

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**HÁBITOS SAUDÁVEIS E CAPACIDADE PARA O
TRABALHO EM TRABALHADORES DO SERVIÇO
HOSPITALAR DE LIMPEZA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Marlize Tatsch Beltrame

Santa Maria/RS, Brasil

2014

HÁBITOS SAUDÁVEIS E CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA

Marlize Tatsch Beltrame

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Santa Maria/RS, Brasil

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Beltrame, Marlize Tatsch
HÁBITOS SAUDÁVEIS E CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM
TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA / Marlize
Tatsch Beltrame.-2014.
152 p.; 30cm

Orientador: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2014

1. Enfermagem 2. Saúde do Trabalhador 3. Serviço
Hospitalar de Limpeza 4. Avaliação da Capacidade de
Trabalho 5. Atividade Física I. Magnago, Tânia Solange
Bosi de Souza II. Título.

© 2014

Todos os direitos autorais reservados a Marlize Tatsch Beltrame. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: m-beltrame@bol.com.br

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Dissertação de Mestrado

**HÁBITOS SAUDÁVEIS E CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM
TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA**


Elaborada por
Marlize Tatsch Beltrame

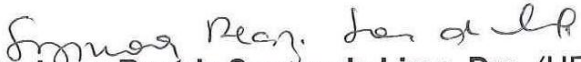
Como requisito para obtenção de grau de
Mestre em Enfermagem

Comissão Examinadora:


Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Dra.
(Presidente/Orientadora)


Ana Lúcia Cardoso Kirchhof, Dra. (UFSC)
(membro efetivo)


Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra. (UFSM)
(membro efetivo)


Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dra. (UFSM)
(membro suplente)

Santa Maria, 31 de março de 2014

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

HÁBITOS SAUDÁVEIS E CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA

AUTORA: MARLIZE TATSCH BELTRAME

ORIENTADORA: TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 31 de março de 2014

Este estudo objetivou avaliar a associação entre hábitos saudáveis e capacidade para o trabalho nos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um hospital universitário público do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa transversal com abordagem quantitativa realizada com 157 trabalhadores, no período de março a abril de 2013. Utilizaram-se o Questionário de Percepção de Hábitos Saudáveis (QPHAS) e a versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). A análise dos dados foi realizada no programa PASW 18.0, por meio da estatística descritiva e multivariada. Encontraram-se 87,9% de trabalhadores do sexo feminino, com idade média de 39,9 anos ($\pm 9,8$); 38,9% com ensino médio completo; renda familiar *per capita* média menor que um salário mínimo nacional (média 0,86 ($\pm 0,47$), mínimo de 0,20 e máximo de 2,95 salários); 65,6% Serventes de Limpeza; 34,4%, Auxiliares de Limpeza de Materiais; com tempo médio de trabalho na instituição de 32,5 meses ($\pm 48,9$); 58,6% necessitaram de atendimento médico no último ano; 6,4% de acompanhamento psicológico e 51% faziam uso de medicação. Em relação à percepção de hábitos saudáveis, 67,5% dos trabalhadores apresentaram alta percepção. Nas dimensões controle do peso corporal, alimentação e atividade física do QPHAS, respectivamente 70,7%, 73,9% e 68,8% apresentaram alta percepção de hábitos saudáveis. Em relação à capacidade para o trabalho atual, 36,6% apontaram 10 como pontuação percebida; em relação às exigências físicas e mentais 44,4% e 63,5% respectivamente apontaram como boa a capacidade atual para o trabalho; 29,9% não apresentaram nenhuma doença diagnosticada pelo médico; 56,1% referiram não ter impedimento para o seu trabalho atual em relação às suas doenças ou lesões; 56,7% não apresentaram nenhuma falta ao trabalho; 77,7% referiram ser boa a possibilidade de daqui a dois anos conseguirem desempenhar o seu trabalho atual; 54,8% referiram estarem sempre satisfeitos com as atividades diárias de seu trabalho; 71% referiram sentir-se continuamente cheios de esperança para o futuro; 79,6% apresentaram boa/ótima capacidade para o trabalho, e 20,4%, baixa/moderada. Evidenciou-se correlação positiva baixa entre o ICT e as dimensões alimentação ($r=0,174$; $p=0,029$) e atividade física ($r=0,207$; $p=0,009$) e no escore geral do QPHAS ($r=0,179$; $p=0,025$). Após ajustes por fatores de confundimento ($p<0,25$), não ter tempo para o lazer se mostrou associado à redução da capacidade para o trabalho (OR=2,26; IC95%=1,268 – 4,015; $p=0,006$). Estes resultados podem subsidiar o planejamento de ações de promoção e de prevenção de agravos à saúde dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza, contribuindo para a manutenção da capacidade para o trabalho.

Descritores: Enfermagem. Saúde do trabalhador. Serviço Hospitalar de Limpeza. Avaliação da capacidade de trabalho. Atividade física.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Graduate Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

HOSPITAL CLEANING SERVICE STAFF'S HEALTHY HABITS AND WORK ABILITY

AUTHOR: MARLIZE TATSCH BELTRAME
ADVISER: TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO
Place and Date of defense: Santa Maria, March 31th 2014

This study aimed to evaluate the relation between healthy habits and work ability of hospital cleaning staff in a university hospital from Rio Grande do Sul. It is a cross-sectional research with quantitative approach developed with 157 workers, from March to April 2013. It was used the Perception of Healthy Habits Questionnaire (QPHAS), and the Brazilian version of Index of Work Capacity (ICT). Data analysis was developed on the software PASW 18.0, through descriptive and multivariate statistics. It was found 87.9% of workers to be female, aged average 39,9 years old ($\pm 9,8$); 38,9% with high school education; average of family income *per capita* lower than the national minimum wage (average 0.86 (± 0.47), minimum of 0.20 and maximum 2.95 wages); 65.6% cleaning servants; 4.4%, Material cleaning helpers; with an average of 32.5 months (± 48.9) of working at the institution; 58.6% needed medical assistance last year, 6.4%, of psychological following and 51% used medication. Regarding to perception of healthy habits, 67.5% of the workers had high perception. Dimensions in body weight control, diet and physical activity QPHAS, respectively, 70.7%, 73.9% and 68.8% showed high awareness of healthy habits. With respect to capacity for the current job, 36.6% identified as 10 score perceived, in relation to the physical and mental demands 44.4% and 63.5% respectively showed how good the current capacity to work, 29.9% showed no disease diagnosed by a physician, 56.1% reported not having impediment to his current work in relation to their illness or injury, 56.7% showed no absence from work; 77.7% reported the ability to be good two years from now they can play their current job, 54.8% reported being always satisfied with the daily activities of their work, 71% reported feeling constantly full of hope for the future; 79.6% had good/great capacity for work, and 20.4% low/moderate. Revealed a low positive correlation between ICT and power dimensions ($r = 0.174$, $p = 0.029$) and physical activity ($r = 0.207$, $p = 0.009$) and overall score QPHAS ($r = 0.179$, $p = 0.025$). After adjustment for confounding factors ($p < 0.25$) factors, not having time for leisure was associated with reduced work ability (OR = 2.26, 95% CI 1.268 to 4.015, $p = 0.006$). These results can inform the planning of promotion and prevention of health hazards to workers Housekeeping, Hospital, contributing to the maintenance of work ability.

