



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

GLEND A BLASER PETARLI

**ESTRESSE OCUPACIONAL E AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE: Um
estudo em bancários.**

**Vitória
2014**

GLEND A BLASER PETARLI

**ESTRESSE OCUPACIONAL E AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE: Um
estudo em bancários.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Epidemiologia.

Orientadora: Eliana Zandonade.
Co-orientadora: Luciane Bresciani Salaroli

**Vitória
2014**

Aos meus pais, irmão e ao meu querido noivo que souberam compreender minha ausência e que não mediram esforços para que eu pudesse concluir mais esta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Deus misericordioso, por ter me concedido a graça de existir. Sem ele, nada disso seria possível.

Nada disso também seria possível sem o apoio e as horas de atenção destinadas a mim por duas pessoas a quem serei eternamente grata: Minha orientadora, Eliana Zandonade e minha co-orientadora Luciane Bresciane Salaroli.

Professora Eliana, obrigada pela oportunidade de cursar o mestrado sob sua orientação e obrigada por toda paciência diante das minhas eternas dúvidas e a minha falta de objetividade.

Professora Luciane, sem o excelente trabalho que desenvolveu no doutorado, o meu trabalho não seria possível. Obrigada por confiar a mim parte do seu tesouro precioso. Obrigada por todos os elogios, conselhos e pelas diversas oportunidades que me proporcionou ao longo de toda minha trajetória acadêmica. Grande parte das minhas conquistas eu devo a você.

De forma muito carinhosa quero também manifestar meus agradecimentos a todos os professores que fizeram parte das minhas bancas de avaliação, seja qualificação ou defesa, pois cada orientação dispendida, sem dúvida, contribuiu para enriquecer e aperfeiçoar o meu trabalho.

Agradeço também aos meus pais que sempre estiveram ao meu lado, me estimulando e me proporcionando um apoio incondicional nos momentos de angústia e cansaço.

Um agradecimento mais que especial, eu destino ao meu companheiro e breve esposo, Bruno, por ter sido meu porto seguro, conselheiro de todas as horas e por ter me auxiliado incansavelmente em tudo que precisei.

Agradeço também a Cinara, que sempre simpática e atenciosa, se mostrou disposta a me auxiliar nas questões acadêmicas e administrativas.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para mais esta vitória.

*“Saúde é a vida no silêncio dos órgãos:
Doença é o grito dos órgãos no silêncio do sujeito”.*

Geraldo Caldeira, 1996.

RESUMO

As reestruturações dos processos de trabalho acarretaram impactos profundos no setor bancário, com consequente redução da empregabilidade, precariedade nas relações de trabalho, e consequente adoecimento de seus principais atores. Neste contexto, o objetivo deste trabalho foi estimar a prevalência de estresse ocupacional e de autoavaliação negativa de saúde em funcionários de uma rede bancária da grande Vitória/ES e verificar a associação destas variáveis com características socioeconômicas, demográficas, antropométricas, características do trabalho, hábitos de vida e condição de saúde. Foi realizado um estudo transversal com base em dados de 525 bancários, com idade entre 20 e 64 anos, de ambos os sexos. O estresse ocupacional foi avaliado utilizando-se a versão reduzida e adaptada para o Brasil da *Job Stress Scale*. Verificou-se que a maioria dos bancários pertenceu ao quadrante de trabalho passivo (34,4%, n=179) considerado quadrante de risco intermediário ao estresse ocupacional. Entre as variáveis investigadas, a classe socioeconômica ($p=0,008$), estado civil ($p=0,015$), cargo/função ($p=0,001$), tempo de trabalho no banco ($p=0,038$), horas de trabalho diário ($p=0,001$) e o apoio social ($p=0,001$) estiveram associadas aos quadrantes de Karasek. Em relação à autoavaliação de saúde, 17% (n=87) dos bancários autoavaliaram seu estado de saúde como regular ou ruim. Estiveram associadas à pior autoavaliação de saúde o reduzido nível socioeconômico (OR 1,80; IC 1,06 -3,05), o estilo de vida sedentário (OR 2,64; IC 1,42 – 4,89), o excesso de peso (OR 3,18 ; IC 1,79 – 5,65), assim como o baixo apoio social (OR 3,71 ; IC 2,10 – 6,58), e especialmente a presença de doenças crônicas autorreferidas (OR 5,49, 2,46 - 12,27). Estes resultados podem subsidiar ações organizacionais de promoção à saúde do trabalhador, com vistas à redução dos fatores relacionados ao aumento do estresse ocupacional e a pior percepção de saúde.

Palavras chaves: Saúde do trabalhador, Esgotamento Profissional, Autoavaliação,

ABSTRACT

Restructuring of work processes entailed deep impacts in the banking sector, with consequent reduction in employability, precariousness in labor relations, and consequent disease of its main actors. In this context, the aim of this study was to estimate the prevalence of occupational stress and negative self-evaluation of health workers of a banking network of Vitória/ES and the association of these variables with socioeconomic, demographic, anthropometric characteristics, job characteristics, habits life and health condition. A cross sectional study was based on data from 525 bank employees, aged 20 and 64 years, of both sexes. Occupational stress was assessed using the short version and adapted for Brazil off the *Job Stress Scale* and self-assessment of health based on the question: "In general , compared with people of your age, as you consider your own state health?". It was found that most bank belonged to the passive job quadrant (34.4%, n=179) quadrant considered intermediate risk for occupational stress. Among the investigated variables, socioeconomic status (p=0,008), marital status (p=0,015), position/function (p=0,001), working time on the bank (p=0,038), hours of daily work (p=0,001) and social support (p=0,001) were associated with the Karasek's quadrants. Regarding self-rated health, 17% (n=87) of bank self-rated their health status as fair or poor. Were associated with worse self-assessed health of the low socioeconomic level (OR 1.80, CI 1.06-3.05), the sedentary lifestyle (OR 2.64, CI 1.42 - 4.89), the excess weight (OR 3.18 , CI 1.79 - 5.65) and low social support (OR 3.71 , CI 2.10 - 6.58), and especially the presence of self-reported chronic diseases (OR 5.49 , 2.46 - 12.27). These results may support organizational actions to promote worker health, aiming at reducing the factors related to the increase in occupational stress and poorer health perception .

Key-words: Occupational Health, Burnout, Self-Assessment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica do modelo demanda-controle de Karasek.....	23
Figura 2 - Modelo teórico adotado para análise dos fatores associados ao estresse ocupacional avaliados segundo modelo demanda-controle no artigo 1.....	31
Figura 3 - Modelo teórico adotado para análise dos fatores associados à autoavaliação do estado de saúde no artigo 2.....	32

ARTIGO 1

Figura 1 - Distribuição percentual da amostra de bancários de acordo com os quadrantes propostos pelo modelo demanda/control, Vitória (ES), 2008-2009.....	54
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões e subdimensões da versão reduzida da “ <i>Job Stress Scale</i> ” de Robert Karasek.....	43
--	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas, segundo os quadrantes do modelo demanda/controle, valores absoluto e percentual, em bancários da Grande Vitória (ES), 2008-2009.....55

Tabela 2 - Valores absolutos e percentuais das variáveis socioeconômicas e demográficas, segundo o total da amostra e os quadrantes de Robert Karasek, em bancários da Grande Vitória/ES.....56

Tabela 3: Fatores socioeconômicos, demográficos e características do trabalho, associados aos quadrantes do modelo demanda/controle, a partir do *Odds ratio* ajustado, considerando a categoria de baixa exigência como padrão, em bancários da Grande Vitória (ES), 2008-2009.....57

ARTIGO 2:

Tabela 1: Autoavaliação do estado de saúde, segundo características socioeconômicas e demográficas, em bancários da Grande Vitória (ES), 2008-2009.....72

Tabela 2: Autoavaliação do estado de saúde, segundo características comportamentais e antropométricas, em bancários da Grande Vitória (ES), 2008-2009.....73

Tabela 3: Autoavaliação do estado de saúde, segundo características do trabalho, em bancários da Grande Vitória (ES), 2008-2009.....74

Tabela 4: Autoavaliação do estado de saúde, segundo condição de saúde, em bancários da Grande Vitória (ES), 2008-2009.....75

Tabela 5: Associação entre autoavaliação de saúde e variáveis sociodemográficas, comportamentais, antropométricas, características do trabalho e condição de saúde, segundo regressão logística multivariada, em bancários da Grande Vitória (ES), 2008-2009.....76

LISTA DE SIGLAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CC - Circunferência da cintura

CELAFISCS - Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômico

HDL - *High-density lipoprotein* (lipoproteína de alta densidade)

IC – Intervalo de Confiança

IMC - Índice de Massa Corporal

INMETRO - Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial

IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física

LDL - *Low Density Lipoprotein* (Lipoproteína de baixa densidade)

LER - Lesão por Esforço Repetitivo

LI - Limite inferior

LS - Limite superior

NCEP-ATP - *National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel*

NIOSH - Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional

OMS - Organização Mundial da Saúde

OR - *Odds ratio*

PAD - Pressão arterial diastólica

PAS - Pressão arterial sistólica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBE - Sociedade Brasileira de Endocrinologia

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE ESTRESSE.....	17
2.2 ESTRESSE OCUPACIONAL	19
2.3 MODELO DEMANDA/CONTROLE.....	21
2.4 AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE.....	26
2.5 O TRABALHO BANCÁRIO.....	28
2.6 MODELO TEÓRICO.....	30
2.6.1 Estresse ocupacional.....	30
2.6.2 Autoavaliação do estado de saúde.....	32
3 OBJETIVOS.....	33
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	34
4.1 METODOLOGIA EMPREGADA NO PROJETO ORIGINAL.....	34
4.1.1 Delineamento do estudo.....	34
4.1.2 População alvo.....	34
4.1.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	34
4.1.4 Coleta de dados	35
4.1.5 Banco de dados.....	37
4.2 METODOLOGIA EMPREGADA NA PRESENTE INVESTIGAÇÃO.....	37
4.2.1 Delineamento do estudo.....	37
4.2.2 População estudada.....	37
4.2.3 Amostragem.....	37
4.2.4 Definição das variáveis.....	38
4.2.5 Análise estatística.....	46
4.2.6 Aspectos éticos.....	48
4.2.7 Apoio financeiro.....	48

5. RESULTADOS.....	49
5.1 PRIMEIRO ARTIGO.....	49
5.2 SEGUNDO ARTIGO.....	65
 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 84
 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 85
 8 APÊNDICES.....	 93
8.1 QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS.....	93
8.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	110
 9 ANEXOS.....	 112
9.1 CARTA DE APROVAÇÃO - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	112

APRESENTAÇÃO

Após a conclusão da minha graduação em nutrição em 2008, atuei como gestora de uma unidade de alimentação e nutrição em uma grande empresa deste segmento. No ano de 2010 ingressei, através de concurso público, na Universidade Federal do Espírito Santo, aonde atuo até então exercendo o cargo de nutricionista. Nesta instituição, além de trabalhar com alunos de graduação do curso de nutrição, tenho a oportunidade de trabalhar no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) que tem me proporcionado forte aproximação com o campo da saúde coletiva, fato que despertou o meu desejo de cursar o mestrado nesta área acadêmica e desenvolver algum trabalho que pudesse envolver temas de interesse para a saúde pública.

Após ingressar no mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, tive a oportunidade, de trabalhar com temas relacionados ao estresse ocupacional e à autoavaliação do estado de saúde, que despertaram o meu interesse, e se tornaram objeto da minha pesquisa.

Assim, esta dissertação apresentou como objetivo geral investigar o estresse ocupacional e à autoavaliação do estado de saúde em bancários. Para alcançar tais objetivos, esta dissertação foi desenvolvida a partir dos dados provenientes de um estudo de doutorado realizado entre agosto de 2008 e agosto de 2009 envolvendo bancários de uma rede de bancos estatal.

A dissertação está estruturada em seis tópicos. O primeiro refere-se à introdução, onde são apresentadas algumas considerações, a partir da análise da literatura, sobre estresse ocupacional e sua repercussão para a saúde humana e para as organizações, os principais modelos teóricos de investigação do estresse, enfatizando-se o modelo demanda-controle, além de abordar sobre a autoavaliação do estado de saúde, as características do trabalho bancário, finalizando-se com os modelos teóricos propostos para as investigações realizadas neste estudo.

Em seguida, têm-se as sessões relativas aos objetivos deste trabalho e a metodologia utilizada para o desenvolvimento desta pesquisa, abordando desde a

coleta dos dados da pesquisa original, até a metodologia estatística utilizada na investigação da associação entre as variáveis de interesse para este estudo e as variáveis independentes.

Os resultados e a discussão foram apresentados no formato de artigos. O primeiro artigo apresentou como objetivo estimar a prevalência de estresse ocupacional e seus fatores associados em funcionários de uma rede bancária da Grande Vitória/ES e o segundo artigo objetivou verificar a associação entre a autoavaliação do estado de saúde e variáveis socioeconômicas, demográficas, hábitos de vida, condição de saúde, e características do trabalho no referido grupo de bancários.

As referências bibliográficas utilizadas em todas as seções da dissertação são apresentadas ao final, e aquelas específicas aos artigos encontram-se no final de cada um deles.

1 INTRODUÇÃO

Chiavenato (2004) afirma que as pessoas passam a maior parte de seu tempo no ambiente de trabalho. Em decorrência disto, as empresas devem promover ações, visando, entre outras coisas, manter a integridade física e mental das pessoas com o propósito de permitir o bom exercício das tarefas em um ambiente saudável e propício ao seu desenvolvimento, tanto no cotidiano de suas atribuições, quanto no âmbito de sua atuação (ARAÚJO, 2006).

Para Bohlander, Snel e Sherman (2005) um ambiente de trabalho agradável pode melhorar o relacionamento interpessoal e a produtividade, assim como reduzir acidentes, doenças, absenteísmo e rotatividade do pessoal. Apesar disso, um dos fatores mais significativos para a determinação das doenças é o desgaste a que as pessoas estão submetidas nos ambientes e nas relações com o trabalho (FRANÇA; RODRIGUES, 2007). Segundo Dejours (2008), o trabalho é fonte inesgotável de paradoxos, pois, ao mesmo tempo em que liberta também aprisiona, emancipa, aliena, gera prazer e sofrimento ao indivíduo.

Os processos de reestruturação produtiva e globalização da economia de mercado têm acarretado mudanças significativas na organização e gestão do trabalho. Entre elas, destaca-se a inclusão de novas tecnologias, o incremento da automação, a intensificação do ritmo de trabalho, as maiores exigências de produtividade, associada à redução contínua do contingente de trabalhadores, e ao aumento da complexidade das tarefas (BRASIL, 2001).

Estas mudanças acarretaram redução nas exigências físicas e aumento das exigências emocionais e mentais (DE JONGE et al., 2010) com consequentes alterações no perfil de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores, caracterizado pela elevação nos índices de doenças ocasionadas por fatores psicossociais, como o estresse ocupacional, uma das causas mais comuns de morbidade em trabalhadores (COSTA, 2010).

Além disso, a exposição a fatores psicossociais adversos no trabalho também está relacionada a pior autoavaliação de saúde por parte dos trabalhadores (SILVA;

BARRETO, 2012). A autotransclassificação de saúde está entre as medidas mais utilizadas na investigação epidemiológica e médica (DARVIRI et al., 2011), apresentando-se como uma ferramenta útil na predição de riscos de morbidade e mortalidade de indivíduos (CREMONESE et al., 2010).

Entre as categorias profissionais, submetidas às transformações produtivas, destacam-se os trabalhadores do setor bancário. Neste setor, as reestruturações dos processos de trabalho acarretaram impactos profundos, com consequente redução da empregabilidade, mudanças no perfil da categoria. (DIEESE, 1994), precariedade nas relações de trabalho, e adoecimento de seus principais atores. (BOURGUINON, 1997).

Deve-se considerar, no entanto, que os trabalhadores desejam exercer suas atividades em organizações que ofereçam condições ideais no que diz respeito, principalmente, à saúde e à segurança no ambiente de trabalho (ARAÚJO, 2006). Pela legislação trabalhista brasileira, as responsabilidades pela atenção à saúde dos trabalhadores são compartilhadas, de forma diferenciada, pelos empregadores, pelos trabalhadores e pelo Estado, por meio de regulamentos e normas sobre as condições nos ambientes de trabalho e de rotinas que visem à prevenção dos riscos e à reparação dos danos à saúde dos trabalhadores (BATISTA, 2008).

Neste contexto, investigar a influência do trabalho no processo saúde-doença em trabalhadores, incluindo a análise dos fatores relacionados ao estresse ocupacional e à autoavaliação de saúde, pode proporcionar subsídios para reestruturação dos processos de trabalho e elaboração de normas e regulamentos de modo a favorecer um ambiente de trabalho promotor de saúde, como forma de melhorar a qualidade de vida e reduzir o aparecimento de doenças.

Desta forma, o objetivo deste trabalho foi estimar a prevalência de estresse ocupacional e de autoavaliação negativa de saúde em funcionários de uma rede bancária da Grande Vitória/ES e verificar a associação destas variáveis com características socioeconômicas, demográficas, antropométricas, características do trabalho e hábitos de vida em funcionários de uma rede bancária da grande Vitória/ES.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE ESTRESSE

O estresse foi definido por Selye (1956) como “Síndrome Geral de Adaptação”, referindo-se à quebra da homeostase interna frente a um evento estressor, o que exige do indivíduo esforço em termos de adaptação. Atualmente o termo tem sido utilizado tanto para descrever os estímulos que geram uma quebra na homeostase do organismo, como uma resposta comportamental criada por tal desequilíbrio (LIPP, 2003).

Situações felizes, que amedrontem, irrite, ameacem ou excitem, são capazes de desencadear a reação de estresse, pois colocam em risco a homeostase do organismo (LIPP, 2003). Portanto, o estresse pode ocorrer tanto em virtude de estressores negativos como positivos, sendo, a princípio, uma reação natural de defesa do organismo (COSTA, 2010).

A teoria proposta por Selye (SELYE, 1956), defende que o estresse se desenvolve em três fases: Alerta, Resistência e Exaustão (modelo trifásico). Na primeira fase, o organismo, diante de um agente estressor, entra em estado de alerta para se proteger do perigo percebido, dando prioridade para órgãos de defesa, ataque ou fuga (MARQUES; ABREU, 2011). Para isso, ocorre a ativação do eixo hipotalâmico-hipófise-suprarrenal, que desencadeia uma série de reações hormonais, com liberação de noradrenalina, adrenalina e cortisol. A atuação destes hormônios provoca sinais físicos característicos dessa fase, como taquicardia, aumento da frequência respiratória e pressão arterial, dilatação de pupilas, redistribuição sanguínea, aumento da glicemia e alteração no sistema imunológico, com elevação da produção de linfócitos, caracterizando um estado de alerta do organismo (BALLONE; MOURA, 2008).

Se o evento estressor desaparecer ou o indivíduo apreender a lidar com ele, de modo a não percebê-lo mais como um evento estressante, o organismo retorna ao estado de homeostase ou equilíbrio. Este fenômeno é considerado uma adaptação positiva ao estresse, denominada *Eustresse*. Porém, se o estímulo persistir e o

organismo não encontrar meios de se reequilibrar, ocorrerá a segunda etapa do processo de estresse, chamada de fase de resistência. (LIPP, 1996; COELHO, 1994).

Na fase de resistência, há uma busca pelo reequilíbrio do organismo, caracterizada pela hiperatividade das glândulas suprarrenais, que, apesar de facilitarem a adaptação do organismo durante a Reação de Alarme, a manutenção de sua ativação, com a continuidade do agente estressor, pode causar atrofia do baço e das estruturas linfáticas, com consequente queda da defesa imunológica, úlceras e aumento de alergias (BALLONE; MOURA, 2008). Visando retornar ao estado de equilíbrio, ocorrerá também uma grande utilização de energia, o que pode gerar a sensação de desgaste generalizado, cansaço (COELHO, 1994), dificuldades de memória, além de outras consequências (LIPP; MALAGRAIS, 1995).

Da mesma forma como na primeira fase, se o organismo consegue proceder a uma adaptação ao estressor, o processo de estresse se interrompe sem sequelas (LIPP, 2003). Mas, ao contrário, se o estímulo persistir, o organismo entrará na terceira fase (fase de exaustão), onde há uma severa dificuldade na manutenção dos mecanismos adaptativos, com quebra total da resistência e aparecimento de sintomas semelhantes aos da fase de alarme, mas de maior intensidade, além de outros sintomas, que tornam o organismo mais suscetível às doenças. Pode ocorrer ainda exaustão psicológica em forma de depressão, exaustão física, aparecimento de enfermidades e até a morte (LIPP, 2003).

Lipp (2003), por sua vez, propõe um modelo quadrifásico que acrescenta mais uma fase ao modelo de Selye, denominada de quase exaustão, localizada entre as fases de resistência e de exaustão. Segundo a autora, esta fase se identifica tanto clínica como estatisticamente e corresponderia a uma redução nas defesas do organismo (apesar de não tão grave quanto na fase de exaustão), de modo que ele passa a não mais conseguir resistir às tensões e restabelecer a homeostase interior. Nesta fase, algumas doenças podem começar a surgir, demonstrando a redução na resistência do organismo. No entanto, apesar do enfraquecimento do indivíduo, a pessoa ainda pode, até certo ponto, trabalhar na sociedade, ao contrário do que ocorre na exaustão (LIPP, 2003).

O estresse pode ser considerado positivo ou negativo, dependendo da intensidade, duração e da forma como o indivíduo percebe o agente estressor. No *eustress* (considerado o estresse positivo), o esforço, mesmo que inesperado, gera sensação de realização pessoal, bem estar e satisfação das necessidades, sendo importante para a garantia de sobrevivência. Já no *distress* (estresse negativo), há uma tensão com rompimento do equilíbrio biopsicossocial por excesso ou falta de esforço, incompatível com tempo, resultados e realização (FRANÇA; RODRIGUES, 2007). O estresse é, portanto, importante para a realização de qualquer atividade, porém seu excesso, assim como sua total ausência, pode ser prejudicial à saúde, sendo que o prolongamento de situações de estresse, incluindo o estresse vivenciado no ambiente de trabalho, pode repercutir num quadro patológico, originando distúrbios transitórios ou mesmo doenças graves (ABREU et al., 2002).

2.2 ESTRESSE OCUPACIONAL

Diferentemente de outros riscos ocupacionais, em geral relacionados a trabalhos específicos, o estresse associa-se de formas variadas a todos os tipos de trabalho, prejudicando não só a saúde, mas também o desempenho dos trabalhadores. (FRANÇA; RODRIGUES, 2007).

Segundo o Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional (NIOSH, 1999), estresse ocupacional pode ser definido como respostas físicas e emocionais prejudiciais, que ocorrem quando as demandas do trabalho não correspondem às capacidades, aos recursos ou às necessidades do trabalhador (NIOSH, 1999). Paschoal e Tamayo (2004) consideram o estresse ocupacional como um processo em que o indivíduo percebe demandas do trabalho como estressores, os quais, ao exceder sua habilidade de enfrentamento, provocam no sujeito reações negativas.

Theorell (1985) afirma que se as condições de trabalho forem percebidas como estressantes de maneira permanente pelo indivíduo, poderão existir efeitos sobre o seu bem-estar psicológico e físico. Spielberger e Reheiser (1994) ressaltam que o estresse no local de trabalho resulta em custos muito elevados para indivíduos, para organizações e para a sociedade. Ele constitui um importante risco ao bem-estar

psicossocial do indivíduo, afetando diretamente a saúde e a qualidade de vida afetiva, social e profissional, tendo como consequências o baixo desempenho, alta rotatividade, absenteísmo e violência no local de trabalho (COSTA, 2010).

Entre os estressores ocupacionais estão aqueles ligados à organização do trabalho, como pressão para produtividade, retaliação, condições desfavoráveis à segurança no trabalho, indisponibilidade de treinamento e orientação, relação abusiva entre supervisores e subordinados, falta de controle sobre a tarefa e ciclos trabalho-descanso incoerentes com limites biológicos (CARAYON; SMITH; HAIMS, 1999).

Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004 apud MARQUES; ABREU, 2011) citam três fatores que podem contribuir para o desencadeamento do estresse ocupacional. Um dos fatores seria a globalização da economia, e com isso uma crescente pressão de competição, encurtamento de ciclo produtivo e necessidade de inovações tecnológicas. Um segundo fator seria o acúmulo de exigências, que levam a um esforço mental e conseqüentemente a situações estressantes, e por fim, um terceiro fator, as jornadas de trabalho que se encontram cada vez mais alteradas (flexibilidades de horários).

O estresse torna-se patológico se o estressor (causa do estresse) for contínuo e repetitivo, podendo produzir efeitos físicos, como problemas cardiovasculares, obesidade, asma, úlceras pépticas, artrite reumatoide, hipertensão, doenças inflamatórias intestinais, distúrbios osteomusculares (BAKER; KARASEK, 2000) e síndrome metabólica (LEVI, 2005), assim como efeitos cognitivos – psicológicos cujos sintomas podem ser manifestados através da insatisfação com o trabalho, dificuldade de concentração, sintomas emocionais como ansiedade, raiva e depressão, assim como sintomas comportamentais como uso de álcool e drogas e redução do desempenho profissional (SAMPAIO; COELHO; BARBOSA, 2009).

Paschoal e Tamayo (2004) destacam que, para algo na organização ser um estressor, ele precisa ser percebido como tal pelo funcionário (PASCHOAL; TAMAYO, 2004). Ou seja, a resposta biológica que o indivíduo manifestará, dependerá de como ele avalia e enfrenta esse estímulo, levando em consideração suas características individuais e o tipo de ambiente que em está inserido. Para

França e Rodrigues (2007) o stress e suas consequências dependem de inúmeros fatores: da pessoa, do ambiente e da circunstância, assim como da combinação entre eles (FRANÇA; RODRIGUES, 2007). A existência de um evento considerado estressor na organização não quer dizer que ele seja percebido desta maneira pelo indivíduo (PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

Avaliar a presença de estresse no trabalho, entretanto, não é uma tarefa fácil. A complexidade do fenômeno tem levado à formulação de uma multiplicidade de conceitos para o termo e uma variedade de modelos de análise que ainda demonstram fragilidade de várias ordens (FRANÇA; RODRIGUES, 2007). Dentre as várias abordagens para o estudo do estresse no trabalho destacam-se os modelos teóricos propostos por Siegrist (SIEGRIST, 1996), Lipp (LIPP, 1998), Lazarus e Folkman, Cooper e colaboradores e o modelo demanda-controle, proposto por Robert Karasek (FRANÇA; RODRIGUES, 2007).

O modelo de Karasek é o mais antigo e tem sido o mais testado e validado (ALVES, 2012), sendo, segundo Araújo, Graça e Araújo (2003), um modelo bastante adotado tanto nacional, quanto internacionalmente. O foco do modelo demanda/controle encontra-se no modo de organização do trabalho (ALVES; CHOR; FAERSTEIN, 2004). Este modelo foi desenvolvido por Robert Karasek (1979), envolvendo duas grandes dimensões do estresse no trabalho: demanda psicológica e a liberdade para tomar decisões no trabalho.

2.3 MODELO DEMANDA/CONTROLE

Na década de 70, Robert Karasek, um dos pesquisadores pioneiros a procurar nas relações sociais do ambiente de trabalho fontes geradoras de estresse e suas repercussões sobre a saúde (ALVES; CHOR; FAERSTEIN, 2004), propôs um modelo para investigação do estresse ocupacional baseados em dois eixos (exigência e controle) sobre os quais repousa o seu modelo, eixos esses relacionados às características psicossociais do trabalho (FRANÇA; RODRIGUES, 2007).

As demandas psicológicas referem-se à sobrecarga de trabalho, ao grau de dificuldade para a execução de tarefas, ao tempo disponível e ao ritmo empreendido para tal, assim como à existência de ordens contraditórias ou discordantes. O controle representa a possibilidade de o trabalhador utilizar suas habilidades intelectuais para a realização de seu trabalho, aliado a autoridade suficiente para tomar decisões sobre a forma de fazê-lo. (THEORELL, 1996; THEORELL, 2000; MACEDO et al., 2007).

Karasek (1979) afirma que se o trabalhador possui controle sobre a execução do seu trabalho, as demandas, assim como os conflitos ou outros estressores do ambiente de trabalho, podem atuar apenas como instigadores de ação, sem acarretar problemas de saúde, uma vez que a energia potencial do estresse se transformará em energia de ação.

Este modelo estabelece que as atividades laborais podem ser classificadas em quatro categorias (ou quadrantes), de acordo com a combinação entre os níveis de demanda psicológica e do controle do processo de trabalho (figura 1): A alta exigência do trabalho ou "jobstrain" seria caracterizado pelo quadrante com alta demanda, mas baixo controle, considerado o mais prejudicial a saúde do indivíduo, uma vez que o excesso de demandas de trabalho não seria acompanhado de poder de decisão, reduzindo a autonomia do indivíduo, submetendo-o, portanto, a contextos de desgaste e, conseqüentemente, maiores chances de adoecimento (KARASEK, THEÖRELL, 1990). O quadrante de trabalho passivo, que conjuga baixas demandas e baixo controle, também apresentar-se-ia como nocivo à saúde, na medida em que pode gerar perda de habilidades e desinteresse, assim como, um declínio na atividade geral do indivíduo e redução na capacidade de solução de problemas. Os trabalhos que envolvem simultaneamente alta exigência (altas demandas) e alto controle são chamados trabalho ativo, considerado importante para o aprendizado e aumento da motivação para desenvolver novos padrões de comportamento. Este quadrante representaria baixo risco a saúde do trabalhador, pois, ainda que as demandas sejam excessivas, elas são menos prejudiciais, já que o trabalhador experimenta maior autonomia no trabalho, podendo escolher como planejar suas horas de trabalho de acordo com seu ritmo biológico e criar estratégias para lidar com suas dificuldades (ALVES; CHOR; FAERSTEIN, 2004). Mas a

quadrante de menor risco à saúde do trabalhador, considerado, portanto, situação “ideal” seria o de baixo desgaste, pois, conjuga baixas demandas e alto controle do processo de trabalho. (MACEDO et al., 2007; ALVES; CHOR; FAERSTEIN, 2004; KARASEK, 1979, THEORELL, 1996, THEORELL, 2000).

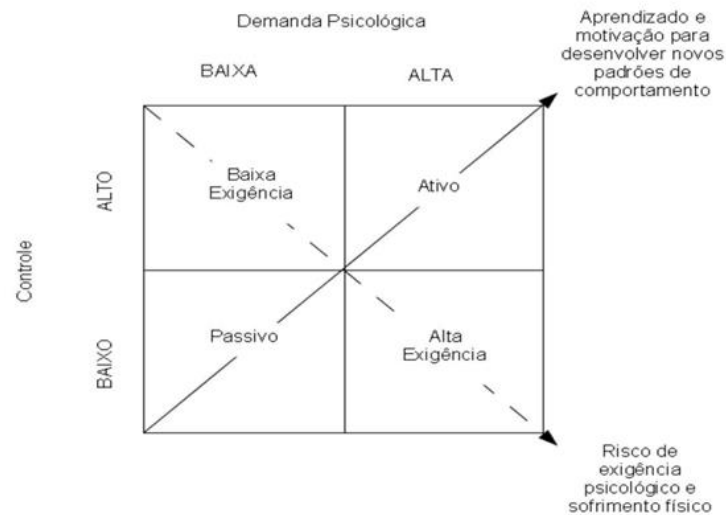


Figura 1: Representação gráfica do modelo demanda-controle de Robert Karasek (adaptado KARASEK, 1979).

Karasek a partir dos dados provenientes da Quality of employment surveys realizado em 1969, 1972 e 1977 envolvendo 4495 trabalhadores norte-americanos de ambos os sexos e de diversas categorias profissionais, representou algumas profissões segundo os quatro quadrantes propostos por sua teoria. Á época, as profissões de bombeiro, frentista, garçomete, manipulador de carga, costureiro e auxiliar de enfermagem foram classificados como profissões predominantemente pertencentes ao quadrante de trabalho de alta exigência. No quadrante de trabalho passivo estariam as profissões de expedidor, entregador, balconista, vigia, mineiro e zelador e no de trabalho ativo as atividades de gerente de comércio, bancário, servidor público, supervisor, agricultor, engenheiro elétrico, médico e professor. Já no quadrante de menor exposição ao estresse ocupacional estariam as profissões de cientista natural, arquiteto, programador, reparador, maquinista e carpinteiro (KARASEK, 1989).

Na década de 80 uma terceira dimensão, o apoio social no trabalho, foi introduzida ao modelo proposto por Karasek (JOHNSON; HALL, 1988). O apoio social representa a natureza das relações interpessoais entre trabalhadores, chefes e colegas. Nesta adaptação, a percepção pelo indivíduo da existência do apoio social no ambiente de trabalho, auxiliaria a amortecer o efeito negativo do desequilíbrio entre a demanda e o controle sobre a saúde (KARASEK; THEORELL, 1990). Dessa forma, o suporte social atuaria como um importante fator protetor frente ao estresse (FRANÇA; RODRIGUES, 2007).

Segundo Karasek, são inúmeros os mecanismos pelos quais as relações sociais podem afetar o bem-estar do indivíduo, destacando-se quatro principais: Primeiro, o apoio social proporciona um tamponamento entre os fatores psicológicos no trabalho e os resultados adversos para a saúde. Segundo, o contato social e a estrutura social afetam os processos fisiológicos básicos importantes tanto para a manutenção da saúde em longo prazo quanto a aquisição de novos conhecimentos. Terceiro, o suporte social pode facilitar o desenvolvimento de padrões de enfrentamento ativos. O quarto motivo seria que o suporte social permitiria o desenvolvimento de um senso de identidade, com base no valor socialmente confirmado de contribuição do indivíduo para o bem-estar e os objetivos coletivos (KARASEK; THEORELL, 1990).

Uma versão reduzida do questionário originalmente elaborado por Karasek (49 perguntas) foi elaborada na Suécia por Töres Theorell em 1988, contendo 17 questões. A adaptação para o Brasil desta versão reduzida foi realizada por Alves e colaboradores em 2004 (ALVES; CHOR; FAERSTEIN, 2004). Esta versão possui cinco questões para avaliar as demandas no trabalho e seis para avaliar o controle. Para ambas as dimensões, as opções de resposta são apresentadas em escala tipo Likert (1-4), variando entre “frequentemente” e “nunca/quase nunca”. Para avaliar a dimensão apoio social o instrumento possui seis questões e quatro opções de resposta em escala tipo Likert (1-4) com variação entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”.

Existem diversas formas para operacionalizar a interação entre demanda e controle. A forma de análise mais comum é a dos quadrantes, constituídos a partir da divisão

por quantis, utilizando-se usualmente a mediana dos escores de cada dimensão (BRAGA, 2011; LANDSBERGIS et al., 1994). As outras formas possíveis são: razão entre o escore de demanda pelo escore de controle; o logaritmo da razão; a subtração; o procedimento termo de interação (termo de interações entre as duas dimensões demanda e controle); o limiar (exploração gráfica para determinar pontos de corte ótimos e associações não lineares); e o procedimento de análise que exclui o segmento da população que está mais próximo da média e considera os quatro quadrantes que estão formados pelo restante da população (KARASEK; CHOI; OSTERGREN, 2007)

A versão reduzida da “*Job Stress Scale*” tem sido amplamente utilizada na investigação do estresse ocupacional em diversas profissões, como enfermeiros (SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011; URBANETTO; SILVA; HOFFMEISTER, 2011), dentistas (CARNEIRO et al., 2009), servidores do poder judiciário (SILVA, 2009), docentes (TAVARES et al.; 2012), motoristas (SAMPAIO et al., 2009) e servidores públicos técnico-administrativos (ALVES; CHOR; FAERSTEIN, 2009). No entanto, seu uso ainda é limitado em algumas profissões, como por exemplo, em trabalhadores bancários, considerada uma das profissões mais estressantes (VIANA, et al. 2010). Um dos poucos estudos disponíveis é o publicado por Silva e Barreto (2012).

Cabe destacar que o modelo demanda-controle, ainda que agregue contribuições para melhoria da vivência do indivíduo no trabalho e seja largamente utilizada, tem sido alvo de algumas críticas. Um de suas fragilidades estaria no fato dele se concentrar apenas nos estressores organizacionais, sem focalizar especificamente a interação entre o indivíduo e o ambiente, nem avaliar as características e valores individuais (PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

Segundo Pellegrini, Fernandes e Gomes (2010) a abordagem que enfoca os estressores organizacionais têm contribuído para a identificação de demandas organizacionais potencialmente geradoras de estresse, mas apesar destas contribuições, esta abordagem tende a considerar apenas o caráter objetivo dos estressores, sem levar em consideração, os fatores cognitivos, que têm um papel central no processo que ocorre entre os estímulos potencialmente estressores e as

respostas do indivíduo a eles. Para estes autores, as características situacionais e pessoais também podem interferir no julgamento do indivíduo e na sua percepção do estresse, e desconsiderá-los, como nos modelos voltados apenas para os estressores organizacionais, deixaria uma lacuna relativa à avaliação do indivíduo sobre os eventos do trabalho.

Apesar de algumas fragilidades e diante da dificuldade de um modelo que explique integralmente o estresse, o modelo demanda-controle é um dos mais utilizados e com estudos em vários continentes, sendo um importante instrumento para a investigação do estresse ocupacional (ALVES; HOKERBER; FAERSTEIN, 2013).

2.4 AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

Nas últimas três décadas, a autoavaliação de saúde tem sido amplamente utilizada como um indicador na pesquisa psicossocial e da gerontologia, bem como em levantamentos epidemiológicos (GARCIA; HOFELMANN; FACCHINI, 2010). Esta medida corresponde a como o indivíduo avalia o seu estado de saúde, através de uma simples pergunta “De uma maneira geral, como você considera a sua saúde?”, ou equivalente (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHOA, 2004), admitindo como resposta escala Likert de quatro a cinco pontos (JYLHA, 2009).

Apesar de sua natureza subjetiva, este indicador de saúde tem poder preditivo sobre a mortalidade, morbidade e utilização de serviços de saúde, além de refletir uma avaliação global de doenças, sintomas, habilidades funcionais e bem-estar geral (QUESNEL-VALLÉE, 2007). A. Essa avaliação apresenta confiabilidade e validade equivalentes a outras avaliações mais complexas da condição de saúde, devendo ser considerada um complemento importante para medidas objetivas (MOOD, 2013). Indivíduos que autoavaliaram sua saúde como negativa apresentaram risco relativo de morte, duas a seis vezes maior em relação àqueles que avaliaram sua saúde como excelente (DESALVO et al., 2006; LEUNG; TANG; LUE, 1997).

Os fatores levados em consideração pelo indivíduo ao autoclassificar seu estado de saúde ainda não são totalmente compreendidos, mas parece refletir uma percepção abrangente de saúde que inclui aspectos biológicos, psicológicos e sociais

(GUIMARÃES et al., 2012), assim como fatores demográficos, culturais e os relacionados ao ambiente de vida e de trabalho (KELLEHER et al., 2003; GARCIA; HOFELMANN; FACCHINI, 2010).

Pela sua característica subjetiva a autoavaliação pode refletir não apenas a experiência de exposição à doença, como também o conhecimento acerca de suas causas e consequências (HOFELMANN; BLANK, 2007). Sendo uma medida capaz de capturar de forma integral o conceito de saúde e bem-estar e não simplesmente a ausência de doença (WILLIAMS; PHAM-KANTER; LEITSCH, 2009).

Por sofrer influência de fatores culturais e sociais, alguns autores, no entanto, têm questionado a validade deste indicador para comparações internacionais e entre subpopulações (BARROS, 2009). Tais fatos podem determinar que, em certos contextos, indivíduos considerem “natural” o adoecimento e respondam que o estado de saúde é bom ou mesmo muito bom, ainda que existam sérios problemas de saúde (DACHS, 2002; HÖFELMANN; BLANK, 2007). Além disso, as diferenças metodológicas nas formas de categorização do desfecho deste indicador também dificultam a comparação entre os estudos (PERES, 2010).

Apesar disto, a autoavaliação de saúde continua sendo um marcador robusto de saúde relacionados com qualidade de vida e bem-estar (DARVIRI et al., 2011). Por apresentar-se como um método prático e simples para a coleta de informações sobre a saúde individual, esta ferramenta é ideal para estabelecer diferenças na morbidade entre subgrupos da população, calcular indicadores de morbimortalidade, como a expectativa de vida saudável e comparar serviços de saúde (KIND et al., 1998; DEVLIN; HANSEN; HERBISON, 2000), contribuindo para subsidiar intervenções coletivas e o planejamento e monitoramento de programas de saúde (CREMONESE et al., 2010).

Considerando a facilidade de aplicação e da confiabilidade de seus resultados (HOFELMANN; BLANK, 2007) a Organização Mundial da Saúde recomenda a inclusão da autopercepção de saúde como um componente padrão das pesquisas em saúde (DE BRUIN; PICAUVET; NOSSIKOV, 1996). Apesar desta recomendação,

esta ferramenta ainda é pouco utilizada no Brasil (DACHS, 2002 apud SILVEIRA, 2002).

Entre os estudos nacionais mais abrangentes que investigaram a autopercepção do estado de saúde, destacam-se o inquérito da Pesquisa Mundial de Saúde, realizado em 2003 (THEME-FILHA; SZWARCOWALD; SOUZA-JÚNIOR, 2005), a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998 (DACHS, 2002) e 2003 (DACHS; SANTOS, 2006) e o inquérito sobre saúde e condição de vida no estado de São Paulo (CESAR et al., 2005). Internacionalmente destaca-se o National Health and Nutrition Examination Survey, nos Estados Unidos (BARRETO; FIGUEIREDO, 2013).

2.5 O TRABALHO BANCÁRIO

Para atender a demanda e atingir metas por exigência de um mercado competitivo, as organizações necessitam cada vez mais administrar mudanças em seu ambiente organizacional (KOLTERMANN et al., 2011). O setor bancário foi um dos mais atingidos por estas mudanças, implicando em profundas alterações em sua organização (LIMA et al., 2010).

Neste setor, as reestruturações produtivas ocorreram em três fases principais, abrangendo o período do final dos anos 80 e início da década de 90, estendendo-se até os dias atuais. A primeira e a segunda fase foram marcadas por grande volume de demissões, aliado ao maciço investimento em automação e informática, visando à redução de custos operacionais, agilidade dos serviços e expansão do autoatendimento, este último predominante na segunda fase. A terceira etapa e a mais recente, correspondente à terceirização, objetivando enxugar suas estruturas operacionais e redefinir seu perfil de negócios, criando novos produtos e serviços, segmentando mercados e clientela, seguindo um percurso semelhante ao de outros ramos da economia. (SILVA, 2006 apud SILVA; PINHEIRO; SAKURAI, 2007).

Entre as mudanças advindas destes processos de reestruturações, destaca-se as vantagens empresariais acarretadas, tais como redução dos custos (materiais,

humanos, tempo), redução dos níveis hierárquicos, facilitando a agilidade das tramitações organizacionais, expansão e diversificação das operações do sistema financeiro, ao mesmo tempo em que aumentou a segurança e a qualidade dos serviços prestados (SEGNINI, 1999). Deve-se destacar, no entanto, os profundos impactos para os trabalhadores bancários, como a redefinição das atividades desenvolvidas e a modificação das habilidades e qualificações requeridas para a sua realização (JINKINGS, 2001), e em especial a redução significativa dos postos de trabalho (DIEESE, 2012a).

Segundo dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômico, em 2013, os seis maiores bancos do país (DIEESE, 2013) empregam aproximadamente 456.203 bancários, com um total de 20522 agências em todo país. Em 2012, foram fechados 3.087 postos de trabalho no setor bancário. Na comparação entre junho de 2012 e junho de 2013 foram fechadas 4.193 vagas, sendo a maioria nos quatro bancos privados. Entre janeiro e setembro de 2012 os bancos foram responsáveis por apenas 0,2% do total de empregos gerados no Brasil (DIEESE, 2012a).

As elevadas disparidades entre rendimentos de admitidos e desligados, a alta rotatividade do setor e as reduções salariais observadas em pesquisas de emprego no setor bancário também demonstram a precarização do trabalho neste setor. O bancário contratado entre janeiro e setembro no ano de 2012 recebeu, em média, salário 38,7% inferior ao dos trabalhadores desligado. Cerca de 60% dos bancários demitidos neste período estavam no emprego há menos de cinco anos. Dos empregos gerados, os homens ocuparam a maioria dos novos postos, recebendo no mínimo, salário 20% superior aos das mulheres tanto na contratação quanto na demissão. Neste período, as faixas salariais com mais de três salários mínimos, apresentaram volume de demissões superior ao número de contratações (DIEESE b, 2012).

Daqueles bancários que permaneceram em seus postos de trabalho, exige-se mais qualificação, amplo conhecimento do mercado financeiro, domínio da tecnologia para realização de simulações financeiras, habilidade de relacionamento com os clientes e com as equipes de vendas e sabedoria para lidar com tarefas não

prescritas (NETZ; MENDES, 2006). A polivalência tornou-se uma exigência, uma vez que todos os bancários devem saber desempenhar qualquer operação demandada pelo cliente (LARANGEIRA, 1997). Situações como pressão para cumprir metas, tensão, volume de trabalho excessivo, trabalho repetitivo, barulho, agências cheias, reclamações de chefias e de clientes, medo de assalto e da instabilidade funcional, também fazem parte do cotidiano daqueles que trabalham em bancos (NETZ; MENDES, 2006).

Todas estas características do serviço bancário, além de apresentar-se como potencialmente estressante para seus funcionários, podem comprometer a saúde dos mesmos, tornando-os vulnerais a diversas doenças. Dados da previdência social revelam que os principais motivos para concessão de auxílio doença para trabalhadores do setor financeiro, no ano de 2013, foram os relacionados à doença osteomusculares, seguido pelos transtornos mentais e comportamentais (BRASIL, 2014). Estas doenças impactam diretamente na saúde dos trabalhadores e na forma como estes a percebem, verificado, por exemplo, no estudo conduzido por Silva e Barreto (2012) que relevou alta prevalência de bancários que autotransclassificaram negativamente a própria saúde.

2.6 MODELO TEÓRICO

Levando em consideração as diversas variáveis que podem influenciar o estresse ocupacional e a autoavaliação do estado de saúde, os modelos teóricos utilizados neste estudo para investigação destes dois desfechos são apresentados a seguir.

2.6.1 Estresse Ocupacional

Considerando as variáveis analisadas, o modelo teórico adotado para a verificação da associação entre as mesmas e o estresse ocupacional encontra-se representado na figura 2.

