abrangência dos dados coletados, o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico do Ministério da Saúde (Vigitel) é o que mais se aproxima do presente estudo. Este sistema constitui uma das ações da Secretaria de Vigilância em Saúde e visa monitorar os fatores de risco e de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nos estados brasileiros e Distrito Federal. Após

ser testado em alguns municípios, como São Paulo em 2003, Botucatu em 2004/5 e Belém, Salvador, Florianópolis e Goiânia, além de São Paulo, em 2005, o Vigitel iniciou em 2006 e desde então vem sendo aplicado nas Capitais e Distrito Federal ⁽²⁶⁾. São coletados dados sobre características demográficas e socioeconômicas; padrão de alimentação e de atividade física, permitindo o monitoramento de fatores associadas à ocorrência de DCNT; também são indagados: características indicativas da composição corporal (peso e altura referidos); tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas; autoavaliação do estado de saúde e referência de diagnóstico de hipertensão, diabetes e colesterol elevado. Questões específicas são incorporadas a cada ano, como diagnóstico de asma/bronquite crônica/enfisema em 2007 e 2008, saúde mental em 2008, entre outras ⁽²⁷⁾.

A partir de dados do Vigitel, foi observada a alta prevalência de saúde autoavaliada como ruim e os fatores associados. Foi possível perceber que fumar mais de 20 cigarros/dia e ausência de lazer com atividade física associaram-se a autoavaliação de saúde ruim, em ambos os sexos ⁽²⁸⁾. Em outro estudo, também baseados no Vigitel, foi estimada a prevalência de obesidade e excesso de peso e fatores associados, detectando excesso de peso em 47% dos homens e 39% das mulheres e obesidade em 11% de ambos os sexos. Sobre os fatores associados, como exemplo, detectou-se que homens em união estável apresentam duas vezes mais risco de obesidade ⁽²⁹⁾.

Com base no referencial teórico da Saúde do Trabalhador e na literatura brevemente descrita nesta Introdução, ficou claro que um amplo inquérito de saúde poderia contribuir para a compreensão das relações entre condições de vida e saúde do trabalhador de instituições universitárias, justificando o presente estudo. Sua realização em comunidade laboral com características particulares, no caso o campus de Marília da Unesp, contribuirá para a melhor definição de ações de cuidado dirigidas a esta comunidade de trabalhadores, atendendo à missão do Mestrado Profissional.

2. Objetivos



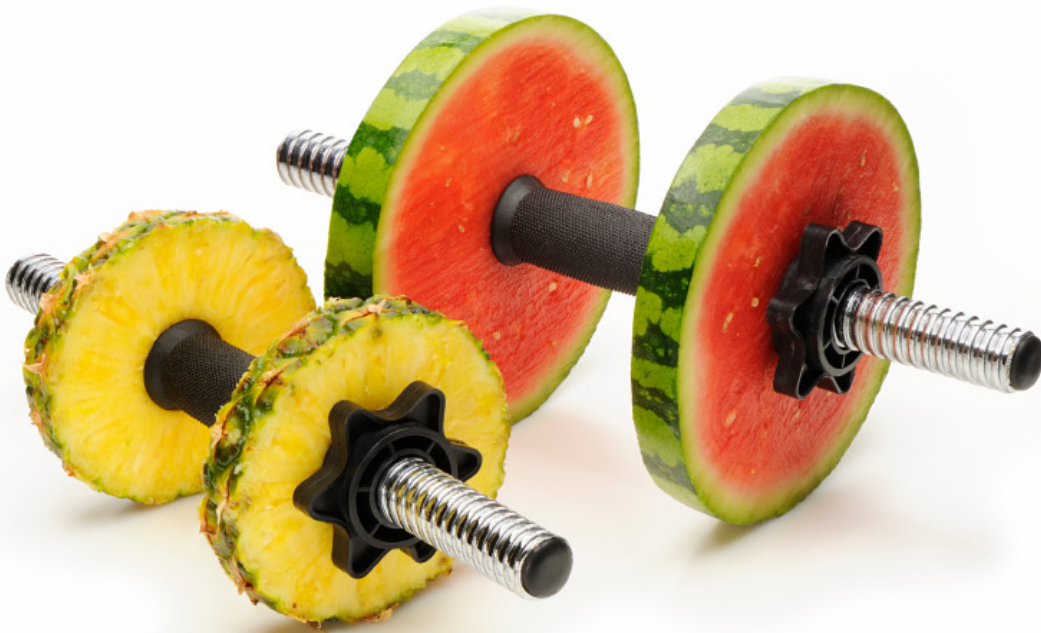
2.1 Geral:

Analisar as condições de saúde, trabalho, utilização de serviços e hábitos de vida de trabalhadores, docentes e técnicos-administrativos, de um campus de uma universidade pública voltada ao ensino e à pesquisa.

2.2 Específicos

- 2.2.1. Caracterizar os trabalhadores quanto às características socioeconômicas, demográficas, condições de saúde, trabalho, hábitos de vida e comportamentos relacionados com saúde.
- 2.2.2. Estimar a prevalência de determinados problemas de saúde/doenças crônicas.
- 2.2.3. Descrever a ocorrência de problemas de saúde/doenças agudas no período de 30 dias anteriores à entrevista.
- 2.2.4. Descrever a utilização de serviços de saúde pelos trabalhadores.
- 2.2.5. Identificar associações entre condições de saúde e características socioeconômicas, demográficas e do trabalho.

3. Métodos



Foi realizado um estudo transversal do tipo inquérito de saúde envolvendo os trabalhadores do campus universitário da Unesp, em Marília. Não houve amostra, pois dado o número de trabalhadores existentes, optou-se por estudar o conjunto dos trabalhadores. Foram elegíveis todos os servidores técnicos-administrativos e docentes ativos (excluindo-se afastados por qualquer motivo e aposentados) na data de início da pesquisa: 197 servidores técnicos-administrativos e 182 docentes.

3.1 Dados e Instrumento de coleta de dados

Utilizou-se questionário fechado, autopreenchível, entregue aos servidores técnicos-administrativos e docentes pela pesquisadora autora desta Dissertação, após esclarecimentos, convite para participação e orientações sobre a forma de preenchimento.

Este questionário é composto das seguintes partes:

- A. Identificação do participante, mediante sistema de código, para garantia do anonimato.
- B. Dados socioeconômicos e demográficos: sexo; cidade em que nasceu; data de nascimento; escolaridade; cor/raça; estado civil/situação conjugal; constituição da família incluindo número de pessoas, número de filhos e presença de pessoas idosas ou doentes/dependentes; renda; características da moradia (própria, alugada ou cedida; tamanho, etc). Os dados socioeconômicos e demográficos visaram caracterizar os participantes e investigar se os mesmos estão associados com condições de saúde, em especial presença de doenças crônicas e possível transtorno mental.

C. Condições de Saúde: presença de doenças crônicas diagnosticadas por um médico, como hipertensão, diabetes, doenças de pele, asma, alergias, anemia, doença da coluna, artrite/reumatismo/artrose, doenças da tireoide, acidente vascular cerebral, enxaqueca, osteoporose, cirrose, hepatite, outras doenças infecciosas, epilepsia, doença de chagas, hanseníase, tuberculose, câncer, doença do coração, doença crônica do pulmão, problemas de estômago, problemas intestinais, nefrite, litíase, insuficiência renal crônica e colesterol alto (dislipidemia). Doenças familiares também foram pesquisadas nesse tópico, sendo considerados como familiares nessa questão os pais e irmãos.

D. Uso de serviços de saúde nos últimos 30 dias e finalidade.

E. Uso de medicamentos.

F. Hospitalizações, acidentes e violências nos últimos 12 meses: Foram definidos períodos de 30 dias, 7 dias e 1 ano para investigar morbidade e uso de serviços de saúde, uso de medicamentos e hospitalizações, respectivamente, minimizando o viés de esquecimento. Períodos de lembrança maiores são adequados apenas para eventos raros e marcantes, como hospitalizações.

G. Autoavaliação de saúde, práticas preventivas e vida reprodutiva nos seguintes aspectos: vacinação, aferição de pressão arterial, gravidez, métodos contraceptivos, menopausa, reposição hormonal, prevenção do câncer de colo de útero, mama e próstata.

H. Apoio Social: avaliado através da escala de Rede e Apoio Social (MOS), já está validada para uso no Brasil e utilizada no Estudo Pró-Saúde. Alto ou baixo apoio foi definido como acima ou abaixo da mediana da pontuação gerada. Essa escala é dividida em domínios, como Apoio Material (disponibilidade de pessoas para ajuda material, financeira), Afetivo (demonstração de amor e afeto das pessoas em relação ao indivíduo), Emocional

(apoio da rede social em situações de problemas emocionais que precisa de encorajamento), Informação (contar com orientação das pessoas ao seu redor) e Interação social (rede social para se divertir, ter lazer) ⁽³⁰⁾.

I. Alimentação e Nutrição: as questões versam sobre a frequência de consumo de frutas, verduras, feijão, leite, carne vermelha, frango, realização de algum tipo de dieta, tendo sido adotadas as utilizadas pelo VIGITEL. Avaliou-se também o estado nutricional dos trabalhadores, com base no peso e altura referidos e o peso referido aos 20 anos, obtendo assim o IMC e uma estimativa da variação de peso a partir de 20 anos.

J. Prática de atividade física, envolvendo frequência, tipos de atividades e características das atividades realizadas no trabalho e na casa, também com base no VIGITEL.

K. Estilo de vida, no caso hábito de fumar e consumo de bebida alcoólica. A dependência de álcool foi avaliada através do questionário “*Alcohol Use Disorders Identification Test*” (AUDIT), composto por 10 questões que indicam os possíveis usuários dependentes de álcool. Este questionário foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e foi traduzido e validado no Brasil ^(31,32).

L. Saúde mental, utilizando-se o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20), instrumento de triagem sobre a possibilidade de um indivíduo ter ou vir a desenvolver um Transtorno Mental Comum, elaborado por Harding ⁽³³⁾ e validado por Mari e Williams ⁽³⁴⁾, no Brasil. Este instrumento tem bom desempenho como rastreador de indivíduos com chance de apresentarem depressão, ansiedade, humor depressivo ou estresse, distúrbios psiquiátricos comuns na atenção primária. O ponto de corte adotado no presente estudo foi o definido por Mari e Williams: 7/8 ⁽³³⁻³⁵⁾.

M. História e posição atual no trabalho, envolvendo os seguintes aspectos: tempo de trabalho na instituição; função que exerce e o há quanto tempo permanece na mesma; tipo de atividade que exerce, administrativa, ensino, assistencial; tempo de percurso da casa ao trabalho; acidentes de trabalho; trabalho em turnos; carga horária; atualizações.

N. Percepção do trabalho, incluindo sua importância, condições e carga de trabalho, função adequada (ou não) à capacidade do trabalhador, satisfação com o trabalho, relações interpessoais com colegas e chefia, comunicação interpessoal e se o trabalho afeta a vida pessoal do trabalhador, positiva ou negativamente.

As seções M e N do questionário (História e Posição atual no trabalho e Opinião sobre o Trabalho) foram adaptadas de um estudo que investigou as condições de trabalho e sua associação com Transtorno Mental Comum (TMC) em trabalhadores da rede básica do município de Botucatu⁽³⁶⁾.

O. Estresse e trabalho, avaliando-se os aspectos de exigência e controle das atividades, na visão do trabalhador. Utilizou-se a escala “*Job Stress Scale*” que avalia as relações de demanda e controle no ambiente de trabalho em quatro categorias, validada no Brasil. De acordo com essa escala, o trabalho que envolve alto controle e alta demanda constitui a categoria Trabalho Ativo; alto controle e baixa demanda formam a categoria Baixo Desgaste Psicológico; baixo controle e alta demanda formam a categoria Alto Desgaste Psicológico; baixo controle e baixa demanda são as características de Trabalho Passivo⁽³⁷⁾.

3.2 Procedimentos de coleta de dados

Primeiramente, fizemos um estudo piloto com três participantes, e a partir das críticas à extensão (muito grande) e relatos de dificuldades de entendimento de algumas

questões do questionário, houve modificação e redução do número de questões. Fizemos então um segundo piloto, obtendo resultado satisfatório em termos de compreensão e viabilidade do questionário. Os testes pilotos e as adaptações no questionário foram realizados em janeiro de 2012.

Para a coleta de dados, que ocorreu no período de fevereiro a julho de 2012, primeiramente, foi feito contato com a diretoria do campus universitário, pedindo apoio para a divulgação da pesquisa.

Após a prévia divulgação da pesquisa (via correio eletrônico) pela direção da instituição, atestando tê-la autorizado, a pesquisadora percorreu todas as seções técnicas e administrativas do campus explicando sobre a pesquisa, esclarecendo possíveis dúvidas e convidando os trabalhadores a participar. Foi deixado para cada servidor um questionário e um termo de consentimento, separados. Em cada seção, dois envelopes foram disponibilizados, um deles nomeado “questionários” e o outro “termos de consentimento”, para que os servidores neles depositassem seus questionários respondidos e termos assinados. A pesquisadora deu o prazo de uma semana e começou a percorrer novamente as seções, coletando os questionários e termos.

Já no caso dos docentes, a pesquisadora pediu autorização para participar de uma reunião de Conselho de cada departamento, para explicar a pesquisa e solicitar a participação. Porém, nem todos os departamentos autorizaram essa participação. Naqueles que autorizaram, foram esclarecidos os objetivos do estudo e entregues os questionários e termos, ficando no departamento dois envelopes, para posterior recolhimento dos questionários preenchidos e dos termos assinados. Como alternativa, por sugestão de alguns docentes, o questionário e o termo poderiam ser entregues diretamente à pesquisadora, mediante contato por e-mail ou telefone. Em contrapartida, nos departamentos que não autorizaram a participação da pesquisadora em uma reunião do Conselho, os esclarecimentos e o convite para participação na pesquisa foram

enviados por e-mail. Questionários e termos em número suficiente foram deixados nesses departamentos, com as secretárias. Após 15 dias, teve início o trabalho de recolhimento.

Algumas estratégias foram utilizadas na tentativa de aumentar a adesão à pesquisa. Para os servidores que não apresentaram nenhuma posição sobre a participação ou não na pesquisa, foram encaminhados e-mails, explicando novamente o estudo e seus procedimentos e apontando a importância da participação de maior número possível de trabalhadores para obtenção de resultados válidos para a população alvo. Em alguns setores/seções, a pesquisadora participou das reuniões de equipe, para reapresentar a pesquisa, na tentativa de aumentar a adesão. Tais esforços foram produtivos, pois resultaram em novos questionários preenchidos. No caso dos docentes, foram realizados contatos por e-mail para aqueles que não aderiram ao estudo após as primeiras semanas, para novo convite para participação. Argumentos sobre a importância da participação para a validade dos resultados foram também utilizados. Tais contatos não produziram número significativo de novos questionários preenchidos, indicando que a cobertura máxima da pesquisa junto aos docentes já havia sido alcançada.

3.3 Análise dos dados

Os dados foram digitados e tabulados inicialmente no programa Epi Info e analisados no Microsoft Excel 2010 e PASW Statistics 18. Nesta Dissertação, apresentamos estatísticas descritivas (distribuições de frequências e médias, medianas, de acordo com a natureza de cada variável) e os resultados iniciais da investigação da presença de associação entre alguns fatores (renda familiar per capita, natureza do trabalho, de acordo com a escala Job Stress e disponibilidade de apoio social) e desfechos de saúde: autoavaliação de saúde e presença de

transtorno mental. Estas associações foram pesquisadas por meio de tabelas cruzadas e avaliadas pelo teste qui quadrado (χ^2), fixando o nível de significância para $p < 0,05$.