Descriptors: Nursing. Occupational Health. Hospital Housekeeping. Work Capacity Evaluation. Motor Activity.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AET – Análise Ergonômica do Trabalho
AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality
AP – Alta Percepção
BP – Baixa Percepção
CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CTMO – Centro de Transplante de Medula Óssea
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEPE – Direção de Ensino Pesquisa e Extensão
GAP – Gabinete de Projetos
HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICT – Índice de Capacidade para o Trabalho
IMC – Índice de Massa Corporal
IPAQ – Questionário Internacional de Atividade Física
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LILACS – Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NEPE – Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
OR – Odds Ratio
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PCMSO – Programa Médico de Saúde Ocupacional
PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
QPHAS – Questionário de Percepção de Hábitos Saudáveis
RS – Rio Grande do Sul
SDO – Sintomas de Distúrbios Osteomusculares
SCIELO – Scientific Electronic Library Online
SHL – Serviço Hospitalar de Limpeza
SO – Sem Opinião Formada
PASW – Statistics Predictive Analytics Software
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
SRQ – Self-Report Questionnaire
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMS – Universidade Federal de Santa Maria

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------|--|----|
| Tabela 1 | Representação descritiva do QPHAS e suas dimensões controle do peso corporal, alimentação e atividade física. Santa Maria/RS, 2013..... | 55 |
| Tabela 2 | Proporção (%) de percepções de hábitos saudáveis dos trabalhadores do SHL analisados em relação às dimensões do QPHAS. Santa Maria/RS, 2013..... | 57 |
| Tabela 3 | Distribuição dos trabalhadores do SHL, segundo relação dos componentes do QPHAS. Santa Maria/RS, 2013..... | 59 |
| Tabela 4 | Distribuição dos trabalhadores do SHL segundo a percepção de hábitos saudáveis e variáveis sociodemográficas. Santa Maria/RS, 2013..... | 60 |
| Tabela 5 | Distribuição dos trabalhadores do SHL segundo a percepção de hábitos saudáveis e variáveis laborais. Santa Maria/RS, 2013..... | 62 |
| Tabela 6 | Distribuição dos trabalhadores do SHL segundo a percepção de hábitos saudáveis e variáveis de saúde. Santa Maria/RS, 2013..... | 64 |
| Tabela 7 | Distribuição dos trabalhadores do SHL de acordo com variáveis do ICT. Santa Maria/RS, 2013..... | 66 |
| Tabela 8 | Distribuição dos trabalhadores do SHL, segundo classificação no ICT. Santa Maria/RS, 2013..... | 67 |
| Tabela 9 | Distribuição dos trabalhadores do SHL de acordo com o ICT e variáveis sociodemográficas. Santa Maria/RS, 2013..... | 68 |
| Tabela 10 | Distribuição dos trabalhadores do SHL de acordo com o ICT e variáveis laborais. Santa Maria/RS, 2013..... | 69 |
| Tabela 11 | Distribuição dos trabalhadores do SHL de acordo com o ICT e variáveis de saúde. Santa Maria/RS, 2013..... | 70 |
| Tabela 12 | Análises bruta e ajustada entre percepção de hábitos saudáveis e capacidade para o trabalho. Santa Maria/RS, Brasil, 2013..... | 71 |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Histograma das dimensões do QPHAS. Santa Maria/RS, 2013 | 56 |
|----------|---|----|

LISTA DE QUADROS

| | | |
|----------|--|----|
| Quadro1 | Índice de Capacidade para o Trabalho, itens e valores referenciais..... | 47 |
| Quadro 2 | Índice de Capacidade para o Trabalho: pontuação, capacidade para o trabalho e objetivos das medidas..... | 50 |

LISTA DE APÊNDICES

| | | |
|------------|--|-----|
| Apêndice A | Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança de Dados..... | 105 |
| Apêndice B | Estudo das tendências em enfermagem sobre hábitos saudáveis e capacidade para o trabalho em trabalhadores..... | 107 |
| Apêndice C | Quadros com a síntese dos artigos incluídos na revisão bibliográfica do estado da arte sobre a temática em foco..... | 115 |

LISTA DE ANEXOS

| | | |
|---------|---|-----|
| Anexo A | Instrumento de coleta de dados..... | 123 |
| Anexo B | Parecer Consubstanciado CEP..... | 143 |
| Anexo C | Autorização do hospital pesquisado..... | 147 |
| Anexo D | Autorização empresa terceirizada..... | 149 |
| Anexo E | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 151 |

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| INTRODUÇÃO | 23 |
| 1.1 Objetivo geral | 27 |
| 1.2 Objetivos Específicos | 27 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 29 |
| 2.1 Saúde do trabalhador..... | 29 |
| 2.2 O Serviço Hospitalar de Limpeza..... | 32 |
| 2.3 Hábitos saudáveis (controle do peso corporal, alimentação saudável e atividade física) | 32 |
| 2.4 O Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT | 34 |
| 2.5 Estado da arte sobre a temática em foco..... | 35 |
| 3 MÉTODO | 43 |
| 3.1 Delineamento do estudo..... | 43 |
| 3.2 Campo de estudo | 43 |
| 3.3 População | 44 |
| 3.4 Coleta dos dados e instrumento de pesquisa | 45 |
| 3.4.1 Questionário de Percepção de Hábitos Saudáveis – QPHAS (Anexo A – Bloco F)..... | 46 |
| 3.4.2 Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT (Anexo A – Bloco G) | 47 |
| 3.5 Organização e análise dos dados | 47 |
| 3.5.1 Análises das variáveis de estudo | 48 |
| 3.5.1.1 Análise das variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde..... | 48 |
| 3.5.1.2 Análise da exposição (hábitos saudáveis)..... | 49 |
| 3.5.1.3 Análise do desfecho (capacidade para o trabalho) | 50 |
| 3.5.2 Avaliação da confiabilidade dos instrumentos..... | 50 |
| 3.5.3 Análise da relação entre exposição (hábitos saudáveis) e desfecho (ICT) | 51 |
| 3.6 Considerações éticas | 51 |
| 4 RESULTADOS | 53 |
| 4.1 Variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde | 53 |
| 4.2 Avaliação da percepção de hábitos saudáveis | 54 |
| 4.3 Avaliação da capacidade para o trabalho | 65 |
| 4.4 Avaliação da relação entre hábitos saudáveis e capacidade para o trabalho | 71 |
| 5 DISCUSSÃO | 73 |
| 5.1 Perfil sociodemográfico, laboral e de saúde dos trabalhadores do SHL..... | 73 |
| 5.2 Quanto às percepções de hábitos saudáveis..... | 74 |
| 5.2.1 Distribuição dos trabalhadores do SHL segundo a percepção de hábitos saudáveis e variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde | 76 |
| 5.3 Avaliação do ICT dos trabalhadores estudados..... | 80 |
| 5.4 Relação entre hábitos saudáveis e Capacidade para o Trabalho | 85 |
| 6 CONCLUSÕES | 87 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 91 |
| REFERÊNCIAS | 94 |
| APENDICE | 105 |
| ANEXOS | 123 |

INTRODUÇÃO

Este estudo faz parte do projeto matricial intitulado “Avaliação das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza”, que objetiva avaliar as condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um hospital universitário público do Rio Grande do Sul. Está inserido no Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, na Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde. No recorte desta pesquisa, assinalou-se como objeto de estudo a associação entre hábitos saudáveis e capacidade para o trabalho em trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um hospital universitário público do Rio Grande do Sul.

Nas últimas décadas, tem sido dado destaque à influência da aquisição e manutenção de hábitos saudáveis na melhoria das condições de vida, saúde e trabalho das pessoas. De acordo com Guedes e Grondin (2002, p. 24), a “prática regular de atividades físicas, alimentação adequada, suficientes horas de sono, uso controlado de bebidas alcoólicas, ausência de tabaco, momentos de lazer”, entre outras práticas saudáveis, são fundamentais e estão associadas a uma melhor qualidade de vida.