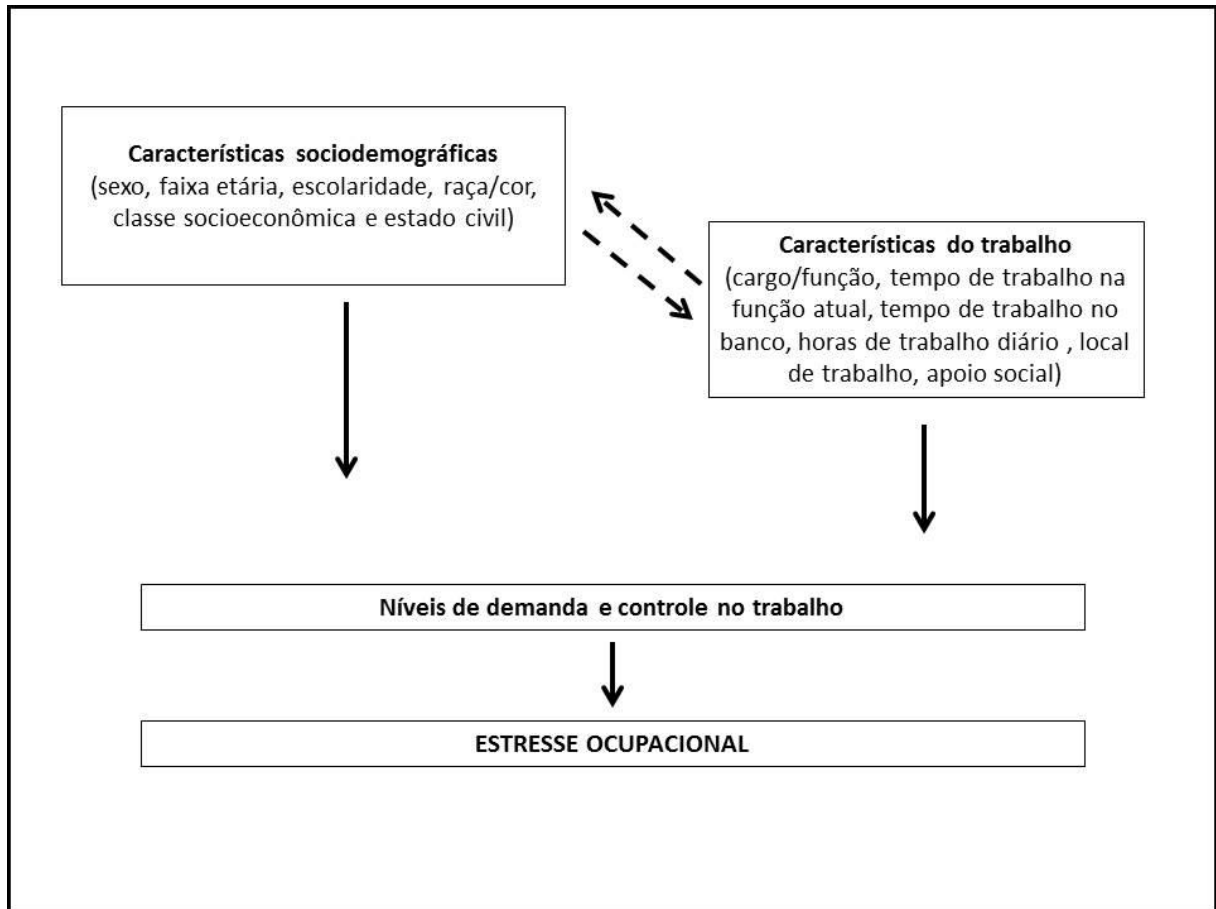


Figura 2: Modelo teórico adotado para análise dos fatores associados ao estresse ocupacional avaliados segundo modelo demanda-controle no artigo 1.

Segundo este modelo, as variáveis sociodemográficas influenciariam nas características do trabalho como cargo/função, tempo de trabalho, nível de apoio social, assim como teriam interferência direta nos níveis de demanda de atividades no ambiente de trabalho e nos níveis de controle do trabalhador sobre a forma como este executará suas tarefas. O nível de demanda e controle, por sua vez, de acordo com a teoria de Robert Karasek, dependendo de como se combinam podem expor o trabalhador a maior ou menor risco de estresse ocupacional.

As características de trabalho, assim como as variáveis sociodemográficas, também exerceriam influência direta nos níveis de demanda e controle que os indivíduos seriam submetidos no ambiente de trabalho e por isso, também estariam associados ao estresse ocupacional.

2.6.2 Autoavaliação do estado de Saúde

O modelo teórico dotado para verificar a associação entre variáveis explicativas e a autoavaliação de saúde leva em consideração a influência de cada grupo de variáveis na determinação do desfecho estudado, conforme metodologia adotada por Silva e Barreto (2012). Para isso, as variáveis investigadas foram agrupadas em quatro blocos (conforme figura 3).

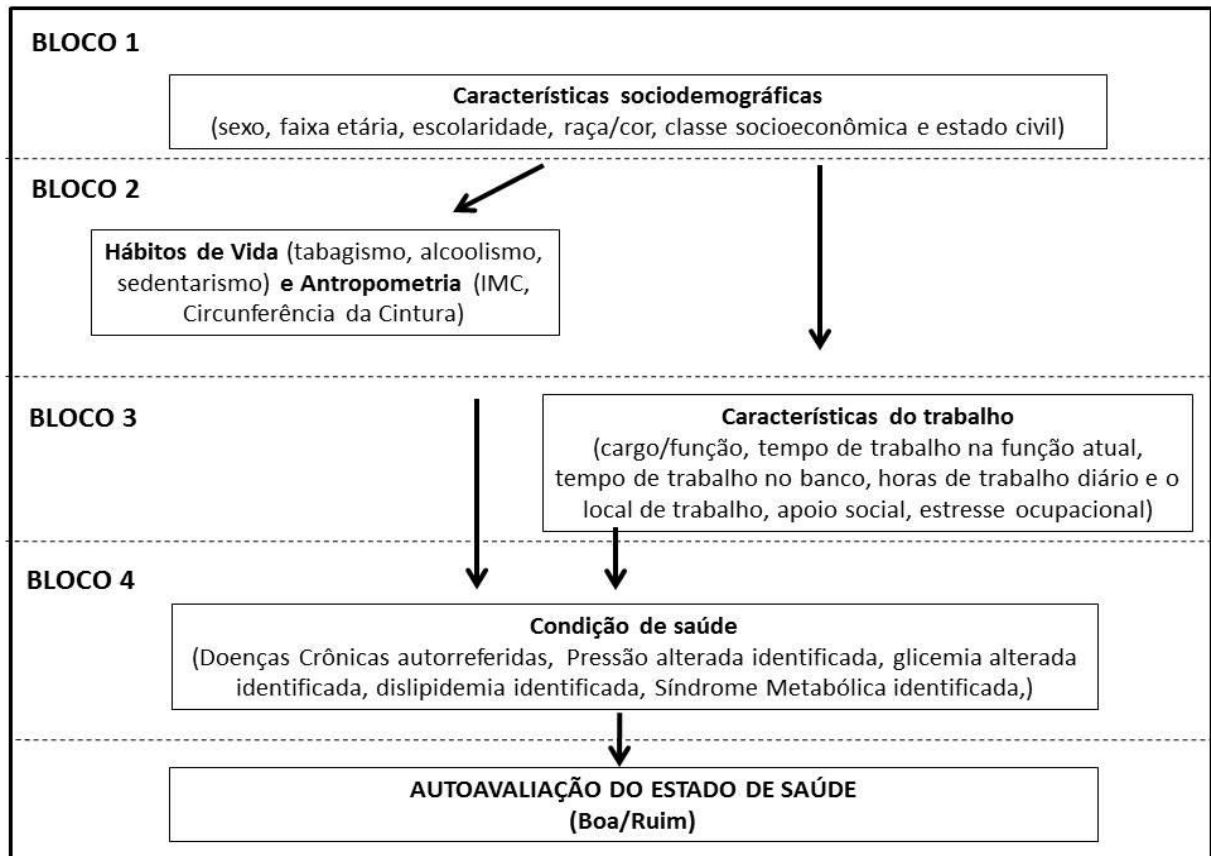


Figura 3: Modelo teórico adotado para análise dos fatores associados à autoavaliação do estado de saúde no artigo 2.

O primeiro bloco, considerado mais distal foi formado pelas variáveis sociodemográficas que, por sua vez influenciam as variáveis do segundo bloco, formado por variáveis comportamentais e antropométricas. Estas ultimas, hipoteticamente influenciariam e são influenciadas pelo bloco 3, composto por variáveis referentes às características do trabalho. O bloco 3 influenciaria as condições de saúde (bloco 4), e estes por fim, teriam determinariam o desfecho em estudo.

3 OBJETIVOS

Objetivo 1: Estimar a prevalência de estresse ocupacional em funcionários de uma rede bancária da Grande Vitória/ES e verificar sua associação com variáveis socioeconômicas, demográficas e variáveis relativas às características do trabalho.

Objetivo 2: Estimar a prevalência de autoavaliação negativa de saúde e verificar a associação entre a variável autoclassificação da saúde com variáveis socioeconômicas, demográficas, antropométricas, hábitos de vida, características do trabalho e estado de saúde em funcionários de uma rede bancária da Grande Vitória/ES.

4. MATERIAL E MÉTODOS

Esta seção apresentará parte da metodologia empregada na coleta de dados no projeto original e a empregada no desenvolvimento do presente estudo.

4.1 METODOLOGIA EMPREGADA NO PROJETO ORIGINAL

4.1.1 Delineamento do estudo

O projeto mãe da qual foi derivado os dados utilizados nesta dissertação, correspondeu a uma investigação epidemiológica observacional do tipo corte transversal realizada no período de agosto de 2008 a agosto de 2009, intitulada “Síndrome metabólica, resistência à insulina e fatores associados: um estudo em funcionários de uma rede bancária da Grande Vitória/ES, Brasil” (SALAROLI, 2010).

4.1.2 População alvo

A população alvo do referido projeto foi uma amostra representativa e aleatorizada de funcionários de uma grande rede bancária localizada no Espírito Santo, com idade entre 20 e 64 anos, de ambos os sexos, que estivessem em plena atividade laboral e que trabalhassem na região da Grande Vitória/ES.

4.1.3 Critérios de inclusão e exclusão

Para participar da pesquisa, os bancários deveriam atender os seguintes critérios de inclusão: ter idade entre 20 a 64 anos, ser ativo no banco, trabalhar na região da Grande Vitória, ter capacidade de realizar os exames bioquímicos, antropométricos, responder ao questionário utilizado na pesquisa e ter sido selecionado a partir de sorteio aleatório para compor a amostra do estudo. Foram excluídos da pesquisa, quem não atendia aos critérios de inclusão.

4.1.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de agosto de 2008 a agosto de 2009. A referida coleta foi realizada no local de trabalho, sendo o funcionário liberado durante o expediente para participar do estudo. O funcionário respondeu a um questionário estruturado (APÊNDICE A) contendo questões socioeconômicas, demográficas, características do trabalho, hábitos de vida, situação de saúde, nível de estresse ocupacional e de atividade física, sendo submetido logo em seguida à coleta de dados antropométricos e hemodinâmicos, realizados por pesquisadores treinados. A partir deste primeiro atendimento, os participantes eram encaminhados para realização dos exames bioquímicos, com a devida orientação quanto às recomendações de preparo para cada exame.

- **Coleta de dados socioeconômicos, demográficos, características do trabalho, hábitos de vida, situação de saúde e estresse ocupacional.**

A coleta de dados socioeconômicos, demográficos, características do trabalho, hábitos de vida, situação de saúde e estresse ocupacional foi realizada através da aplicação de um questionário contendo perguntas acerca destas questões (APÊNDICE A). No aspecto socioeconômico e demográfico as variáveis utilizadas neste estudo foram: Idade, sexo, raça/cor, classe socioeconômica, escolaridade e estado civil. Em relação às características do trabalho foram investigadas: cargo/função, cidade de trabalho, tempo de trabalho no banco, tempo de trabalho na função atual e horas diárias de trabalho. Em hábitos de vida e estado de saúde interrogou-se sobre: tabagismo, consumo de álcool, nível de atividade física, autoavaliação do estado de saúde e histórico de doenças pregressas ou atuais.

- **Coleta de dados antropométricos**

A coleta das medidas antropométricas foi realizada por indivíduos devidamente treinados para este fim. Foram coletados dados de peso (kg), estatura (m) e perímetro da cintura (cm) conforme técnicas abaixo:

Peso: Os indivíduos foram pesados em balanças da marca Tanita® com capacidade para 150kg e precisão de 0,1kg calibradas pelo Instituto Nacional de metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO). Os indivíduos subiram na balança, descalços, em posição ereta, com o mínimo de roupa possível e após terem esvaziado a bexiga.

Estatura: Os participantes foram medidos descalços em estadiômetro da marca Sanny®, com precisão de 1mm. Os indivíduos foram orientados a estarem na posição ereta, braços estendidos ao longo do corpo e olhar fixo em um ponto do horizonte.

Perímetro da cintura Foi utilizada fita métrica inextensível de 1 cm de largura em dupla medição. Para tomada do perímetro da cintura o examinado permaneceu em pé, com os braços estendidos ao longo do corpo e os pés juntos. A fita foi posicionada na menor curvatura e localizada entre o último arco costal e a crista ilíaca.

- **Coleta de dados hemodinâmicos**

O dado hemodinâmico coletado foi a pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD). Esses dados foram coletados durante entrevista no mínimo três vezes para cada indivíduo, sendo descartada a primeira medida. Foi utilizado o aparelho digital OMRON 742, devidamente calibrado e validado pelo INMETRO, sendo que antes das medidas, os indivíduos foram mantidos sentados e em repouso por cerca de 5 minutos, depois de serem convidados a esvaziar a bexiga e terem estado sem consumir alimentos, álcool, café ou cigarros nos últimos 30 minutos. Para análise dos dados foi considerada a médias das duas medidas. Era repetida a medida sempre que a diferença entre as duas médias era superior a 4mmHg.

- **Coleta de dados bioquímicos**

Os exames bioquímicos foram realizados em um único laboratório, estando o indivíduo em jejum de 12 horas. Foram determinados utilizando kits comerciais

(Roche Diagnostics Ltda., com o analisador COBAS E601, Roche, Rotkreuz, Suíça) os níveis séricos de glicemia de jejum, colesterol total, HDL e triglicerídeos.

4.1.5 Banco de dados

Os dados foram digitados e armazenados em uma planilha eletrônica do programa Excel 2007.

4.2 METODOLOGIA EMPREGADA NA PRESENTE INVESTIGAÇÃO

4.2.1 Delineamento do estudo

O presente estudo constitui-se de uma investigação epidemiológica observacional analítica do tipo corte transversal.

4.2.2 População estudada

A amostra foi constituída de funcionários de uma rede bancária localizada no estado do Espírito Santo, escolhidos através de sorteio aleatório para participar do estudo original, com idade entre 20 e 64 anos, de ambos os sexos, que estivessem em plena atividade laboral e que trabalhassem na região da Grande Vitória/ES.

4.2.3 Amostragem

Para calcular o tamanho amostral necessário para as investigações propostas neste estudo, considerou-se população total de 1410 bancários, com prevalência de estresse ocupacional (trabalho passivo e alta exigência) esperada de aproximadamente 50% e 50% de prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde. Utilizou-se 50% como prevalência esperada para maximizar o tamanho da amostra. Considerou-se ainda nível de significância de 5%, erro amostral de 6% e efeito do desenho igual a dois (efeito dos conglomerados das agências). Os cálculos foram realizados no programa Epidat Versão 4.0.

Sendo assim, o tamanho mínimo da amostra seria de 450 funcionários. Foram utilizados, porém, dados de 525 bancários, uma vez que se tratou do total de indivíduos investigados no projeto original.

4.2.4 Definição das variáveis

Das variáveis coletadas no projeto original, foram utilizadas apenas as de interesse para o presente estudo. As mesmas foram categorizadas conforme melhor adequação para as análises propostas nesta dissertação.

- **Variáveis socioeconômicas e demográficas**

Idade: Os indivíduos foram classificados em três faixas etárias: Até 30 anos, entre 30 e 50 anos e mais de 50 anos. A variável foi analisada como variável qualitativa.

Sexo: Utilizou-se as categorias masculino e feminino, sendo a variável considerada qualitativa.

Classe socioeconômica: A classe socioeconômica foi determinada segundo o critério de classificação econômica do Brasil (ABEP, 2003) e incluídas no estudo como variável qualitativa, divididas em: Classe A, B, C, D e E. Para facilitar as análises estatísticas esta variável foi recategorizada somando-se a classe A com a Classe B e a classe C com a classe D e E.

Raça/Cor: Esta variável foi determinada por autoclassificação em preta, parda, branca e amarela ou indígena. Por questões de análises estatísticas considerou-se apenas duas categorias: Branca e Não branca, sendo analisada como variável qualitativa.

Escolaridade: Considerou-se as categorias: 1º Grau e 2º Grau, Universitário e pós-graduado, analisando-a como uma variável qualitativa.

Estado civil: A variável estado civil foi considerada uma variável qualitativa e foi categorizada em: casado/vive companheiro, solteiro, separado/divorciado/viúvo.

- **Variáveis relativas ao trabalho**

Cargo/Função: Foram consideradas duas categorias de ocupação, “Atendimento ao cliente”, e “Sem atendimento ao cliente”, sendo esta variável considerada uma variável qualitativa. Os indivíduos classificados como “Atendimento ao cliente” correspondiam àqueles que desempenhavam funções nas agências bancárias, tais como funções de caixa ou demais atribuições envolvidas com o atendimento direto ao cliente, já “Sem atendimento ao cliente” correspondiam àqueles indivíduos que desempenhavam cargos administrativos, realizando suas atividades sem contato direto com o público e, em sua maioria, em um prédio considerado a unidade administrativa, com estrutura física desvinculada das agências.

Tempo no banco: Essa variável foi considerada como uma variável qualitativa e categorizada em: Até 5 anos e Mais de 5 anos.

Horas de trabalho diário: Essa variável foi considerada como uma variável qualitativa e categorizada em: Até 6 horas e mais de 6 horas.

Tempo na função atual: Da mesma forma como tempo na função atual, o tempo no banco foi categorizada em: Até 5 anos e Mais de 5 anos e considerada uma variável qualitativa.

Cidade de trabalho: Variável considerada variável qualitativa. Optou-se por padronizar esta variável como “Reside na cidade de trabalho” admitindo-se como resposta “sim” ou “não”.

- **Variáveis relativas aos hábitos de vida e situação de saúde**

Tabagismo: Foi considerado tabagista o indivíduo que fazia uso de tabaco independente da quantidade ou frequência conforme o Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Os indivíduos foram categorizados como fumantes, não-fumantes e ex-fumantes, sendo esta variável considerada como qualitativa.

Consumo de Álcool: O consumo de álcool foi categorizado em: Sim, regularmente; Não e Não, bebi mas parei. Considerou-se o consumo de álcool como uma variável categórica.

Nível de Atividade Física: Para determinação do nível de atividade física foi utilizado a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) validado para a população brasileira (MATSUDO et al, 2001). O IPAQ obtém informações quanto à frequência e à duração de atividades cotidianas, como no lazer, trabalho, atividades domésticas e deslocamento. Foram considerados indivíduos suficientemente ativos aqueles que relataram no mínimo 150 minutos de atividades com frequência ≥ 5 dias na semana (CELAFISCS, 2013), levando-se em consideração apenas o somatório das sessões referentes a lazer e transporte, conforme recomendação atual, de modo a evitar a superestimação do nível de atividade física (HALLAL et al, 2010).

Doenças crônicas (prévia ou atual): No projeto original, além de dados objetivos para determinação de alterações como hipertensão, obesidade e Síndrome Metabólica, os indivíduos foram questionados se alguma vez receberam o diagnóstico de doenças como colesterol elevado, diabetes, úlcera, gastrite, hérnia de disco, lesão por esforço repetitivo (LER) e/ou Artrose, através da pergunta: “Alguma vez um médico lhe informou você teve ou tem...” feita para cada doença citada anteriormente. As respostas foram categorizadas de acordo com o número de doenças informadas em: Nenhuma, 1 ou 2 e mais de 3 doenças.

- **Variáveis antropométricas**

Índice de Massa Corporal (IMC): O IMC foi obtido pela fórmula - $IMC = \text{Peso} / \text{Altura}^2$ – e essa variável foi classificada como uma variável qualitativa, sendo categorizado de acordo com os pontos de corte da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000). Para fins de análise estatística, estas variáveis foram reagrupadas Eutrofia/baixo peso ($IMC \leq 24,9 \text{ kg/m}^2$) e Sobrepeso/Obesidade ($IMC > 24,9 \text{ kg/m}^2$).

Circunferência da cintura (CC): Para a classificação da circunferência da cintura o ponto de corte adotado foi ≥ 94 cm para homens e ≥ 80 cm de acordo com parâmetro da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000).

- **Variáveis bioquímicas e hemodinâmicas**

Pressão arterial: A classificação dos níveis pressóricos dos indivíduos foi feita com base nos critérios das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, 2010). Reagrupou-se, porém essas categorias para facilitar a análise estatística em apenas duas categorias: Pressão arterial elevada (Pressão Arterial Sistólica ≥ 140 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica ≥ 90 mmHg) e pressão arterial normal (abaixo destes valores). A variável foi utilizada neste estudo como variável qualitativa. Também foram considerados com pressão arterial elevada, os indivíduos que relaram a utilização de medicamentos anti-hipertensivos.

Glicemia: Os níveis de glicemia foram classificados de acordo com as diretrizes Sociedade Brasileira de Endocrinologia (SBE, 2004). Os indivíduos com glicemia menor ou igual a 100mg/dl foram classificados na categoria de Glicemia Normal e os demais como Glicemia Alterada. Esta variável foi utilizada neste estudo como variável qualitativa.

Dislipidemia: Os níveis de LDL, colesterol total, triglicerídeos e HDL foram classificados de acordo com a V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose para investigação de dislipidemia (SBC, 2013). Foram considerados dislipidêmicos os indivíduos que apresentassem hipercolesterolemia isolada, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipemia mista e/ou HDL baixo. Esta variável foi categorizada em Dislipidemia “sim” ou “não” e considerada uma variável qualitativa.

Síndrome metabólica: Para este estudo, o critério utilizado para o diagnóstico de Síndrome Metabólica foi do NCEP-ATP-III (National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III). Os detalhes da metodologia para determinação desta variável e os resultados encontrados, já estão publicados no estudo de Salaroli e colaboradores (2013).

- **Estresse ocupacional**

Para determinação do estresse ocupacional utilizou-se a versão reduzida do “*Job Stress Scale*”, adaptada para uso no Brasil (ALVES et al, 2004). Esta escala possui 17 questões: 5 questões avaliando a dimensão demanda no trabalho (4 referentes a tempo e velocidade para execução das tarefas e 1 questão referente a demandas conflituosas na realização das mesmas), 6 questões avaliando o controle do individuo sobre a execução das tarefas (4 envolvendo o desenvolvimento de habilidades e 2 referentes a autonomia e tomada de decisão) e analisando a dimensão do apoio social (apoio de chefia e colegas) conforme demonstrado no quadro 1.

As questões relativas ao nível de demanda e de controle admitiam as respostas: Frequentemente, às vezes, raramente, nunca e quase nunca, onde foram atribuídos pontos de 1 a 4, da menor para a maior frequência, com exceção de duas perguntas, onde as atribuições de pontos devem ser inversa (da maior para a menor frequência), por corresponderem a menor carga de demanda/controle. Em relação às perguntas referentes ao apoio social, admitiu-se como respostas: Concordo plenamente, concordo mais que discordo, discordo mais que concordo e discordo totalmente, e da mesma forma, atribui-se pontuação de 1 a 4, em ordem crescente, do maior grau de concordância ao menor.

Para obter o score da dimensão demanda, procedeu-se a soma dos escores obtidos nas cinco questões que avaliam este item, podendo, portanto, esta dimensão variar de 5 a 20 pontos, onde quanto maior o escore, maior a demanda psicológica percebida pela individuo.

Para obter o escore da dimensão controle, de forma semelhante à anterior, procedeu-se a soma dos escores obtidos nas seis questões que avaliam esta dimensão, podendo a pontuação variar de 6 a 24 pontos. Quanto maior o escore, maior o controle percebido pela individuo.