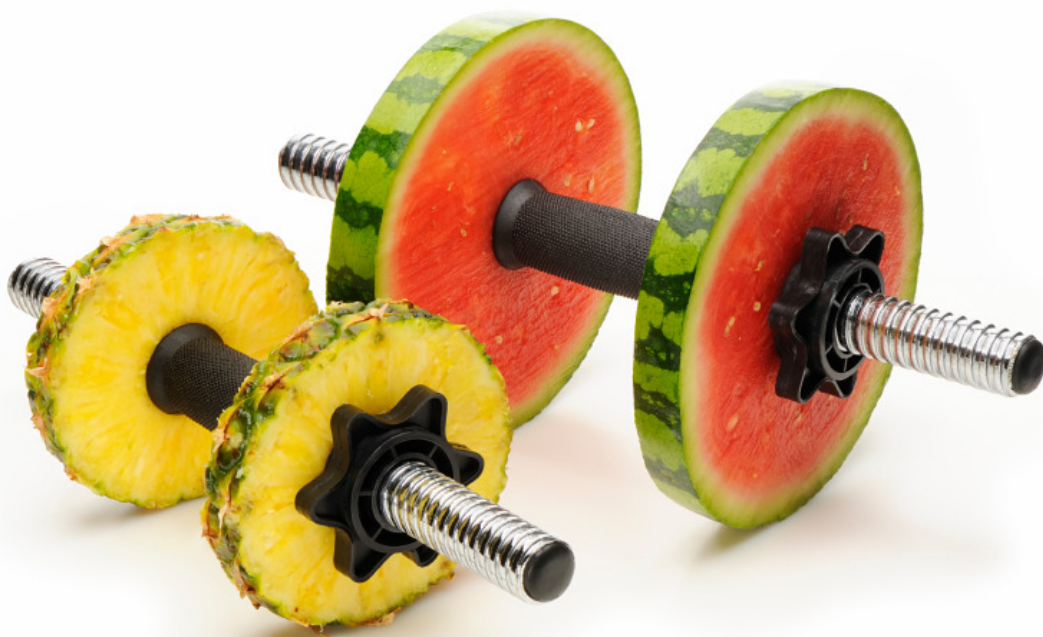
3.4 Aspectos Éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa, e somente foi iniciada a abordagem dos sujeitos e a coleta de dados após sua aprovação, expressa no parecer 0323/2011. Todos os participantes foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e sobre seus procedimentos, pela pesquisadora.

Os procedimentos para garantir sigilo e anonimato dos trabalhadores foram manter o questionário com um código, cujo número somente o próprio funcionário conheceu. Além disso, os dados serão divulgados de modo a impedir a identificação de qualquer participante, evitando-se a desagregação dos resultados por seção ou departamento.

Todos os participantes foram informados que a desistência do estudo poderia ocorrer a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal, e também sobre formas para contato com os pesquisadores para esclarecimentos, durante todo o transcorrer do estudo.

4. Resultados



A população elegível para o estudo era formada por 375 trabalhadores, sendo 198 servidores técnico-administrativos e 177 docentes. Houve recusas, alcançando 28% dos técnicos-administrativos e 56% dos docentes. Portanto os resultados apresentados a seguir são referentes a 138 servidores técnico-administrativos ativos e 77 docentes.

Caracterização dos sujeitos e aspectos socioeconômicos

Dos 138 servidores técnico-administrativos, 70 (50,7%) eram mulheres, a maior parte tinha entre 30 e 59 anos e em relação à situação familiar, 60,1% relataram ter um relacionamento estável (casados ou em união estável) e 60,9% tinham curso superior completo ou em desenvolvimento. A renda *per capita* média foi de 3,27 (+- 2,88) salários-mínimos. Na Tabela 1 estão apresentadas as principais características socioeconômicas e demográficas dos trabalhadores técnico-administrativos estudados.

Tabela 1 Características demográficas e socioeconômicas dos técnicos-administrativos. Marília, 2012.

Técnicos-Administrativos	N (%)
Sexo (N=138)	
Masculino	68 (49,3)
Feminino	70 (50,7)
Faixa Etária (N=138)	
18 a 24 anos	17 (12,3)
25 a 29 anos	12 (8,7)
30 a 39 anos	30 (21,8)
40 a 49 anos	37 (26,8)
50 a 59 anos	37 (26,8)
60 anos ou mais	3 (2,2)
Não responderam	2 (1,4)
Estado Civil (N=138)	
Solteiro	41 (29,7)
Relacionamento Estável	83 (60,1)
Divorciado/Viúvo	14 (10,2)
Faixa de Renda Individual (Salário Mínimo) (N=138)	
< 3 sal.min.	30 (21,6)
3 a 4,99 sal.min.	55 (39,9)
5 a 6,99 sal.min.	31 (22,5)
7 a 9 sal.min.	7 (5,1)
> 9 sal.min.	7 (5,1)
Não responderam	8 (5,8)
Faixa de Renda Familiar per capita (Salário Mínimo) (N=138)	
< 1 sal.min.	5 (3,6)
1 a 1,99 sal.min.	35 (25,4)
2 a 2,99 sal.min.	35 (25,4)
3 a 5 sal.min.	34 (24,6)
> 5 sal.min.	17 (12,3)
Não responderam	12 (8,7)
Escolaridade (N =138)	
<=2º grau	35 (25,4)
Superior completo ou incompleto	84 (60,9)
Pós graduação	19 (13,7)
Cor ou Raça (N=138)	
Branca	113 (81,9)
Amarela	6(4,3)
Parda/Preta	16 (11,6)
Não quis responder	3(2,2)

Na Tabela 2, estão apresentadas as características dos docentes estudados: 46 (59,7%) eram mulheres, houve predomínio da faixa etária acima dos 40 e 67,5% viviam em relacionamentos estáveis (casados ou união estável). A renda familiar *per capita* foi de 7,58 (+- 3,83) salários-mínimos, valor estatisticamente diferente e maior do que o observado entre os técnicos.

Tabela 2. Características demográficas e socioeconômicas dos docentes. Marília, 2012.

Docentes	N (%)
Sexo (N=77)	
Masculino	31 (40,3)
Feminino	46 (59,7)
Faixa Etária (N=77)	
abaixo de 39 anos	21 (27,3)
40 a 49 anos	24 (31,2)
acima de 50 anos	24 (31,2)
Não responderam	8 (10,3)
Estado Civil (N=77)	
Solteiro	14 (18,2)
Relacionamento Estável	52 (67,5)
Divorciado/Viuvo	6 (7,8)
Não responderam	5 (6,5)
Renda Individual (Salário Mínimo) (N=77)	
< 5 sal.min.	3 (3,9)
5 a 6,99 sal.min.	3 (3,9)
7 a 9 sal.min.	4 (5,2)
> 9 sal.min.	60 (77,9)
Não responderam	7 (9,1)
Renda Familiar per capita (Salário Mínimo) (N=77)	
< 3 sal.min.	3 (3,9)
3 a 5 sal.min.	14 (18,2)
> 5 sal.min.	48 (62,3)
Não responderam	12 (15,6)
Cor ou Raça (N=77)	
Branca	57 (74,0)
Amarela	3 (3,9)
Parda/Preta	7 (9,1)
Não responderam	10 (13,0)

Condições de saúde: doenças crônicas, agudas e histórico familiar

Não houve diferenças entre docentes e técnicos quanto à frequência de doenças. Dos entrevistados, 76,3% relataram possuir pelo menos uma doença crônica, com destaque para alergias (32,1%) e hipertensão arterial (20,9%). Tivemos também 2,3% com diabetes. Na Figura 1, constam as frequências de trabalhadores que relataram algum tipo de doença ou sintoma crônico.



Figura 1. Frequência (%) de trabalhadores segundo doenças/sintomas crônicos relatados. Marília, 2012.

Quando questionados sobre doenças/sintomas agudos, 41 (19,1%) dos trabalhadores relataram ter adoecido nos últimos 30 dias, sem diferenças entre docentes e técnicos. As doenças relacionadas à área de ortopedia (32%) foram as mais frequentes. Estes resultados são apresentados na Figura 2.

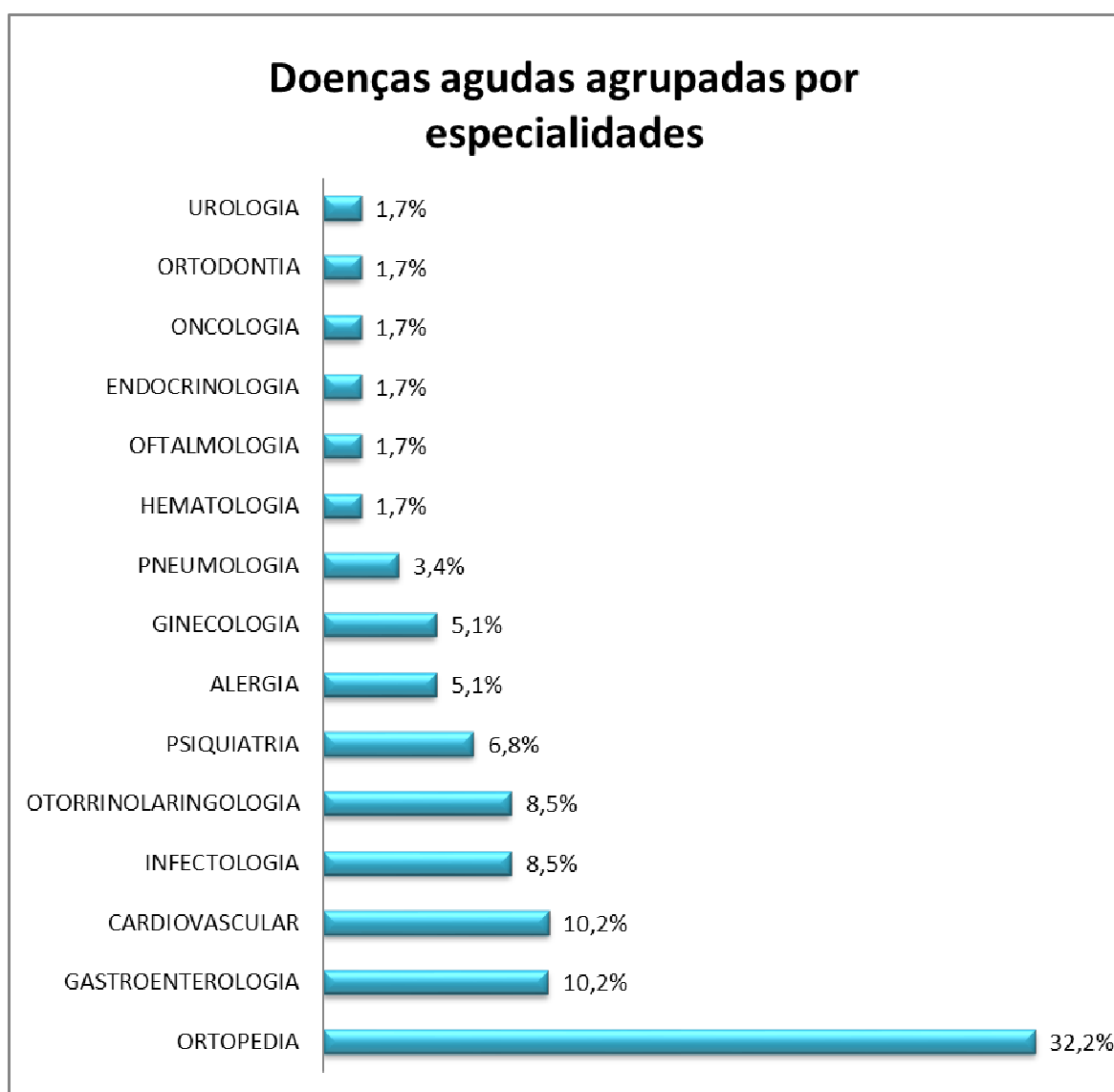


Figura 2. Frequência (%) de trabalhadores segundo doenças/sintomas agudos apresentados nos últimos 30 dias. Marília, 2012.

Quando investigamos o histórico familiar de saúde dos trabalhadores, houve alta frequência de hipertensão, diabetes e infartos do coração entre seus familiares (pais e irmãos). Na Figura 3, estão descritas as frequências de sujeitos que relataram em familiares cada uma das doenças pesquisadas.

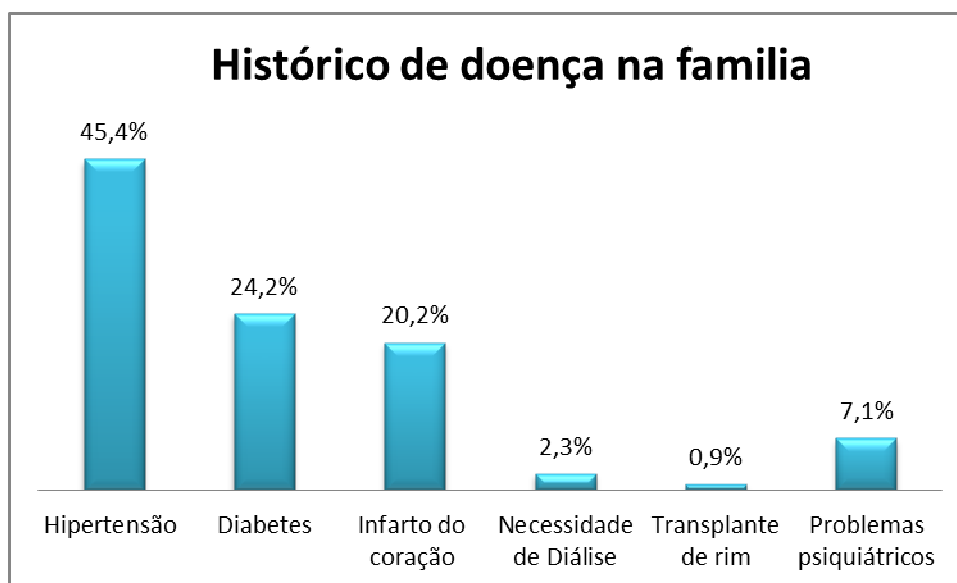


Figura 3. Frequência(%) de trabalhadores que relataram doenças/sintomas em familiares (pais e irmãos) segundo morbidade. Marília, 2012.

Uso de serviços, medicamentos e hospitalizações

Dos servidores que tiveram alguma doença/sintoma aguda nos últimos 30 dias, 35 (85,4%) procuraram atendimento de um profissional de saúde, 25 (71,4%) procuraram serviços de saúde privados ou convênios, 9 (25,7%) serviços do SUS e 1 (2,7%) outro serviço. (dados não mostrados em Tabela).

Quanto ao uso de medicamentos, 104 (48,4%) trabalhadores fizeram uso de alguma medicação nos sete dias anteriores à aplicação do questionário, sendo 6,2% por automedicação. Dentre aqueles que utilizaram medicações, 60,6% eram mulheres (dados não mostrados em Tabela).

Doze (5,6%) indivíduos relataram internação hospitalar nos últimos 12 meses. As internações variaram de 1 a 3 dias de duração e foram causadas por variados problemas/situações, como parto (2), retirada de cálculo renal (1), gastroenterocolite aguda (1), cirurgia de retirada da vesícula (1), cirurgia de bexiga (1), cirurgia para retirada de hemorroida (1), anemia (1), cirurgia de hérnia de hiato (1), dengue (1) e angina (1) (Dados não mostrados em Tabela).

Autoavaliação de saúde, prevenção de Câncer de mama, útero e próstata e uso de anticoncepcionais

A maioria (54,4%) dos participantes declarou estar com saúde excelente/muito boa; apenas 6 indivíduos avaliaram sua saúde como regular/ruim (Tabela 3).