Estudos do Ministério da Saúde apontam que o baixo nível de atividade física e a má alimentação são fatores decisivos no desenvolvimento de doenças degenerativas. O sedentarismo é um dos fatores de risco e agravos à saúde, representando um importante problema de saúde pública (BRASIL, 2006, 2011a).

Dessa forma, hábitos saudáveis, controle do peso corporal, alimentação adequada e prática de atividades físicas devem ser amplamente empregados como estratégia para diminuição dos efeitos causados tanto pelas alterações que vêm acompanhadas com o aumento da idade, quanto do mundo do trabalho.

A Saúde do Trabalhador é uma área da Saúde que cuida das relações existentes entre o trabalho e a saúde. Em vigor desde 2004, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde tem como objetivos promover e proteger a saúde dos trabalhadores mediante ações de vigilância aos riscos, às condições e às doenças ocupacionais, bem como organizar e prestar assistência

aos trabalhadores (BRASIL, 2001, 2004). Suas diretrizes são descritas na Portaria nº 1.125, de 6 de julho de 2005, e compreendem entre outros a atenção integral à Saúde do Trabalhador e o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações (BRASIL, 2005).

Entretanto é também necessário considerar o Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, que dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST (BRASIL, 2011b), e a Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012).

Esta pesquisa foi desenvolvida com os trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza (SHL). O setor de higiene e limpeza hospitalar, de acordo com Silva et al. (2010, p. 2), “é o responsável pela remoção de sujeiras, detritos indesejáveis e micro-organismos presentes no ambiente hospitalar, mediante a utilização de processo mecânico e químico. O principal requisito do processo de limpeza hospitalar é a segurança dos pacientes e demais trabalhadores contra infecções e acidentes”. Destaca-se que as citações do autor estão em consonância com o manual da Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 1994).

Levando-se em consideração que os trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza são profissionais que, em sua maioria, possuem baixa escolaridade, baixos salários, desempenham atividades que demandam esforço físico e estão constantemente expostos a riscos ocupacionais (ANDRADE e MONTEIRO, 2007), é importante considerar a articulação entre trabalho e promoção de saúde, de forma que o trabalho promova vida e não adoecimento.

Com relação a isso, historicamente, o trabalho é percebido como fonte causadora de felicidade e prazer, evidenciado pelo progresso pessoal e econômico proporcionado aos indivíduos. Por outro lado, pode apresentar-se como causador de sofrimentos, desgastes físicos, psíquicos e doenças ocupacionais (DEJOURS, 1992; BECK et al., 2009).

Em relação aos trabalhadores do SHL, eles estão expostos a diversos riscos à saúde. Dentre eles, destacam-se os riscos químicos (produtos de limpeza), biológicos (resíduos), psíquicos (doença, sofrimento, morte de pacientes), mecânicos (uso de equipamentos/materiais de trabalho), ergonômicos (posturas, esforços), entre outros. Os trabalhadores do SHL podem desenvolver vários

problemas de saúde relacionados ao trabalho, como estresse, doenças osteomusculares, distúrbios psíquicos, entre outros. Assim sendo, medidas comprometidas com hábitos saudáveis, alimentação adequada e prática de atividades físicas são capazes de detectar precocemente os distúrbios relacionados à saúde e evitar complicações potenciais entre os trabalhadores, dentre essas a redução da capacidade para o trabalho.

Por capacidade para o trabalho se entende que é “o quão bem está ou estará um trabalhador presentemente ou num futuro próximo, e quão capaz ele pode executar seu trabalho, em função das exigências de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais” (TUOMI et al., 2005, p. 9).

A Lei 8080/90, ao tratar das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, incluiu a saúde do trabalhador como um campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). Tais condições são essenciais para a manutenção da capacidade para o trabalho. Assim, é necessário refletir sobre hábitos saudáveis, pois se nota que cada vez menos estão sendo utilizadas as potencialidades corporais visando à saúde do trabalhador.

Nessa direção, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu a atividade física na agenda mundial de saúde pública para a promoção da saúde. Com essa estratégia, a OMS tem por objetivo desenvolver ao máximo possível o nível de *saúde* de todos os povos, considerando a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade (OMS, 2004).

Com base nessa compreensão e considerando que hábitos saudáveis, controle do peso corporal, alimentação adequada e prática de atividade física estão relacionados a aspectos comportamentais expressos por rotinas, hábitos e formas de vida adaptadas ao dia a dia, evidencia-se a repercussão dos mesmos na saúde dos trabalhadores e na sua capacidade para o trabalho. Dessa maneira, esta pesquisa buscou aprofundar o tema por meio da seguinte questão norteadora: existe associação entre hábitos saudáveis e capacidade para o trabalho dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza?

O interesse em pesquisar sobre a referida temática surgiu a partir das discussões levantadas no grupo de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, considerando as características do trabalho dessa população e as poucas pesquisas desenvolvidas direcionadas aos trabalhadores do Serviço

Hospitalar de Limpeza no Brasil. Conforme estudo realizado para analisar as tendências das produções brasileiras de enfermagem na construção do conhecimento sobre atividade física e hábitos alimentares e sua influência na saúde do trabalhador, não foi encontrada tese ou dissertação que abordasse a relação entre hábitos saudáveis e capacidade para o trabalho no SHL (Apêndice B).

Na pesquisa bibliográfica integrativa efetuada para o estado da arte da presente dissertação, “Estudo das tendências em enfermagem sobre hábitos saudáveis e capacidade para o trabalho em trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza”, evidenciou-se a importância das relações entre hábitos saudáveis que reportem para uma melhor saúde do trabalhador. No entanto, constatou-se que são poucos os estudos sobre atividade física com trabalhadores e, principalmente, sobre hábitos alimentares e trabalhadores. O maior número de produções sobre o tema foi relacionado a populações de crianças e adolescentes. Dos estudos publicados que avaliaram as condições de trabalho relacionadas à temática atividade física, estes foram realizados com motoristas (CODARIN et al., 2010), funcionários públicos (CÔRTEZ et al., 2010) e trabalhadores da indústria (DEL DUCA et al., 2011). Também não foram localizados estudos com trabalhadores de Serviço Hospitalar de Limpeza, tampouco estudos avaliando a relação entre hábitos alimentares e capacidade para o trabalho. Todos os estudos revisados apontaram para necessidade de mais pesquisas a serem desenvolvidas com esses trabalhadores.

Além disso, o que também justifica a escolha do tema de pesquisa é o fato de ter participado de um estudo com trabalhadores de enfermagem do Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) em que a atividade física e os hábitos alimentares saudáveis foram estudados (BELTRAME, 2010). Nesse estudo, 90% referiram ser sedentários; no dia a dia conviviam com o conflito de conciliar suas diversas atividades e negligenciar o autocuidado. A análise permitiu identificar que a falta de controle do peso corporal, atividade física e o cuidado com a alimentação se constituem um importante problema de saúde entre os trabalhadores de enfermagem (BELTRAME, 2010). Esse estudo foi desenvolvido em colaboração com o Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria (NEPE/HUSM), quando de fato ocorreram as indagações da problemática da saúde do trabalhador para um âmbito além do da enfermagem.