Dimensão	Subdimensão	Pergunta	Possibilidade de resposta
DEMANDAS PSICOLÓGICAS	Rapidez para a realização de tarefas	“Com que frequência tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?”	Frequentemente (4 pontos) Às vezes (3 pontos) Raramente (2 pontos) Nunca ou quase nunca (1 ponto)
	Intensidade do trabalho	“Com que frequência tem que trabalhar intensamente?”	Frequentemente (4 pontos) Às vezes (3 pontos) Raramente (2 pontos) Nunca ou quase nunca (1 ponto)
	Exigência no trabalho	“Seu trabalho exige demais de você?”	Frequentemente (4 pontos) Às vezes (3 pontos) Raramente (2 pontos) Nunca ou quase nunca (1 ponto)
	Tempo para a realização de tarefas	“Tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas?”	Frequentemente (1 ponto) Às vezes (2 pontos) Raramente (3 pontos) Nunca ou quase nunca (4 pontos)
	Demandas contraditórias	“O seu trabalho costuma lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes?”	Frequentemente (4 pontos) Às vezes (3 pontos) Raramente (2 pontos) Nunca ou quase nunca (1 ponto)
SCORE DIMENSÃO			Mínimo: 5 pontos Máximo: 20 pontos
CONTROLE NO PROCESSO DE TRABALHO	Aprendizado	“Tem possibilidade de aprender coisas novas através do seu trabalho?”	Frequentemente (4 pontos) Às vezes (3 pontos) Raramente (2 pontos) Nunca ou quase nunca (1 ponto)
	Uso de habilidades	“Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimento especializado?”	Frequentemente (4 pontos) Às vezes (3 pontos) Raramente (2 pontos) Nunca ou quase nunca (1 ponto)
	Iniciativa	“Seu trabalho exige que você tome iniciativas?”	Frequentemente (4 pontos) Às vezes (3 pontos) Raramente (2 pontos) Nunca ou quase nunca (1 ponto)
	Trabalho repetitivo	“Tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?”	Frequentemente (1 ponto) Às vezes (2 pontos) Raramente (3 pontos) Nunca ou quase nunca (4 pontos)
	Autonomia para a tomada de decisão (COMO FAZER)	“Pode escolher COMO fazer seu trabalho?”	Frequentemente (4 pontos) Às vezes (3 pontos) Raramente (2 pontos) Nunca ou quase nunca (1

			ponto)
	Autonomia para a tomada de decisão (O QUE FAZER)	“Pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?”	Frequentemente (4 pontos) Às vezes (3 pontos) Raramente (2 pontos) Nunca ou quase nunca (1 ponto)
SCORE DIMENSÃO CONTROLE			Mínimo: 6 pontos Máximo: 24 pontos
APOIO SOCIAL	Ambiente calmo	“Existe ambiente calmo e agradável onde trabalha”	Concordo totalmente (4 pontos) Concordo mais do que discordo (3 pontos) Discordo mais do que concordo (2 pontos) Discordo totalmente (1 ponto)
	Relacionamento com os colegas de trabalho	“No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.”	Concordo totalmente (4 pontos) Concordo mais do que discordo (3 pontos) Discordo mais do que concordo (2 pontos) Discordo totalmente (1 ponto)
	Compreensão dos colegas	“Se não estiver num bom dia, meus colegas compreendem”	Concordo totalmente (4 pontos) Concordo mais do que discordo (3 pontos) Discordo mais do que concordo (2 pontos) Discordo totalmente (1 ponto)
	Relacionamento com os chefes	“No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes”	Concordo totalmente (4 pontos) Concordo mais do que discordo (3 pontos) Discordo mais do que concordo (2 pontos) Discordo totalmente (1 ponto)
	Satisfação ao trabalhar com os colegas	“Gosto de trabalhar com meus colegas”	Concordo totalmente (4 pontos) Concordo mais do que discordo (3 pontos) Discordo mais do que concordo (2 pontos) Discordo totalmente (1 ponto)
	SCORE DIMENSÃO APOIO SOCIAL		Mínimo: 6 pontos Máximo: 24 pontos

Fonte: próprio autor.

Para obter o score da dimensão demanda, procedeu-se a soma dos escores obtidos nas cinco questões que avaliam este item, podendo, portanto, esta dimensão variar de 5 a 20 pontos, onde quanto maior o escore, maior a demanda psicológica percebida pela indivíduo.

Para obter o escore da dimensão controle, de forma semelhante à anterior, procedeu-se a soma dos escores obtidos nas seis questões que avaliam esta dimensão, podendo a pontuação variar de 6 a 24 pontos. Quanto maior o escore, maior o controle percebido pelo indivíduo.

Apesar das inúmeras formas de estabelecer, a partir dos escores dos domínios demanda e controle, o nível de exposição ao estresse, optou-se pela metodologia utilizada com maior frequência, que considera os valores das medianas destas dimensões (KARASEK et al., 1995). Sendo assim, após obtenção dos escores dessas duas dimensões, obteve-se também o valor da mediana, subdividindo cada domínio em alto ou baixo de acordo com as medianas encontradas (representadas abaixo):

Dimensão Demanda (Mediana encontrada 15): Baixa demanda (mediana ≤ 15), Alta demanda (mediana > 15).

Dimensão Controle (Mediana encontrada 17): Baixo controle (mediana ≤ 17), Alto controle (mediana > 17).

Posteriormente, procedeu-se a interseção destes valores para o estabelecimento dos quadrantes de Karasek. A combinação dessas quatro categorias (alta/baixa demanda e alto/baixo controle) resultou nos seguintes pontos de corte para cada quadrante.

Quadrante 1 (Baixo desgaste/não expostos ao estresse ocupacional): baixa demanda (demanda ≤ 15) e alto controle (controle > 17).

Quadrante 2 (Trabalho ativo): alta demanda (demanda > 15) e alto controle (controle > 17).

Quadrante 3 (Trabalho passivo): baixa demanda (demanda ≤ 15) e baixo controle (controle ≤ 17).

Quadrante 4 (Alto desgaste/maior exposição ao estresse ocupacional): Alta demanda (demanda > 15) e baixo controle (controle ≤ 17).

A dimensão apoio social foi avaliada através da soma dos escores dos itens referentes a este domínio, podendo, os escores variarem de 6 a 24 pontos. Quanto maior a pontuação, maior a percepção do indivíduo referente ao apoio social recebido pela chefia e pelos colegas. Para sua definição, procedeu-se ao estabelecimento da mediana do escores desta dimensão, categorizando em alto apoio social, escores maiores de 22 e baixo apoio social, escores menores ou iguais a 22. Neste estudo, esta variável foi considerada como uma variável de exposição, apesar de poder ser utilizada como moderadora do efeito do estresse ocupacional ou como variável de confundimento (ALVES, 2013).

- **Autoavaliação do estado de saúde**

O estado de saúde foi avaliado através da percepção do indivíduo sobre sua própria condição de saúde, através da pergunta: “De um modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?”. As categorias de resposta muito bom, bom, regular e ruim, foram reagrupadas em duas categorias: bom/muito bom e regular/ruim, sendo considerada uma variável qualitativa.

4.2.5 Análise estatística

- **Análise estatística empregada no primeiro artigo (Objetivo 1)**

A estatística empregada para atender ao objetivo 1 buscou verificar a associação entre o estresse ocupacional, avaliado segundo o modelo demanda-controle (considerando seus quatro quadrantes) e as variáveis socioeconômicas e demográficas (sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor, classe socioeconômica e estado civil) e as relativas as características do trabalho (cargo/função, tempo de trabalho no banco, tempo de trabalho na função atual, horas de trabalho diário e o local de trabalho) consideradas neste estudo como variáveis independentes.

Para a referida análise, utilizou-se o teste do qui-quadrado. Nos casos de significância estatística de até 10% neste teste, calculou-se o *odds ratio* ajustado pelo modelo de regressão logística multivariada, considerando a categoria “Baixa exigência” como padrão. O cálculo do *odds ratio* ajustado foi estimado para as categorias “trabalho ativo”, “trabalho passivo” e “alta exigência”, separadamente. O nível de significância final considerado foi de 5%.

Os dados foram organizados e analisados no programa SPSS® (Statistical Package of Social Sciences for Windows), versão 18.0.

- **Análise estatística empregada no segundo artigo (Objetivo 2)**

A estatística empregada para atender ao objetivo 2 verificou a associação entre a variável a autoavaliação de saúde e as variáveis independentes referente às características socioeconômicas e demográficas, variáveis de estilo de vida, antropométricas, características do trabalho e condição de saúde.

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis independentes, segundo as categorias das autoavaliação do estado da saúde. Foi calculado o teste qui-quadrado de associação entre elas. As variáveis com p-valores menores de 20% foram incluídas na análise multivariada de regressão logística.

Foram testados vários modelos, conforme metodologia proposta por Silva e Barreto (2012), onde as variáveis foram incluídas em blocos, sendo o Modelo 1 composto apenas as variáveis socioeconômicas, Modelo 2 pelas variáveis socioeconômicas, comportamentais e antropométricas, Modelo 3 composto por variáveis socioeconômicas, comportamentais, antropométricas, características do trabalho e Modelo 4 e final composto por variáveis socioeconômicas, comportamentais, antropométricas, características do trabalho e condição de saúde.

O modelo final somente apresenta os resultados estatisticamente significantes. Nos modelos de 1 a 4 foi utilizado o método ENTER para inclusão das variáveis. Para o modelo final, foi utilizado o método FORWARD LR, que inclui as variáveis uma a uma,

deixando apenas as variáveis estatisticamente significantes. Foram apresentados os Odds ratio ajustado com os respectivos intervalos de confiança de 95%. O nível de significância final adotado foi de 5%.

Maiores detalhes acerca das análises estatísticas empregadas encontram-se descritos na metodologia de cada artigo.

4.2.6 Aspectos éticos

O presente estudo, assim como o projeto original, obedeceu às normas éticas que regem a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, registrado sob o nº CAAE - 03978612.5.0000.5060.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos participantes no projeto original encontra-se disponível no APÊNDICE B.

4.2.7 Apoio financeiro

Esta pesquisa recebeu apoio financeiro da instituição bancária onde foi realizado o estudo.

5. RESULTADOS

Os resultados das investigações realizadas nesta dissertação foram apresentados em dois artigos.

5.1 PRIMEIRO ARTIGO

Título: ESTRESSE OCUPACIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM TRABALHADORES BANCÁRIOS DA GRANDE VITÓRIA-ES, BRASIL.

Autores: Glenda Blaser Petarli, Luciane Bresciani Salaroli, Nazaré Souza Bissoli, Eliana Zandonade.

Resumo: Os processos de reestruturação produtiva e globalização da economia acarretaram transformações que afetaram diretamente a saúde dos trabalhadores bancários. O estresse ocupacional passou a ser uma das principais causas de adoecimento, constituindo-se como um importante risco ao bem-estar psicossocial do indivíduo. Neste contexto o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de estresse ocupacional em funcionários de uma rede bancária da Grande Vitória/ES e verificar sua associação com variáveis socioeconômicas, demográficas e características do trabalho. Foi realizado um estudo transversal envolvendo 525 funcionários de uma rede bancária do estado do Espírito Santo. O estresse ocupacional foi avaliado utilizando-se a versão reduzida da *Job Stress scale*. Procedeu-se a análise multivariada para verificar a associação entre os quadrantes de Karasek e as variáveis independentes. Verificou-se que a maioria dos bancários pertenceu ao quadrante de trabalho passivo (34,4%, n=179) considerado quadrante de risco intermediário ao estresse ocupacional. Entre as variáveis investigadas, a classe socioeconômica ($p=0,008$), estado civil ($p=0,015$), cargo/função ($p=0,001$), tempo de trabalho no banco ($p=0,038$), horas de trabalho diário ($p=0,001$) e o apoio social ($p=0,001$) estiveram associadas aos quadrantes do modelo Demanda-Controle. Esta investigação reforça as evidências da associação entre variáveis sociodemográficas e características do trabalho com os quadrantes de maior risco de estresse ocupacional avaliado segundo o modelo demanda-controle.

Palavras chaves: Saúde do trabalhador, Esgotamento Profissional, Trabalho.

Title: ASSESSMENT OF OCCUPATIONAL STRESS AND ASSOCIATED FACTORS IN BANK EMPLOYEES, VITORIA-ES, BRAZIL.

Authors: Glenda Blaser Petarli, Luciane Bresciani Salaroli, Nazaré Souza Bissoli, Eliana Zandonade.

Abstract: The process of productive restructuring and globalization of the economy led to changes that directly affect the health of bank employees. Occupational stress has become a major cause of illness, establishing itself as a major risk to the psychosocial well-being of the individual. In this context, the objective of this study was to estimate the prevalence of occupational stress in workers of a banking network in Vitória/ES and its association with socioeconomic, demographic and job related variables. A cross-sectional study involving 525 workers of a banking system in the state of Espírito Santo was performed. Occupational stress was assessed using the short version of the Job Stress Scale. A multivariate analysis was carried out to assess the association between Karasek quadrants and independent variables. Results of this analysis showed that most bank employees belonged to the passive job quadrant (34.4 %, n=179) which is considered an intermediate risk for occupational stress. Among the investigated variables, socioeconomic status ($p=0,008$), marital status ($p=0,015$), position/function ($p=0,001$), working time on the bank ($p=0,038$), hours of daily work ($p=0,001$) and social support ($p=0,001$) were associated with the Karasek quadrants. Results of the study corroborate evidence of the association between sociodemographic characteristics and work with the quadrants of high risk of occupational stress assessed according to the demand-control model.

Key words: Occupational Health, Burnout, Work.

INTRODUÇÃO

Os processos de reestruturação produtiva e globalização da economia de mercado têm acarretado mudanças significativas na organização e gestão do trabalho¹. No setor bancário estes processos foram consolidados através da combinação de demissões em massa, automação e terceirização, reengenharia de negócios com redução de níveis hierárquicos, a precarização do trabalho e tarefas multifuncionais².

Todas estas transformações, além de acarretarem impactos significativos nas condições de trabalho, emprego, salário³, também afetaram diretamente a saúde dos trabalhadores bancários⁴. O estresse ocupacional passou a ser uma das principais causas de adoecimento⁵, constituindo-se como um importante risco ao bem-estar psicossocial do indivíduo, afetando diretamente a saúde e a qualidade de vida afetiva, social e profissional, tendo como consequências o baixo desempenho, alta rotatividade, absenteísmo e violência no local de trabalho⁶.

Diversas são as abordagens para o estudo do estresse no ambiente laboral, entre elas estão os modelos teóricos propostos por Siegrist⁷, Lipp⁸, Lazarus e Folkman, Cooper e colaboradores e o modelo demanda-controle desenvolvido por Robert Karasek⁹. Este último tem sido largamente utilizado, e tem proporcionado base comparativa importante para os estudos no campo de saúde e trabalho¹⁰.

Neste contexto o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de estresse ocupacional em funcionários de uma rede bancária da Grande Vitória/ES e verificar sua associação com variáveis socioeconômicas, demográficas e características do trabalho.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo constitui-se de uma investigação observacional transversal e seus dados foram derivados de um estudo que investigou síndrome metabólica, resistência à insulina e fatores associados em bancários¹¹. A amostra foi constituída de funcionários de uma rede bancária do estado do Espírito Santo, com idade entre

20 a 64 anos, de ambos os sexos, que trabalhassem na região da Grande Vitória e que estivessem em plena atividade laboral. A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2008 a agosto de 2009.

Para o cálculo do tamanho amostral, considerou-se como população do estudo, todos os 1410 bancários da instituição onde foi realizada a pesquisa, prevalência esperada de estresse ocupacional de aproximadamente 50% (considerado para maximizar a amostra), nível de significância de 5%, erro amostral de 6% e efeito do desenho igual a dois (efeito dos conglomerados das agências). O cálculo foi realizado pelo programa Epidat Versão 4.0, utilizando-se a fórmula para estimar uma prevalência. O tamanho mínimo da amostra calculada foi de 450 funcionários. Como forma de compensar as possíveis perdas considerou-se todos os 525 bancários sorteados aleatoriamente para o projeto original.

As variáveis sociodemográficas utilizadas neste estudo foram: sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor, classe socioeconômica e estado civil. A classe socioeconômica foi estabelecida de acordo com o critério de classificação econômica do Brasil¹², e categorizadas em A + B, e C + D + E.

Em relação às características do trabalho foi utilizado o cargo/função, tempo de trabalho na função atual, tempo de trabalho no banco, horas de trabalho diárias e o local de trabalho. Nos dados referentes ao trabalho, a variável cargo foi dicotomizada em “Atendimento ao cliente” e “Sem atendimento ao cliente”. Os indivíduos classificados como “Atendimento ao cliente” correspondiam àqueles que desempenhavam funções nas agências bancárias, tais como funções de caixa ou demais atribuições envolvidas com o atendimento direto ao público. O “Sem atendimento ao cliente” correspondia àqueles indivíduos que desempenhavam cargos administrativos e de gerência, realizando suas atividades sem contato direto com o público, em um prédio considerado a unidade administrativa, com estrutura física desvinculada das agências.

Todas as variáveis foram coletadas no estudo original, através de um questionário estruturado aplicado por entrevistadores treinados.

Para determinação do estresse ocupacional utilizou-se, a versão reduzida e adaptada para o Brasil do *Job Stress Scale*¹³, instrumento desenvolvido para investigação do estresse ocupacional de acordo com o modelo demanda-controle¹⁴. Os escores médios obtidos a partir da aplicação da escala foram alocados em quatro quadrantes de forma a expressar as relações entre as demandas psicológicas e controle sobre o processo de trabalho¹⁵. Segundo Karasek, as atividades que envolvem altas demandas psicológicas e baixo controle geram alto desgaste ("jobstrain") no trabalhador, favorecendo o adoecimento físico e psicológico. Também nociva é a situação que conjuga baixas demandas e baixo controle (trabalho passivo), na medida em que podem gerar perda de habilidades e desinteresse. Os quadrantes de menor risco a saúde do trabalhador seriam o trabalho ativo e de baixo desgaste¹⁶.

A versão reduzida da *Job Stress Scale* possui 17 questões, cinco para avaliar a demanda psicológica do trabalho (variando de 5 a 20 pontos), seis para avaliar o controle sobre o trabalho (variando de 6 a 24 pontos) e seis para o apoio social (variando de 6 a 24 pontos). Cada dimensão gerou um escore por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das perguntas, que foi dicotomizado em "baixo" e "alto" de acordo com a mediana. Posteriormente, procedeu-se a interseção destes grupos para a definição dos quatro quadrantes do modelo de Karasek: Alta exigência (alta demanda e baixo controle, correspondendo ao quadrante de maior exposição ao estresse ocupacional), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e baixa exigência (baixa demanda e alto controle - situação ideal de trabalho).

O apoio social também classificado como "alto" e "baixo" de acordo com sua mediana. Esta variável foi avaliada neste estudo, o grupo de variáveis relacionadas às características do trabalho.

Os dados foram organizados e analisados no programa SPSS® (Statistical Package of Social Sciences for Windows), versão 18.0. Para verificação de possíveis associações entre estresse ocupacional (considerando seus quatro quadrantes) e as demais variáveis, utilizou-se o teste qui-quadrado. Nos casos de significância estatística de até 10% no teste qui-quadrado, calculou-se o *odds ratio* ajustado pelo

modelo de regressão logística multivariada, considerando a categoria “Baixa exigência” como padrão. O cálculo do *odds ratio* ajustado foi estimado para as categorias “trabalho ativo”, “trabalho passivo” e “alta exigência”, separadamente, considerando a categoria de baixa exigência como padrão. O nível de significância final considerado foi de 5%.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CAAE nº 03978612.5.0000.5060) como complementação do estudo original.

RESULTADOS

Do total de 525 bancários do estudo original, foram elegíveis para o presente estudo os dados de 521 indivíduos, por atenderem os critérios de inclusão.

O escore geral da dimensão demanda psicológica variou de 5 a 20, com mediana de 15 e o da dimensão controle variou de 6 a 24 com mediana de 17. A partir da classificação dos trabalhadores bancários de acordo com a exposição ao estresse ocupacional segundo o modelo demanda-controle (figura 1), observa-se que a maioria encontrava-se no quadrante de trabalho passivo (34,4%, n=179), considerado uma categoria de exposição intermediária ao estresse ocupacional, seguido do quadrante de trabalho de baixa exigência (26,3%, n=137) e trabalho ativo (20,5%, n=107). O quadrante considerado de maior risco para o estresse ocupacional apresentou o menor número de indivíduos (18,8%, n=98).

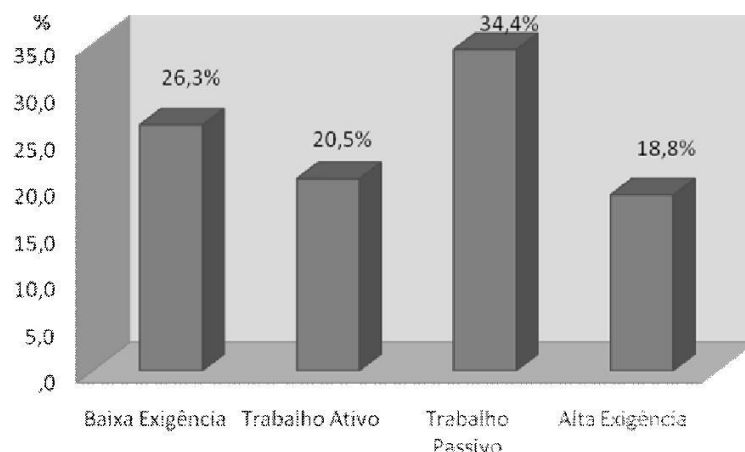


Figura 1: Distribuição percentual da amostra de bancários de acordo com os quadrantes propostos pelo modelo demanda controle, Vitória (ES), 2008-2009.

A tabela 1 apresenta os valores absolutos e percentuais das variáveis socioeconômicas e demográficas segundo o total da amostra e os quadrantes de Karasek.

Os resultados revelaram equilíbrio entre os sexos, com 51,4% (n=268) dos bancários sendo do sexo masculino, predominância de indivíduos na faixa etária entre 30 a 50 anos (61,6%, n=321), e de elevada escolaridade, uma vez que 74,1% (n=386) possuíam ensino superior ou pós-graduação. A maioria dos bancários declarou-se casado ou vivendo com companheiro (64,3%, n=335) e pertencia a classe socioeconômica A ou B (55%, n=289). Com relação a raça/cor, 58% se declararam de cor branca.

A escolaridade (p=0,001), classe socioeconômica (p=0,008), e estado civil (p=0,015) apresentaram associação estatisticamente significativa com os quadrantes.

Tabela 1: Características socioeconômicas e demográficas, segundo os quadrantes do modelo demanda/controle, valores absoluto e percentual, em bancários da Grande Vitória (ES), 2008-2009.

Quadrantes do Modelo Demanda/Controle											
Categoria	TOTAL		Baixa Exigência		Trabalho Ativo		Trabalho Passivo		Alta Exigência		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo											
Feminino	253	49%	60	44%	49	46%	99	55%	45	46%	0,164
Masculino	268	51%	77	56%	58	54%	80	45%	53	54%	
Faixa etária											
Até 30 anos	95	18%	27	20%	11	10%	43	24%	14	14%	0,121
Entre 30 e 50 anos	321	62%	83	61%	74	69%	102	57%	62	63%	
Mais de 50 anos	105	20%	27	20%	22	21%	34	19%	22	22%	
Escolaridade											
1º e 2º Grau	135	26%	21	15%	16	15%	68	38%	30	31%	0,001**
Universitário	261	50%	74	54%	56	52%	88	49%	43	44%	
Pós-graduado	125	24%	42	31%	35	33%	23	13%	25	26%	
Raça/cor											
Branca	302	58%	88	64%	66	62%	95	53%	53	54%	0,159
Não Branca	219	42%	49	36%	41	38%	84	47%	45	46%	
Classe socioeconômica											
A+ B	289	55%	77	56%	73	68%	85	47%	54	55%	0,008**
C+ D + E	232	44%	60	44%	34	32%	94	53%	44	45%	
Estado civil											
Casado/vive Companh.	335	64%	95	70%	74	69%	96	54%	70	71%	0,015**
Solteiro	126	24%	26	19%	23	21%	60	34%	17	17%	
Separado/divorciado/viúvo	59	11%	15	11%	10	9%	23	13%	11	11%	

* Teste qui-quadrado.

** p < 0,05

Com relação às características do trabalho (tabela 2), 55% (n=236) dos bancários pertenciam a cargos ou funções relacionados a atividades administrativas (direção geral) e a maior parte (73%, n=381) trabalhava no banco a mais de cinco anos. Em contrapartida, apenas 43% (n=222) relataram trabalhar na função atual a mais de cinco anos. Do total, 59% (n=309) trabalhavam mais de seis horas diárias e 66% (n=343) dos bancários residiam na mesma cidade de trabalho. O baixo apoio social foi verificado em 52% (n=269) da população avaliada.

Houve diferença estatisticamente significativa entre os quadrantes de Karasek e as variáveis cargo/função (p=0,001), tempo de trabalho no banco (p=0,038), horas diárias de trabalho (p=0,001) e apoio social (p=0,001).

Tabela2: Características do trabalho, segundo os quadrantes do modelo demanda/controle, valor absoluto e percentual, em bancários da Grande Vitória (ES), 2008-2009.