Sobre aspectos de saúde da mulher, dentre as 116 mulheres, 81,0% relataram ter feito o exame Papanicolau há 1 ano ou menos; dentre as 37 mulheres acima dos 50 anos, somente 19 (51,3%) declararam já ter feito pelo menos uma mamografia. Trinta e três mulheres, 28,4% do total de mulheres estudadas, estavam menopausadas e dessas 8 relataram fazer terapia de reposição hormonal. Excluídas as menopausadas, 34,9% das mulheres usavam pílulas contraceptivas e 46,9% não faziam uso de nenhum método com tal finalidade (Tabela 3).

Iniciando os resultados sobre saúde do homem, apresentados também na Tabela 3, de entre os 99 homens participando da pesquisa, 51 estavam acima de 40 anos. Quando esses homens foram questionados sobre o exame de prevenção de câncer de próstata, 90,2% responderam que já o realizaram, sendo que 88,2% fizeram o PSA e 52,9% realizaram exame de toque retal. Dentre o conjunto de homens (todas as idades), 43% relataram usar preservativo masculino e 25,3% não utilizar nenhum método contraceptivo..

Tabela 3. Frequência de trabalhadores segundo autoavaliação da saúde física, saúde da mulher e saúde do homem. Marília, 2012.

Autoavaliação de saúde (N=215)	N(%)
Excelente/Muito boa	117 (54,4)
Boa	92 (42,8)
Regular/Ruim	6 (2,8)
SAÚDE DA MULHER	
Papanicolau (N=116)	N(%)
1 ano ou menos	94 (81,0)
Mais de 1 ano	17 (14,7)
Nunca Fez	4 (3,4)
Não sabe	1 (0,9)
Mamografia (N=116)	
1 ano ou menos	36 (31,0)
Mais de 1 ano	13 (11,2)
Não responderam	58(50,0)
Nunca fez	9(7,8)
Menopausa (N=116)	
Sim	33(28,4)
Reposição Hormonal (N=33)	
Sim	8 (24,2)
Métodos contraceptivo (N=83)	
Pílula	29 (34,9)
Preserv. Masc	11 (13,3)
Outros	5 (6,0)
Não usa	37 (44,6)
Não responderam	1(1,2)
SAÚDE DO HOMEM	
Prevenção Ca próstata em >40 anos (N=51)	N(%)
SIM	46 (90,2)
Tipos de exames (N=51)	
TOQUE RETAL	27 (52,9)
PSA	45 (88,2)
ULTRASSOM	7 (13,7)
BIOPSIA	2 (0,04)
Métodos contraceptivos (N=99)	
Não usa	25 (25,3)
Preser. Masculino	43 (43,4)
Companheira usa Pílula	8 (8,1)
Companheira usa DIU	2 (2,0)
Coito interrompido	1(1,0)
Outros	11 (11,1)
Não Sabe/Não respondeu	9(9,1)

Alimentação e atividade física

Apresentamos os hábitos alimentares dos trabalhadores estudados na Tabela 4, descrevendo o consumo de feijão, frutas, saladas cruas, legumes e verduras cozidos. Chamou atenção a proporção (33,9%) que consome feijão menos de 5 vezes por semana e o frequente consumo de refrigerantes por parcela expressiva (21,8%, 3 ou mais vezes na semana), entre outras práticas não saudáveis. Deve-se notar também a alta proporção de indivíduos que relataram consumir todos ou quase todos os dias frutas, saladas cruas e legumes (alimentos marcadores de consumo saudável).

Tabela 4. Frequência de trabalhadores segundo hábitos alimentares. Marília, 2012.

Hábitos alimentares (N=215)	
Frutas	N (%)
quase/todos os dias	157 (73,0)
Salada crua	
quase/todos os dias	189 (87,9)
Verdura ou Legumes cozidos	
quase/todos os dias	172 (80,0)
Feijão	
1 a 2 dias por semana	33 (15,3)
3 a 4 dias por semana	40 (18,6)
5 a 6 dias por semana	50 (23,3)
Nunca	7 (3,3)
Quase nunca	19 (8,8)
Todos os dias	66 (30,7)
Refrigerante	
1 a 2 dias por semana	75 (34,9)
3 a 4 dias por semana	23 (10,7)
5 a 6 dias por semana	8 (3,7)
Nunca	29 (13,5)
Quase Nunca	64 (29,8)
Todos os dias	16 (7,4)
Carne Vermelha	
Comer com a gordura	35 (16,3)
Não come carne vermelha com muita gordura	16 (7,4)
Tirar o excesso de gordura	164 (76,3)
Frango	
Comer com a pele	60 (27,9)
Não come frango	9 (4,2)
Não come pedaços de frango com pele	19 (8,8)
Tirar a pele	126 (58,6)
Não respondeu	1(0,5)

Dos 215 trabalhadores da universidade, 128 (59,5%) realizavam alguma atividade física no tempo de lazer, sendo a maior frequência observada na categoria 3 a 4 dias por semana (42,9%). Os dados sobre o Índice de Massa Corporal (IMC) indicaram alta frequência de excesso de peso, pois somando-se as porcentagens de sobrepeso e obesidade temos 53,5% dos servidores (Tabela 5).

Tabela 5. Frequência de trabalhadores segundo índice de massa corporal e frequência de atividade física. Marília, 2012.

Atividade física (N=215)

Sim	128 (59,5)
Não/Raramente	87 (40,5)

Frequência de atividade física (N=128)

1 a 2 dias por semana	44 (34,3)
3 a 4 dias por semana	55 (43,0)
5 a 6 dias por semana	21 (16,4)
Todos os dias	8 (6,3)

IMC (N=215)

	N (%)
Abaixo do Peso	7 (3,3)
Peso Normal	82 (38,1)
Sobrepeso	78 (36,3)
Obesidade	37 (17,2)
Não responderam	11 (5,1)

Avaliamos também o esforço físico associado ao trabalho, categorizando o trabalho em relação ao tempo de permanência sentado, andando a pé ou carregando peso, sendo os resultados apresentados na Tabela 6. Praticamente metade dos indivíduos relatou andar frequentemente (30,7%) ou sempre (19,5%) durante o trabalho. Mas a proporção que relatou ficar sentado frequentemente (53,5%) ou sempre (20,9%) foi ainda maior (74,4%). O trabalho envolvendo carregar peso foi bem raro na população estudada.

Tabela 6. Frequência de trabalhadores segundo esforço físico associado ao trabalho. Marília, 2012.

Característica do trabalho (N=215)	N (%)
Anda a pé	
Sempre	42 (19,5)
Frequentemente	66 (30,7)
Raramente	81 (37,7)
Nunca	21 (9,8)
Não responderam	5 (2,3)
Permanece sentado	
Sempre	45(20,9)
Frequentemente	115 (53,5)
Raramente	41 (19,1)
Nunca	10 (4,7)
Não responderam	4(1,8)
Carrega carga pesada	
Sempre	9 (4,2)
Frequentemente	19 (8,8)
Raramente	60 (27,9)
Nunca	122 (56,7)
Não responderam	5(2,4)

Estilo de vida

O consumo de álcool foi avaliado através do instrumento AUDIT, que o caracteriza conforme um score final, em consumo de baixo risco ou abstêmios, consumo de risco, consumo de alto risco ou uso nocivo e provável dependência. A maioria dos participantes, 93%, permaneceram na faixa de abstinência/baixo risco.

Dos participantes da pesquisa, 8,8% apresentaram-se como fumantes, com idade média de início do hábito igual a 17,9 anos (+- 4,998). Estes resultados são mostrados na Tabela 7.

Tabela 7. Frequência de trabalhadores segundo uso de álcool e tabagismo. Marília, 2012.

Estilo de vida: álcool e tabagismo (N=215)

AUDIT	N (%)
Abstinência/baixo risco	200 (93,0)
Consumo de risco	14 (6,5)
Provável dependência	1 (0,5)
 Tabagismo	
Fumante	19 (8,8)
Ex-fumante	51 (23,7)
Idade de início hábito	17 anos (+- 4,998)

História e posição atual no trabalho

Neste tópico apresentaremos os resultados separando os técnicos-administrativos dos docentes, devido às diferenças relacionadas às características do trabalho de cada categoria.

Confome a Tabela 8 nos mostra, estavam na instituição por menos de 3 anos 20,3% dos técnicos-administrativos e 40,3% dos docentes, já com 30 anos ou mais somente 7,2% e 2,6% dos técnicos-administrativos e docentes, respectivamente.

Os trabalhadores foram questionados sobre a característica da atividade exercida na função, podendo ter mais de uma resposta por participante. Sendo assim, 60,9% dos técnicos relataram desenvolver atividades administrativas com contato com público e como se esperava, no caso dos docentes predominaram atividades de ensino e pesquisa, com 98,7% e 97,4%, respectivamente, realizando tais atividades.

Trabalhar em turnos, horário de trabalho e realizar hora extra, foram variáveis que apresentaram diferenças significativas (todas as variáveis citadas com $p < 0,001$) entre as categorias. O turno de trabalho mais prevalente para os técnicos-administrativos era o diurno fixo, com 79,7% dos participantes, já para os docentes era o turno de revezamento (manhã, tarde e noite), com 61%. A opinião deles mais frequente sobre o horário de trabalho foi horário flexível ou horário rígido, ambos com 44,9% das respostas dos técnicos-administrativos; já no caso dos docentes, horário flexível foi relatado por 72,7%. Sobre a realização de horas extras ou jornada acima de 8h/dia, 34,1% e 35,5% dos técnicos-administrativos responderam, respectivamente, que às vezes ou raramente as realizavam, já dentre os docentes, 46,8% responderam que realizavam muitas horas extras ou jornadas além de 8 horas por dia. Ainda sobre esse assunto, cerca de 94,6% dos técnicos relataram ocorrer desconto em banco de horas das eventuais horas extras realizadas; no caso dos docentes, 47,5% deram como resposta que “as horas extras já são incorporadas no salário” e “as horas extras não são pagas” (Tabela 8).

Tabela 8. Frequência de trabalhadores segundo história e posição atual no trabalho. Marília, 2012.

História e posição atual no trabalho	Técnico-adm. (N=138)	Docentes (N=77)
Tempo na instituição	N (%)	N (%)
3 anos ou menos	28 (20,3)	31 (40,3)
4 a 9 anos	13 (9,4)	14 (18,2)
10 a 19 anos	26 (18,8)	12 (15,6)
20 a 29 anos	27 (19,6)	18 (23,4)
30 anos ou mais	10 (7,3)	2 (2,5)
Não responderam	34 (24,6)	0
Característica das atividades		
Chefia	20 (14,5)	15(19,5)
Administrativo sem contato com público	20 (14,5)	12(15,6)
Administrativo com contato com público	84 (60,9)	9(11,7)
Área da saúde	10 (7,2)	13(16,9)
Ensino	12 (8,7)	76(98,7)
Pesquisa	11 (8,0)	75(97,4)
Operacional	29(21,0)	0
Outras	0	18(23,4)
Turno de trabalho		
Turno de revezamento (manhã, tarde, noite)	6 (4,4)	47 (61,0)
Noturno fixo	13 (9,4)	2 (2,6)
Diurno fixo	110 (79,7)	24 (31,2)
Diurno fixo com plantões	9 (6,5)	4 (5,2)
Horário de trabalho		
Flexível	62 (44,9)	56 (72,7)
Muito flexível	6 (4,4)	13 (16,9)
Rígido	62 (44,9)	0
Muito Rígido	8 (5,8)	8 (10,4)
Hora extras		
Muitas	15 (10,9)	36 (46,7)
Às vezes	47 (34,1)	18 (23,4)
Raramente	49 (35,4)	5 (6,5)
Nunca	27 (19,6)	18 (23,4)
Pagamento de horas extras	(N=111)	(N=59)
Já estão incorporadas no salário	2 (1,8)	28 (47,5)
Não são pagas	4 (3,6)	28 (47,5)
Descontadas em banco de horas	105 (94,6)	3 (5,0)
Férias		
Sim, sem nenhuma dificuldade	115 (83,4)	54 (70,1)
Sim, não no período desejado devido a exigências do serviço.	22 (15,9)	18 (23,4)
Não, devido à exigência do serviço não tiro férias.	1 (0,7)	5 (6,5)

Opiniões sobre o trabalho

Na Tabela 9, são mostradas as opiniões dos trabalhadores sobre a presença de estresse e outros aspectos emocionais de seu trabalho. Os dados foram apresentados separadamente por apresentarem algumas diferenças, com significância estatística, entre docentes e técnicos-administrativos.

Tanto entre servidores técnico-administrativos quanto entre os docentes, parcela expressiva considerou o período de trabalho o mais importante de seu dia (52,9% e 55,8%). A grande maioria, 70,3% dos técnicos e 77,9% dos docentes, relatou que, mantidas as condições atuais de trabalho, conseguiriam permanecer trabalhando por mais anos. Cerca da metade (52,9%) dos técnicos consideraram o trabalho muito ou moderadamente pesado do ponto de vista emocional, já os docentes se colocaram em posição menos satisfatória, com 79,5% relatando trabalho emocionalmente pesado.

Mais da metade, tanto dos docentes como dos técnicos, estava muito satisfeita com o trabalho e 47,1% dos técnicos e 40,3% dos docentes relataram que mudaram positivamente a opinião sobre seu trabalho em relação às expectativas antes do ingresso.

Sobre a influência negativa do trabalho na vida pessoal, 24,6% e 58,5% dos técnicos e docentes, respectivamente, responderam influir “muito” ou “moderadamente”, docentes com o resultado menos satisfatório. Este foi um aspecto no qual as categorias diferiram. Quando perguntados se poderiam dedicar o tempo desejado às suas famílias, novamente os docentes apresentaram o pior resultado: apenas 9,1% conseguiam “dedicar-se muito” à família; já entre os técnicos, a proporção nesta categoria foi de 20,3%. Em ambas as categorias funcionais, a resposta mais frequente foi, em função do trabalho, conseguir dedicar-se moderadamente à família.

Tabela 9. Frequência de trabalhadores segundo suas opiniões sobre o trabalho que desenvolvem. Marília, 2012.

Opiniões sobre o trabalho	Técnico-Adm. (N=138)	Docentes (N=77)
Trabalho período mais importante do dia	N (%)	N (%)
Sim	73 (52,9)	43 (55,8)
Não	49 (35,5)	21 (27,3)
Não Sei/Não respondeu	16 (11,6)	13 (16,9)
Mantida as condições de trabalho consegue permanecer mais anos trabalhando		
Sim	97 (70,3)	60 (77,9)
Não	24 (17,4)	11 (14,3)
Não Sei	17 (12,3)	6 (7,8)
Trabalho emocionalmente pesado		
Muito	19 (13,8)	32 (41,6)
Moderadamente	54 (39,1)	29 (37,7)
Pouco	37 (26,8)	10 (13,0)
Quase Nada	28 (20,3)	5 (6,5)
Não respondeu	0	1 (1,2)
Satisfação com o trabalho		
Muito	78 (56,5)	52 (67,5)
Moderadamente	44 (31,9)	21 (27,3)
Pouco	13 (9,4)	3 (3,9)
Quase Nada	2 (1,5)	0
Não respondeu	1 (0,7)	1 (1,3)
Grau de satisfação antes e após entrar na instituição		
Aumentou	65 (47,1)	31 (40,3)
Diminuiu	30 (21,7)	18 (23,4)
Continuou igual	42 (30,4)	27 (35,0)
Não respondeu	1 (0,8)	1 (1,3)
Vida pessoal é afetada negativamente por seu trabalho		
Moderadamente	28 (20,3)	28 (36,4)
Muito	6 (4,3)	17 (22,1)
Pouco	32 (23,2)	16 (20,8)
Quase Nada	71 (51,4)	15 (19,4)
Não respondeu	1 (0,8)	1 (1,3)
O trabalho lhe permite dedicar-se a família		
Moderadamente	60 (43,5)	39 (50,6)
Muito	28 (20,3)	7 (9,1)
Pouco	39 (28,3)	24 (31,2)
Quase Nada	10 (7,2)	6 (7,8)
Não respondeu	1 (0,7)	1 (1,3)

Quando questionados sobre quais características das condições de trabalho escolheriam mudar, sendo possível mais de uma resposta, as respostas mais frequentes foram a retribuição salarial e os critérios para reconhecimento profissional, além de os critérios para progressão na carreira, para os técnicos, e o ambiente físico para os docentes.