No contexto dessa ampliação, ressalta-se ainda que esta pesquisa foi realizada com trabalhadores do SHL, pois, na maioria das instituições hospitalares, o

enfermeiro é o responsável pelo gerenciamento do SHL. Função esta assegurada pela Lei 7498/86, artigo 11, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e a prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, assim como de doenças transmissíveis em geral e danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem (BRASIL, 1986).

Diante desse cenário, propôs-se este estudo, que tem como hipótese de pesquisa: os hábitos saudáveis referidos pelos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza estão associados a uma boa/ótima capacidade para o trabalho.

A partir dos resultados, acredita-se ser possível contribuir para fortalecer o conhecimento na área da enfermagem sobre a referida temática; os dados poderão oportunizar importantes estratégias e reflexões aos profissionais, aos gestores e aos trabalhadores, bem como levantar questões para novas pesquisas.

Assim, tendo em vista estas considerações iniciais, foram construídos os objetivos deste estudo.

1.1 Objetivo geral

Avaliar a associação entre hábitos saudáveis e capacidade para o trabalho em trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um hospital universitário público do Rio Grande do Sul.

1.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza segundo variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde.
- Identificar a percepção sobre a adoção de hábitos saudáveis dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza, a partir do Questionário de Percepção de Hábitos Saudáveis.
- Descrever a capacidade para o trabalho dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza por meio do Índice de Capacidade para o Trabalho.
- Analisar a associação entre a percepção sobre a adoção de hábitos saudáveis e sobre a capacidade para o trabalho dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo foi estruturado de forma a apresentar aspectos da literatura que embasaram as análises e discussões dos resultados do estudo. Ele está organizado nos seguintes itens: Saúde do Trabalhador, Serviço Hospitalar de Limpeza, Hábitos Saudáveis (controle do peso corporal, atividade física e alimentação saudável), Capacidade para o Trabalho e estado da arte sobre a temática.

2.1 Saúde do trabalhador

Nos novos processos de trabalho, ao sujeito trabalhador cabe um novo espaço, extremamente disputado e competitivo, com novas regulações, exigências e requisitos, impelindo os sujeitos à construção de novos padrões, valores e relações no trabalho e fora dele (LOPES, 2009). As modificações no processo de trabalho e as novas exigências passam a valorizar a promoção da saúde, cuja estratégia principal é a de, através de um processo de educação, modificar o comportamento das pessoas e seu estilo de vida (MENDES; DIAS, 1991).

A rápida mudança chama a atenção para o enfrentamento dessa situação e coloca novos desafios, entre eles o de garantir boas condições de saúde e o de preservar a autonomia física e capacidade para o trabalho, considerando-se também a alteração etária na população do Brasil (DURAN; COCCO, 2004). Ressalta-se que o Brasil apresenta um significativo processo de envelhecimento populacional, que promoverá importantes transformações na sociedade com repercussões em vários setores, inclusive no mercado de trabalho e no perfil de demandas por políticas públicas (FERREIRA, 2005).

Contudo enfatiza-se que, nas últimas décadas, o ser humano encontra-se menos ativo, favorecendo o aparecimento de disfunções crônico-degenerativas devido ao sedentarismo (LOPES et al., 2010). Por sua vez, a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em novembro de 1986, na cidade de Ottawa, Canadá, foi uma resposta à demanda crescente de uma nova concepção de saúde

para responder à complexidade emergente dos problemas de saúde da atualidade que se relaciona às condições e modos de vida (ALVES, 2003). Assim, a OMS incluiu a atividade física na agenda mundial de saúde pública, lançando a Estratégia Global de Alimentação, Atividade Física e Saúde (HALLAL, 2007).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde propõe intervenções no modo de viver (alimentação, atividade física, lazer, redução de riscos e danos, entre outros). Sendo assim, a política nacional de promoção de saúde guarda relação direta entre as práticas de promoção de saúde e as condições/relações de trabalho. Nessa perspectiva, a importância da articulação entre o trabalho e a saúde do trabalhador (CAVALCANTE et al., 2008), considerando que o trabalho tem um lugar fundamental na vida das pessoas, ocupando grande parte de suas vidas.

A promoção da saúde busca, também, modificar as condições de trabalho, pois o trabalhador tem direito a um ambiente laboral que não seja causador de doença, sofrimento e dor. Aliada a melhorias no posto de trabalho, a instituição de programas que promovam a qualidade de vida do trabalhador por parte dos Serviços de Saúde do Trabalhador pode agir positivamente sobre os profissionais, incentivando-os a adotarem hábitos saudáveis de vida (MAGNAGO, 2010).

O ambiente de trabalho se constitui em um ambiente privilegiado para as ações de educação para a saúde, pois é o espaço organizacional em que o indivíduo passa grande parte do seu dia e onde deve receber orientações voltadas para a promoção e proteção à saúde. Saúde e trabalho nem sempre foram entendidos como fenômenos interligados. Entretanto, na atualidade, essa relação se encontra estabelecida e se fazem reconhecidos tanto o valor positivo do trabalho, para a manutenção e equilíbrio da saúde, quanto sua influência negativa na saúde do trabalhador (FERNANDES et al., 2006).

A articulação entre trabalho e promoção da saúde passa pela adoção de posicionamento político, crítico e consciente em defesa da saúde e pelo direito ao trabalho que promova vida e não adoecimento (CAVALCANTE et al., 2008).

Apesar do conhecimento sobre estas questões estar relacionado com a atitude que uma pessoa tem a esse respeito, apenas as informações não garantem mudanças comportamentais, sendo necessária motivação para a prática, já que envolve uma complexa interação de diversas variáveis psicológicas, sociais, ambientais e até genéticas. O conhecimento, a atitude, as experiências anteriores, o apoio social de familiares e amigos, a disponibilidade de espaço e instalações, a

falta de tempo e de recursos financeiros, dentre outros, dificultam ou predisõem a modificação comportamental (MARANI, OLIVEIRA e GUEDES, 2006).

As atitudes do trabalhador são parâmetros importantes para sua permanência no trabalho, destinando-se a cada um a responsabilidade pela sua situação. Trabalhar não é apenas produzir riquezas econômicas, é também uma maneira de produzir a si mesmo (LOPES, 2009). Diante deste cenário, é importante considerar que a prática regular de atividade física, bem como a manutenção do peso saudável, devem ser aplicadas nas diferentes estratégias de prevenção de doenças (RODRIGUES e PHILIPPI, 2008).

Desse pressuposto, ressalta-se a importância da aquisição e manutenção de hábitos saudáveis. Para isso, é necessário abordar a relação entre atividade física e saúde, bem como a importância de aliar esta prática a uma alimentação adequada (GUEDES e GRODIN, 2002).

Deve-se levar em consideração a Portaria nº 1.125/GM, de 6 de julho de 2005, que estabelece que toda política de saúde do trabalhador para o SUS tenha por propósito a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores. Estabelece que as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelo SUS sejam organizadas em todos os seus níveis de atenção, a partir das seguintes diretrizes: atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, os processos e agravos relacionados ao trabalho, a adequação e ampliação da capacidade institucional; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2005).

Assim, as aproximações possíveis entre as práticas de Vigilância em Saúde do Trabalhador e o enfoque de Promoção de Saúde devem se integrar de forma mais efetiva às ações de promoção de saúde (ALVES, 2003). E o desafio dos nossos dias são a incapacidade e o descaso dos trabalhadores, expressos na desatenção e descuido em dar ouvidos e atenção às suas dores e sofrimentos.