Quadrantes do Modelo Demanda/Controle											
Variável	TOTAL		Baixa Exigência		Trabalho Ativo		Trabalho Passivo		Alta Exigência		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cargo/função											
Sem atend. cliente	285	55%	94	69%	59	55%	93	52%	39	40%	0,001**
Atend. ao cliente	236	45%	43	31%	48	45%	86	48%	59	60%	
Tempo de trabalho na função atual											
Até 5 anos	299	57%	89	65%	53	50%	103	58%	54	55%	0,103
Mais de 5 anos	222	43%	48	35%	54	50%	76	42%	44	45%	
Tempo de Trabalho no banco											
Até 5 anos	140	27%	42	31%	18	17%	57	32%	23	23%	0,038**
Mais de 5 anos	381	73%	95	69%	89	83%	122	68%	75	77%	
Horas diárias de Trabalho											
Até 6h	212	41%	38	28%	20	19%	110	61%	44	45%	0,001**
Mais de 6h	309	59%	99	72%	87	81%	69	39%	54	55%	
Reside na cidade de trabalho											
Sim	343	66%	84	61%	73	68%	117	65%	69	70%	0,485
Não	178	34%	53	39%	34	32%	62	35%	29	30%	
Apoio Social											
Baixo	269	52%	61	45%	69	64%	72	40%	67	68%	0,001**
Alto	252	48%	76	55%	38	36%	107	60%	31	32%	

* Teste qui-quadrado.

** p < 0,05

A tabela 3 apresenta os resultados da regressão logística multivariada, considerando as variáveis associadas aos quadrantes de Karasek na análise bivariada. Foram calculados os valores de *Odds Ratio* para as categorias trabalho ativo, trabalho passivo e alta exigência quando comparados com a categoria baixa exigência.

Mantiveram-se associados aos quadrantes de Karasek, a escolaridade, o estado civil, o cargo/função, as horas diárias de trabalho, o tempo de trabalho no banco e o apoio social.

Tabela 3: Fatores socioeconômicos, demográficos e características do trabalho, associados aos quadrantes do modelo demanda/controle, a partir do *Odds ratio* ajustado, considerando a categoria de baixa exigência como padrão, em bancários da Grande Vitória (ES), 2008-2009.

Variável	Trabalho ativo				Trabalho passivo				Alta exigência			
	p-valor	OR	LI IC95%	LS IC95%	p-valor	OR	LI IC95%	LS IC95%	p-valor	OR	LI IC95%	LS IC95%
Escolaridade												
1º e 2º grau	0,736	0,85	0,35	2,07	0,002	3,69	1,64	8,28	0,41	1,43	0,60	3,43
Universitário	0,771	0,91	0,48	1,70	0,252	1,45	0,76	2,78	0,27	0,68	0,34	1,36
Pós-graduado		1				1				1		
Estado Civil												
Casado/vive companh.	0,047	0,46	0,22	0,99	0,002	0,35	0,18	0,69	0,735	0,87	0,39	1,95
Separado/Divor./viúvo	0,051	0,34	0,11	1,00	0,143	0,50	0,20	1,27	0,526	0,70	0,23	2,12
Solteiro		1,00				1,00				1,00		
Classe Socioeconômica												
C + D + E	0,111	1,58	0,90	2,78	0,761	1,08	0,66	1,78	0,727	1,11	0,63	1,95
A + B		1,00				1,00				1,00		
Cargo/função												
Atendimento ao Cliente	0,023	2,01	1,10	3,68	0,475	1,22	0,70	2,13	0,003	2,55	1,36	4,77
Sem atendimento		1,00				1,00				1,00		
Cliente												
Tempo de trabalho no banco												
Mais de 5 anos	0,191	0,63	0,32	1,26	0,000	3,32	1,89	5,81	0,069	1,80	0,95	3,41
Até 5 anos		1,00				1,00				1,00		
Horas de trabalho diário												
Até 6 horas	0,010	2,72	1,27	5,81	0,169	1,59	0,82	3,06	0,228	1,58	0,75	3,32
Mais de 6 horas		1,00				1,00				1,00		
Apoio Social												
Baixo	0,006	2,16	1,25	3,71	0,497	0,84	0,51	1,39	0,001	2,57	1,45	4,56
Alto		1,00				1,00				1,00		

LI: Limite inferior; LS: Limite superior; OR: *Odds ratio*; em negrito: valores estatisticamente significantes

No grupo de variáveis socioeconômicas, a baixa escolaridade aumentou em 3,6 vezes a chance (IC 1,64 – 8,28) de pertencer ao quadrante de trabalho passivo. Com relação ao estado civil, ser casado ou viver com companheiro reduziu as chances de pertencer ao quadrante de trabalho ativo (Odds 0,46; IC 0,22-0,29) e trabalho passivo (Odds 0,35; IC 0,18 – 0,69). Ser separado, divorciado ou viúvo, também reduziu as chances dos bancários pertencerem ao quadrante de trabalho ativo (Odds 0,34; IC 0,11 – 1,00).

No grupo de variáveis relativas às características do trabalho, desempenhar atividades com atendimento ao cliente (agências bancárias), aumentou em 2,55 vezes (IC 1,36 – 4,77) a chance de pertencer ao quadrante de maior desgaste, e em 2 vezes (IC 1,10 - 3,68) a chance de pertencer ao quadrante de trabalho ativo. Os indivíduos com tempo total de trabalho no banco maior que cinco anos, apresentaram 3,32 vezes (IC 1,89 - 5,81) mais chance de pertencer ao trabalho passivo quando comparados aos bancários com menos de cinco anos. No que se refere às horas de trabalho, trabalhar até seis horas diárias aumentou as chances de o indivíduo enquadrar-se no trabalho ativo. O baixo apoio social aumentou em mais do que o dobro as chances dos bancários pertencerem ao quadrante de trabalho de alta exigência (IC 1,45 - 4,56) e de trabalho ativo (IC 1,25 - 3,71), não estando associado, no entanto, com o quadrante de trabalho passivo.

DISCUSSÃO

Dentre os quadrantes do Modelo demanda-controle, constatou-se que o maior número de bancários 179 (34,5%) situou-se no quadrante de trabalho passivo, classificado como um quadrante de exposição intermediária ao estresse ocupacional, sendo considerado por suas características, um dos quadrantes mais nocivos à saúde do trabalhador¹⁶.

São escassas as investigações, utilizando o modelo demanda-controle em trabalhadores bancários, no entanto, comparando-se com estudos envolvendo outras categorias profissionais, o predomínio do trabalho passivo também foi verificado em profissionais de enfermagem^{6,17,18} funcionários técnico-

administrativos¹⁹, trabalhadores de empresas multinacionais da Malásia²⁰ e em médicos cirurgiões de hospitais da Alemanha²¹.

O efeito negativo do trabalho passivo deve-se ao fato de que, por conjugar baixas demandas psicológicas e baixo controle, este tipo de trabalho, poderia levar a uma atrofia gradual no aprendizado e desenvolvimento de habilidades. A falta de desafios no trabalho e rígidas restrições impediriam que o indivíduo pudesse utilizar suas próprias ideias para melhorar seu processo de trabalho, culminando em longo prazo com uma extrema desmotivação, insatisfação e redução na produtividade¹⁶.

Analisando-se as variáveis sociodemográficas após regressão logística, ser casado ou viver com companheiro em relação ao solteiro, reduziu o risco dos indivíduos pertencerem a categorias intermediárias de estresse ocupacional, fato que reforça a ideia de que o apoio do companheiro pode atenuar o estresse²². O núcleo familiar atuaria, portanto, como suporte social, mediando a percepção dos indivíduos sobre os estressores ambientais²³. Apesar disso, ser separado ou divorciado também reduziu as chances de trabalho ativo no presente estudo.

Ainda no grupo das variáveis sociodemográficas, possuir apenas o primeiro ou segundo grau aumentou em mais de três vezes a chance de pertencer ao quadrante de trabalho passivo. Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores em profissionais de enfermagem^{18,24}.

Estes achados podem ser avaliados à luz das mudanças produtivas do setor bancário, que acarretaram a elevação do nível de escolaridade exigido para a categoria, com consequente desqualificação dos funcionários com baixa escolaridade remanescentes²⁵. Uma vez que o baixo nível de instrução apresenta-se associado ao baixo controle sobre as atividades desenvolvidas no ambiente laboral⁶, esta “marginalização” pode ter reduzido o número de atribuições destinadas as estes profissionais, ao mesmo tempo em que pode ter contribuído para a redução do controle sobre a execução das mesmas, o que poderia justificar os resultados encontrados.

No que se refere às características do trabalho, desempenhar as atividades com atendimento aos clientes (agências) revelou-se como fator de risco ao estresse ocupacional. Estes achados corroboram com a forma de organização do trabalho bancário, uma vez que nas agências, existe um número elevado de bancários com a função de caixa, considerado, pelas características de suas atribuições, uma função exposta a inúmeras situações estressantes²⁶. Entre estas características, está a execução de trabalhos repetitivos, monótonos, com contato constante com o cliente, sujeito a agressões verbais e físicas, elevada necessidade de atenção e memória e baixas perspectivas de crescimento, além de sobrecarga de trabalho, responsabilidade de trabalhar com elevadas quantias e a falta de segurança²⁷.

O maior tempo de trabalho no banco apresentou associação com os quadrantes de risco à saúde ocupacional (elevou em 3,31 vezes o risco de pertencer ao quadrante de trabalho passivo quando comparado ao trabalho de baixa exigência). Os resultados encontrados são diferentes do esperado uma vez que quanto maior o tempo no emprego, maior seria o aprendizado proveniente das experiências vivenciadas, o que tornaria o indivíduo mais bem preparado para executar as tarefas de trabalho²⁸ e, conseqüentemente, minimizaria o desgaste do trabalhador.

Em relação às horas trabalhadas, trabalhar até seis horas aumentou as chances dos bancários pertencerem ao quadrante de trabalho ativo. Como possível justificativa, deve-se considerar que a maior propensão ao estresse neste grupo, comparado com o quadrante de menor exigência, pode ser devido à ausência de pausas ou tempo muito reduzido para descanso durante a jornada de trabalho. Estes intervalos, segundo Karasek¹⁶, além da liberdade de ação, também atuam como mecanismos para aliviar as tensões durante o dia de trabalho. Além disso, a carga horária mais reduzida pode significar que o bancário terá que intensificar seu ritmo de trabalho de modo a conseguir cumprir suas atividades em um horário mais reduzido quando comparado as 8 horas diárias, o que poderia aumentar, a propensão destes trabalhadores ao estresse ocupacional.

O importante papel desempenhado pelo apoio social, considerada a variável situacional mais bem conhecida contra a tensão de trabalho²⁹, foi evidente no presente estudo. O baixo apoio social elevou em 2,55 vezes a chance dos bancários

pertencerem ao quadrante de alta exigência. A capacidade preditiva desta variável na redução do estresse ocupacional também é consistente com outras pesquisas^{6,18,30}.

Segundo Karasek³¹, a integração social, a confiança no grupo e a ajuda na realização das tarefas por parte de colegas e superiores, verificado em situações de alto apoio social, poderiam atuar como protetores (moderadoras) dos efeitos do desgaste no trabalho sobre a saúde, sendo uma importante estratégia na redução da percepção dos níveis de tensão. De fato, maior concentração de cortisol, hormônio liberado em situações de estresse, foi encontrado em mulheres com baixo apoio social³², fato que fortalece as evidências do efeito protetor advindo do mesmo.

Estudo conduzido por Noblet, Rodwell e McWilliams³³, revelou que nem todas as fontes de apoio social são preditores na redução da tensão do trabalho. Embora a família e os amigos possam ser capazes de fornecer apoio emocional valioso que auxilia o indivíduo a lidar com períodos mais exigentes, apenas as chefias, colegas de trabalho e subordinados são capazes de preparar ou fornecer a assistência necessária para reduzir efetivamente a carga de trabalho. Sargent e Terry³⁴, ao contrário, sugerem que diferentes fontes de apoio social, incluindo o suporte promovido fora do ambiente de trabalho, são importantes na atenuação dos efeitos negativos dos trabalhos de alta tensão, conforme também verificado no presente estudo.

Como limitações deste estudo, pode-se destacar o delineamento transversal, que não permite o estabelecimento de relação temporal entre os eventos estudados. Este estudo envolve uma categoria profissional específica, e por isso a generalização destes achados é limitada. Além disso, tendo em vista a realidade multifacetada e subjetiva da percepção do estresse, sua compreensão pode ser ampliada, com análises que levem em consideração questões subjetivas, podendo ser de grande valia, a utilização de metodologias qualitativas como entrevistas individuais e grupos focais³⁵.

CONCLUSÃO

No presente estudo, observou-se o predomínio de bancários no quadrante de trabalho passivo, classificado como um quadrante de risco intermediário para o desenvolvimento de estresse ocupacional e nocivo à saúde dos trabalhadores. Além disso, esta investigação reforça as evidências da associação entre variáveis sociodemográficas e características do trabalho com os quadrantes de maior risco de estresse ocupacional avaliado segundo o modelo demanda-controle.

Os achados deste estudo podem servir como base teórica para a proposição de estratégias organizacionais que visem minimizar o estresse no trabalho e, conseqüentemente, o seu impacto sobre a saúde do trabalhador. É de suma importância, que estas estratégias tenham como pilar, a reestruturação dos processos de trabalho, de modo a promover, sempre que possível, a autonomia do funcionário, a inexistência de demandas contraditórias, o equilíbrio no volume de tarefas a serem executadas e, imprescindivelmente o fortalecimento do apoio social no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: 2001. 580 p.
- 2 Silva LS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Reestruturação produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública 2007; 23 (12): 2949-2958.
- 3 Jinkings N. Os trabalhadores bancários em face a reestruturação do capitalismo contemporâneo. Cadernos de Pesquisa 2001; 28; 1-21.
- 4 Silva JL, Navarro VL. Organização do trabalho e saúde de trabalhadores bancários. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2012 ; 20(2): 226-234.
- 5 Campello JC. O Trabalho bancário e seus reflexos sobre a saúde. In: Fonseca, TMG (Org.). Modos de trabalhar, modos de subjetivar: tempos de reestruturação produtiva - um estudo de caso. Porto Alegre: UFRGS, 2002.
- 6 Costa MAS. O estresse no trabalho e a autoavaliação da saúde entre os trabalhadores da enfermagem das unidades de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.

- 7 Siegrist J. Adverse effects of high-effort/low-rewards conditions. *J Occup Health Psychol.* 1996; 1(1): 27-41.
- 8 Lipp MEN. Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998.
- 9 França LA, Rodrigues AL. Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2007.
- 10 Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. *Ciênc. Saúde coletiva* 2003; 8 (4): 991-1003.
- 11 Salaroli LB, Saliba RAD, Zandonade E. et al. Prevalence of metabolic syndrome and related factors in bank employees according to different defining criteria, Vitória/ES, Brazil. *CLINICS* 2013; 68 (1): 69-74.
- 12 Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), 2003. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>.
- 13 Alves MGM. et al. Versão resumida “job stress scale”: adaptação para o português. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(2): 164-171.
- 14 Karasek R. et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology* 1998; 3 (4): 322-355.
- 15 Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for redesigning. In: *Administrative Science Quarterly* 1979; 24(2): 285-308.
- 16 Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
- 17 Silva AA. et al. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Rev. Saúde Pública* 2010 Aug; 44 (4): 718-25.
- 18 Urbanetto JS, Silva PC, Hoffmeister E. et al. Estresse no trabalho da enfermagem em hospital de pronto-socorro: análise usando a Job Stress Scale. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011; 19 (5): 1122-1131.
- 19 Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde: Estudo Pró-Saúde (Pro-Health Study). *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(5): 893-896.
- 20 Maizura H, Retneswari M., Moe H. Job strain among Malaysian office workers of a multinational company. *Occupational Medicine* 2010; 60 (3): 219–224
- 21 Klein J, et al. Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. *BMC Health Services Research* 2011; 11 (109): 1-8.
- 22 Montanholi LL, Tavares DMS, Oliveira GR. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(5): 661-5.

- 23 Pinheiro FA, Gunther IA. Estresse ocupacional e indicadores de saúde em gerentes de um banco estatal. *Revista Pot Psicologia: Organizações e Trabalho*, 2002; 2 (2): 65-84.
- 24 Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(4): 424-433.
- 25 Merlo ARC, Barbarini N. Reestruturação produtiva no setor bancário brasileiro e sofrimento dos caixas executivos: um estudo de caso. *Psicol. Soc.* 2002; 14 (1): 103-122.
- 26 Nunes NA. Avaliação do nível de estresse emocional em bancários de Cafelândia/SP e percepção de sintomas bucais. *Rev. fac. odontol.* 2005; 17 (1): 23-32.
- 27 Palácios M, Duarte F, Câmara VM. Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(3): 843-851.
- 28 Borges SBJ; Gallo-penna EC. Estresse e suas implicações em um grupo de bancários. *FAZU em Revista* 2009, 6:121-192.
- 29 Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology* 2007; 22 (3): 309-328.
- 30 Leong C, Furnham A, Cooper C. The moderating effect of organizational commitment on the occupational stress outcome relationship. *Human Relations* 1996; 49:1345-63.
- 31 Griep RH. et al. Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. *Ver Saúde Publica* 2011; 45(1):145-52.
- 32 Evolahti A, Hultcrantz M, Collins A. Women's work stress and cortisol levels: a longitudinal study of the association between the psychosocial work environment and serum cortisol. *J Psychosom Res.* 2006; 61(5): 645-52.
- 33 Noblet A, Rodwell J, McWilliams J. The job strain model is enough for managers: No augmentation needed. *Journal of Managerial Psychology* 2001; 16 (8): 635 – 649.
- 34 Sargent LD, Terry DJ. The moderating role of social support in Karasek's job strain model. *Work And Stress* 2000, 14 (3): 245-261.
- 35 Silva RR. Uma análise da pressão no trabalho, da liberdade e do apoio social entre servidores de um tribunal. *Cad. psicol. soc. Trab* 2009; 12 (1): 123-135.

5.2 SEGUNDO ARTIGO

Título: AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS: UM ESTUDO EM TRABALHADORES BANCÁRIOS.

Autores: Glenda Blaser Petarli, Luciane Bresciani Salaroli, Nazaré Souza Bissoli, Eliana Zandonade.

Resumo: Tendo em vista a estreita correlação entre a autoavaliação de saúde com a mortalidade e morbidade, o objetivo deste trabalho foi verificar como funcionários de uma rede bancária da grande Vitória/ES avaliam seu estado de saúde e os principais fatores associados a este indicador nesta população. Trata-se de um estudo transversal, envolvendo 525 funcionários de uma rede bancária do estado do Espírito Santo. A autoavaliação de saúde foi avaliada a partir da pergunta: “De um modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?”. Utilizou-se a análise de regressão logística múltipla onde as variáveis independentes foram inseridas em cinco blocos distintos. Os resultados demonstram que 17% (n=87) dos bancários autoavaliaram seu estado de saúde como regular ou ruim. Estiveram associadas à pior autoavaliação de saúde o reduzido nível socioeconômico (OR 1,80; IC 1,06 -3,05), o estilo de vida sedentário (OR 2,64; IC 1,42 – 4,89), o excesso de peso (OR 3,18 ; IC 1,79 – 5,65), assim como o baixo apoio social (OR 3,71 ; IC 2,10 – 6,58), e especialmente a presença de doenças crônicas autorreferidas (OR 5,49, 2,46 - 12,27). Conclui-se que a maior parte dos fatores que influenciaram negativamente a autoavaliação de saúde são passíveis de serem alterados, demonstrando a necessidade de estratégias organizacionais, que objetivem estimular a prática de atividades físicas, controle de peso, além do fortalecimento da integração no ambiente de trabalho de modo a favorecer o apoio social, assim como a promoção de ações que visem a melhoria nos cuidados à saúde destes trabalhadores.

Palavras chaves: Saúde do trabalhador, Autoavaliação, Trabalho.

**Title: SELF-ASSESSMENT OF HEALTH STATUS AND ASSOCIATED FACTORS:
A STUDY IN BANK WORKERS.**

Authors: Glenda Blaser Petarli, Luciane Bresciani Salaroli, Nazaré Souza Bissoli, Eliana Zandonade.

Summary: Given the close correlation between self-assessment of health with mortality and morbidity the objective of this study was to determine how employees of a banking network of Vitória / ES assess their health status and risk factors associated with this indicator in this population. This is a cross-sectional study involving 525 workers of a banking system in the state of Espírito Santo. The self-assessed health was assessed with the question: "In general, compared with people of your age, as you consider your own state of health?". We used the multiple logistic regression analysis in which the independent variables were entered into five separate blocks. The results show that 17 % (n=87) of bank self-rated their health status as fair or poor. Were associated with worse self-assessed health of the low socioeconomic level (OR 1.80, CI 1.06-3.05), sedentary lifestyle (OR 2.64, CI 1.42 - 4.89), excess weight (OR 3.18, CI 1.79 - 5.65) and low social support (OR 3.71, CI 2.10 - 6.58), and especially the presence of self-reported chronic diseases (OR 5.49 , 2.46-12.27). We conclude that most of the factors that negatively affected the self-assessment of health are likely to vary demonstrating the need for organizational strategies that aim to encourage physical activity, weight management, and the strengthening of integration in the environment work to promote social support, as well as promoting actions aimed at improving the health care of these workers.

Key words: Occupational Health, Self-Assessment, Work.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a autoavaliação do estado de saúde tem sido um indicador de saúde amplamente utilizado em levantamentos epidemiológicos¹, sendo determinado a partir de como o indivíduo avalia sua saúde em uma escala de quatro ou cinco pontos². Este indicador tem poder preditivo sobre a mortalidade, morbidade e utilização de serviços de saúde, além de refletir uma avaliação global de doenças, sintomas, habilidades funcionais e bem-estar geral³. Por apresentar confiabilidade e validade equivalentes a outras avaliações mais complexas da condição de saúde, a autoavaliação do estado de saúde deve ser considerada um complemento importante para medidas objetivas⁴.

Os fatores levados em consideração pelo indivíduo ao autoclassificar seu estado de saúde ainda não são totalmente compreendidos, mas parece refletir uma percepção abrangente de saúde que inclui aspectos biológicos, psicológicos e sociais⁵, assim como fatores demográficos, culturais e os relacionados ao ambiente de vida e de trabalho^{1,6}.

Tendo em vista a estreita correlação entre a autoavaliação de saúde com a mortalidade e morbidade⁵, uma melhor compreensão dos fatores relacionados a este indicador pode servir de base para o desenvolvimento de ações preventivas de modo a manter e melhorar a saúde das populações. Neste contexto, deve-se também ter atenção com a saúde da população trabalhadora, muitas vezes exposta a uma variedade de riscos à saúde, como no caso dos trabalhadores bancários, que em geral são submetidos a um ritmo intenso de trabalho, assédio moral, metas abusivas, traumas pós-assalto, condições estas, que tem contribuído para o adoecimento desta categoria profissional⁷.

Sendo assim, este trabalho teve como objetivo verificar como funcionários de uma rede bancária da grande Vitória/ES avaliam seu estado de saúde e os principais fatores associados a este indicador nesta população.

METODOLOGIA

O presente estudo constitui-se de uma investigação observacional transversal e seus dados foram derivados de um estudo que investigou síndrome metabólica, resistência à insulina e fatores associados em bancários⁸. A amostra foi constituída de 525 funcionários de uma rede bancária do estado do Espírito Santo, com idade entre 20 a 64 anos, de ambos os sexos, que trabalhassem na região da Grande Vitória e estivessem em plena atividade laboral. A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2008 a agosto de 2009.

O calculo do tamanho amostral foi realizado pelo programa Epidat Versão 4.0, utilizando-se a fórmula para estimar uma prevalência. Considerou-se como população do estudo, todos os 1410 bancários da instituição onde foi realizada a pesquisa, prevalência de autoavaliação positiva de saúde esperada de aproximadamente 50% (utilizado para maximizar a amostra), nível de significância de 5%, erro amostral de 6% e efeito do desenho igual a dois (efeito dos conglomerados das agências). O tamanho mínimo da amostra calculada foi de 450 funcionários. Como forma de compensar as possíveis perdas, considerou-se todos os 525 bancários sorteados aleatoriamente para o projeto original.

As variáveis independentes foram agrupadas em sociodemográficas, comportamentais e antropométricas, características de trabalho e variáveis de saúde, coletadas a partir de questionário estruturado aplicado por entrevistadores treinados. As sociodemográficas incluíram sexo, faixa etária, escolaridade, raça, estado civil e classe socioeconômica. A classe socioeconômica foi classificada de acordo com o critério de classificação econômica do Brasil⁹, e categorizadas em A + B, e C + D + E.