Tabela 10. Frequência de trabalhadores segundo condições de trabalho que mudariam. Marília, 2012.

Condição de trabalho que mudaria	Técnico-adm. N=264 respostas	Docentes N=148 respostas
	N (%)	N (%)
Retribuição (salário e vales)	70 (26,5)	41 (27,7)
Horário de trabalho	33 (12,5)	7 (4,7)
Ambiente físico	26 (9,8)	21 (14,2)
Relações interpessoais	13 (4,9)	17 (11,5)
Forma de organização	16 (6,1)	16 (10,8)
Critérios para reconhecimento profissional	40 (15,2)	21 (14,2)
Possibilidade de progressão na carreira	50 (18,9)	16 (10,8)
Critérios para atualização profissional	5 (1,9)	3 (2,0)
Característica da chefia	2 (0,8)	3 (2,0)
Nenhum	9 (3,4)	3 (2,0)

Saúde mental

De acordo com o SRQ-20, 15,3% dos participantes apresentavam risco para TMC, sendo 13% dos técnicos e 19,5% dos docentes, diferença sem significância estatística (Tabela 11).

Tabela 11. Frequência de trabalhadores segundo categoria e presença de risco para transtorno mental comum. Marília, 2012.

	Técnico-adm (N=138)	Docente (N=77)	Total (N=215)
SRQ-20	N (%)	N (%)	N (%)
Com Risco p/ TMC	18 (13%)	15 (19,5%)	33 (15%)
Sem Risco p/ TMC	120 (87%)	62 (80,5%)	182 (85%)
Total	138 (100%)	77 (100%)	215 (100%)

Quanto aos resultados obtidos com a aplicação da escala “Job Stress”, tivemos diferenças significativas ($p < 0,001$) entre as duas categorias, sendo os docentes classificados predominantemente (90,8%) em trabalho ativo (moderadamente geradora de estresse), proporção bem maior do que a observada entre técnicos: 36,2% (Tabela 12). O trabalho com baixo desgaste psicológico foi quase tão frequente quanto o trabalho ativo entre técnicos (35,5%) e 15,2% foram classificados como trabalho com elevado desgaste psicológico. Entre docentes, apenas 1 indivíduo foi classificado como exercendo trabalho de elevado desgaste psicológico.

Tabela 12. Frequência de trabalhadores segundo categoria da escala Job Stress. Marília, 2012.

	Técnicos-Adm. (N=138)	Docentes (N=76)
<i>Job stress</i>	N (%)	N (%)
Baixo desgaste psicológico	49 (35,5)	5 (6,6)
Elevado desgaste psicológico	21 (15,2)	1 (1,3)
Trabalho ativo	50 (36,2)	69 (90,8)
Trabalho passivo	18 (13,0)	1 (1,3)
Total	138 (100,0)	76 (100,0)

Os resultados da investigação de associação entre risco para TMC e categoria na escala *Job Stress* são apresentados nas Tabelas 13 e 14, entre técnicos-administrativos e docentes, respectivamente. As categorias da escala *Job Stress* foram agrupadas em: baixo desgaste psicológico e trabalho ativo, representando a “situação privilegiada”, ou que envolveria menor risco de estresse; alto desgaste psicológico e trabalho passivo, representando a “situação menos privilegiada”, que envolveria maior risco de estresse.

Houve associação entre a categoria na *escala Job Stress* e presença de transtorno mental comum ($p=0,006$) entre os servidores técnico-administrativos. A proporção de trabalhadores com TMC na categoria “situação menos privilegiada” (elevado desgaste/trabalho passivo, 55,6%) foi o dobro da observada (24,2%) nesta mesma categoria entre os trabalhadores sem risco de TMC. (Tabela 13).

Entre docentes, não houve associação entre presença de transtorno mental e categoria de trabalho ($p=0,06$). Destaca-se que a diversidade de categoria de trabalho entre docentes foi muito baixa, com mais de 90% daqueles com ou sem TMC classificados na situação privilegiada ou potencialmente menos geradora de estresse: baixo desgaste/trabalho ativo. (Tabela 14).

Tabela 13. Associação entre presença de risco para transtorno mental comum e categoria da escala Job Stress entre trabalhadores técnico-administrativos. Marília, 2012.

SRQ 20	Categoria da escala Job Stress (agrupada)		Total
	Baixo desgaste + Trabalho Ativo "Situação privilegiada"	Elevado desgaste + Trabalho passivo "Situação menos privilegiada"	
Risco para TMC	8 (44,4%)	10 (55,6%)	18 (100%)
Sem risco para TMC	91 (75,8%)	29 (24,2%)	120 (100%)

$X^2=7,607$ $p=0,006$

Tabela 14. Associação entre presença de risco para transtorno mental comum e categoria da escala Job Stress entre docentes. Marília, 2012.

SRQ 20	Categoria da escala Job Stress (agrupada)		Total
	Baixo desgaste + Trabalho Ativo "Situação privilegiada"	Elevado desgaste + Trabalho passivo "Situação menos privilegiada"	
Risco para TMC	13 (92,9%)	1 (7,1%)	14 (100%)
Sem risco para TMC	61 (98,4%)	1 (1,6%)	62 (100%)

$X^2=5,494$ $p=0,064$

Quando avaliamos a disponibilidade de apoio social, de acordo com a pontuação geral, sem dividir por dimensões de apoio, 73,5% dos trabalhadores foram classificados como apresentando alta disponibilidade de apoio social e 25,1% baixa disponibilidade de apoio social (dados não apresentados em tabela). Essa escala também pode ser analisada por seus domínios, como apresentado na Tabela 15. O domínio com maior frequência de trabalhadores em situação de baixa disponibilidade foi Interação Social Positiva. Não houve diferenças significativas entre categorias (docentes e técnico-administrativos) de trabalhadores quanto à disponibilidade de apoio social.

Tabela 15. Frequência de trabalhadores segundo disponibilidade (baixa/alta) de cada domínio de apoio social. Marília, 2012.

Dominios de Apoio Social	Disponibilidade	
	Baixa	Alta
Material	53 (24,7)	159 (74,0)
Afetivo	63 (29,3)	149 (69,3)
Emocional	53 (24,7)	159 (74,0)
Informação	90 (41,9)	122 (56,7)
Interação Social	93 (43,3)	119 (55,3)

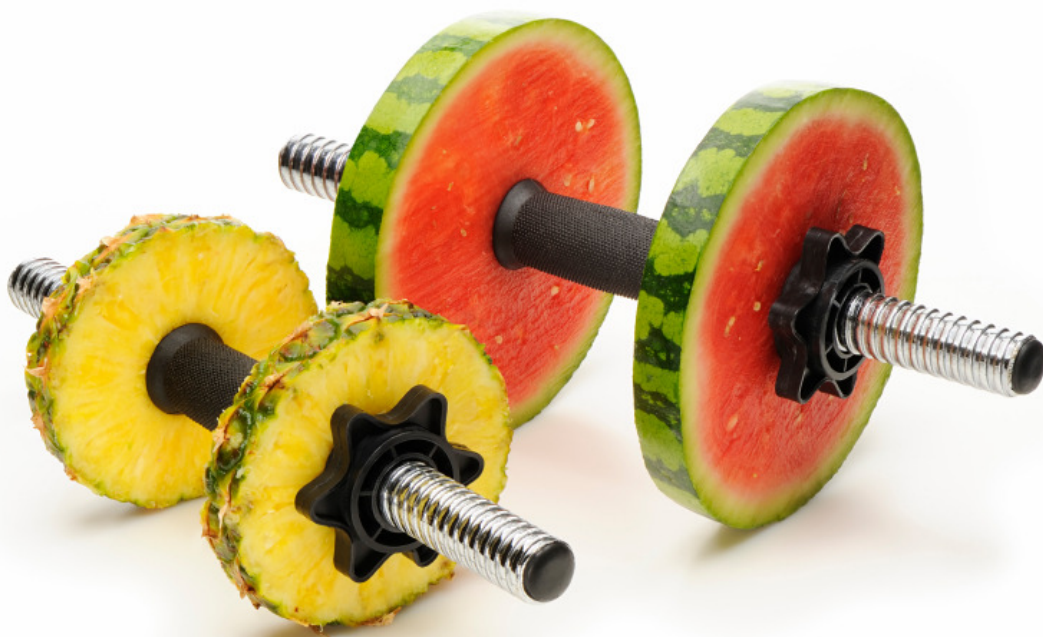
O risco de TMC associou-se ao escore de apoio social, como apresentado na Tabela 16. Entre indivíduos com baixo apoio a frequência de TCM foi mais de quatro vezes (35,2% X 8,9%) a verificada no grupo com alto apoio social.

Tabela 16. Associação entre disponibilidade de apoio social e presença de risco para transtorno mental comum. Marília, 2012.

Rede de Apoio Social	SRQ-20		Total
	Com risco TMC N (%)	Sem Risco TMC N (%)	
Alto Apoio	14 (8,9)	144 (91,1)	158 (100,0)
Baixo Apoio	19 (35,2)	35(64,8)	54 (100,0)

X²=21,220 P<0,001

5. Discussão



O presente estudo avaliou as condições de saúde de uma comunidade laboral específica: trabalhadores técnico-administrativos e docentes de um campus universitário. Em geral, os resultados referentes à presença de morbidade referida não diferenciaram esta comunidade da situação observada em adultos brasileiros e no mundo, em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, destacando-se a alta frequência de doenças crônicas não transmissíveis.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou em 2011 um relatório com os perfis dos países em relação às DCNT, destacando ainda que 56 milhões de mortes no mundo foram causadas por essas doenças, em 2008. No Brasil, cerca de 74% das mortes em 2008 foram devidas às DCNT, sendo 33% causadas por doença cardiovascular, 16% câncer, 6% doenças respiratórias, 5% diabetes e 14% outras patologias ⁽³⁸⁾.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são influenciadas por fatores demográficos como idade, cor/raça e sexo, e por outros relacionados aos hábitos de vida, como obesidade, tabagismo, consumo de álcool, alimentação e sedentarismo, sendo estes fatores modificáveis por intervenções de saúde. Normalmente essas doenças provêm de causas multifatoriais, estando presente mais de um fator de risco ⁽³⁹⁾. Dentre os comportamentos associados com DCNT, sedentarismo ⁽³⁸⁻⁴⁰⁾ foi o mais frequente nos trabalhadores estudados.

A situação na comunidade acadêmica estudada, portanto, condiz com os dados populacionais da OMS ⁽³⁸⁾, pois identificamos elevada frequência de doenças cardiovasculares autorreferidas, assim como, no histórico familiar de doenças, houve elevada frequência de hipertensão, diabetes e infartos do coração.

Há também semelhança com os dados nacionais, que indicam crescente prevalência de DCNT em adultos brasileiros. Porém, para algumas doenças a situação nos trabalhadores do campus de Marília esteve um pouco melhor do que a relatada para a população em geral. Por exemplo: 20,9% de indivíduos com hipertensão e 2,3% com diabetes entre os trabalhadores do campus de Marília da Unesp contra 22,5% e 5,9%, respectivamente, em adultos da capital do Estado de São Paulo, segundo dados do VIGITEL 2011 ⁽⁴⁰⁾.

A frequência de indivíduos que relataram hipertensão (20,9%) neste estudo também foi menor do que a identificada em estudo semelhante (Estudo Pró-saúde), onde os participantes foram funcionários de uma universidade do Rio de Janeiro, com 30% de hipertensos ⁽⁴¹⁾.

Uma diferença surpreendente entre os trabalhadores estudados e a população da capital do Estado de São Paulo, também de acordo com dados do VIGITEL, diz respeito à cobertura de exames preventivos de câncer de mama e útero ^(40, 41), menor nas trabalhadoras do campus de Marília do que nas mulheres em geral. Surge assim uma importante prioridade para os responsáveis locais pela Saúde do Trabalhador: compreender as razões da baixa cobertura destes exames, o que poderia ser feito com um estudo qualitativo, e depois desenvolver iniciativas para sua superação.

Outro achado bastante relevante foi constatar hábitos alimentares mais saudáveis e menos tabagismo nos trabalhadores estudados do que na população da capital do Estado de São Paulo. Já as taxas de sobrepeso e obesidade foram muito altas nos trabalhadores estudados e semelhantes às relatadas para a população adulta de São Paulo (SP). Este fato, somado à alta prevalência de inatividade física e aos hábitos alimentares relativamente saudáveis, sugere que o enfrentamento do excesso de peso neste grupo de

trabalhadores deverá priorizar intervenções para promoção e apoio à realização de atividades físicas ⁽⁴⁰⁾.

Um dos fatores de risco de DCNT mais preocupante é a dislipidemia. Segundo o Vigitel 2009, em São Paulo - SP, 15% dos adultos apresentavam esse quadro. A situação foi um pouco melhor nos trabalhadores estudados, pois 11,6% referiram dislipidemia. Também na autoavaliação de saúde, o quadro nos trabalhadores estudados foi um pouco mais positivo do que na população em geral: 2,8% dos participantes responderam que sua saúde era regular/ruim, contra 3,8% pelo VIGITEL 2011 ⁽⁴⁰⁾. As pequenas diferenças positivas na prevalência de doenças crônicas e na frequência de alguns comportamentos de risco (menos tabagistas e pessoas com baixo consumo de frutas e hortaliças) entre a população estudada e a população em geral podem ser explicadas pelo fato de os trabalhadores estudados apresentarem condições socioeconômicas mais favoráveis.

A situação de saúde dos trabalhadores estudados também está em sintonia com o perfil de morbimortalidade do município de Marília, onde as DCNT despontam como causa importante de consultas, internações e óbitos.

Em 2011, 10,5% dos usuários dos serviços públicos de saúde (rede básica) do município de Marília - SP apresentaram morbidades referentes ao capítulo IX – Doenças do sistema circulatório da CID-10, seguidas (9,5%) de doenças referentes ao capítulo XI – Doenças do sistema digestivo e ao capítulo X – Doenças do sistema respiratório, com 7,2% ⁽⁴³⁾.

No ano de 2012, no período de janeiro a junho, as doenças mais frequentes na população que utilizou serviços públicos de saúde, representando 10,8%, 9,4% e 7,3% do

total de causas de consultas, respectivamente, foram as doenças do ouvido, doenças do sistema digestivo e doenças do aparelho respiratório ⁽⁴³⁾.

De acordo com o SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, em 2011, 27,2% das causas de óbitos ocorridos em Marília foram classificadas no capítulo IX- Doenças do aparelho circulatório, seguidas de 19,4% relativas ao capítulo II - Neoplasia e 12,8% ao capítulo X – Doenças do sistema respiratório. Em 2012, dados de janeiro a junho, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 39,0% dos óbitos, seguidas, com 18,6%, das neoplasias e doenças do sistema respiratório (13,6%) ⁽⁴⁴⁾.