2.2 O Serviço Hospitalar de Limpeza

O Serviço Hospitalar de limpeza é composto por trabalhadores que atuam em ambiente hospitalar e, de acordo com Andrade e Monteiro (2007, p. 2), “os mesmos têm baixa escolaridade, baixos rendimentos, possuem problemas de saúde relacionados ao trabalho (doenças osteomusculares, dorsocervicolombalgias, estresse e outras), estão expostos a riscos químicos, desenvolvem atividades que requerem esforço físico, além de terem uma inserção precoce no mercado de trabalho”.

De acordo com Martarello e Benatti (2009, p.2), “uma classe esquecida que interage direta ou indiretamente com o atendimento ao paciente e com condições de saúde e segurança dos trabalhadores, pacientes e do ambiente hospitalar”.

Conforme determina o Manual do Ministério da Saúde – Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 1994), o setor de higiene e limpeza hospitalar é o responsável pela remoção de sujeiras, detritos indesejáveis e micro-organismos presentes no ambiente hospitalar, mediante a utilização de processo mecânico e químico.

2.3 Hábitos saudáveis (controle do peso corporal, alimentação saudável e atividade física)

Especialistas da Universidade de Brasília apontam que o brasileiro está cada vez mais obeso e com a alimentação menos balanceada. Hábitos não saudáveis, má alimentação e a falta de atividades físicas são as causas do aumento nos números de obesidade (BRASIL, 2011a). Quanto maior o peso, maior o Índice de Massa Corporal (IMC) e maior é o risco de o indivíduo ser acometido por doenças crônicas não transmissíveis, tais como hipertensão, diabetes e dislipidemias (BRASIL, 2006).

Em consonância com os propósitos da Estratégia Global da OMS em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde e de acordo com Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável (BRASIL, 2008;

OMS, 2004), os alimentos e as refeições são saudáveis quando preparados com alimentos variados, com tipos e quantidades adequadas às fases do curso da vida, compondo refeições coloridas e saborosas que incluem alimentos tanto de origem vegetal como animal (BRASIL, 2008).

A alimentação pouco saudável e a falta de atividade física são, pois, as principais causas das doenças não transmissíveis mais importantes, como as cardiovasculares, a diabetes tipo dois e determinados tipos de câncer e contribuem substancialmente para a carga mundial de morbidade, mortalidade e incapacidade (OMS, 2004).

Dessa forma, são pertinentes as citações dos autores. “Deixe que a alimentação seja o seu remédio e o remédio a sua alimentação” (Hipócrates). “O destino das nações depende daquilo e de como as pessoas se alimentam” (Brillat-Savarin, 1825) (BRASIL, 2008, p.15).

Estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com base em dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde mostram que os avanços da medicina têm proporcionado vida mais longa à população, mas isso não significa que as pessoas estejam vivendo melhor (IPEA, 2009).

Nessa perspectiva, observa-se que a OMS incluiu a atividade física na agenda mundial de saúde pública para a promoção da saúde. O sedentarismo é um dos fatores de risco e agravos à saúde. A atividade física cumpre um importante papel preventivo terapêutico, devendo ser parte integrante das práticas em saúde (BRASIL, 2011a).

De acordo com a Constituição Brasileira, em seu artigo 196, a saúde é definida como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Levando em consideração que os níveis de atividade física da população adulta são baixos e ocorre o consumo de alimentos não saudáveis, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, é importante considerar o Plano de Ações Estratégicas para o

Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) do Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2011c).

Com esse entendimento, é necessário reduzir o nível de exposição e os principais riscos associados a uma alimentação pouco saudável e à falta de atividade física, e as doenças geralmente previsíveis que estas provocam (OMS, 2004).

Portanto, hábitos saudáveis (controle do peso corporal, alimentação saudável e a prática de atividades físicas) devem ser empregados como estratégia para diminuição dos efeitos causados pelas alterações de saúde que vêm acompanhadas com o aumento da idade em trabalhadores.

2.4 O Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT

As condições de trabalho, quando inadequadas, afetam diretamente a saúde dos trabalhadores, causando desgaste físico, emocional e sofrimento. Esse desgaste pode afetar a capacidade para o trabalho. Com o aumento progressivo da idade, pode ocorrer diminuição do envolvimento em atividades físicas da vida diária, levando a decréscimo da capacidade física. O baixo nível de atividade física é fator decisivo no desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas (BRASIL, 2011a). O esgotamento físico, a má alimentação potencializam seus respectivos efeitos e criam condições reduzindo a capacidade para o trabalho em razão inversa ao bem-estar físico.

Preocupados com as questões relacionadas ao envelhecimento precoce do trabalhador e a conseqüente perda da capacidade laboral, um grupo de pesquisadores do Finnish Institute of Occupational Health desenvolveu em 1997 uma metodologia conhecida como Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Esse índice foi difundido e atualmente é utilizado em vários países por serviços de atenção à saúde dos trabalhadores. O ICT é considerado um eficiente indicativo de avaliação e de acompanhamento de questões relacionadas à saúde no trabalho (TUOMI et al., 2005).

O ICT é um questionário que tem sido utilizado para identificar precocemente situações de perda da capacidade laboral, visando também auxiliar na prevenção de

doenças, na manutenção da saúde dos trabalhadores e na melhoria da qualidade de vida no trabalho (RAFFONE; HENNINGTON, 2005). Pode ser utilizado para acompanhamento individual, em grupos ou setores.

O ICT é calculado com base nas respostas dos trabalhadores a questões referentes às demandas do trabalho, estado de saúde, capacidades físicas, mentais e sociais. Nele, considera-se a avaliação subjetiva da percepção do trabalhador sobre o seu problema de saúde, documentações prévias de doenças diagnosticadas por médico ou licença para tratamento de saúde.

2.5 Estado da arte sobre a temática em foco

Trata-se de uma revisão bibliográfica acerca da produção científica da área da saúde sobre a temática hábitos alimentares saudáveis, atividade física e saúde do trabalhador desenvolvida pela pesquisadora para respaldar o presente estudo.

A seleção dos artigos foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), utilizando os descritores: hábitos alimentares, atividade física e saúde do trabalhador. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos na íntegra sobre a temática em tela, publicados em português, inglês ou espanhol. Foram excluídos: teses, dissertações, monografias e capítulos de livros. A busca foi realizada pelo acesso on-line nos meses de maio e junho de 2012 e atualizada em fevereiro de 2014.

Na base de dados LILACS, encontraram-se 1271 produções, com o descritor “atividade física”, e após, associando o descritor “saúde do trabalhador”, permaneceram 10 trabalhos. Na busca com o descritor “hábitos alimentares” foram encontradas 1369 produções e, associando o descritor “saúde do trabalhador”, permaneceram quatro produções. Ao serem associados todos os descritores “atividade física”, “hábitos alimentares” e “saúde do trabalhador”, zerou a busca. Em fevereiro de 2014, a busca foi atualizada com os três descritores concomitantemente e também se manteve zerada.

Na SCIELO, foram encontradas 1789 produções, utilizando-se o descritor “atividade física”. Ao ser associado o descritor “saúde do trabalhador” permaneceu

uma produção. A busca utilizando o descritor “hábitos alimentares” localizou 574 produções. Porém, associando-se o descritor “saúde do trabalhador”, zerou a busca. Associando-se todos os descritores “atividade física”, “hábitos alimentares” e “saúde do trabalhador”, não foram encontradas estudos. Ao ser atualizada a busca, em fevereiro de 2014, com os descritores “atividade física” e “saúde do trabalhador” foram encontradas duas produções de 2013. Associando-se os descritores “hábitos alimentares” e “saúde do trabalhador” não foram encontrados estudos, bem como quando associados os três descritores.