O grupo de variáveis comportamentais e antropométricas incluíram consumo de bebida alcoólica, tabagismo, nível de atividade física, índice de massa corporal (IMC) e circunferência da cintura (CC).

O nível de atividade física foi determinado pela aplicação da versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) validado para a população brasileira¹⁰. Foram considerados indivíduos suficientemente ativos aqueles que

relataram no mínimo 150 minutos de atividades com frequência $\geq$ cinco dias na semana, levando-se em consideração apenas o somatório das sessões referentes a lazer e transporte, conforme recomendação atual, de modo a evitar a superestimação do nível de atividade física¹¹.

O IMC foi categorizado de acordo com os pontos de corte da Organização Mundial da Saúde¹² e reagrupados em eutrofia/baixo peso ($\text{IMC} \leq 24,9\text{kg/m}^2$) e Sobrepeso/Obesidade ($\text{IMC} > 24,9\text{kg/m}^2$). Para a classificação da circunferência da cintura o ponto de corte adotado foi ≥ 94 cm para homens e ≥ 80 cm para mulheres¹².

O grupo de variáveis referentes às características do trabalho envolveu cargo/função, local de trabalho, tempo de trabalho no banco, tempo de trabalho na função atual, horas diárias de trabalho, apoio social e nível de estresse ocupacional.

Em relação às características do trabalho foi utilizado o cargo/função, tempo de trabalho na função atual, tempo de trabalho no banco, horas de trabalho diárias e o local de trabalho. A variável cargo/função foi dicotomizada em “Atendimento ao cliente” e “Sem atendimento ao cliente”. Os indivíduos classificados como “Atendimento ao cliente” correspondiam àqueles que desempenhavam funções nas agências bancárias, tais como funções de caixa ou demais atribuições envolvidas com o atendimento direto ao público. O “Sem atendimento ao cliente” correspondia àqueles indivíduos que desempenhavam cargos administrativos e de gerência, realizando suas atividades sem contato direto com o público, em um prédio considerado a unidade administrativa, com estrutura física desvinculada das agências.

Para determinação do estresse ocupacional utilizou-se, a versão reduzida e adaptada para o Brasil da “*Job Stress Scale*”, desenvolvido para investigação do estresse ocupacional de acordo com o modelo demanda-controle¹³. Os escores médios obtidos a partir da aplicação da escala foram alocados em quatro quadrantes de forma a expressar as relações entre as demandas psicológicas e controle sobre o processo de trabalho¹⁴. O apoio social também foi determinado a partir da versão

reduzida e adaptada para o Brasil do *Job Stress Scale*¹³ e seus escores médios foram alocados em “alto” ou “baixo” de acordo com sua mediana.

O grupo de variáveis referentes à saúde envolveu a presença de doenças crônicas autorreferidas e alterações de saúde identificadas no estudo original. Em relação às doenças crônicas autorreferidas os indivíduos foram questionados se alguma vez receberam o diagnóstico de doenças como colesterol elevado, diabetes, úlcera, gastrite, hérnia de disco, lesão por esforço repetitivo (LER) e/ou Artrose, sendo categorizadas em: Nenhuma, 1 ou 2, mais de 3 doenças.

Em relação às alterações diagnosticadas, foram coletados exames bioquímicos e variáveis hemodinâmicas para determinação de dislipidemia, pressão arterial elevada, síndrome metabólica e glicemia alterada. Maiores detalhes acerca da metodologia empregada no estudo original para coleta desses e dos demais dados estão publicados no estudo de Salaroli e colaboradores⁸.

A classificação dos níveis pressóricos dos indivíduos foi feita com base nos critérios das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão¹⁵. Neste estudo, reagrupou-se em: Pressão arterial elevada (PAS $\geq$ 140mmHg e/ou PAD $\geq$ 90mmHg) e pressão arterial normal (abaixo destes valores). Deve-se destacar que também foram considerados hipertensos os indivíduos que relaram a utilização de medicamentos anti-hipertensivos.

Os níveis de glicemia foram classificados de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Endocrinologia¹⁶. Os indivíduos com glicemia menor ou igual a 100mg/dl foram classificados na categoria de “glicemia normal” e os demais como “glicemia alterada”.

Os níveis de LDL, Colesterol total, triglicerídeos e HDL foram classificados de acordo com a V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose¹⁷ para investigação de dislipidemia. O critério utilizado para o diagnóstico de Síndrome Metabólica foi do NCEP-ATP-III (National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III).

A variável dependente “Autoavaliação do estado de saúde” foi avaliada através da percepção do indivíduo sobre sua própria condição de saúde, através da pergunta: “De um modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?”. As categorias de resposta muito bom, bom, regular e ruim, foram reagrupadas em duas categorias: bom/muito bom e regular/ruim.

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis independentes, segundo as categorias das autoavaliação do estado da saúde. Foi calculado o teste qui-quadrado para verificar associação entre elas e as variáveis com p-valores menores de 10% neste teste, foram incluídas na análise multivariada de regressão logística.

Foram realizados 5 modelos teóricos, segundo metodologia proposta por autores de um estudo semelhante¹⁸. As variáveis foram incluídas em blocos, sendo o Modelo 1 composto apenas as variáveis socioeconômicas, Modelo 2 pelas variáveis socioeconômicas, comportamentais e antropométricas, Modelo 3 composto por variáveis socioeconômicas, comportamentais, antropométricas, características do trabalho, Modelo 4 e o modelo 5 (final) composto por variáveis socioeconômicas, comportamentais, antropométricas, características do trabalho e condição de saúde.

O modelo final apresenta somente os resultados estatisticamente significantes ($p < 0,05$). Nos modelos de 1 a 4 foi utilizado o método ENTER para inclusão das variáveis. Para o modelo final, foi utilizado o método FORWARD LR, que inclui as variáveis uma a uma, deixando apenas as variáveis estatisticamente significantes. Foram apresentados os *Odds ratio* ajustado com os respectivos intervalos de confiança de 95%. O nível de significância final adotado foi de 5%.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CAAE nº 03978612.5.0000.5060) como complementação do estudo original.

RESULTADOS

Do total de 525 bancários do estudo original, foram elegíveis para o presente estudo os dados de 520 indivíduos, por atenderem os critérios de inclusão. Deste total, 83% (n=433) indivíduos autoavaliaram seu estado de saúde como bom ou muito bom e 17% (n=87) autoavaliaram como regular ou ruim.

Na análise univariada, em relação às características sociodemográficas (tabela 1), nenhuma variável apresentou-se significativamente associada à autoavaliação do estado de saúde.

Tabela 1: Autoavaliação do estado de saúde, segundo características socioeconômicas e demográficas, em bancários da Grande Vitória (ES), 2008-2009.

Autoavaliação do estado de saúde					
Variáveis	Boa/Muito Boa		Regular/Ruim		p-valor*
	n	%	n	%	
Sexo					
Feminino	207	48%	45	52%	0,505
Masculino	226	52%	42	48%	
Faixa etária					
Até 30 anos	81	19%	14	16%	0,268
Entre 30 e 50 anos	260	60%	60	69%	
Mais de 50 anos	92	21%	13	15%	
Escolaridade					
1º e 2º grau	111	26%	24	28%	0,867
Universitário	217	50%	44	51%	
Pós-graduado	105	24%	19	22%	
Raça					
Branca	257	59%	45	52%	0,188
Não-Branca	176	41%	42	48%	
Estado Civil					
Casado/Vive Companh.	275	64%	59	68%	0,761
Solteiro	107	25%	19	22%	
Separado/Divorc/Viúvo	50	12%	9	10%	
Classe socioecômica					
A + B	247	57%	41	47%	0,089
C + D + E	186	43%	46	53%	

* Teste qui-quadrado.

Em relação às variáveis comportamentais e antropométricas (tabela 2), foram associados à autoavaliação de saúde, o tabagismo ($p=0,020$), o nível de atividade física ($p=0,003$), o IMC ($p=0,000$) e a circunferência da cintura ($p=0,000$). Entre os indivíduos que autoavaliaram negativamente seu estado de saúde, o maior percentual refere-se a pessoas que fumam, que possuem um nível insuficiente de atividade física, assim como entre os indivíduos que apresentam sobrepeso ou obesidade ($\text{IMC} > 24,9 \text{ kg/m}^2$) e circunferência da cintura (CC) elevada.

Tabela 2: Autoavaliação do estado de saúde, segundo características comportamentais e antropométricas, em bancários da Grande Vitória (ES), 2008-2009.

Autoavaliação do estado de saúde					
Variáveis	Boa/Muito Boa		Regular/Ruim		p-valor*
	n	%	n	%	
Ingere bebida alcoólica					
Sim	274	63%	52	60%	0,701
Não	130	30%	30	34%	
Bebi, mas parei	29	7%	5	6%	
Fuma					
Sim, regularmente	34	8%	15	17%	0,020**
Não	293	68%	51	59%	
Não, fumei mas parei	106	24%	21	23%	
Nível de Atividade Física					
Suficientemente Ativo	161	37%	18	21%	0,003**
Insuficientemente Ativo	272	63%	69	79%	
IMC					
<= 24,9kg/m2	212	49%	24	28%	0,000**
> 24,9kg/m2	221	51%	63	72%	
Circunferência da cintura					
Normal	224	52%	26	30%	0,000**
Elevada	208	48%	61	70%	

* Teste qui-quadrado.

** $p < 0,05$

A tabela 3 apresenta a distribuição das variáveis relativo às características de trabalho segundo a autoavaliação de saúde. Neste grupo, apenas o apoio social ($p=0,000$) esteve associado ao desfecho investigado. Entre os que autoavaliaram seu estado de saúde regular ou ruim, 69% apresentavam baixo apoio social.

Tabela 3: Autoavaliação do estado de saúde, segundo características do trabalho, em bancários da Grande Vitória (ES), 2008-2009.

Variáveis	Autoavaliação do estado de saúde				p-valor*
	Boa/Muito Boa		Regular/Ruim		
	n	%	n	%	
Cargo/função					
Sem atendimento ao cliente	240	55%	45	52%	0,527
Atendimento ao cliente	193	45%	42	48%	
Mora onde Trabalha					
Sim	283	65%	59	68%	0,659
Não	150	35%	28	32%	
Tempo na função atual					
Até 5 anos	243	57%	48	55%	0,731
Mais de 5 anos	182	43%	39	45%	
Tempo de trabalho no banco					
Até 5 anos	116	27%	21	24%	0,584
Mais de 5 anos	314	73%	66	76%	
Horas de trabalho diário					
Até 6 horas	178	41%	34	39%	0,725
Mais de 6 horas	255	59%	53	61%	
Apoio social					
Baixo Apoio	208	48%	60	69%	0,000**
Alto Apoio	225	52%	27	31%	
Estresse ocupacional					
Baixa Exigência	120	28%	17	20%	0,157
Trabalho Ativo	85	20%	21	24%	
Trabalho Passivo	152	35%	27	31%	
Alta Exigência	76	18%	22	25%	

* Teste qui-quadrado.

** $p < 0,05$

Analisando-se as variáveis referentes à saúde (tabela 4), verifica-se que estiveram positivamente associadas à autoavaliação de saúde a presença de doenças crônicas autorrelatadas ($p=0,000$) e de dislipidemia com um p valor limítrofe ($p=0,055$). Entre que os autorrelataram uma saúde regular ou ruim, mais de 80% correspondiam aos indivíduos que apresentavam uma ou mais doenças crônicas autorreferidas. A pior autoavaliação de saúde também foi relatado pela maioria dos indivíduos com dislipidemia ($n=54$, 64%).

Na tabela 5 observam-se os modelos com progressivos ajustes para as variáveis identificadas como associadas à autoavaliação de saúde na análise univariada

($p < 0,10$). Após ajustes para as variáveis de todos os domínios, verifica-se que permaneceram associadas à autoavaliação de saúde a classe socioeconômica, o nível de atividade, o IMC, apoio social e a presença de doenças crônicas.

Tabela 4: Autoavaliação do estado de saúde, segundo condição de saúde, em bancários da Grande Vitória (ES), 2008-2009.

Autoavaliação do estado de saúde					
Variáveis	Boa/Muito Boa		Regular/Ruim		p-valor*
	n	%	n	%	
Doenças crônicas autorreferidas					
Nenhuma	183	43%	16	19%	0,000**
1 ou 2	197	46%	47	55%	
3 ou mais	48	11%	22	26%	
Dislipidemia					
Não	197	47%	30	36%	0,055
Sim	221	53%	54	64%	
Pressão Arterial					
Normal	325	75%	58	67%	0,155
Elevada	108	25%	29	33%	
Síndrome Metabólica					
Sim	73	18%	13	16%	0,684
Não	344	82%	70	84%	
Glicemia					
Normal	398	92%	80	92%	0,991
Alterada	35	8%	7	8%	

* Teste qui-quadrado.

** $p < 0,05$

Verifica-se que pertencer a classes socioeconômicas mais baixas aumentou o risco dos indivíduos autoavaliarem negativamente a própria saúde (OR 1,80; IC 1,06 - 3,05), assim como ser insuficientemente ativo (OR 2,64; IC 1,42 - 4,89) e apresentar excesso de peso (OR 3,18; IC 1,79 - 5,65). No entanto, as variáveis que mais influenciaram na autoavaliação de saúde foi o reduzido apoio social que elevou em mais de 3 vezes a chance dos indivíduos autoperceberem como regular ou ruim seu estado de saúde, e a presença de doenças crônicas. Os indivíduos com três ou mais doenças apresentaram maiores chances de pior autoavaliação (OR 5,49; IC 2,46 - 12,27) quando comparados aos indivíduos que relataram uma ou duas (OR 3,12; IC 1,60 - 6,09).

Tabela 5: Associação entre autoavaliação de saúde e variáveis sociodemográficas, comportamentais, antropométricas, características do trabalho e condição de saúde, segundo regressão logística multivariada, em bancários da Grande Vitória (ES), 2008-2009.

Categoria	Modelo 1 OR (IC 95%)	Modelo 2 OR (IC 95%)	Modelo 3 OR (IC 95%)	Modelo 4 OR (IC 95%)	Modelo 5 OR (IC 95%)
Raça					
Branca	1	1	1	1	
Não-Branca	1,32 (0,83 - 2,11)	1,26 (0,77 - 2,06)	1,26 (0,76 - 2,09)	1,10 (0,96 - 1,88)	
Classe socioec.					
C + D + E	1,46 (0,92 - 2,32)	1,58 (0,97 - 2,57)	1,82 (1,09 - 3,04)	1,85 (1,07 - 3,21)	1,80 (1,06 - 3,05)
A + B	1	1	1	1	1
Fuma					
Não		1	1	1	
Não, parei		1,00 (0,56 - 1,80)	1,01 (0,554 - 1,84)	0,89 (0,47 - 1,69)	
Sim		2,60 (1,27 - 5,33)	2,45 (1,17 - 5,12)	2,20 (0,99 - 4,89)	
Ativ. física					
Ativo		1	1	1	1
Inativo		2,44 (1,37 - 4,35)	2,64 (1,46 - 4,78)	2,89 (1,53 - 5,46)	2,64 (1,42 - 4,89)
IMC					
≤ 24,9kg/m ²		1	1	1	1
> 24,9		2,15 (1,14 - 4,02)	2,38 (1,24 - 4,57)	2,46 (1,22 - 4,97)	3,18 (1,79 - 5,65)
Circunf. Cintura					
Normal		1	1	1	
Elevada		1,71 (0,93 - 3,15)	1,80 (0,96 - 3,38)	1,55 (0,80 - 3,00)	
Apoio social					
Baixo Apoio			2,80 (1,62 - 4,85)	3,57 (1,95 - 6,54)	3,71 (2,10 - 6,58)
Alto Apoio			1	1	1
Estresse					
Baixa Exigência			1	1	
Trabalho Ativo			1,54 (0,72 - 3,27)	1,20 (0,54 - 2,68)	
Trabalho Passivo			1,33 (0,66 - 2,67)	1,10 (0,51 - 2,34)	
Alta Exigência			1,79 (0,84 - 3,80)	1,42 (0,63 - 3,16)	
Doenç. Crônicas					
Nenhuma				1	1
1 ou 2				2,96 (1,50 - 5,84)	3,12 (1,60 - 6,09)
3 ou mais				5,03 (2,19 - 11,53)	5,49 (2,46 - 12,27)
Dislipidemia					
Não				1	
Sim				1,34 (0,75 - 2,40)	
Pressão arterial					
Normal				1	
Elevada				1,017 (0,57 - 1,81)	

Modelo 1: variáveis sociodemográficas

Modelo 2: variáveis sociodemográficas, comportamentais e antropométricas

Modelo 3: variáveis sociodemográficas, comportamentais, antropométricas, características do trabalho

Modelo 4: variáveis sociodemográficas, comportamentais, antropométricas, características do trabalho e condição de saúde

Modelo 5: Modelo Final, utilizando o método Forward LR de seleção de variáveis

DISCUSSÃO

Neste estudo, os indivíduos que autoavaliaram a saúde como regular ou ruim (17%) foi aproximadamente duas vezes maior do que o observado em estudo semelhante envolvendo bancários de todas as capitais brasileiras¹⁸ e similar ao percentual encontrado em trabalhadores industriais no Sul do Brasil¹⁹. Entretanto, esta prevalência foi menor do que as encontradas em outros estudos nacionais, como no estudo “Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico” (VIGITEL)²⁰ e a pesquisa nacional por amostra de domicílio (PNAD)²¹, que verificaram autoavaliação negativa de saúde em 35,3% e 25,61% da população, respectivamente.

Considerando os resultados do modelo final ajustado, verifica-se que em relação às variáveis sociodemográficas, diferente dos resultados de estudos nacionais^{20,21} e internacionais^{22,23}, o presente estudo não encontrou diferenças na percepção de saúde com o aumento da idade, escolaridade ou sexo. No entanto, o aumento do nível socioeconômico mostrou-se positivamente associado à melhor autoavaliação de saúde, corroborando com a literatura disponível^{21,23,24}, inclusive com estudo envolvendo este mesmo grupo de trabalhadores¹⁸.

A influência do nível socioeconômico na autoavaliação de saúde pode estar relacionado à aquisição de bens e produtos, incluindo medicamentos, alimentos saudáveis, maior acesso a atividades de lazer e prática de exercícios físicos, e maior autonomia no trabalho que o dinheiro proporciona. Considerando que estes são aspectos que influenciam favoravelmente na saúde, indivíduos de maior nível socioeconômico tenderiam, portanto, a sentir-se mais saudáveis^{24,25}.

Os resultados deste estudo demonstram que a inatividade física foi estatisticamente associado a pior autoavaliação de saúde. Estes resultados são condizentes com dados da literatura^{18, 19} e reforçam as evidências de que os indivíduos que mantêm um estilo de vida mais saudável tendem a autoavaliar melhor seu estado de saúde quando comparados com aqueles que não o fazem²⁶.

Apesar disso, a presente investigação não encontrou significância estatística entre o tabagismo ou consumo de álcool e a pior autoavaliação de saúde. Bombak (2013)²⁷ destaca que apesar de alguns comportamentos de saúde serem considerados ostensivamente prejudiciais à saúde, para alguns indivíduos pode servir para promover prazer e alívio do stress, fato que poderia ter consequentemente influenciado a forma como indivíduos que possuem o hábito de beber ou fumar, autoavaliaram a saúde, comprometendo portanto, a força de associação. A falta de associação com estas variáveis também foram evidenciadas em outros estudos^{1,28}.

Corroborando com os resultados encontrados, está bem consolidado na literatura²⁹ que o excesso de peso aumenta as chances de pior autoavaliação de saúde. A obesidade, além de aumentar o risco para outras doenças crônicas, pode causar baixa autoestima, além de incapacidade funcional, problemas psicológicos e de interação social³⁰, condições estas, que podem ter impactado negativamente na forma como os bancários com excesso de peso perceberam sua saúde.

Com relação às características de trabalho, sabe-se que a exposição a condições de trabalhos adversas, extenuantes ou estressantes são fatores de risco para a saúde³¹. Apesar disso, diferente do esperado, a exposição a trabalhos com maior risco de estresse ocupacional, caracterizado por alta demanda e baixo controle, segundo o modelo demanda-controle, não esteve associado à pior autoavaliação de saúde, quando comparado àqueles não expostos a estes tipos de atividades (trabalhos de baixa exigência).

Diferente do presente estudo, Silva e Barreto¹⁸ investigando bancários verificaram uma chance duas vezes maior de autoavaliação negativa de saúde em indivíduos expostos ao maior risco de estresse comparado aos não expostos. Da mesma forma, estudos envolvendo outra categoria profissional^{32,33}, também verificaram associação positiva entre estas duas variáveis.

Deve-se considerar que devido à realidade multifacetada e subjetiva da percepção do estresse, outras formas de avalia-lo, como abordagens qualitativas³⁴, poderiam de grande valia para ampliar sua compreensão e seus efeitos sobre a saúde.

Apesar da ausência de associação com o estresse ocupacional, a variável apoio social, também obtida pela “*Job Stress Scale*”, manteve-se fortemente associada à autoavaliação de saúde. No presente estudo, os bancários que relataram baixo apoio social apresentaram chance 3,71 vezes maior (IC 2,10-6,48) de perceberem sua saúde como ruim.

A explicação para tais resultados são baseadas no efeito protetor sobre a saúde que o apoio social exerceria, uma vez que a integração social, a confiança no grupo, o auxílio na execução de tarefas advindo de colegas e superiores, verificado em situações de elevado apoio social, poderiam atuar como protetoras dos efeitos do desgaste no trabalho sobre a saúde³⁵. Dessa forma, assim como no nosso estudo, outros autores^{18,28,32} demonstraram que os indivíduos com maiores índices de apoio social, tentem a avaliar positivamente sua saúde.

Apesar de o apoio social ter apresentado forte impacto na autoavaliação de saúde, no presente estudo, a variável de maior influencia foi a presença de doenças crônicas autorreferidas. No estudo de Barros e colaboradores²⁰, a presença de doenças crônicas também permaneceu como a variável de maior impacto sobre o autoavaliação da saúde, aumentando em quase 12 vezes a chance dos indivíduos avaliarem negativamente sua saúde em homens e 7 vezes em mulheres. Resultados semelhantes também foram encontrados por outros autores^{18, 36}.

A relação entre autoavaliação de saúde e doenças crônicas podem ser explicados pelo fato que, apesar de ter sido descrito na literatura a existência de muitos determinantes fisiológicos e psicossociais na autoavaliação do estado de saúde, a dimensão física parece exercer maior influência sobre esta variável³⁷. Portanto, considerando que os indivíduos que acumulam multimorbidades, apresentam maiores chances de serem acometidos por dores, incapacidade, depressão, queixas somáticas, restrições na atividade física e na vida independente, eles tendem a torna-se mais propensos a avaliaram negativamente sua saúde³⁸.

Os resultados deste estudo devem ser interpretados dentro do contexto de suas limitações. Entre elas destaca-se o desenho metodológico que não permite fazer inferências causais ou temporais sobre associações encontradas. Além disso,

algumas medidas foram baseadas em autorrelato, e, portanto, podem estar sujeitas a viés de memória, suspeição diagnóstica e respostas socialmente desejáveis. Por fim, deve-se considerar que, trabalhadores afastados das atividades laborais por motivos médicos, não participaram deste estudo, fato que pode ter subestimado a prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde¹⁸ e interferido na magnitude das associações encontradas.

Como conclusão, os resultados encontrados revelam elevada prevalência de autoavaliação de saúde negativa entre os bancários investigados, quando comparado com bancários de outras localidades. Sugerem ainda que pertencer a classes socioeconômicas mais baixas, apresentar estilo de vida sedentário, estar acima do peso, apresentar baixo apoio social no ambiente de trabalho e principalmente possuir uma ou mais doenças crônicas, impacta negativamente na forma como os bancários avaliaram seu próprio estado de saúde.