Entretanto, os trabalhadores estudados se diferenciam da população em geral quanto à natureza dos serviços de saúde que utilizam. Quando os trabalhadores que relataram ter adoecido nos 30 dias anteriores à entrevista foram questionados sobre qual serviço de saúde procuraram, 71,4% assinalaram serviço de saúde privado ou convênio e apenas 25,7% procuraram atendimento pelo SUS. Isso pode ser um reflexo de uma política da Universidade, que custeia uma porcentagem do custo de plano de saúde para os servidores, das melhores condições socioeconômicas deste grupo de trabalhadores em relação à população em geral e da preferência por atendimentos privados ou conveniados nos estratos socioeconômicos mais favorecidos ⁽⁴⁴⁾.

Como consequência, grande parte dos trabalhadores estudados não é alcançada pelos programas e ações de saúde que visam à prevenção de doenças, incluindo-se prevenção do câncer de mama, útero, e de doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial, desenvolvidos pela rede pública de atenção básica à saúde. Sabe-se que os serviços privados e/ ou os convênios de saúde ainda atuam sob a lógica da doença e do tratamento, sendo ainda incipiente sua atuação no campo da promoção da saúde e prevenção de doenças ⁽⁴⁵⁾. Seria esta

a explicação para a menor cobertura dos exames de prevenção de câncer de mama e útero nas mulheres trabalhadoras estudadas em relação à população feminina em geral?

O Ministério da Saúde preconiza a realização de uma mamografia anual para mulheres acima de 35 anos com fatores de risco para câncer de mama e, para mulheres acima dos 50 anos, um exame anual ou no máximo a cada dois (2) anos ⁽⁴²⁾. Pelo Vigitel 2011, em mulheres acima de 50 anos, a frequência de mamografia no ano anterior foi de 90,6% no caso da capital do Estado de São Paulo ⁽⁴⁰⁾, já em nosso estudo apenas 51,3% das mulheres nessa faixa etária realizaram a mamografia segundo a recomendação. Portanto, aumentar a porcentagem de mulheres que realizam mamografia de acordo com a recomendação deverá ser uma meta da Saúde do Trabalhador no âmbito local.

No caso do exame nomeado Papanicolaou, a recomendação do Ministério da Saúde (MS) é o exame anual para todas as mulheres de 25 até 60 anos ou com atividade sexual. Após dois (2) exames consecutivos normais, segundo o MS, pode-se espaçar o exame para a cada 3 anos ⁽⁴²⁾. Em nosso estudo, a frequência de mulheres que realizaram o exame há no máximo um (1) ano foi satisfatória (81,1%) de acordo com a OMS, que considera 80% uma boa cobertura do exame Papanicolaou ⁽⁴⁶⁾, porém, menor do que a identificada pelo Vigitel 2011 na cidade de São Paulo, que foi de 96,4% ⁽⁴⁰⁾, indicando ser possível aumentar a cobertura atual.

Sobre aspectos da saúde do homem, focamos na prevenção do câncer de próstata, o segundo câncer mais frequente em homens. Estima-se que em 2012 teremos no Brasil 60.180 mil casos novos desse tipo de câncer, sendo a incidência no Sudeste 78/100 mil homens ⁽⁴⁶⁾. O Ministério da Saúde ainda não definiu uma meta de cobertura das ações do câncer de próstata, mas o resultado obtido no presente estudo (92,8% dos homens acima de 50 anos realizaram toque retal ou PSA) foi surpreendentemente alto, considerando que essa ação de

saúde é mais recente do que as direcionadas à prevenção do câncer de colo de útero em mulheres.

Um estudo populacional realizado em municípios paulistas (Campinas, Botucatu, a administração regional do Butantã, na cidade de São Paulo, e uma área formada pelos municípios de Taboão da Serra, Embu e Itapequerica da Serra, na região da Grande São Paulo) apontou que 55,6% dos homens acima de 50 anos tinham realizado pelo menos uma vez a prevenção do Ca de próstata com exame de toque retal e/ou PSA ⁽⁴⁷⁾; já em uma cidade de Minas Gerais, outro estudo encontrou frequência de 54,3% ⁽⁴⁸⁾. Tais resultados apoiam a hipótese de que nossos resultados envolvam alguma superestimação. Também se pode pensar em um viés de seleção, ou seja, os homens que aceitaram participar do presente estudo seriam justamente aqueles mais preocupados com sua saúde.

Como já referido, com relação aos comportamentos alimentares, nossos resultados foram bastante favoráveis, se comparados aos reportados para a população em geral da cidade de São Paulo - SP.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição, aprovada em 1999 e atualizada em 2011, propõe respeitar, proteger, promover e prover o direito humano à saúde e à alimentação. Algumas recomendações dessa política são: aumentar o consumo de frutas, verduras, legumes e leguminosas, diminuir o consumo de açúcar e sódio e também estimular a atividade física, no mínimo 3 dias da semana por 30 minutos, reduzindo-se assim os fatores de risco para DCNT: sedentarismo e baixo consumo de frutas e hortaliças ⁽⁴⁹⁾.

Tivemos como resultado de nosso estudo um excelente indicador sobre o consumo de frutas, verduras e legumes em 5 ou mais dias da semana, sendo que 73%, 87,9% e 80,0%, respectivamente, dos trabalhadores relataram tal consumo. Comparando-se tais dados com os

obtidos por um estudo populacional semelhante ao VIGITEL realizado em Botucatu - SP, por meio de inquérito telefônico, 56,1% dos adultos consumiam frutas, 79,8% verduras cruas e 61,7% legumes ou verduras cozidos em cinco ou mais dias da semana ⁽⁵⁰⁾. Na comparação com os dados para a capital do Estado de São Paulo obtidos pelo VIGITEL em 2011, os resultados por nós obtidos quanto ao consumo de alimentos saudáveis estão ainda mais favoráveis, pois apenas 30,9% dos adultos consumiam frutas e verduras em cinco ou mais dias da semana ⁽⁴⁰⁾.

Como explicar tal situação? É possível que o consumo na população estudada seja de fato mais favorável, pois esta é mais escolarizada e tem maiores rendimentos do que a população em geral, características que têm sido associadas a consumo alimentar mais saudável ⁽⁵⁰⁾. Pode também ter havido, em algum grau, um viés relativo ao conhecimento dos informantes da importância de tais alimentos (fazendo-os superestimarem seu consumo) ou um viés de seleção: os indivíduos mais preocupados com sua saúde e que tendem a apresentar hábitos mais saudáveis tenderiam a aderir ao estudo mais do que os menos preocupados.

Outra diferença entre a população de trabalhadores estudados e a população adulta da cidade de São Paulo foi relativa ao consumo de feijão, menos frequente nos trabalhadores do campus de Marília ⁽⁴⁰⁾. As diferenças socioeconômicas entre as populações estudadas podem explicar tais achados, pois o consumo de feijão, infelizmente, tende a cair com aumento da renda e os trabalhadores estudados formam um grupo de melhor nível socioeconômico do que a população paulistana como um todo.

Em relação ao consumo de refrigerante, alimento indicador de consumo não saudável, levando-se em conta o excesso de açúcar que existe nele e seu baixo valor nutricional, novamente os resultados observados nos trabalhadores do campus universitário foram animadores. Enquanto mais de um terço da população da cidade de São Paulo -SP,

segundo o VIGITEL 2011, consumia refrigerantes em cinco ou mais dias da semana, apenas 11,1% dos trabalhadores do campus de Marília relataram tal comportamento. Resultados semelhantes (mais favoráveis à saúde) foram obtidos para o consumo de carne com gordura e frango com pele, confirmando a tendência de os trabalhadores estudados apresentarem comportamentos alimentares mais saudáveis do que a população em geral ⁽⁴⁰⁾.

Vistos em conjunto, pode-se afirmar que do ponto de vista da alimentação, os trabalhadores do campus de Marília estão em situação satisfatória, apesar do consumo de feijão aquém das recomendações. Assim, no caso de ações locais de Educação Nutricional, cabe priorizar a promoção do consumo de feijão.

Com relação a outro comportamento associado com doenças crônicas e excesso de peso (inatividade física), a situação dos trabalhadores estudados é bem mais negativa: 40,5% relataram não realizar atividade física no tempo livre. Como o trabalho desenvolvido em uma instituição universitária, em geral, não envolve muito esforço físico, estes trabalhadores estão expostos às consequências do sedentarismo, que incluem maior risco de diabetes, hipertensão, cardiopatias, alguns tipos de câncer, entre outras doenças ⁽⁵¹⁾.

O trabalho docente demanda, com frequência, além das oito horas diárias de trabalho, como relatado pelos participantes do presente estudo; além disso, no caso do campus universitário em questão, há necessidade de trabalho em variados turnos (diurno, vespertino e noturno), expondo-os ao cansaço mental e físico. Portanto, para não ser sedentário, o trabalhador (docente ou técnico) tem que ativamente decidir fazer exercício/atividade física, o que exige tempo e disposição, dois fatores que parecem não estar disponíveis, em função das características do trabalho. Assim, não surpreende que, apesar dos melhores comportamentos alimentares, a frequência de trabalhadores com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) tenha sido muito alta (53,5%) e próxima da relatada para a população em geral da capital do Estado

de São Paulo ⁽⁴⁰⁾. Intervenções visando incentivar e facilitar aos trabalhadores do campus em estudo a realização de atividades físicas seria bastante oportuna.

As principais diferenças entre as duas categorias de trabalhadores do campus universitário de Marília foram relativas à saúde mental e ao risco de estresse. O trabalho ativo, situação de quase a totalidade dos docentes, é aquele em que o indivíduo tem um alto controle da situação, autonomia, porém uma alta demanda psicológica ⁽³⁶⁾, com necessidade de tomada de decisões frequentes. Assim, não houve associação entre categoria de trabalho segundo a escala Job Stress e transtorno mental, entre docentes. Para investigar se aspectos do trabalho estão associados ao risco de transtorno mental comum nesta categoria seria necessário o uso de outros instrumentos ou estudos qualitativos, que explorassem em profundidade as percepções dos docentes sobre seu trabalho e seu impacto sobre sua saúde mental e física. Entre os trabalhadores técnico-administrativos, transtorno mental comum associou-se com a categoria de trabalho menos favorável, como esperado. Tal resultado permite sugerir que a escala Job Stress seja usada em ações preventivas de transtorno mental focadas neste grupo de trabalhadores, para rastrear o grupo mais exposto.

A despeito das dificuldades relatadas pelos docentes para o exercício de seu trabalho, chamou atenção que mais de 90% estão satisfeitos com o trabalho, frequência superior à reportada por outro estudo (55,1%) com docentes universitários ⁽⁵⁰⁾. Mesmo com uma alta carga horária de trabalho e a frequente realização de horas extras (46,8% referiram realizá-las), com alta proporção considerando o trabalho emocionalmente pesado (41,6%) e a vida pessoal afetada negativamente pelo trabalho (58,5%), além do frequente relato de não conseguir dispor de tempo suficiente para a família (50,6%), grande parte dos docentes parece gostar do que faz e ter prazer em desenvolver suas atividades.

Os trabalhadores técnico-administrativos também apresentaram alta frequência de satisfação no trabalho (88,4%), porém esta categoria apresentou condições objetivas de trabalho mais favoráveis, com menor proporção que realiza horas extras (10,9%) e o fato de o turno de trabalho, na grande maioria dos casos, ser diurno e fixo. Deve-se lembrar também que apenas 13,8% dos técnicos consideraram seu trabalho emocionalmente muito pesado, bem abaixo do observado entre docentes, além da menor frequência que considerou a vida pessoal afetada negativamente pelo trabalho (24,6%).

Em resumo, percebemos que as duas categorias estão bastante satisfeitas com o trabalho, porém os docentes têm piores percepções de suas condições de trabalho e estão objetivamente mais expostos a fatores que podem causar estresse e problemas de saúde mental.

Outros pesquisadores já apontaram o paradoxo caracterizado pela satisfação e prazer associado ao trabalho do docente universitário e o alto desgaste físico e mental envolvido nesta atividade, além da característica de o mesmo quase suprimir a vida pessoal extra-universidade. Para Gradella (2010), as características atuais da carreira docente podem levar tais profissionais ao adoecimento. O docente, atualmente, está inserido em uma organização do trabalho de natureza capitalista, girando em torno da produção de conhecimento em larga escala, em um ambiente competitivo, nomeada como uma organização socioprodutiva por Lopes (2006) ⁽⁵³⁻⁵⁵⁾.

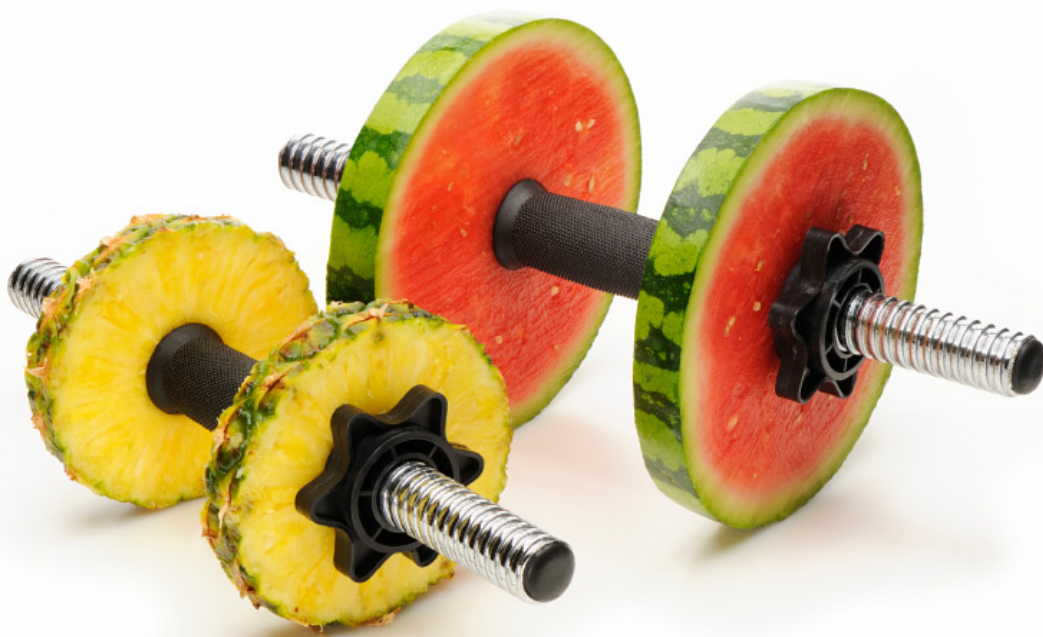
A saúde mental dos trabalhadores (docentes e técnicos, em conjunto) estudados condiz com as condições socioeconômicas favoráveis, em relação à população em geral. A prevalência de TMC (15,3%) foi inferior à identificada por vários outros estudos, seja com trabalhadores de universidade ou em estudos com amostras representativas da população em geral. No estudo Pró-saúde que foi realizado com funcionários (não docentes) de uma

universidade do Rio de Janeiro, a proporção com TMC foi de 29% ⁽⁵⁶⁾; em estudo populacional realizado na cidade de Montes Claros (MG), em 2008, a frequência foi de 23,2% ⁽⁵⁷⁾.

Em Botucatu (SP), também em 2008, 22,2% dos participantes (população geral) apresentaram risco para TMC ⁽⁵⁸⁾ e em Pelotas, cidade gaúcha de médio porte, a frequência foi de 28%, no mesmo ano ⁽⁵⁹⁾. Ainda em 2008, no estudo populacional ISA, realizado na cidade de São Paulo, 16,5% dos adultos estudados apresentaram risco de TMC, prevalência mais próxima de nossos resultados ⁽⁶⁰⁾.

Como TMC está associado à baixa escolaridade, baixa renda, presença de doenças agudas, entre outros fatores ^(59,60), podemos supor que foram as condições socioeconômicas mais favoráveis na população de trabalhadores estudada a causa da menor prevalência de TCM.