Assim, optou-se por avaliar os artigos encontrados com as estratégias de busca “atividade física” and “saúde do trabalhador” e “hábitos alimentares” and “saúde do trabalhador”. Não houve repetição das produções, sendo analisadas 17 produções. Destas, 14 foram incluídas e três excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão (duas teses e um livro). Dos artigos incluídos, 11 eram sobre atividade física (oito na LILACS e três na SCIELO). Sobre hábitos alimentares foram encontrados três artigos na LILACS.

Para a análise e síntese dos artigos foram construídos quadros que contemplaram os seguintes aspectos: referência completa do artigo, objetivo do estudo, método, resultados e conclusões (Apêndice C). Após a observação e definição das informações a serem extraídas dos artigos, eles foram classificados de acordo com os descritores, atividade física e hábitos alimentares e com as bases de dados LILACS e SCIELO.

Os artigos foram analisados na íntegra. Procurou-se analisar as evidências disponíveis na literatura sobre hábitos alimentares e atividade física. Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa e à classificação do nível de evidências, foi usada a classificação de 1998, da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos da América, na qual os níveis de evidências são classificados em seis níveis (STELER et al., 1998).

Como resultados, encontraram-se estudos de revisão, descritivos e transversais, evidenciando-se artigos com nível de evidência quatro. Também, dois estudos com delineamento experimental (ensaio clínico randomizado), com nível de evidência dois. Foram analisadas 11 publicações nacionais e três internacionais, sendo estas publicadas no Chile, Costa Rica e Venezuela.

Em relação à síntese dos artigos com os descritores “atividade física” e “saúde do trabalhador” na base de dados LILACS (Apêndice C, Quadro 1) no artigo

de Del Duca et al. (2011), intitulado “Inatividade física no lazer em trabalhadores da indústria do Rio Grande do Sul, Brasil”, os participantes da pesquisa foram 2.265 trabalhadores, sendo a maioria homens. Obteve-se como resultado da pesquisa uma prevalência de 45,6% de inatividade física no lazer (IC95%: 43,5 - 47,6), associando-se com: sexo feminino, ter companheiro(a), ser fumante, não estar satisfeito(a) com o peso corporal e apresentar percepção negativa de bem-estar no lazer.

O estudo de Papini et al. (2010) foi realizado com 200 trabalhadores (71 homens e 129 mulheres) do Município de Rio Claro e região, com o objetivo de verificar associações entre severidades ocupacionais e nível de atividade física no lazer em trabalhadores. Constataram que o tempo da jornada diária de trabalho, realização de horas extras e a intensidade do trabalho não foram associados à inatividade física no lazer em trabalhadores. Somente a disposição no fim da jornada de trabalho foi associada à inatividade física no lazer, mostrando que trabalhadores que têm alguma disposição depois do trabalho são mais ativos no tempo de lazer.

No estudo proposto por Côrtes et al. (2010) foi avaliado o sedentarismo em 674 funcionários de uma empresa pública, objetivando discutir as nuances da definição de indivíduo ativo e sedentário, através de diferentes métodos descritos na literatura médica, bem como verificar a incidência de sedentarismo e o perfil dessa população. Obteve-se como resultado uma incidência de 25% de sedentarismo, sem correlação definitiva com idade, sexo ou índice de massa corporal (IMC). Constatou-se que existe necessidade e é de extrema importância a prática de atividade física nas empresas como forma de redução dos fatores de risco cardiovasculares.

Codarin et al. (2010) desenvolveu um estudo intitulado “Associação entre prática de atividade física, escolaridade e perfil alimentar de motoristas de caminhão”, objetivando obter maiores esclarecimentos sobre os fatores ocupacionais, sociodemográficos, antropométricos e alimentares associados à prática de atividade física insuficiente entre motoristas de caminhão que trabalham de dia ou à noite. Participaram 470 motoristas. Constatou-se que a prática de atividade física está associada ao maior nível de escolaridade (OR=1,84; IC=1,22-2,76) e menor consumo de bebidas alcoólicas (OR=1,59; IC=1,04-2,45). Maior ingestão de cereais integrais (OR=1,63; IC=1,08-2,46) foi associada à prática regular de atividade física. No que tange aos trabalhadores noturnos, foi encontrada associação entre a prática regular de atividade física, maior consumo de cereais

integrais (OR=2,02; IC=1,13-3,60) e menor consumo de carboidratos simples (OR=1,91; IC=1,08-3,37).

Na percepção dos autores fica claro que o comportamento e o estilo de vida dos indivíduos e grupos sociais são largamente determinados pelo ambiente físico, socioeconômico e cultural. Dessa forma, é preciso medidas de intervenção comunitárias para mudanças no estilo de vida e adoção de padrões mais saudáveis.

As autoras Battisti, Guimarães e Simas (2005) realizaram um estudo sobre a atividade física e qualidade de vida de 40 operadores de caixa de uma rede de supermercados da Grande Florianópolis. Buscaram investigar a prática da atividade física e a qualidade de vida na percepção desses trabalhadores. Quanto à prática de atividade física, 57% eram adeptos, e a caminhada foi a mais citada, numa periodicidade de 2 a 3 vezes por semana, com duração superior a 30 minutos. Entre os motivos mais referidos que levaram os pesquisados a praticarem atividade física estavam a promoção da saúde e a melhora da aptidão física.

Cabe ressaltar que, para aperfeiçoar o condicionamento e melhorar a saúde, a atividade deve ter um nível de intensidade, periodicidade e duração adequados aos seus objetivos e limitações. Por isso, é essencial identificar o nível de condicionamento de cada indivíduo, bem como quais seus objetivos para a melhoria na qualidade de vida.

Ramos Piñero (2007) discorreu sobre a importância da promoção e prevenção como meio da erradicação do sedentarismo no âmbito laboral, tendo como principal objetivo justificar através de uma abordagem sanitária bioeticista e legal a promoção e prevenção como argumentos para erradicar o sedentarismo no local de trabalho. Cada vez mais se tornam imprescindíveis medidas de promoção e prevenção iniciadas a partir do local de trabalho, para combater o sedentarismo e aumento da atividade física. Independentemente dos objetivos promovidos pela empresa para cumprir com os regulamentos legais, o dever de cumprir com a responsabilidade social, o mérito da transformação social, para que possa ser duradouro e tornar-se uma parte da cultura cotidiana.

O estudo de Carneiro et al. (2007), com o tema Sintomas de Distúrbios Osteomusculares em motorista e cobradores de ônibus, teve por objetivo descrever os sintomas de distúrbios osteomusculares (SDOs) e investigar sua associação com jornada de trabalho, estado nutricional e nível de atividade física. Este estudo foi realizado com 40 motoristas e 39 cobradores de ônibus de viagens intermunicipais.

A prevalência de sobrepeso foi maior nos motoristas (72%) do que nos cobradores (33,3%), as diferenças foram significativas ($p = 0,000$). No entanto, os SDOs não mostraram associação com a jornada de trabalho, o estado nutricional e o nível de atividade física.

O estudo de Salve e Theodoro (2004), com o título “Saúde do trabalhador: a relação entre ergonomia, atividade física e qualidade de vida”, teve por objetivo realizar reflexão a respeito da saúde do trabalhador, e o principal propósito foi analisar os programas que buscam promover e melhorar a qualidade de vida desta categoria. Foi constatada a importância e necessidade de as indústrias e empresas apoiarem e fomentarem programas de prevenção e promoção à saúde do trabalhador, por exemplo: programa de ginástica laboral, programa de atividade física, exercícios de alongamento, musculação, aeróbicos, e atividades de lazer. Devem possuir uma frequência mínima de três sessões semanais, com duração de quinze minutos à uma hora, e devem estar adequados às atividades desenvolvidas e às limitações existentes em cada um dos departamentos e postos de trabalhos. Com o atual e crescente aumento de doenças relacionadas à profissão, os Estados correm o risco de não possuírem recursos nem condições de atender e reabilitar toda esta população afetada.