Considerando estes resultados, percebe-se que a maior parte dos fatores que influenciaram negativamente na autoavaliação de saúde é passível de ser alterada. Assim, verifica-se a necessidade de estratégias organizacionais, que objetivem estimular a prática de atividade física, controle de peso, além do fortalecimento da integração no ambiente de trabalho de modo a favorecer o apoio social. Por fim, deve-se ter especial atenção na melhoria de cuidados à saúde destes trabalhadores para evitar ou postergar a incidência de doenças e suas consequências para a saúde dos indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Garcia LP, Hofelmann DA, Facchini LA. Self-rated health and working conditions among workers from primary health care centers in Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26 (5): 971-980.
- 2 Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, He J. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health* 2013,13:320.
- 3 Quesnel-Vallée A. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for 'true' health? *Int J Epidemiol* 2007;36:1161-4

- 4 Mood C. Life-style and self-rated global health in Sweden: A prospective analysis spanning three decades *Preventive Medicine* 2013; 57 (6) 802–806.
- 5 Nery Guimarães JM, Chor D, Werneck GL, Carvalho MS, Coeli CM; Lopes CS; Faerstein E. Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúde cohort study. *BMC Public Health* 2012;12:676.
- 6 Kelleher CC, Friel S, Gabhainn SN, Tay JB. Socio-demographic predictors of self-rated health in the Republic of Ireland: findings from the National Survey on Lifestyle, Attitudes and Nutrition, SLAN. *Soc Sci Med.* 2003; 57 (3): 477-86.
- 7 Sindicato dos Bancários de Campinas e Região. Saúde do Bancário. Guia de direitos. 2013. Disponível em http://www.bancariosdecuritiba.org.br/pdf/sua_saude/Servicos/Guia_da_Saude.pdf. Acesso em 23/02/2014.
- 8 Salaroli LB, Saliba RAD, Zandonade E. et al. Prevalence of metabolic syndrome and related factors in bank employees according to different defining criteria, Vitória/ES, Brazil. *CLINICS* 2013; 68 (1): 69-74.
- 9 Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), 2003. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>.
- 10 Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúd* 2001; 6(2): 5-18.
- 11 Hallal PC. et al. Lições Aprendidas depois de 10 Anos de uso do IPAQ no Brasil e Colômbia. *Journal of Physical Activity and Health* 2010; 7 (2): 259-264.
- 12 World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 1998.
- 13 Alves MGM. et al. Versão resumida “job stress scale”: adaptação para o português. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(2): 164-171
- 14 Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for redesigning. In: *Administrative Science Quarterly* 1979; 24(2): 285-308.
- 15 Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(1).
- 16 Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Diabetes Mellitus: Classificação e Diagnóstico. Projeto Diretrizes. 2004.
- 17 Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Arq Bras Cardiol.* 2013; 101(4 Supl.1): 1-22.
- 18 Silva LS, Barreto SM. Stressful working conditions and poor self-rated health among financial services employees. *Rev Saúde Pública* 2012;46(3):407-16

- 19 Hofelmann DA, Blank N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41 (5) 777-787.
- 20 Barros MBA, Zanchetta LM, Moura E C, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(2): 27-37.
- 21 Dachs JW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc. saúde coletiva* 2006 ; 11(4): 887-894.
- 22 Shin HY, Shin MH, Rhee JA. Gender differences in the association between self-rated health and hypertension in a Korean adult population. *BMC Public Health* 2012;12:13.
- 23 Galvez JA, Cosano MLR, Motrico E, Perez JAS, Alonso CG, Carulla LS. The Impact of Socio-Economic Status on Self-Rated Health: Study of 29 Countries Using European Social Surveys (2002–2008). *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2013, 10: 747-761
- 24 Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K et al . Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil .*Rev. Saúde Pública*, 2010; 44 (5) 901-911.
- 25 Popkin BM, Siega-Riz AM, Haines OS. A comparison of dietary trends among racial and socioeconomic groups in the United States. *N Engl J Med* 1996; 335: 716–720.
- 26 Darviri C, Artemiadis AK, Tigani X, Alexopoulos EC. Lifestyle and self-rated health: a cross-sectional study of 3,601 citizens of Athens, Greece. *BMC Public Health* 2011; 11:619
- 27 Bombak AE. Self-rated health and public health: a critical perspective. *Front. Public Health* 2013; 1(15):1-4.
- 28 Malinauskiene V, Leisyte P, Romualdas M, Kirtiklyte K. Associations between self-rated health and psychosocial conditions, lifestyle factors and health resources among hospital nurses in Lithuania. *J Adv Nurs*. 2011 Nov;67(11):2383-93.
- 29 Prosper M, Moczulski VL, Qureshi A. Obesity as a predictor of self-rated health. *American Journal of Health Behavior* 2009; 33(3):319–329.
- 30 Cabrera MAS, Jacob Filho W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e comorbidades. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2001; 45:494-501.
- 31 Hämmig O, Bauer GF. Work, work–life conflict and health in an industrial work environment. *Occupational Medicine* 2014;64:34–38
- 32 Griep RH, Rotenberg L, Landsbergis P, Vasconcellos –Silva PR. Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. *Ver Saúde Publica* 2011; 45(1):145-52.
- 33 Theme Filha MM, Costa M AS, Guilam MC R. Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013; 21(2): 475-483.

- 34 Halford C, Anderzén I, Arnetz B. Endocrine measures of stress and self-rated health. A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research* 2003; 55(4):317-20.
- 35 Johnson JV, Hall EM. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health*. 1988;78(10):1336-42.
- 36 Ramkumar A, Quah JL, Wong T, Yeo LS, Nieh CC, Shankar A, Wong TY. Self-rated Health, Associated Factors and Diseases: A Community-based Cross-sectional Study of Singaporean Adults Aged 40 Years and Above. *Ann Acad Med Singapore* 2009;38:606-12
- 37 Barros MBA. Auto-avaliação de saúde. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA-SP. São Paulo: USP/FSP; 2005. p.173-82
- 38 Nützel A, Dahlhaus A, Fuchs A, Gensichen J, König HH, ET AL. Self-rated health in multimorbid older general practice patients: a cross-sectional study in Germany. *BMC Family Practice* 2014, 15:1

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As investigações realizadas neste estudo visam contribuir no âmbito da saúde pública, uma vez que os resultados encontrados podem subsidiar ações organizacionais de promoção à saúde do trabalhador, com vistas à redução dos fatores relacionados ao aumento do estresse ocupacional e a pior percepção de saúde.

No caso do estresse ocupacional, é de suma importância, que estas ações tenham como pilar, a reestruturação dos processos de trabalho, de modo a promover, sempre que possível, a autonomia do funcionário, a inexistência de demandas contraditórias, o equilíbrio no volume de tarefas a serem executadas e, imprescindivelmente o fortalecimento do apoio social no ambiente de trabalho.

Considerando-se a autoavaliação de saúde, verifica-se a necessidade de estratégias organizacionais, que objetivem estimular a prática de atividade física, controle de peso, além do fortalecimento da integração no ambiente de trabalho de modo a favorecer o apoio social. Por fim, deve-se ter especial atenção na melhoria de cuidados à saúde destes trabalhadores para evitar ou postergar a incidência de doenças e suas consequências para a saúde dos indivíduos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, K.L. et al. Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 22, n. 2, jun. 2002

ALVES, M.G.M.; HOKERBERG, Y.H.M.; FAERSTEIN, E. Tendências e diversidade na utilização empírica do Modelo Demanda-Controle de Karasek (estresse no trabalho): uma revisão sistemática. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 1, Mar. 2013.

ALVES, M.G.M. et al. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde: Estudo Pró-Saúde (Pro-Health Study). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, Oct. 2009.

ALVES, M.G.M. Estresse no trabalho e consequências para a saúde do trabalhador: desafios teórico-metodológicos. I seminário nacional sobre estresse, saúde e trabalho: magnitude, transcendência e vulnerabilidade. 2012. Disponível em: <http://www.senesat.uff.br/marcia.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2013.

ALVES, M.G.M. et al. Versão resumida “job stress scale”: adaptação para o português. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.2, p.164-71, abr. 2004.

ARAÚJO, L.C.G. Gestão de pessoas: estratégias e integração organizacional. São Paulo: Atlas, 2006.

ARAÚJO, T.; GRAÇA, C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n. 4, p. 991-1003, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), 2003. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>.

BAKER, D.; KARASEK, R. A. Stress. In: LEVY, B. S. ; WEGMAN, D. H. (Eds.). Occupational health: recognizing and preventing work-related disease and injury. 4. Ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

BALLONE, G.J; MOURA E.C. Alterações Hormonais no Estresse. In. PsiqWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>, 2008. Acesso em 02 de maio de 2013.;

BARRETO, S. M.; FIGUEIREDO, R. C. Doença crônica, autoavaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.2, p. 38-47, 2009.

BARROS, M.B.A. et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.2, p.27-33, 2009.

BATISTA, J.B. Gestão da saúde e segurança do empregado no ambiente de trabalho: estudo de caso no laboratório teuto s/a. 2008. 182f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia, Sociedade e Meio Ambiente). UniEvangélica. Goiás, 2008.

BOHLANDER, G W.; SNEL, S.; SHERMAN, A. Administração de recursos humanos. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

BOURGUIGNON, D. Perfil epidemiológico de bancários do BANESTES. In: **Anais do Simpósio Saúde Mental e Trabalho Bancário**. Vitória: Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Medicina e Segurança do Trabalho/Universidade Federal do Espírito Santo/Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários (Espírito Santo)/Associação dos Representantes de Bancos do Espírito Santo; 1997. p. 41-59.

BRAGA, V.C.L.M. **Estresse no trabalho e pressão arterial: reflexões metodológicas sobre linearidade e operacionalização da exposição**. 2011. 159f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: 2001. 580 p

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Menu de apoio – Estatísticas: Segurança e Saúde Ocupacional: Tabelas**. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/menu-de-apoio-estatisticas-seguranca-e-saude-ocupacional-tabelas/>. Acesso em 29/04/2014.

CARAYON, P.; SMITH, M.J.; HAIMS, M.C. Work organization, job stress, and work-related musculoskeletal disorders. **Human Factors**, v.41, p. 644-663, 1999.

CARNEIRO, S.C. et al. Occupational stress among Brazilian oral-maxillofacial surgeons. **Med Oral Patol Oral Círc Bucal**. v.14, n.12, p. 646-649, dez. 2009.

CENTRO DE ESTUDOS DO LABORATÓRIO DE APTIDÃO FÍSICA DE SÃO CAETANO DO SUL (CELAFISCS). **Classificação do nível de atividade física IPAQ**. Disponível em <http://www.celafiscs.institucional.ws/?c=148>. Acesso em 04 de março de 2013.

CESAR, C.L.G. et al. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo – ISA/SP. São Paulo: USP/FSP, 2005. 212p

CHIAVENATO, Idalberto. Gestão de pessoas. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CODO, W.; SORATTO, L.; VASQUES-MENEZES, I. Saúde mental e trabalho. In: BASTOS; BORGES-ANDRADE; ZANELLI (orgs) **Psicologia, organização e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artemed, 2004.

COELHO, M. A.B.C. **Da Relação entre Stress e Distúrbios da Voz**. Tese de Mestrado - Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, 1994.

COSTA, M.A.S. **O estresse no trabalho e a autoavaliação da saúde entre os trabalhadores da enfermagem das unidades de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS**. 2010. 64 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

CREMONESE, C. et al. Neighborhood sociodemographic and environmental contexts and self-rated health among Brazilian adults: a multilevel study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, Dec. 2010.

DACHS, J.N.W.; SANTOS, A.P.R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n.4, p.887-894, 2006.

DACHS, J.N.W. Determinantes das desigualdades na autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.641-57, 2002.

DARVIRI, C. et al. Lifestyle and self-rated health: a cross-sectional study of 3,601 citizens of Athens, Greece. **BMC Public Health**, v.4, n.11, 2011.

DE BRUIN, A.; PICAET, H.S.J.; NOSSIKOV, A. Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. Voorburg: WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Statistics Netherlands, n.58, p.1-161, 1996.

DEJOURS, C. Novas formas de servidão e de suicídio. In A. M. Mendes (Org.) **Trabalho e Saúde: o sujeito entre emancipação e servidão**. Curitiba: Juruá, 2008.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Linha bancários. Terceirização e reestruturação produtiva no setor bancário no Brasil**. São Paulo: Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos; 1994.

_____. **Desempenho dos bancos 1º semestre de 2013. Set/2013.** Disponível em <http://www.dieese.org.br/desempenhodosbancos/2013/desempenhoDosBancos1Semestre2013.pdf>

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONOMICOS (DIEESE a). **Desempenho dos bancos 1º semestre de 2012. Set/2012.** Disponível em <http://www.dieese.org.br/desempenhodosbancos/2012/desempenhoBanco1Sem2012.pdf>, acesso em 26/01/2014.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONOMICOS (DIEESE b). **Pesquisa de emprego Bancário. Dezembro/2012.** Disponível em <http://www.dieese.org.br/desempenhodosbancos/2012/desempenhoBanco1Sem2012.pdf>, acesso em 26/01/2014.

DESALVO, K.B. et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. **J Gen Intern Med**, v.21, n.3, p. 267-275, 2006.

DEVLIN, N.; HANSEN, P.; HERBISON, P. Variations in self-reported health status: results from a New Zealand survey. **N Z Med J**. v.113, p.517-20, 2000.

FRANÇA, L.A.; RODRIGUES, A.L. Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GARCIA, L.P.; HOFELMANN, D.A.; FACCHINI, L.A. Self-rated health and working conditions among workers from primary health care centers in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.5, p.971-980, 2010.

GUIMARÃES, J.M.N. et al. Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúde cohort study. **BMC Public Health**, v.12, p.676, 2012.

HALLAL, P.C. et al. Lições Aprendidas depois de 10 Anos de uso do IPAQ no Brasil e Colômbia. **Journal of Physical Activity and Health**, n. 7 (Suppl 2), 2010.

HOFELMANN, D. A.; BLANK, N. Autoavaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 777-787, 2007.

JINKINGS, N. Os trabalhadores bancários em face a reestruturação do capitalismo contemporâneo. **Cadernos de Pesquisa**, n.28, Ago. 2001.

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

DE JONGE, J. et al. A Longitudinal Test of the Demand–Control Model Using Specific Job Demands and Specific Job Control. **Int.J. Behav. Med**, v. 17, n.2, p.125–13, 2010.

JYLHA, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Soc Sci Med**, v.69, n.3, p.307-16, 2009.

KARASEK R. The political implications of psychosocial work redesign: a model of the psychosocial class structure. **Int J Health Serv.**, v.19, n.3, p. 481-508, 1989.

_____. et al. Job Content Instrument: Questionnaire and User's Guide. Los Angeles, CA: University of Southern California, 1985.

_____. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for redesigning. In: **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 2, p. 285-308, jun. 1979.

_____; CHOI, B.; OSTERGREN, P.O. Testing two methods to create comparable scale scores between the job content questionnaire (JCQ) and JCQ-like questionnaires in the European JACE study . **Int. J. Behav. Med.**, v.14, n.4, p.189-201, 2007.

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

KELLEHER, C.C. et al. Socio-demographic predictors of self-rated health in the Republic of Ireland: findings from the National Survey on Lifestyle, Attitudes and Nutrition, SLAN. **Soc Sci Med.**, v.57, n.3, p.477-86, 2003.

KIND, P. et al. Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. **BMJ**, v.316, n.7133, p.736-41,1998.

KOLTERMANN, I.T.A.P. et al. Estresse ocupacional em trabalhadores bancários: prevalência e fatores Associados. Saúde (Santa Maria), **Ahead of Print**, v.37, n.2, p.33-48, 2011.

LANDSBERGIS, P.A. et al. Association between ambulatory blood pressure and alternative formulations of job strain. **Scand J Work Environ Health**, v.20, n.5, p.349-63, 1994.

LARANGEIRA, S.M.G. Reestruturação produtiva no setor bancário: A realidade dos anos 90. **Educação & Sociedade**, ano XVIII, n. 61, p.110-138, 1997.

LEUNG, K.K.; TANG, L.Y.; LUE, B.H. Self-rated health and mortality in Chinese institutional elderly persons. **J Clin Epidemiol**, v.50, n.10, p.1107-1116, 1997.

LEVI, L. O guia da comissão ao trabalho europeia sobre stress relacionado ao trabalho e iniciativas relacionadas: das palavras à ação. In: **Stress e qualidade de vida no trabalho. Perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo: Ed. Atlas; 2005. p.167-181.

LIMA, L. O. et al. As mulheres e o setor bancário: relações de dominação em novos e velhos contextos. **Revista Habitus: revista eletrônica dos alunos de graduação em Ciências Sociais - IFCS/UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 112 - 124 , 2010.

LIMA-COSTA, M.F.; FIRMO, J.O.A.; UCHOA, E. A estrutura da autoavaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 827-834, 2004.

LIPP, M.E.N. **Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998.

_____. O modelo quadrifásico do stress. In:LIPP, M.E.N (Ed.). **Mecanismos neurofisiológicos do stress: teorias de aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo. p.17-21. 2003.

_____. Stress: Conceitos Básicos In: LIPP, M.(Org.) **Pesquisas Sobre Stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. Papyrus. Ed. São Paulo, 1996.

LIPP, M.; MALAGRIS L.E.N. Manejo do estresse. In: **B. RANGÉ, B. (Org)**. 1995.

MACEDO, L.E.T. et al. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p.2327-2336, 2007.

MARQUES, V.; ABREU, A. Estresse ocupacional: conceitos fundamentais para o seu gerenciamento, 2011. Disponível em: <<http://ebookbrowse.com/288-estresse-ocupacional-conceitos-fundamentais-para-o-seu-gerenciamento-pdf-d47769118>>. Acesso em: 12 maio. 2013.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev Bras Ativ Fís Saúd**, v.6, n.2, p.5-18, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Coordenação de prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001

MOOD, C. Life-style and self-rated global health in Sweden: A prospective analysis spanning three decades **Preventive Medicine**, v.57, n.6, p. 802–806, 2013.

NETZ, J.A.; MENDES, J.M.R. O massacre dos trabalhadores bancários e a ação sindical: sobre jornadas, metas excessivas, pressão, medo, práticas gerenciais autoritárias versus práticas preventivas. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.20, n.1, 2006.

NIOSH [homepage on the Internet]. Stress at work. 1999. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/>>. Acesso em 15 de maio de 2013.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 45-22, 2004.

PELLEGRINI, A.L.; FERNANDES, S.R.P.; GOMES, A.F. Estresse e Fatores Psicossociais. **Psicologia ciência e profissão**, v.30, n.4, p. 712-725, 2010.

PERES, M.A. et al . Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.5, p. 901-911, 2010.

QUESNEL-VALLÉE, A. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for ‘true’ health?. **Int J Epidemiol**, v.36, p.1161-4, 2007.

SALAROLI, L.B. et al . Prevalence of metabolic syndrome and related factors in bank employees according to different defining criteria, Vitória/ES, Brazil. **Clinics**, São Paulo, v. 68, n. 1, p. 69-74, 2013.

SALAROLI, L.B. **Síndrome metabólica, Resistência a insulina e fatores associados: um estudo em funcionários de uma rede bancária da grande Vitória/ES, Brasil**. 2011. 118f. Tese (Doutorado em Ciências fisiológicas) – Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde, Espírito Santo, 2011.

SAMPAIO, R.F. et al. Work ability and stress in a bus transportation company in Belo Horizonte, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.287-296, 2009.

SEGNINI, L.R.P. Reestruturação nos bancos no Brasil: desemprego, subcontratação e intensificação do trabalho. **Educação & Sociedade**, v.20, n.67, p. 183-209, 1999.

SELYE, H. The stress of life. New York. McGraw-Hill, 1956.

SIEGRIST, J. Adverse effects of high-effort/low-rewards conditions. **J Occup Health Psychol.**, v.1, n.1, p.27-41,1996.

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

SILVA, J.B. A face privada de um banco público: os experimentos flexíveis no Banco do Brasil. In: Antunes R, organizador. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. 1ª Ed. São Paulo: Boitempo Editora; p. 207-36, 2006.

SILVA, L.S.; BARRETO, S.M. Stressful working conditions and poor self-rated health among financial services employees. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 407-16, 2012.

SILVA, L.S.; PINHEIRO, T.M.M.; SAKURAI, E. Reestruturação produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.12, p.2949-2958, 2007.

SILVA, R.R. Uma análise da pressão no trabalho, da liberdade e do apoio social entre servidores de um tribunal. **Cad. psicol. soc. trab.** São Paulo, v. 12, n. 1, p. 123-135, 2009.

SILVEIRA, M.M. Revelações do cotidiano sobre as definições de saúde e doença – uma experiência de ensino de epidemiologia. **Revista Brasileira de Epidemiologia, Suplemento Especial 139**. Pôster apresentado no V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Curitiba, 23 a 27 de março, 2002

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arq Bras Cardiol**. V.101, n.4, p.1-22, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**., São Paulo, v. 95, n.1, supl.1, 2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Diabetes Mellitus: Classificação e Diagnóstico**. Projeto Diretrizes. 2004.

SPIELBERGER, C.D.; REHEISER, E.C. The job stress survey. Measuring gender differences in occupation stress. **Journal of Social Behavior and Personality**, v.9, n.2, p. 199-218, 1994.

TAVARES, J.P. et al. Distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes de universidades. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p.175-182, 2012.

THEME-FILHA, M.M.; SZWARCOWALD, C.L.; SOUZA-JÚNIOR, P.R. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, Sup.43-53, 2005.

THEORELL, T. et al. Psychosocial and physiological factors in relation to blood pressure at rest. A study of Swedish men in their upper twenties. **Journal of Hypertension**, v. 3, n.6, p. 591-600, 1985.

THEORELL, T. The demand-control-support model for studying health in relation to the work environment: an interactive model. IN: ORTH-GOMÉR K, SCHNEIDERMAN, (Ed). **Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease prevention**. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; p. 69-85, 1996.

THEORELL, T. Working conditions and health. In: BERKMAN, L.; KAWACHI, I. editors. **Social epidemiology**. New York: Oxford University Press., p. 95-118, 2000.

URBANETTO, J.S. et al. Estresse no trabalho da enfermagem em hospital de pronto-socorro: análise usando a Job Stress Scale. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1122-1131, 2011.

VIANA, M.S. et al. Nível de atividade física, estresse e saúde em bancários. **Motricidade**, v. 6, n. 1, p. 19-32, 2010.

WILLIAMS, S.; PHAM-KANTER, G.; LEITSCH, S.A. Measure of chronic conditions and diseases associated with aging in the national social life, health, and aging project. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**. v.64, (Supp1), 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation**. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.

APÊNDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROJETO NUTRIÇÃO BANESTES/UFES
QUESTIONÁRIO 1

01 IDENTIFICAÇÃO**N. DE IDENTIFICAÇÃO:** _____

Nome: _____ **Sexo:** (M) (F)

Telefone: () _____ **E-mail:** _____

Data Nasc: ____/____/____ **Idade:** ____anos ____meses

Agência/Unidade: _____ **Cidade:** _____ **Cargo:** _____ **Função:** _____

Tempo na função atual: _____ **Tempo como bancário:** _____

Horário trabalho: _____ às _____ **Intervalo:** _____

Cidade que reside: _____

02 QUESTIONARIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Quantas pessoas vivem em sua casa? _____

Sua casa é: (1) Própria (2) Alugada (3) Cedida/Emprestada

Sua casa é ligada ao sistema de água tratada? (1) Sim (2) Não

Sua casa é ligada ao sistema de esgoto? (1) Sim (2) Não

Na sua casa tem filtro de água? (1) Sim (2) Não

Quantos quartos há em sua casa? _____ quartos

Quantos dos itens abaixo você possui em sua casa:

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Pontuação: _____

Quem é a pessoa que toma as decisões mais importantes na família (chefe da família)?
 (1) Pai (2) Mãe (3) Padrasto (4) Madrasta (5) Avô /Avó (7) Próprio entrevistado
 (8) Cônjuge do entrevistado (6) Outro, qual _____ (7) Não tem chefe

Até que série o chefe da família estudou?

Grau de Instrução do chefe de família	
Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

Se não tem chefe de família, quem ganha mais na sua casa?