6. Recomendações



Considerando a posição da pesquisadora na equipe de saúde do trabalhador do campus universitário onde o estudo foi realizado e os objetivos de um programa de mestrado profissional, há possibilidade de ações voltadas ao enfrentamento das principais questões de saúde presentes nos trabalhadores estudados. Nos próximos parágrafos, apresentamos algumas idéias preliminares, as quais podem ser tomadas como ponto de partida para uma ampla discussão com a comunidade.

Nossos resultados não demonstraram grandes diferenças entre os trabalhadores e a população em geral no que se refere ao perfil geral de morbidade, com destaque para as doenças crônicas não transmissíveis. Em relação aos fatores de risco comportamentais para tais doenças, as diferenças com a população em geral foram positivas para questões como tabagismo e baixo consumo de frutas e hortaliças, e negativas para inatividade física, que desponta, então, como uma das prioridades para intervenções locais.

Apresentamos a seguir propostas para discussão ao longo de 2013. A primeira ação a ser realizada deverá ser a apresentação dos resultados dessa pesquisa aos participantes, como uma devolutiva aos servidores que dela participaram. Com isso, esperamos iniciar o processo de reconhecimento da inatividade física como um problema, ao mesmo tempo em que ações para a compreensão da visão dos trabalhadores sobre os fatores que dificultam sua realização seriam iniciadas. Metodologias qualitativas, como grupos focais e entrevistas em profundidade poderiam ser conduzidas nesta fase.

Após a fase de compreensão das barreiras à realização de atividades físicas, as possíveis intervenções seriam amplamente discutidas com os gestores e a comunidade, sendo interessante a participação de especialistas em mudança de comportamento e em intervenções para promoção de atividade física. Oficinas de planejamento poderiam ser desenvolvidas, para elaboração de um projeto piloto.

A implantação e avaliação de um projeto piloto focado na redução da inatividade física não deve deixar de lado outras ações de saúde prioritárias para docentes e técnicos do campus universitário estudado, seriam ações de caráter educativo ou de vigilância em saúde. Em especial, ações para ampliar a cobertura da prevenção do câncer de mama e útero podem e devem ser implementadas, pois as baixas coberturas observadas são inaceitáveis, considerando as condições socioeconômicas favoráveis das trabalhadoras estudadas.

A discussão dos resultados sobre saúde mental e estresse associado ao trabalho, bem como sobre as repercussões negativas do trabalho sobre as condições de vida dos trabalhadores, também deverá ser desencadeada. Novamente, os próprios trabalhadores, diretamente ou por meio de representação, e os gestores, deverão ser envolvidos em um processo que permita a identificação de possíveis intervenções que promovam a redução do estresse, em especial entre os docentes. Além disso, os trabalhadores que desempenham funções de elevado desgaste devem ser alvo de ações promotoras de sua saúde mental.

O presente estudo tem limitações que impedem generalizações para o país sobre as condições de saúde dos trabalhadores de instituições de ensino e pesquisa, mas seus resultados podem ser válidos para instituições com características semelhantes, em especial no Estado de São Paulo e no âmbito da Unesp. Assim, seus resultados e as recomendações aqui apresentadas podem ser úteis como ponto de partida para que em outros campi universitários seja iniciada uma discussão sobre a atuação das equipes responsáveis pela Saúde do Trabalhador.

7. Referências



1. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Brasília (DF): Senado; 1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [texto da Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
3. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev. Saúde públ. 1991; 25 (5): 341-9.
4. Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(4): 757-766.
5. Portal da Universidade [Internet]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Reitoria; [atualizada em 2012 Set 24, citado em 2012 Dez 17]. Disponível em: <http://www.unesp.br/portal#!/apresentacao/historico/>
6. Faculdade de Filosofia e Ciências [Internet]. Marília: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Campus de Marília; [atualizada em 2012 Ago 31, citado em 2012 Dez 17]. Disponível em: <http://www.marilia.unesp.br/#!/instituicao/apresentacao/a-faculdade-hoje9745/>
7. Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalhador e Sustentabilidade Ambiental. [Internet]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Reitoria; [citado em 14 abr. 2012]. Disponível em <http://unesp.br/costsa/conteudo.php?conteudo=12>
8. Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalhador e Sustentabilidade Ambiental. [Internet]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Reitoria; [citado em 14 abr. 2012]. Disponível em http://unesp.br/costsa/mostra_arq_multi.php?arquivo=7701
9. Brasil. Lei nº 5452 de 1 de Maio de 1943 [texto da Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1943 [citado em 2011 Jul 28]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm.
10. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional [texto da Internet]. 1978 [citado em 2011 Jul 28]. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D308E21660130E0819FC102ED/nr_07.pdf

11. São Paulo. Lei Estadual N° 9.505, de 11 de março de 1997 [texto da Internet]. São Paulo; 1997 [citado em 2011 Jul 28]. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0007/LeiEstadual_1997_9505.pdf.
12. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais [texto da Internet]. 1978 [citado em 2011 Jul 28]. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEF1CA0393B27/nr_09_at.pdf
13. Christophoro R, Waidman MAP. Stress: Condições de trabalho em docentes universitários. *Ciênc. Cuid. Saúde*. 2002; 1(1): 171-5.
14. Araújo TM, Sena IP, Viana MA, Araújo ED. Mal – Estar Docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma Instituição de Ensino Superior. *Rev. Baiana Saúde Pública*. 2005; 29(1): 6-21.
15. Araújo TM, Carvalho FM. Condições de trabalho docente e saúde na Bahia: Estudos Epidemiológicos. *Educ. Soc*. 2009; 30(107): 427-449.
16. Marcondelli P, Costa THM, Schimitz BAS. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. *Rev. Nutr*. 2008; 21(1):39-47.
17. Saleiro S, Damas C, Gomes I. Hábitos tabágicos e conhecimento dos riscos do tabagismo em função da formação acadêmica em estudantes universitários. *Rev. Port. Pneumol*. 2007; XIV (2): 231-8.
18. Brandão MP, Pimentel FL, Cardoso MF. Impact of academic exposure on health status of university Students. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(1):49-58.
19. Silvério MR, Patricio ZM, Brodbeck IM, Grosseman S. O ensino na área de saúde e sua repercussão na qualidade de vida docente. *Rev. Bras. Educ. Méd*. 2010; 34(1):65-73.
20. Fontana RT, Pinheiro DA. Condições de saúde auto-referidas de professores de uma universidade regional. *Rev. Gaúch. Enferm*. 2010; 31(2): 270-6.
21. Szwarcwald CL. Comentários sobre o Estudo Pró- Saúde. *Rev. Bras Epidemiol*. 2005; 8(4): 470-3.

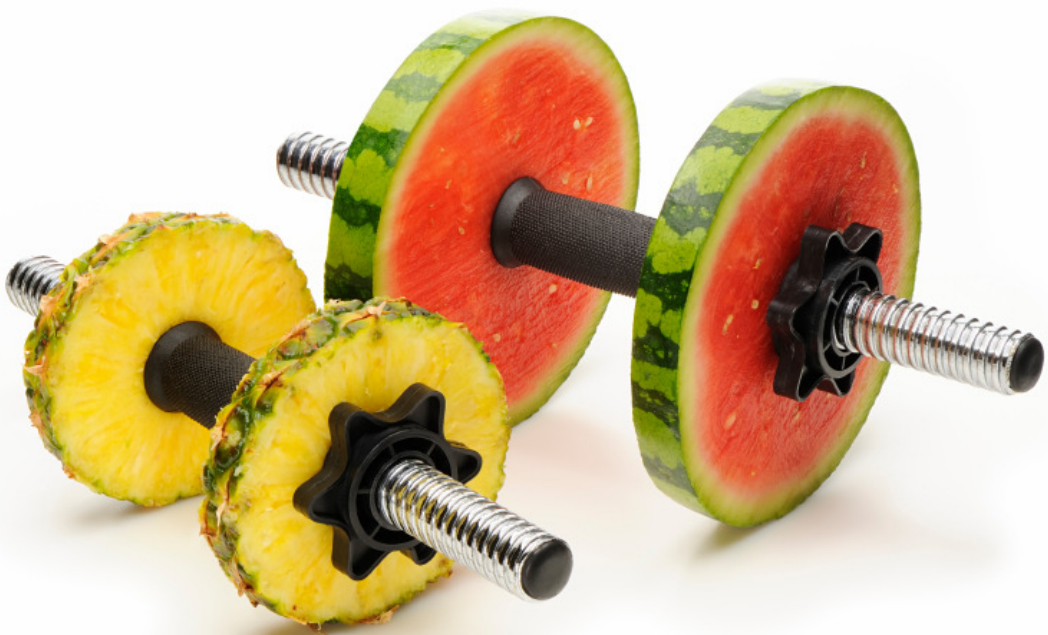
22. Coutinho ESF. Comentários sobre o Estudo Pró- Saúde: Características gerais e aspectos metodológicos. *Rev. Bras Epidemiol.* 2005; 8(4): 467-9.
23. Faerstein E, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(4): 454-66.
24. Macedo LET, Chor D, Andreozzi V, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(10): 2327-2336.
25. Hasselmann MH, Faerstein E, Werneck GL, Chor D, Lopes CS. Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(5):1187-1191.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel [Internet]. 2011 [citado em 2011 Jul 28]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30845
27. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel [Internet]. 2011 [citado em 2011 Jul 28]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30857
28. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl 2):27-37.
29. Gigante DP, Moura EC, Sardinha LMV. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(Supl 2):83-89.
30. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopez CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21(3):703-714.
31. Babor T, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro M. AUDIT: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care. Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization. 2ªed. Geneva, 2001.
32. Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of audit in na urban brazillian sample. *Alcohol & Alcoholism.* 2005; 40(6): 584-9.

33. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent, CE, Ibrahim HHA, Ignacio LL, et al. Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development contries. *Psychological Medicine*. 1980; 10: 231-241.
34. Mari J, Willians PA. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Brit. J. Psychiatry*. 1986; 148: 23-26.
35. World Health Organization. Division of Mental Health. A user's guide of the self reporting questionnaire. Geneva. 1994.
36. Braga LC, Carvalho LR, Blinder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 1):1585-1596.
37. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(2):164-171.
38. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Country Profiles, 2011.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. [Internet]. 2012 [citado em 2012 Ago 25]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1
40. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel [Internet]. 2011 [citado 2012 Ago 24]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/22/vigitel_2011_final_0812.pdf
41. Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. *Rev. Panam. Salud. Pública*. 2010; 27(2):103-9.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília, 2006.
43. Secretaria de Saúde de Saúde de Marília. SIAL – Sistema de Informação Ambulatorial. 2012.
44. Secretaria de Saúde de Saúde de Marília. SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. 2012.

45. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. 2ª ed. rev e atual, Rio de Janeiro: ANS, 2007.
46. Brasil. Ministério da Saúde. INCA. Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2011.
47. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(2): 347-356.
48. Paiva EP, Motta MCS, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. Acta Paul. Enferm. 2010; 23(1):88-93.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar da população brasileira: Promovendo a alimentação saudável. Brasília. 2006.
50. Carvalhaes MABL, Moura EC, Monteiro CA. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. Rev. Bras. Epidemiol. 2008; 11(1): 14-23.
51. Moreira OC, Oliveira CEP, Teodoro BG, Souza GC, Lizardo FB, Santos LA, Marins JCB. Fatores de Risco de Doença Cardiovascular em Técnicos Administrativos da Universidade Federal de Viçosa. Biosci. J. 2009; 25(5):133-40.
52. Marqueze EC, Moreno CRC. Satisfação no trabalho e capacidade para o trabalho entre docentes universitários. Psicologia em Estudo. 2009; 14(1): 75-82.
53. Mancebo D. Trabalho docente: Subjetividade, Sobreimplicação e Prazer. Psicol. Reflex. Crit. 2007; 20(1): 74-80.
54. Gradella Junior, O. Sofrimento psíquico e trabalho intelectual. Cad. Psicol. Soc. Trab. 2010; 13(1): 133-148.
55. Lopes MCR. “Universidade produtiva” e trabalho docente flexibilizado. Estud. Pesqui. Psicol. 2006; 6(1).

56. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(6):1713-1720.
57. Rodrigues – Neto JF, Figueiredo MFS, Faria AASF, Fagundes M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa – estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr*. 2008; 57(4):233-239.
58. Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Barros MBA, Goldbaum. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42(4):717-23.
59. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victoria CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(Supl. 2):26-33.
60. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Boletins ISA – Capital 2008. Boletim nº5. São Paulo: 2011.

8. Anexos



ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa no Campus da Unesp – Marília – FFC, intitulada Condições de saúde, trabalho e hábitos de vida de trabalhadores de um Campus Universitário e gostaríamos que participasse da mesma. O(s) objetivo(s) desta é descrever as condições de saúde, trabalho e hábitos de vida de trabalhadores, docentes e técnico-administrativos, de um campus de uma universidade pública voltada ao ensino e à pesquisa. Participar desta pesquisa é uma opção e no caso de não aceitar participar ou desistir em qualquer fase da pesquisa fica assegurado que não haverá perda de qualquer benefício nesta universidade.

Caso aceite participar deste projeto de pesquisa gostaríamos que soubessem que a coleta dos dados será feita através de um questionário que será aplicado por estudantes de Terapia Ocupacional desta universidade. Os resultados obtidos serão utilizados para fins científico como revistas, congressos. Não serão divulgados resultados individuais, somente coletivo, não tendo como identificar o participante.

Eu, _____ portador do RG _____ autorizo a participar da pesquisa intitulada Condições de saúde, trabalho e hábitos de vida de trabalhadores de um Campus Universitário a ser realizada no campus da Unesp de Marília. Declaro ter recebido as devidas explicações sobre a referida pesquisa e concordo que minha desistência poderá ocorrer em qualquer momento sem que ocorra quaisquer prejuízo s físicos, mentais ou no acompanhamento deste serviço. Declaro ainda estar ciente de que a participação é voluntária e que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos e procedimentos desta pesquisa.

Certos de poder contar com sua autorização, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos, através do telefone (14) 97152556/(14) 34137616 falar com Nadia Castilho

MARIA ANTONIETA DE BARROS LEITE CARVALHAES, ORIENTADORA RESPONSÁVEL PELA PESQUISA DOCENTE NO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU E NADIA CECILIA CASTILHO DINI, DISCENTE DO MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM.

Autorizo,

Data: ____/____/____

Participante

Nadia Cecilia Castilho Dini

ANEXO 2 - Questionário

Condições de Vida, TRABALHO E HÁBITOS De Saúde de Trabalhadores da UNESP

Assinale a sua resposta a frente da alternativa escolhida. Você pode interromper o preenchimento do questionário e retornar sempre que necessário

Em caso de dúvida no preenchimento, não deixe de telefonar, enviar torpedo ou e-mail.

Você não precisa se identificar.

Após preencher salve em seu computador e encaminhe por email para a pesquisadora, o termo de consentimento deve ser assinado e encaminhado por malote para STS A/C de Nadia ou entre em contato para a pesquisadora busca-lo.

Contatos: nadia@marilia.unesp.br – cel:14-9715-2556

SEÇÃO A.

Data: ____/____/____

SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

B1. Sexo

☐ Masculino ☐ Feminino

B2. Município em que nasceu:

B3. Qual é a sua data de nascimento? (Dia / Mês / ____/____/____)

B4. Escolaridade Sua

- ☐ 1º Grau ☐ Superior incompleto
☐ 2º Grau ☐ Pós-graduação
☐ 2º Grau incompleto ☐ Não quero responder
☐ Superior ☐ Não Sei

B5a. Escolaridade - Pai

- ☐ 1º Grau ☐ Superior Incompleto
☐ 1º Grau Incompleto ☐ Pós Graduação
☐ 2º Grau ☐ Não quis responder
☐ 2º Grau Incompleto ☐ Não Sei
☐ Superior ☐ Nunca estudou

B5b. Escolaridade - Mae

- ☐ 1º Grau ☐ Superior Incompleto
☐ 1º Grau Incompleto ☐ Pós Graduação
☐ 2º Grau ☐ Não quis responder
☐ 2º Grau Incompleto ☐ Não Sei
☐ Superior ☐ Nunca estudou

B6. Qual sua cor ou Raça?