Em relação à síntese de artigos com os descritores “hábitos alimentares” e “saúde do trabalhador” na base de dados LILACS (Apêndice C, Quadro 2) os autores Villareal e Sara (2003) destacam a importância da nutrição, obesidade, doença, estilo de vida e *stress*, como parte da visão de saúde ocupacional entre os trabalhadores do Hospital La Anexión. Constataram que a população de trabalhadores era em grande parte sedentária, embora a instituição promovesse a prática de exercícios através de oficinas, estilos de vida saudáveis, saúde mental e jogos no trabalho. A má condição física afetava a saúde e o desempenho no trabalho dos servidores do hospital. Apenas uma minoria de trabalhadores usava exercício eficaz para a sua saúde.

O estudo de Scotti e Diaz (1999) teve como objetivo estabelecer a relação entre o desempenho no trabalho e hábitos de saúde e características em 101 trabalhadores de indústria da VIII Região da Associação Chilena de Seguridad.

Recomenda uma série de ações para promover questões de saúde, como: melhorar os hábitos alimentares, promover estilos de vida saudáveis, especialmente os que estão mais relacionados com o desempenho no trabalho, aumentando a

satisfação no trabalho. Esse estudo frisou a importância de uma educação alimentar aliada à prática da atividade física para promover qualidade de vida.

Barros e Nahas (2001), objetivando identificar a prevalência e analisar a associação entre comportamentos de risco à saúde, percepção de estresse e autoavaliação do nível de saúde, em trabalhadores da indústria, evidenciou elevada prevalência de abuso de bebidas alcoólicas (57,2% entre os homens e 18,8% entre as mulheres), e que 46,2% não realizavam atividades físicas no lazer (67% das mulheres e 34,8% dos homens). A associação observada entre sexo e comportamento de risco definiu um perfil bidimensional: nos homens os comportamentos de risco mais prevalentes tomaram a forma de risco direto/ativo (fumar, abuso de bebidas alcoólicas), e nas mulheres tomaram a forma de risco indireto/passivo (inatividade física, estresse). Portanto, cada vez mais fica evidente a importância da prática da atividade física na vida laboral de cada colaborador, dessa forma, cabe a cada empresa buscar auxílio e programar a prática de atividade física diária nas empresas, buscando, assim, maior qualidade de vida e maior produtividade.

Em relação à síntese de artigos com os descritores atividade física e saúde do trabalhador na SCIELO (Apêndice C, Quadro 3), Raffone e Hennington (2005), no artigo “Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem”, com o objetivo de objetivarem a capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem de um complexo hospitalar e sua relação com características individuais e de trabalho. Esse estudo se caracterizou como epidemiológico transversal, com 885 indivíduos.

Constatou-se nessa pesquisa que aqueles trabalhadores com maior escolaridade e que praticavam algum tipo de esporte ou atividade física tinham maiores chances de apresentar boa capacidade para o trabalho. No grupo com reduzida capacidade para o trabalho verificou-se alta prevalência de doenças músculo esqueléticas. Reafirma-se a questão da atividade física para melhorias na atividade laboral, pois o indivíduo saudável trabalha melhor e motiva os outros colaboradores a trabalhar com prazer, por isso é de extrema necessidade que se discutam diferentes intervenções de promoção à saúde do trabalhador, o que se comprova no artigo de Grande et al. (2013a), que disserta sobre diferentes intervenções – ginástica laboral mais as intervenções educativas (cartazes com recomendações de saúde e qualidade de vida e *software* computacional) – de promoção à saúde do trabalhador e seu impacto nos domínios da qualidade de vida

(Saúde, Atividade Física, Ambiente Ocupacional e Percepção da Qualidade de Vida). O estudo refere que, quanto mais for oferecida qualidade de vida no trabalho, melhor será o aproveitamento do colaborador.

Os dados obtidos por Grande et al. (2013a, 2013b) levam a refletir sobre a importância de estratégias combinadas, como a efetuação da prática de atividade física e o entendimento dos componentes do estilo de vida no ambiente de trabalho.

A análise das produções dessa revisão evidencia a importância das relações de hábitos alimentares saudáveis e atividade física que reportem para uma melhor saúde do trabalhador. Sabe-se que todo gestor objetiva alta produtividade, mas, para promover a qualidade de vida dos trabalhadores e garantir que a capacidade de adaptação física dos trabalhadores seja respeitada e eles consigam se adequar às demandas, é preciso que haja uma conscientização dentro do local de trabalho, para preservar a saúde do trabalhador, e prevenir eventuais doenças que possam não só comprometê-lo, como ao seu trabalho e, conseqüentemente, o da empresa.

Os estudos publicados avaliaram as condições de trabalho de outros trabalhadores (motoristas, funcionários públicos, trabalhadores da indústria...), não tendo estudos, com esta temática, com trabalhadores de Serviço Hospitalar de Limpeza. Dessa forma, é notório que são poucos os estudos sobre atividade física com trabalhadores e principalmente sobre hábitos alimentares e trabalhadores.

Avaliando-se a proposta desta revisão, há falta de estudos relativos ao tema com trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza, apontando para o desenvolvimento de maiores pesquisas com estes trabalhadores.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido com os trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um hospital universitário público do Rio Grande do Sul. Nesse delineamento, o objetivo não é descobrir as causas e sim a relação entre os eventos (GIL, 2010).

Nesse sentido, a presente pesquisa procurou analisar a associação entre hábitos saudáveis e capacidade para o trabalho dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza.

3.2 Campo de estudo

O campo de estudo foi um hospital universitário público do Rio Grande do Sul, Brasil. O hospital é órgão suplementar de uma universidade federal, caracteriza-se como um hospital público, geral e universitário, de nível terciário, que tem por finalidade desenvolver o ensino, a pesquisa e a extensão por meio de assistência à comunidade na área da saúde.

É referência de média e alta complexidade, serve como campo de estágio para alunos de graduação e pós-graduação, dos cursos da área da saúde e outras áreas do conhecimento e instituições de ensino da região, viabilizando a assistência multidisciplinar à comunidade e a condução de pesquisas em caráter interdisciplinar.

Os atendimentos prestados à comunidade são realizados nos 291 leitos da Unidade de Internação e nos 37 leitos da Unidade de Tratamento Intensivo, além das 53 salas de ambulatório, 11 salas para atendimento de emergência, nas 06 salas do Centro Cirúrgico e nas 02 salas do Centro Obstétrico.

É composto por 166 docentes das áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina e odonto-estomatologia; 1355 funcionários em nível de apoio

médio e superior; 443 funcionários de serviços terceirizados, além de 342 alunos-estagiários de graduação, residentes, mestrandos e doutorandos.

Toda sua estrutura está à disposição do desenvolvimento de atividades de ensino para os cursos de nível técnico, de graduação e pós-graduação, contribuindo para a formação e especialização de profissionais qualificados e para o desenvolvimento do conhecimento e atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) (HUSM, 2014).