(1) Pai (2) Mãe (3) Padrasto (4) Madrasta (5) Avô /Avó (7) Próprio entrevistado
(8) Cônjuge do entrevistado (6) Outro, qual _____

Se não tem chefe de família, até que série esta pessoa que ganha mais estudou? _____ série

Qual é a sua escolaridade:

- (1) 1 ° grau incompleto
- (2) 1 ° grau completo
- (3) 2 ° grau incompleto
- (4) 2 ° completo
- (5) Universitário incompleto
- (6) Universitário completo
- (7) Pós-graduação

Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?"

- (1) Preta (2)Parda (3)Branca (4)Amarela (5)Indígena

Qual o seu estado civil atual?

- (1) Solteiro (2) Casado (3) Vive com companheiro (4) Separado (5) Divorciado (6) Viúvo

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

- (1)Até 500 reais (2) 501 e 1000 reais (3) 1001 e 1500 reais (4)1501 e 2000 reais
- (5) 2001 e 2500 reais (6) 2501 e 3000 reais (7) 3001 e 4000 reais (8) 4001 e 5000 reais
- (9) > 5000 reais

PRIMEIRA MEDIDA DE PRESSÃO ARTERIAL

03 HÁBITOS DE VIDA

Você ingere bebida alcoólica? (1) Não (2) Sim (3) Não, bebi no passado, mas parei de beber

Você bebe durante os dias de folga, qual bebida e quantidade você consome?

- (1) Cerveja: doses: () copo(s); () lata(s); () garrafa(s)
- (2) Vinho: doses: () copo(s); () taça(s)
- (3) Aguardente (cachaça/pinga): () dose(s)
- (4) Conhaque: () dose(s)
- (5) Vodca: () dose(s)
- (6) Outra bebida: _____ ()dose(s)
- (7) Não bebo

Você fuma?

- (1) Sim, regularmente
- (2) Não, nunca fumei
- (3) Não, fumei no passado, mas parei de fumar

Se Sim. Quantos cigarros por dia? _____ Há quanto tempo fuma? _____

04 DOENÇAS DIGNOSTICADAS E MEDICAMENTOS:

1) De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?
 (1) Muito Bom (2)Bom (3)Regular (4)Ruim

2) Você possui algum caso na família de doença(s) (Diabetes, Hipertensão, outra)?
 (1) Não (2)Sim, se sim qual(s)_____

3) Atualmente você possui alguma Infecção?
 (1) Não (2) Sim Qual?_____

4) Atualmente você está usando algum Medicamento(Ex: Para Diabetes, Hipertensão, insulina, outra)?
 (1) Não
 (2) Sim. Qual? _____
 Dose/Dia? _____ MOTIVO _____
 Qual? _____
 Dose/Dia? _____ MOTIVO _____
 Qual? _____
 Dose/Dia? _____ MOTIVO _____

5)Alguma vez um médico ou outro profissional da saúde já lhe informou que você tinha ou tem hipertensão, isto é pressão alta?
 () Sim, apenas 1 vez
 () Sim mais de 1 vez, em dias diferentes
 () Sim, apenas durante a gravidez
 () Não _____ Se Não ou apenas na gravidez, pule para a questão 6
 Com que idade você foi informado (a) pela primeira vez que tinha pressão alta?
 Com _____ anos de idade

6)Alguma vez um médico lhe informou que você teve ou tem...
a) Colesterol alto (gordura no sangue)
 () Sim, se sim com _____ anos
 () Não

b) Diabetes (açúcar no sangue)?
 () Sim, se sim com _____ anos
 () Não

c) Infarto do Miocárdio?
 () Sim, se sim com _____ anos
 () Não

d) angina (isquemia, má circulação do sangue)?
 () Sim, se sim com _____ anos
 () Não

e) Asma (Bronquite asmática)?
 () Sim, se sim com _____ anos
 () Não

f) Enfisema ou bronquite crônica?
 () Sim, se sim com _____ anos
 () Não

g) Cálculo (pedra) no rim?
 () Sim, se sim com _____ anos
 () Não

h) Acidente Vascular Cerebral (derrame)
 () Sim, se sim com _____ anos
 () Não

i) úlcera no estômago ou duodeno
 () Sim, se sim com _____ anos
 () Não

j) Gastrite
 () Sim, se sim com _____ anos
 () Não

l) Hérnia de disco?
 () Sim, se sim com _____ anos
 () Não

m) LER (Lesão por esforço repetitivo, tendinite)
 () Sim, se sim com _____ anos
 () Não

n) Artrose (artrite, reumatismo)

() Sim, se sim com _____ anos

5) FICHA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, BIOQUÍMICAS E HEMODINÂMICAS

NÚMERO NA PESQUISA: _____

Avaliador: _____

Data da avaliação: ____/____/____

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

DADOS	Data ____/____/____
Altura (m)	
Peso (kg)	
IMC	
CB (cm)	
CC (cm)	
CQ(cm)	
RCQ	

AValiação BIOQUÍMICA

PARÂMETROS	Data: ____/____/____	Referências	Adequação
PCR ultrasensível			
Glicemia de jejum			
Insulina jejum			
Colesterol total			
HDL			
LDL			
TG			
Ác.Úrico			
Homa(cálculo) %S			

AValiação HEMODINÂMICA

PARÂMETROS	Medida 1	Medida 2	Medida 3	Média 2 e 3	Repetição(se necessário)
PAS					
PAD					
FC					
PAM					

6) Agora vamos falar sobre sua rotina no trabalho, podemos começar?

(“JOB STRESS SCALE”):

Versão para o português (Validado e autorizado pela autora)

Demanda

a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) raramente (4) nunca (5) quase nunca

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

(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) raramente (4) nunca (5) quase nunca

c) Seu trabalho exige demais de você?

(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) raramente (4) nunca (5) quase nunca

d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) raramente (4) nunca (5) quase nunca

e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) raramente (4) nunca (5) quase nunca

Escore: “frequentemente” = 4 a “nunca ou quase nunca” = 1 para as escalas de demanda e de controle e de “concordo totalmente” = 4 a “discordo totalmente” = 1 para apoio social).

Termina-se com um escore total para essa dimensão variando entre 5 e 20, porque são cinco perguntas para as quais se pode responder e obter pontuações de 1 a 4 para cada uma. Quanto maior o escore, maior a demanda.

Pontuação_____

Controle

Desenvolvimento e Uso de Habilidades (Discernimento Intelectual)

f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?

(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) raramente (4) nunca (5) quase nunca

g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) raramente (4) nunca (5) quase nunca

h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) raramente (4) nunca (5) quase nunca

i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) raramente (4) nunca (5) quase nunca

Autonomia para tomada de decisão

j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?

(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) raramente (4) nunca (5) quase nunca

k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) raramente (4) nunca (5) quase nunca

Opções de resposta de A até K: Frequentemente; Às vezes; Raramente; Nunca ou quase nunca

Apoio Social

l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.

(1)Concordo plenamente (2) concordo mais que discordo (3) discordo mais que concordo (4) discordo totalmente

m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

(1)Concordo plenamente (2) concordo mais que discordo (3) discordo mais que concordo (4) discordo totalmente

n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.

(1)Concordo plenamente (2) concordo mais que discordo (3) discordo mais que concordo (4) discordo totalmente

o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.

(1)Concordo plenamente (2) concordo mais que discordo (3) discordo mais que concordo (4) discordo totalmente

p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.

(1)Concordo plenamente (2) concordo mais que discordo (3) discordo mais que concordo (4) discordo totalmente

q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

(1)Concordo plenamente (2) concordo mais que discordo (3) discordo mais que concordo (4) discordo totalmente

Pontuação_____

7)“Agora vamos falar sobre a sua alimentação habitual dos últimos 12 meses. Gostaríamos de saber o que o (a) Sr (a) come e bebe por dia, por semana ou por mês, como está nesse cartão.

Vou ler alimento por alimento. Diga quais o(a) Sr(a) come ou bebe e em que quantidade.

Podemos começar?”

FREQÜÊNCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS (INDIVÍDUOS COM 12 ANOS OU MAIS) Validado em adultos e Autorizado pela autora – Profa Dra Rosely Schier

PRODUTOS	QUANTIDADE	FREQUÊNCIA							
		Mais de 3x/dia	2 a 3 x/dia	1 x/dia	5 a 6 x/semana	2 a 4 x/semana	1x/semana	1 a 3 x/mês	Nunca/quase nunca
Pimentão	(só a frequência)								
Cenoura	Colher sopa cheia ()								
Beterraba	Fatia ()								
Couve-flor	Ramo ou flor ()								
Ovos	Unidades ()								
Leite	Copo ()								
Iogurte/	Unidade ()								
Queijo	Fatia média ()								
Requeijão	(só a frequência)								
Manteiga ou margarina									
Visceras: fígado, coração, bucho etc.	Pedaco ()								
Carne de boi com osso/mocotó/tabo, etc.	Pedaco ()								
Carne de boi sem osso	1 bife médio, ou 4 colheres sopa de moida ou 2 pedaços ()								
Carne porco	Pedaco ()								
Frango	Pedaco ()								
Salsicha, lingüiça	Unidade ou gomo ()								
Peixe fresco	Filé ou posta ()								
Peixe enlatado (sardinha, atum)	latas ()								
Hambúrguer	Unidade ()								
Pizza	Pedaco ()								
Camarão	Unidade ()								
Bacon e tocinho	Fatia ()								
Maionese	Colher chá ()								
Salgados: kibe, pastel, etc.	Unidade ()								
Sorvete	Unidade ()								
Açúcar	Colher sobremesa ()								
Caramelos, bala	(anote só a frequência)								
Chocolate pó/nescau	Colh. sobremesa ()								
Chocolate barra ou bombom	1 pequeno (30g) ou 2 bombons ()								
Pudim/doce de leite	Pedaco ()								
Refrigerantes	Copo ()								
Café	Xicara ()								
Sucos	Copo ()								
Mate	Copo ()								
Vinho	Copo ()								
Cerveja	Copo ()								
Outras bebidas alcoólicas	Dose ()								

As próximas perguntas se referem ao local onde o(a) Sr(a) costuma fazer suas refeições

Com que frequência o(a) Sr(a) costuma substituir o almoço por lanches (hambúrguer/ salgados) nos dias em que está trabalhando?

- ☐ 2 a 3X/dia
- ☐ 1X/dia
- ☐ 5 a 6X/semana
- ☐ 2 a 4X/semana
- ☐ 1X/semana
- ☐ 1 a 3X/mês
- ☐ Nunca/quase nunca

Com que frequência o(a) Sr(a) costuma comer em restaurantes self service/ a ala carte?

- ☐ 2 a 3X/dia
- ☐ 1X/dia
- ☐ 5 a 6X/semana
- ☐ 2 a 4X/semana
- ☐ 1X/semana
- ☐ 1 a 3X/mês
- ☐ Nunca/quase nunca

No total, quantas refeições o(a) Sr(a) faz por dia, incluindo os lanches e excluindo cafezinho entre os intervalos?
|_|_| refeições

Marque um x nas refeições que o funcionário realiza:

- (1) café da manhã
- (2) lanche da manhã
- (3) almoço
- (4) lanche da tarde
- (5) jantar ou (6) lanche noturno
- (7) ceia

Agora, gostaríamos de informações sobre alguns hábitos alimentares

O(a) Sr(a) usa adoçante artificial?
☐ Sim --> Qual o tipo?

- ☐ Líquido (embalagem transparente)
- ☐ Líquido (embalagem opaca)
- ☐ Pó
- ☐ Stévia
- ☐ Pó para preparações
- ☐ Não

Em sua casa que tipo de ÓLEO/GORDURA é usado no COZIMENTO/PREPARO de refeições? Escolha o óleo de uso mais freqüente.

- ☐ não se usa óleo/gordura
- ☐ margarina
- ☐ manteiga
- ☐ azeite de oliva
- ☐ óleo soja/milho/outros
- ☐ óleo de girassol/canola
- ☐ bacon
- ☐ banha
- ☐ não sei/não se cozinha em minha casa

Que tipo de ÓLEO o(a) Sr(a) costuma usar em saladas? Escolha o óleo de uso mais freqüente.

- ☐ não se usa óleo/gordura
- ☐ azeite de oliva
- ☐ óleo soja/milho/outros
- ☐ óleo de girassol/canola
- ☐ não sei/não se cozinha em minha casa

Quando o(a) Sr(a) come CARNE DE BOI/VACA, PORCO ou CARNEIRO, costuma retirar a gordura visível?

- ☐ nunca/raramente
- ☐ algumas vezes
- ☐ sempre

Quando o(a) Sr(a) come CARNE DE FRANGO ou OUTRO TIPO DE AVE, costuma retirar a pele?

- ☐ nunca/raramente
- ☐ algumas vezes
- ☐ sempre

NOS ÚLTIMOS SEIS MESES o(a) Sr(a) mudou seus hábitos alimentares ou está fazendo dieta por algum motivo? Se for o caso, escolha mais de uma resposta

- ☐ Sim, Qual foi o motivo?
 - ☐ para perda de peso
 - ☐ para redução de colesterol
 - ☐ para redução de sal
 - ☐ dieta vegetariana/redução de carnes
 - ☐ para ganho de peso
 - ☐ por outro motivo. Especificar: _____

[] Não

Consumo de sal

Você usa o saleiro à mesa? (1) Não (2) Sim Freq.: _____ x/Sem

Usa temperos completos no preparo dos alimentos? (1) Não (2) Sim Freq.: _____ x/Sem

Usa temperos em tabletes? (1) Não (2) Sim Freq.: _____ x/Sem

Consumo de água/ dia _____ copos(200ml) = _____ml

Consumo de óleo/mês*família _____ latas N. pessoas família _____

Consumo de Frituras? (1) Não (2) Sim Freq.: _____ x/Sem

Consumo do tipo de gordura: (1) Não (2) Margarina (3) Manteiga



QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA.

_____ Data: ____/____/____

Idade : ____ Sexo: F () M () Você trabalha de forma remunerada: () Sim () Não.

Quantas horas você trabalha por dia: ____ Quantos anos completos você estudou: ____

De forma geral sua saúde está: () Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **última semana**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal
- **SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO**

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

() Sim () Não – Caso você responda não **Vá para seção 2: Transporte**

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você fez na **última semana** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**:

- 1b.** Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, **como parte do seu trabalho**? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

_____ dias por SEMANA () nenhum - **Vá para a questão 1d.**

- 1c.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho** ?

_____ horas _____ minutos

- 1d.** Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**?

_____ dias por SEMANA () nenhum - **Vá para a questão 1f**

- 1e.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

- 1f.** Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**:

_____ dias por SEMANA () nenhum - **Vá para a questão 2a.**

- 1g.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

2a. O quanto você andou na ultima semana de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - Vá para questão 2c

2b. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** andando de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ horas _____ minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro na ultima semana.

2c. Em quantos dias da ultima semana você andou de bicicleta por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - Vá para a questão 2e.

2d. Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

_____ horas _____ minutos

2e. Em quantos dias da ultima semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - Vá para a Seção 3.

2f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA.

Esta parte inclui as atividades físicas que você fez na última semana na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

3a. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **no jardim ou quintal**.

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 3c.**

3b. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?

_____ horas _____ minutos

3c. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**.

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 3e.**

3d. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

3e. Em quantos dias da última semana você fez atividades físicas **vigorosas** **no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a seção 4.**

3f. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER.

Esta seção se refere às atividades físicas que você fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana você caminhou **por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre**?

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 4c**

4b. Nos dias em que você caminha no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

4c. Em quantos dias da última semana você fez atividades moderadas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis :

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 4e.**

4d. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

4e. Em quantos dias da última semana você fez atividades vigorosas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer

Jogging:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para seção 5.**

4f. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas no seu tempo livre quanto tempo no total

você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa,

fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

5a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____ horas _____ minutos

5b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

_____ horas _____ minutos

A classificação é de 150 minutos por semana (acima disso ativo, abaixo sedentário)

TERCEIRA MEDIDA DE PRESSÃO ARTERIAL

**CENTRO COORDENADOR DO IPAQ NO BRASIL– CELAFISCS -
INFORMAÇÕES ANÁLISE, CLASSIFICAÇÃO E COMPARAÇÃO DE RESULTADOS NO BRASIL**

011-42298980 ou 42299643. celafiscs@celafiscs.com.br

www.celafiscs.com.br IPAQ Internacional: www.ipaq.ki.se

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

1-Título do estudo: Síndrome Metabólica e fatores associados: um estudo em trabalhadores do banco do estado do Espírito Santo.

2- Objetivo do estudo:

- ✓ Identificar os indivíduos que possuem mais de três alterações juntas no sangue, como glicose elevada, lipídeos elevados e insulina elevada
- ✓ Identificar indivíduos com pressão alta.
- ✓ Identificar os indivíduos com excesso de peso e obesidade.
- ✓ Identificar o risco de doenças do coração
- ✓ Avaliar se o indivíduo é ativo ou sedentário e se consome alimentos saudáveis.

3-Local de Execução: **Universidade Federal do Espírito Santo- UFES-ES**

Programa de Ciências Fisiológicas –UFES Fone: (27) 3335-7333

4-Nomes e números de telefones dos Investigadores (pesquisadores):

- Profª Ms Luciane Bresciani Salaroli- Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo- UFES/ES. Nutricionista. 9271-4227
- Profª Dra. Nazaré Souza Bissoli- Doutora em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal do Espírito Santo- UFES/ES. Farmacêutica-Bioquímica. Tel:3335-7333
- Profª Dra. Maria del Carmen Bisi Molina - Doutora em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal do Espírito Santo- UFES/ES. Nutricionista

5-Critério de Inclusão dos Indivíduos: **Eu poderei ser incluído (a) no estudo se atender aos seguintes critérios: Estar em plena atividade de trabalho no banco na época do sorteio, ou seja, não estar de férias e nem de licença médica.**

6-Critérios de exclusão dos Indivíduos: **Eu não poderei ser incluída no estudo ou poderei ser excluído se não atender aos critérios de inclusão.**

7-Critérios para o Acompanhamento e Assistência: **Os funcionários selecionados entrevistados por pesquisadores treinados, supervisionados pela nutricionista responsável pelo estudo e investigadores citados no item 4, em uma sala cedida pelo BANESTES no Edifício Palas Center às quintas e sextas à tarde somente em um momento e encaminhados por estes para atendimento médico da empresa periodicamente ou sempre que necessário. Os investigadores juntamente com a equipe médica da empresa, serão responsáveis pela tomada das decisões pertinentes, durante todo o período de execução do projeto.**

8-Descrição do Estudo: O estudo inclui identificar os indivíduos que possuem mais de três alterações juntas no sangue, como glicose, lipídeos e insulina elevados no organismo e risco de doenças do coração nos funcionários do banco do estado do Espírito Santo. Esse estudo visa também avaliar hábitos de vida como tipo de alimentação consumida e nível de atividade física que possam contribuir para o aparecimento dessas alterações. A coleta de dado será feita em 12 meses, com avaliações clínicas, físicas e bioquímicas. Para tanto, serão realizados exames físicos como avaliação do peso, altura e medida da pressão arterial, além de avaliação do tipo de alimentos consumidos e encaminhamento para coletas de sangue em laboratório especializado.

9-Benefícios para o Indivíduo: **Eu poderei conhecer meu quadro clínico atual, incluindo risco de doenças do coração, sendo também orientado e quando necessário encaminhado ao serviço médico da empresa para prevenção e tratamento dos problemas diagnosticados. Poderei também conhecer meus hábitos alimentares e saber se estão adequados e serei orientado quanto aos hábitos inadequados. Ao final da entrevista eu receberei um folder contendo orientações nutricionais para uma alimentação e estilo de vida saudável. Todos os exames de peso, altura circunferências da cintura e quadril, sangue, bem como o atendimento dos**

profissionais de saúde envolvidos no projeto como nutricionistas, farmacêuticos entre outros, serão totalmente gratuitos, sem ônus algum para mim.

10-Risco para o Indivíduo: Os desconfortos são aqueles associados com a coleta de sangue no laboratoriais para realização de exames bioquímicos. Em raras ocasiões, a coleta de sangue em uma veia do meu braço pode provocar um hematoma. Os equipamentos e materiais usados para estes procedimentos serão estéreis e descartáveis.

11- Alternativas para o Estudo: não se aplica

12- Exclusão dos Indivíduos: Eu poderei ser excluída do projeto se não conseguir completar os requisitos de cada etapa.

13-Direitos dos indivíduos para recusar-se a participar ou retirar-se do estudo: Eu entendo que minha participação é voluntária e posso recusar-me a participar ou posso interromper minha participação a qualquer hora, sem penalização.

14-Direitos dos Indivíduos quanto à privacidade: Eu concordo com a publicação dos dados obtidos neste projeto, desde que preservado o sigilo do meu nome. Estou ciente que haverá total proteção à minha participação. Concordo ainda que os resultados poderão estar disponíveis para o serviço médico do BANESTES, observando a privacidade do meu nome.

15-Publicação de informações: As informações coletadas referentes ao projeto estarão disponíveis para a Equipe envolvida no projeto e para BANESTES. Poderão ser publicados atendendo ao item 14.

16-Informação Financeira:

1) Minha participação neste estudo não implica em contrato de trabalho.

2) Eu não receberei qualquer compensação financeira para participar do estudo.

17-Dano à Saúde:

Fui comunicado (a) que qualquer ocorrência que não seja decorrente do estudo e surja durante o estudo, deverá ser comunicada a equipe executora e será feita a comunicação do fato à equipe médica do BANESTES. Neste caso, deverei comunicar à equipe do projeto todas as informações referentes à enfermidade e o seu tratamento. Se existe alguma intercorrência decorrente da pesquisa, chamarei o investigador principal Dra Luciane Bresciani Salaroli, no telefone: (27) 9271-4227.

18-Assinaturas: O estudo foi discutido comigo e todas as questões foram respondidas. Eu entendo que perguntas adicionais relacionadas ao estudo devem ser dirigidas aos investigadores listados no item 4.

Eu entendo que, se tenho dúvidas sobre os direitos dos voluntários, posso contatar o Comitê de Ética da UFES, localizado no endereço: Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. Telefone: (27) 3335-7211, Email: cep.ufes@hotmail.com.

Eu concordo com os termos acima e acuso o recebimento de uma cópia deste consentimento.

Investigador Responsável:

Luciane Bresciani Salaroli_____

Voluntário- Entrevistado_____

Data: ____/____/____

ANEXO A

CARTA DE APROVAÇÃO - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Centro de Ciências da Saúde/UFES

PROJETO DE PESQUISA

Título: Estresse ocupacional em funcionários de uma rede bancária da grande Vitória/ES

Área Temática:

Pesquisador: Glenda Blaser Petarli

Versão: 1

Instituição: Centro de Ciências da Saúde ((CCS-UFES))

CAAE: 03978612.5.0000.5060

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 65405

Data da Relatoria: 01/08/2012

Apresentação do Projeto:

O presente estudo será desenvolvido a partir dos dados coletados no Projeto de Pesquisa intitulado: "Síndrome metabólica, resistência à insulina e fatores associados: um estudo em funcionários de uma rede bancária da grande Vitória/ES, Brasil", registrado no CEP do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo sob o nº 059/08,

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a prevalência de estresse ocupacional e sua associação com variáveis socioeconômicas, variáveis demográficas, antropométricas, características do trabalho e hábitos de vida em funcionários de uma rede bancária da grande Vitória/ES. Analisar a associação entre estresse ocupacional, síndrome metabólica e seus componentes e resistência à insulina em funcionários de uma rede bancária da grande Vitória/ES.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Realmente, não há riscos que podem ser atribuídos ao desenvolvimento desta pesquisa. Quanto aos benefícios, estes seriam o conhecimento do nível de estresse dos trabalhadores frente à sua percepção das demandas psicológicas, controle sobre o processo de trabalho e apoio social, bem como sua associação com desordens físicas e psicossociais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa sobre stress relacionado a análise de dados secundários de um estudo sobre síndrome metabólica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE apresentado é referente ao estudo "Síndrome Metabólica e fatores associados: um estudo em trabalhadores do banco do estado do Espírito Santo" e não fez menção a análise do stress ocupacional em seus objetivos.

O instrumento de coleta de dados incluiu o Job Stress Scale

Recomendações:

Nenhuma por se tratar de análise de dados secundários

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O relato foi aprovado pelos membros do CEP.

VITORIA, 02 de Agosto de 2012

Assinado por:
Adauto Emmerich Oliveira