- ☐ Branca ☐ Indígena
☐ Preta ☐ Não quis responder
☐ Parda ☐ Não Sei
☐ Amarela

B7. Qual é o seu estado civil?

- ☐ Casado ☐ Divorciado/Separado
☐ União Estável ☐ Nunca se Casou
☐ Solteiro ☐ Não quis responder
☐ Viuvo (a) ☐ Não Sei

B8. Existem situações em que pessoas idosas ou doentes ficam impossibilitadas de desenvolver sozinhas atividades como comer, caminhar, vestir-se, tomar banho e precisam de ajuda constante de outras pessoas. Em sua casa há alguém nessa situação?

☐ SIM ☐ NÃO, Pule para a questão B13

B9. Quantas pessoas geralmente realizam essas atividades para ele(a) ou o auxilia a realizá-las?

Quantidade: _____

B10. As pessoas que cuidam dele são: ☐ Apenas você que é familiar ☐ Apenas você que não é familiar ☐ Você e outros familiares ☐ Você e outros não familiares ☐ Outros não familiares (exclui você) ☐ Outros familiares (exclui você)	B11. Qual(is) problema de saúde ele (a) tem?
B12. Idade dele (a) em anos Idade _____ Anos	B13. Sua renda mensal é de (em reais) R\$ _____
B14. A renda total do domicílio é de R\$ _____	B15. Quantas pessoas vivem desta renda: Quantidade _____
B16. Sua casa é: ☐ Própria Quitada ☐ Cedida ☐ Outro ☐ Própria Pagando ☐ Alugada	B17. Você tem filhos? ☐ NÃO, Pule para a questão B19 ☐ SIM, Quantos? _____
B18. Quando nasceu o caçula? (anote a data de nascimento do filho)	

SE NÃO TEM CÔNJUGE/COMPANHEIRO, PULE PARA SEÇÃO “C”

Assinale ou Complete as alternativas

B19. Até que ano de escola seu (sua) companheiro (a) estudou: ☐ 1º Grau ☐ Superior Incompleto ☐ 1º Grau Incompleto ☐ Pós Graduação ☐ 2º Grau ☐ Não quero responder ☐ 2º Grau Incompleto ☐ Não Sei ☐ Superior ☐ Nunca Estudou	B20. Atualmente seu (sua) companheiro (a) exerce alguma atividade remunerada? ☐ Sim, em atividade ☐ não, é dona de casa ☐ Sim, mas afastado por motivo de doença ☐ não, só estuda ☐ Sim e também é aposentado (a) ☐ Outros ☐ não, desempregado ☐ Não Sei ☐ não, aposentado, pensionista ☐ Não quero responder
--	---

SEÇÃO C: CONDIÇÕES DE SAÚDE: DOENÇAS CRÔNICAS

Algun profissional de saúde já disse que você tem uma destas doenças?

C1. Hipertensão	☐ Sim ☐ Não	C16. Epilepsia ou ataque	☐ Sim ☐ Não
C2. Diabetes	☐ Sim ☐ Não	C17. Doença de Chagas	☐ Sim ☐ Não
C3. Doenças de pele	☐ Sim ☐ Não	C18. Hanseníase	☐ Sim ☐ Não
C4. Asma.	☐ Sim ☐ Não	C19. Tuberculose	☐ Sim ☐ Não
C5. Alergias	☐ Sim ☐ Não	C20. Câncer:	☐ Sim ☐ Não
C6. Anemia	☐ Sim ☐ Não	C21. Doença do coração:	☐ Sim ☐ Não
C7. Doença da coluna/costas	☐ Sim ☐ Não	C22. Doença crônica de pulmão	☐ Sim ☐ Não
C8. Artrite/Reumatismo/Artrose	☐ Sim ☐ Não	C23. Problemas de	☐ Sim ☐ Não
C9. Doenças da Tireóide	☐ Sim ☐ Não	C24. Problemas intestinais	☐ Sim ☐ Não
C10. Acidente Vascular	☐ Sim ☐ Não	C25. Pedra nos rins	☐ Sim ☐ Não
C11. Enxaqueca/dor de cabeça	☐ Sim ☐ Não	C26. Nefrite	☐ Sim ☐ Não
C12. Osteoporose	☐ Sim ☐ Não	C27. Insuficiência renal	☐ Sim ☐ Não
C13. Cirrose	☐ Sim ☐ Não	C28. Colesterol alto	☐ Sim ☐ Não
C14. Hepatite	☐ Sim ☐ Não	C29. Outros. Quais:	
C15. Outras doenças infecciosas	☐ Sim ☐ Não		

Assinale as alternativas correspondente aos problemas de saúde existentes na sua família, considerando pais e irmãos.

(MARQUE COM UM X EM CASO AFIRMATIVO)

C30. Hipertensão	☐ Sim	☐ Não
C31. Diabetes	☐ Sim	☐ Não
C32. Infarto do coração	☐ Sim	☐ Não
C33. Necessitou de Diálise	☐ Sim	☐ Não
C34. Fez Transplante de rim	☐ Sim	☐ Não
C35. Tratamento Psiquiátrico	☐ Sim	☐ Não

SEÇÃO D. MORBIDADE E USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 30 DIAS

D1. Você teve algum problema de saúde nos últimos 30 dias?

☐ SIM ☐ NÃO, Pule para a Seção E

Qual(is) foram estes problemas de saúde?

Doenças e/ou Sintomas	D2. Problema 1	
	D3. Problema 2	
	D4. Problema 3	

D5. Algum destes problemas limitou suas atividades habituais?

☐ SIM ☐ NÃO, Pule para a D7

Assinale a alternativa correta e preencha o número de dias que te limitou.

D6. Quanto limitou suas atividades habituais?

- ☐ D6a. Inteiramente (ficou acamado)
- ☐ D6b. Precisou faltar ao trabalho, escola ou atividades de rotina
- ☐ D6c. Não precisou faltar, mas reduziu suas atividades de rotina

Quantos dias você ficou limitado?
(dias limitados)

D7. Quem você procurou para resolver o problema de saúde?
Pode haver mais de uma resposta

Médico	☐
Dentista	☐
Psicólogo	☐
Ninguém (Pule para Seção E)	☐
Outro profissional de saúde	☐
Outros	☐
Não Sabe/Não quis Responder	☐



D8. Qual o serviço de saúde que foi procurado?
Considere o primeiro
Pode haver mais de uma resposta

Unidade básica de saúde (centro de saúde, posto)	☐
Consultório privado	☐
IAMSPE/CEAMA	☐
Pronto Socorro Hospital da Unimar	☐
Pronto Socorro Santa Casa	☐
Pronto Socorro HC	☐
Pronto Socorro Municipal (Santa Antonieta)	☐
Pronto Atendimento UNIMED	☐
Outro Serviço. Qual:	☐
Não sabe/Não quer responder	☐

D9. Você foi atendido?

☐ SIM ☐ NÃO

SEÇÃO E. Uso de medicamento

E1. Você usou algum medicamento na última semana?

☐ SIM ☐ NÃO, PULE PARA PRÓXIMA SEÇÃO

Qual (is) medicamento (s)?

Nome do Medicamento	Problema de saúde	Quem indicou
E2 -		
E3 -		
E4 -		
E5 -		
E6 -		
E7 -		
E8 -		
E9 -		
E10 -		

SEÇÃO F. hOSPITALIZAÇÕES, ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES

F1. Você esteve internado no ÚLTIMO ANO?

☐ SIM ☐ NÃO, PULE PARA SEÇÃO G

Gostaria que o Sr (a) contasse qual o motivo e duração de cada uma destas internações:

F2 - Motivo da internação	Duração (Dias)
F2a -	
F2b -	
F2c -	
F2d -	
F2e -	
F2f -	

SEÇÃO G. PRÁTICAS PREVENTIVAS E VIDA REPRODUTIVA

G1. Em geral, como está sua saúde física nos últimos 12 meses? ☐ Excelente ☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Ruim	➔	G2. Há quanto tempo sua pressão arterial foi medida por um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde? ☐ Nunca ☐ Menos de 1 ano ☐ 1 a 2 anos incompletos ☐ 2 a 5 anos incompletos ☐ 5 ou mais ☐ Não Sabe/Não quer Responder
--	---	---

PARA TODAS AS MULHERES (SE FOR HOMEM PULE PARA G10)

G3. Você está grávida? ☐ SIM ☐ NÃO	➔	G4. Você está amamentando? ☐ SIM ☐ NÃO
--	---	--

G5. Usa algum método anticoncepcional? Qual? (pode ter mais de uma resposta) Não usa ☐ Sim, pílula anticoncepcional ☐ Sim, DIU/Diafragma ☐ Sim, Preservativo feminino ☐ Sim, Preservativo masculino ☐ Sim, Coito Interrompido ☐ Sim, Outro ☐ Não Sabe/Não quer Responder ☐	➔	G6. Você está na menopausa? Sim, estou na menopausa ☐ Sim, após histerectomia total + retirada dos ovários ☐ Não, mas fiz histerectomia parcial ☐ Não, ainda menstruando ☐
---	---	---

G7. Você está recebendo terapia de reposição hormonal ? ☐ SIM ☐ NÃO	G8. Quando você fez o exame de papanicolau pela última vez? ☐ Nunca ☐ Menos de 1 ano ☐ 1 ano ☐ Mais de 1 ano ☐ Não Sabe/Não quer Responder
---	--

G9. Quando foi a última vez que você fez mamografia? ☐ Nunca ☐ Menos de 1 ano ☐ 1 ano ☐ Mais de 1 ano ☐ Não Sabe/Não quer Responder

PARA TODOS OS HOMENS COM 40 ANOS OU MAIS:

Se menos de 40 anos pule para G13. SE MULHER PULE PARA SEÇÃO H

G10. Existem exames utilizados para prevenção do câncer de próstata. Você já fez este exame? ☐ SIM ☐ NÃO (PULE PARA G13)
--

G11. Qual desses exames? Pode haver mais de uma resposta	
Toque retal	☐
Exame de sangue (PSA)	☐
Ultra-sonografia	☐
Biópsia	☐
Não Sabe/Não quer Responder	☐
G13. Usa algum método anticoncepcional? Qual? (pode ter mais de uma resposta)	
Não usa	☐
Sim, preservativo masculino	☐
Sim, Coito Interrompido	☐
Sim, minha companheira toma pílula anticoncepcional	☐
Sim, minha companheira tem DIU/Diafragma	☐
Sim, minha companheira usa Preservativo feminino	☐
Sim, Outro	☐
Não Sabe/Não quer Responder	☐



G12. Quando foi a última vez que você fez um destes exames?	
☐ Nunca	☐ Mais de 1 ano
☐ Menos de 1 ano	☐ Não Sabe/Não quer Responder
☐ 1 ano	

SEÇÃO H. REDE DE APOIO

Se você precisar, com que frequência conta com alguém:	Nunca	Raramente	As vezes	Quase Sempre	Sempre
Que o ajude se ficar de cama?	☐	☐	☐	☐	☐
Para levá-lo ao médico?	☐	☐	☐	☐	☐
Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?	☐	☐	☐	☐	☐
Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	☐	☐	☐	☐	☐
Que demonstre amor e afeto por você?	☐	☐	☐	☐	☐
Que lhe dê um abraço?	☐	☐	☐	☐	☐
Que você ame e que faça você se sentir querido?	☐	☐	☐	☐	☐
Para ouvi-lo, quando você precisar falar?	☐	☐	☐	☐	☐
Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	☐	☐	☐	☐	☐
Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	☐	☐	☐	☐	☐
Que compreende seus problemas?	☐	☐	☐	☐	☐
Para dar bons conselhos em situação de crise?	☐	☐	☐	☐	☐
Para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?	☐	☐	☐	☐	☐
De quem você realmente quer conselhos?	☐	☐	☐	☐	☐
Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	☐	☐	☐	☐	☐

Se você precisar, com que frequência conta com alguém:	Nunca	Raramente	As vezes	Quase Sempre	Sempre
Com quem fazer coisas agradáveis?	☐	☐	☐	☐	☐
Com quem distrair a cabeça?	☐	☐	☐	☐	☐
Com quem relaxar?	☐	☐	☐	☐	☐
Para se divertir junto?	☐	☐	☐	☐	☐

H20. Excluindo (tirando) quem mora com você, quantas pessoas você acha que dá para ter confiança para falar sobre problemas pessoais importantes?

Quantidade _____

H21. Você é membro ativo de algum clube, organização social ou atividade religiosa, que promove ações sociais (Ação da Cidadania, Lions, Rotary, pastorais, maçonaria e outros conselhos comunitários)?

Sim ☐
 Não ☐
 Não quis responder ☐

H22. Qual é sua preferência religiosa?

☐ Não tem ☐ Espírita ☐ Outra
☐ Católica ☐ Judaica ☐ Não Sabe
☐ Evangélicas ☐ Afro-brasileira
☐ Protestantes ☐ Orientais/budismo

H23. Religião (espiritualidade) é importante em sua vida?

☐ Não ☐ Muito
☐ Um pouco ☐ Não Sabe

No último ano:

H24. Alguma pessoa próxima de você teve algum problema de saúde sério? ☐ Sim ☐ Não

H24a. Se respondeu sim, quem foi: _____

H25. Faleceu alguém próximo a ☐ Sim ☐ Não

H25a. Se sim, quem : _____

H26. Você se separou ou divorciou? ☐ Sim ☐ Não

H27. Teve que mudar de residência contra a sua vontade? ☐ Sim ☐ Não

H28. Teve problemas financeiros mais graves que o habitual? ☐ Sim ☐ Não

H29. Sofre alguma agressão física? ☐ Sim ☐ Não

H30. Sofreu alguma agressão verbal? ☐ Sim ☐ Não

H31. Teve problemas com a justiça ☐ Sim ☐ Não

H32. Você teve algum outro problema sério que eu não perguntei ☐ Sim ☐ Não

SEÇÃO I. ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA

AGORA EU GOSTARIA DE LHE FAZER MAIS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA SAÚDE.

I1. Qual a sua altura?

☐ Não Sei _____ cm

I2. Qual o seu peso?

☐ Não Sei _____ kg

I3. Gostaria que seu peso fosse diferente?

☐ Sim ☐ Não

I4. Qual era seu peso quando o senhor (a) tinha 20 anos de idade?

☐ Não Sei _____ kg

I5. Você costuma comer frutas todos ou quase todos os dias?

☐ Sim ☐ Não

I6. Você costuma comer saladas cruas todos ou quase todos os dias? (Ex: alface, tomate, pepino, etc)

☐ Sim ☐ Não

I7. Você costuma comer verduras e legumes cozidos todos ou quase todos os dias?
(Ex: couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata e mandioca)

☐ Sim ☐ Não

I8. Em quantos dias da semana você come feijão?

☐ Todos os dias ☐ 1 a 2 dias por semana
☐ 5 a 6 dias por semana ☐ Quase nunca
☐ 3 a 4 dias por semana ☐ Nunca



I9. Em quantos dias da semana você toma refrigerante?

☐ Todos os dias ☐ 1 a 2 dias por semana
☐ 5 a 6 dias por semana ☐ Quase nunca
☐ 3 a 4 dias por semana ☐ Nunca (Pule para I11)

I10. Quantos copos ou latinhas de Refrigerante costuma tomar por dia?
Marque a quantidade: _____

I11. Quando você come carne vermelha com gordura, você costuma:

☐ Tirar o excesso de gordura
☐ Comer com a gordura
☐ Não come carne vermelha



I12. Quando você come frango com pele, você costuma:

☐ Tirar a pele ☐ Não come frango
☐ Come com a pele
☐ Não come pedaços de frango com pele

I13. Atualmente você está fazendo alguma dieta?

☐ Sim ☐ Não



I14. Atualmente você está tomando algum produto ou medicamento para perder peso ou já tomou em algum momento?

☐ Não ☐ Sim

se sim, qual? _____

I15. Atualmente você pratica alguma atividade física?

☐ Não (Pule para I19) ☐ Sim

I16. Qual o tipo principal de exercício físico que você pratica?

I16a. Caminhada fora da academia.	☐	I16j. Artes marciais e luta	☐
I16b. Caminhada em esteira	☐	I16k. Bicicleta	☐
I16c. Corrida fora da academia.	☐	I16l. Futebol	☐
I16d. Corrida em esteira	☐	I16m. Basquetebol	☐
I16e. Musculação	☐	I16n. Voleibol	☐
I16f. Ginástica aeróbica	☐	I16o. Tênis	☐
I16g. Hidroginástica	☐	I16p. Outro	☐
I16h. Ginástica em geral	☐	I16q. Não sabe/ Não	☐
I16i. Natação	☐		

I17. Em quantos dias da semana você pratica exercício?

☐ Todos os dias ☐ 1 a 2 dias por semana
☐ 5 a 6 dias por semana ☐ Quase nunca
☐ 3 a 4 dias por semana ☐ Nunca



I18. Nos dias em que você pratica exercícios, quanto tempo dura esta atividade?

☐ Menos de 20 Minutos ☐ 45 Minutos
☐ 30 Minutos ☐ 60 Minutos ou mais

I19. No seu trabalho você:

	Nunca	Raramente	Freqüentemente	Sempre
I19a. Anda a pé	☐	☐	☐	☐
I19b. Permanece sentado	☐	☐	☐	☐
I19c. Carrega carga pesada	☐	☐	☐	☐

I20. Para ir de sua casa ao trabalho você costuma ir de:

Carro ou moto	☐
Ônibus	☐
Caminhando	☐
Bicicleta	☐
Carona	☐



I21. Quanto tempo você gasta para chegar ao trabalho:

☐ Menos de 15 minutos
☐ 15 Minutos
☐ 30 Minutos
☐ 45 Minutos
☐ 60 Minutos ou mais

I22. Com que frequência, nos últimos 30 dias, você teve tempo para realizar alguma atividade de lazer ou do seu interesse?

Diariamente ou quase diariamente	☐	Nenhuma vez nos últimos 30 dias	☐
Várias vezes por semana	☐	Não quis responder	☐
Uma vez na semana	☐	Não sabe	☐
Uma a três vezes nos últimos 30	☐		

SEÇÃO J. ESTILO DE VIDA

J1. Você fuma ?

☐ Sim	☐ Não (Pule para J4)
---------------------------	--



J2. Quantos cigarros você fuma por dia?
(ANOTE A QUANTIDADE)
Quantidade _____

J3. Você já tentou parar de fumar ?

☐ Sim	☐ Não (Pule para J5)
---------------------------	--

J4. Você já fumou ?

☐ Sim	☐ Não (Pule para J7)
---------------------------	--

J5. Que idade você tinha quando começou a fumar regularmente?
(Anote a Idade) _____



J6. Que idade você tinha quando parou de fumar?
(Anote a Idade) _____

AUDIT

J7. Qual a frequência do seu consumo de bebida alcoólica

☐ 1 ou 2 Vezes por mês	☐ 4 ou mais vezes por SEMANA
☐ 2 a 4 Vezes por mês	☐ Nenhuma
☐ 2 a 3 Vezes por SEMANA	



J8. Quantas doses contendo álcool você consome em um dia típico (dia normal, sem nenhuma festa)

☐ Nenhuma	☐ 5 a 6
☐ 1 ou 2	☐ 7 a 9
☐ 3 a 4	☐ 10 ou mais

J9. Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?

☐ Nunca	☐ Semanalmente
☐ Menos que mensalmente	☐ Diariamente
☐ Mensalmente	☐ quase diariamente



J10. Com que frequência durante os últimos 12 meses você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

☐ Nunca	☐ Semanalmente
☐ Menos que mensalmente	☐ Diariamente
☐ Mensalmente	☐ quase diariamente

J11. Quantas vezes durante o ano passado você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas??

☐ Nunca	☐ Semanalmente
☐ Menos que mensalmente	☐ Diariamente
☐ Mensalmente	☐ quase diariamente



J12. Quantas vezes durante os últimos 12 meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

☐ Nunca	☐ Semanalmente
☐ Menos que mensalmente	☐ Diariamente
☐ Mensalmente	☐ quase diariamente

J13. Quantas vezes durante o último ano você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?

- ☐ Nunca ☐ Semanalmente
☐ Menos quemensalmente ☐ Diariamente
☐ Mensalmente ☐ quase diariamente



J14. Quantas vezes durante o ano passado você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior por que você estava bebendo?

- ☐ Nunca ☐ Semanalmente
☐ Menos quemensalmente ☐ Diariamente
☐ Mensalmente ☐ quase diariamente

J15. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- ☐ Não
☐ Sim, mas não no último ano
☐ Sim, Durante o ultimo ano



J16. Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área da saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?

- ☐ Não
☐ Sim, mas não no último ano
☐ Sim, Durante o ultimo ano

SEÇÃO K SAÚDE EMOCIONAL

K. SRQ-20 (SELF-REPORT QUESTIONNAIRE)

K1. Tem dores de cabeça frequentes?	☐ Sim ☐ Não
K2. Tem falta de apetite?	☐ Sim ☐ Não
K3. Dorme mal?	☐ Sim ☐ Não
K4. Assusta-se com facilidade?	☐ Sim ☐ Não
K5. Tem tremores de mão?	☐ Sim ☐ Não
K6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	☐ Sim ☐ Não
K7. Tem má digestão?	☐ Sim ☐ Não
K8. Tem dificuldade para pensar com clareza?	☐ Sim ☐ Não
K9. Tem se sentido triste ultimamente?	☐ Sim ☐ Não
K10. Tem chorado mais do que de costume?	☐ Sim ☐ Não
K11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	☐ Sim ☐ Não
K12. Tem dificuldades para tomar decisões?	☐ Sim ☐ Não
K13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	☐ Sim ☐ Não
K14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	☐ Sim ☐ Não
K15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	☐ Sim ☐ Não
K16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	☐ Sim ☐ Não
K17. Tem tido idéias de acabar com a vida ?	☐ Sim ☐ Não
K18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	☐ Sim ☐ Não
K19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	☐ Sim ☐ Não
K20. Cansa-se com facilidade?	☐ Sim ☐ Não

SEÇÃO L HISTÓRIA E POSIÇÃO ATUAL NO TRABALHO

L1. Há quantos anos trabalha nesta instituição?
Resposta (Anos ou meses):
L2. Função que exerce
Resposta:
L3. Há quanto tempo está nesta função?
Resposta (Anos):
L4. Em que seção ou setor você trabalha?
Resposta:

L5. Por favor, assinale as atividades que você executa:

a) chefia (de unidade, de equipe ou outra)	☐ Sim ☐ Não
b) administrativas sem contato com público	☐ Sim ☐ Não
c) administrativas com contato com público	☐ Sim ☐ Não
d) assistenciais na área da saúde	☐ Sim ☐ Não
e) ensino	☐ Sim ☐ Não
f) pesquisa	☐ Sim ☐ Não
g) outra (descreva) _____	

L6. Já sofreu algum acidente vindo ou voltando do trabalho?	☐ Sim ☐ Não
L7. Já sofreu algum acidente de trabalho? (corte, picada, queda, agressão etc)	☐ Sim ☐ Não
L8. Se já sofreu acidente de trabalho, foi notificado?	☐ Sim ☐ Não
L9. Sofreu acidente de trabalho nos últimos 30 dias?	☐ Sim ☐ Não

L10. Habitualmente você trabalha:		L11. Na sua opinião, seu horário de trabalho é:
☐ a. Em turnos de revezamento (manhã, tarde, noite)		☐ a. Muito rígido
☐ b. Em turno noturno fixo		☐ b. Rígido
☐ c. Horário diurno fixo com plantões		☐ c. Flexível
☐ d. Apenas horário diurno fixo		☐ d. Muito Flexível

L12. Sua jornada normal de trabalho (sem hora-extra) é de:
Resposta (horas/semana):

L13. Você faz horas-extras?

☐ Muitas ☐ As Vezes ☐ Raramente ☐ Nunca

L14. Se faz horas-extras, elas são pagas		L15. Você tira férias regularmente, todo ano?
☐ a. Já estão incorporadas no salário		☐ a. Sim, sem nenhuma dificuldade
☐ b. Pelo nº de horas extras feitas		☐ b. Sim, mas me adaptando às exigências do serviço, sem conseguir tirar férias quando quero.
☐ c. Até determinado limite		☐ c. Não, a necessidade do serviço não me permite tirar as férias a que tenho direito.
☐ d. Apenas quando há recursos financeiros		
☐ e. Não são pagas		
☐ f. São descontadas (banco de horas)		

L16. Nos dois últimos anos, você fez algum curso de atualização ou de formação?		L17. Fez algum curso de formação ou de atualização desde que ingressou nesta instituição?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sei		☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sei

L15. Se SIM, ele(s) foi(foram) útil (úteis) para seu trabalho atual?

☐ a. Muito ☐ b. Razoavelmente úteis ☐ c. Pouco úteis ☐ d. Inúteis

SEÇÃO M – OPINIÕES SOBRE O TRABALHO

M1. Considera o trabalho o período mais importante do seu dia?		M2. Mantidas as condições de trabalho atuais, você acha que ainda poderá continuar trabalhando sem muitas dificuldades por muitos anos?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sei		☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sei

	Muito	Moderadamente	Pouco	Quase Nada
M3. Considera seu trabalho pesado do ponto de vista mental/emocional?	☐	☐	☐	☐
M4. Considera seu trabalho útil para a sociedade?	☐	☐	☐	☐

	Muito	Moderadamente	Pouco	Quase Nada
M5. Considera seu trabalho interessante?	☐	☐	☐	☐
M6. Considera seu trabalho adequado à sua capacidade e potencialidade?	☐	☐	☐	☐
M7. Você está satisfeito com seu trabalho?	☐	☐	☐	☐
M8. Em relação ao que você esperava antes de começar a trabalhar nessa instituição, o grau de satisfação com seu trabalho:				
☐ Aumentou ☐ Diminuiu ☐ Continuou Igual				

M9. Se você pudesse mudar DUAS características da sua condição de trabalho atual, quais você escolheria?	
☐ a) Retribuição (salário e vales)	☐ f) Critérios para reconhecimento profissional
☐ b) Horário de trabalho	☐ g) Possibilidade de progressão na carreira
☐ c) Ambiente físico (prédio, móveis etc.)	☐ h) Critérios de atualização profissional (como é decidido, quem faz etc.)
☐ d) Relações interpessoais	☐ i) Características da chefia
☐ e) Forma de organização	☐ j) Nenhum

	Muito	Regular	Pouco	Quase Nada
M10. Em seu ambiente de trabalho, suas qualidades profissionais são utilizadas e, ou valorizadas:	☐	☐	☐	☐

M11. Na sua opinião, nesse serviço é possível subir na carreira?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sei

	Muito	Moderadamente	Pouco	Quase Nada
M12. Você considera que sua vida pessoal é condicionada ou afetada negativamente por seu trabalho?	☐	☐	☐	☐
M13. O trabalho lhe permite dedicar-se à família o tempo que você gostaria?	☐	☐	☐	☐
M14. As tarefas domésticas são um peso a mais que se soma ao seu trabalho?	☐	☐	☐	☐

SEÇÃO N – ESTRESSE E TRABALHO

N1. Agora temos algumas perguntas sobre as características do seu trabalho. Por favor, responda				
	Frequen- temente	Às Vezes	Raramente	Nunca Quase Nada
N1.1. Com que frequência você tem de fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	☐	☐	☐	☐
N1.2. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?	☐	☐	☐	☐
N1.3. Seu trabalho exige demais de você?	☐	☐	☐	☐
N1.4. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?	☐	☐	☐	☐
N1.5. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	☐	☐	☐	☐

	Frequen- temente	Às Vezes	Raramente	Nunca Quase Nada
N1.6. Você tem possibilidades de aprender coisas novas no seu trabalho?	☐	☐	☐	☐
N1.7. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	☐	☐	☐	☐
N1.8. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	☐	☐	☐	☐
N1.9. No seu trabalho você tem que repetir muitas vezes a mesma tarefa?	☐	☐	☐	☐
N1.10. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?	☐	☐	☐	☐
N1.11. Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?	☐	☐	☐	☐

N2. Por favor, assinale o quanto você concorda ou discorda das afirmações abaixo				
	Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente
N2.1. No trabalho, eu me relaciono bem com os meus chefes.	☐	☐	☐	☐
N2.2. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.	☐	☐	☐	☐

MUITO OBRIGADO (A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

Estamos à disposição para dúvidas ou orientações, caso necessárias, no telefone 14-9715-2556 ou pelo e-mail: nadia@marilia.unesp.br

Anexo 3



Parecer do Projeto nº. 0323/2011

IDENTIFICAÇÃO
1. Título do Projeto: Condições de saúde, trabalho e hábitos de vida de trabalhadores de um campus universitário.
2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL:
Autor(a): Maria de Barros Leite Carvalhaes
Autor(a): Nadia Castilho
3. Instituição do Pesquisador: Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP/Marília
4. Apresentação ao CEP: 03/10/2011
5. Apresentar relatório em: Semestralmente durante a realização da pesquisa.
Objetivos
Descrever as condições de saúde, trabalho e hábitos de vida de trabalhadores, docentes e técnico-administrativos, de um campus de uma universidade pública voltada ao ensino e à pesquisa
SUMÁRIO DO PROJETO
Este estudo trás como objetivo descrever as condições de saúde, trabalho e hábitos de vida de trabalhadores, docentes e técnico-administrativos, de um campus de uma universidade pública voltada ao ensino e à pesquisa. Será realizado um estudo transversal do tipo inquérito de saúde. As entrevistas serão realizadas por estagiários que irão até o local de trabalho do servidor em horário previamente agendado. Os dados serão tabulados no programa Epi Info. Serão apresentadas estatísticas descritivas e também serão investigadas associações entre determinados desfechos de saúde e características dos trabalhadores. A coleta de dados irá iniciar após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e todos os servidores que aceitarem a participação irão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
COMENTÁRIO DO RELATOR
A realização da pesquisa em questão não apresenta riscos potenciais à saúde ou integridade moral e/ou profissional do sujeito da pesquisa. Os procedimentos metodológicos apresentados são adequados para os objetivos propostos. O termo de consentimento livre e esclarecido apresenta as informações necessárias para esclarecimento dos procedimentos do projeto aos responsáveis pelos participantes da pesquisa. Há consentimento da instituição onde será realizada a pesquisa. O projeto está de acordo com as solicitações e normas da resolução CNS 196/96. Sendo assim, sou de parecer favorável à sua aprovação.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília

PARECER FINAL

O CEP da FFC da UNESP após acatar o parecer do membro relator previamente aprovado para o presente estudo e atendendo a todos os dispositivos das resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como também todos os anexos incluídos na pesquisa resolve aprovar o projeto de pesquisa supracitado.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**DATA DA REUNIÃO**

Homologado na reunião do CEP da FFC da Unesp em 06/01/2012.


Simone Aparecida Capellini
Presidente do CEP


Mariângela Spotti Lopes Fujita
Diretora da FFC