3.3 População

A população envolvida neste estudo foi composta por todos os trabalhadores terceirizados do Serviço Hospitalar de Limpeza do hospital universitário que aceitaram participar de forma livre e espontânea da pesquisa. A população compreendeu os 161 trabalhadores que atuavam nos turnos manhã, tarde e noite. Foram excluídos do estudo os trabalhadores que estavam afastados por qualquer motivo durante todo o período estabelecido para a coleta de dados.

No SHL do hospital em estudo, os trabalhadores realizam atividades de apoio, cuja finalidade é promover a limpeza em toda a instituição, mantendo um aspecto agradável e seguro para os pacientes, profissionais e demais clientes. O quadro funcional do SHL é composto por trabalhadores terceirizados que realizam limpeza de pisos, paredes, vidros, armários, utensílios usados pelo paciente e por profissionais de saúde, transporte de resíduos, serviço de limpeza externa, assim como o recolhimento de resíduos.

A empresa terceirizada tem como objetivo a prestação de serviços de limpeza, portaria, e manutenção predial, para organizações públicas e privadas do sul do país. A estrutura operacional é vinculada à Direção Administrativa, pertencendo a esta a Coordenação de Apoio, a chefia do serviço e cinco supervisoras, sendo uma do quadro funcional do hospital universitário público e quatro da empresa terceirizada. A sala da gerência localiza-se no corredor do subsolo do referido hospital.

As atividades do SHL são realizadas em 30.000 m² de área construída. Para isso, o serviço conta com trabalhadores **serventes de limpeza** e trabalhadores **auxiliares de limpeza de materiais**, distribuídos em equipes de trabalho.

A equipe de desinfecção (serventes de limpeza) é composta por funcionários que realizam atividades de limpeza terminal e desinfecção terminal nos serviços, conforme ficha de desinfecção orientada pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do referido hospital, e, quando solicitado, em caso de retirada do paciente por altas, óbitos e transferências. Outras equipes de serventes de limpeza realizam limpezas de manutenção em todos os setores do hospital, divididos em escalas conforme a necessidade.

Os trabalhadores auxiliares de limpeza de materiais atuam em todos os serviços do hospital, realizando limpeza de equipamentos e instrumentais utilizados por profissionais no atendimento ao paciente (HUSM, 2011).

3.4 Coleta dos dados e instrumento de pesquisa

A coleta de dados foi realizada no período de março a abril de 2013, após a autorização da instituição e da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição da pesquisadora responsável. Foi realizada pela mestranda, enfermeiros do hospital universitário e por acadêmicos de enfermagem previamente capacitados pela pesquisadora responsável. Os trabalhadores foram convidados a participar da pesquisa de forma individual e a responder ao formulário no local onde desempenhavam suas funções, em sala privativa.

O Anexo A apresenta o formulário do projeto matricial que contempla doze blocos distintos, os quais estão assim desenhados:

- **BLOCOS A, B, C e D** – constam questões relacionadas às Variáveis Sociodemográficas, Laborais e de Saúde dos trabalhadores.
- **BLOCO E** – questões relacionadas ao Questionário Internacional de Atividade Física – versão curta – IPAQ (MATSUDO e col., 2001).
- **BLOCO F** – questões relacionadas ao Questionário de Percepção de Hábitos Saudáveis – QPHAS (GUEDES e GRONDIN, 2002).

- **BLOCO G** – questões relacionadas ao Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT (TUOMI et al., 2005)
- **BLOCO H** – questões referentes à Escala Desequilíbrio Esforço-Recompensa (CHOR et al. 2008)
- **BLOCO I** – questões sobre Acidentes de Trabalho
- **BLOCO J** – questões referentes ao Self-Report Questionnaire – SRQ 20 (MARI e WILLIAMS, 1986).
- **BLOCO K** – questões referentes à Dor Musculoesquelética (escala de 0 –10) (JENSEN, KAROLY e BRAVER, 1986).
- **BLOCO L** – questões referentes à versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – SF – 36 (CICONELLI, M.R. et al., 1999).

Para desenvolver esta dissertação foram usados somente os blocos A, B, C, D, F e G, referentes às questões relacionadas às variáveis sociodemográficas, laborais e de Saúde (A, B, C, D), às questões relacionadas à exposição hábitos saudáveis (F), e às referentes ao desfecho capacidade para o trabalho (G), a seguir apresentados.

3.4.1 Questionário de Percepção de Hábitos Saudáveis – QPHAS (Anexo A – Bloco F)

O QPHAS foi desenvolvido no Brasil e validado por Guedes e Grondin (2002). É constituído por 30 questões fechadas, englobando três grupos de questões com 10 itens cada, relacionados ao controle de peso corporal, alimentação saudável e prática de atividades físicas relacionada à saúde.

As opções de respostas às questões são: “concordo totalmente”, “concordo parcialmente”, “discordo parcialmente”, “discordo totalmente” e “não tenho opinião formada” (GUEDES e GRONDIN, 2002).

3.4.2 Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT (Anexo A – Bloco G)

A capacidade para o trabalho foi avaliada através do ICT. Esse instrumento foi desenvolvido pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia, em 1997, e traduzido, validado e adaptado para o português (TUOMI et al., 2005). O ICT é um instrumento utilizado em Serviços de Saúde Ocupacional que revela quão bem um trabalhador é capaz de realizar seu trabalho e pode ser usado como um dos métodos para avaliar a capacidade para o trabalho nos exames de saúde e levantamentos no local de trabalho. Engloba a autoavaliação do trabalhador sobre a sua saúde e a capacidade para o trabalho.

O escore final dos pontos está compreendido entre sete e 49 pontos e retrata o próprio conceito do trabalhador sobre sua capacidade para o trabalho. Com o auxílio do ICT, é possível identificar, em um estágio precoce, trabalhadores e ambientes de trabalho que necessitam de medidas de apoio (TUOMI et al., 2005). É composto por sete itens, totalizando dez questões conforme descritas no Quadro 1.

| Item | Escore alcançáveis |
|--|--------------------|
| 1. Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida. | 0 – 10 |
| 2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho. | 2 – 10 |
| 3. Número atual de doenças diagnosticadas por médico. | 1 – 7 |
| 4. Perda estimada para o trabalho devido às doenças. | 1 – 6 |
| 5. Faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses. | 1 – 5 |
| 6. Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos. | 1, 4, 7 |
| 7. Recursos mentais. | 1 – 4 |

Fonte: Tuomi et al., 2005, p.15.

Quadro 1 – Índice de Capacidade para o Trabalho, itens e valores referenciais.

3.5 Organização e análise dos dados

Os dados foram organizados no programa Epi-Info, versão 6.04 com dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise foi

realizada no PASW Statistics Predictive Analytics Software, da SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Inc., Chicago, – USA, versão 18.0 for Windows.

3.5.1 Análises das variáveis de estudo

3.5.1.1 Análise das variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde

O perfil dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza foi caracterizado segundo variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde, conforme Anexo A – Blocos A, B, C, D.

A escolha dessas variáveis decorreu da revisão da literatura sobre o tema. A análise foi efetuada conforme se segue.

As **variáveis sociodemográficas** foram avaliadas da seguinte forma: idade (anos completos); sexo (feminino e masculino); escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, graduação incompleta, graduação completa, pós-graduação incompleta, pós-graduação completa); cor (branca, preta, parda, amarela, indígena); situação conjugal (casado(a) ou companheira(o), solteiro(a) ou sem companheiro(a), viúvo(a) /separado(a) ou divorciado(a); número de filhos (nenhum, um filho, dois filhos, três filhos, mais de três filhos).

As **variáveis laborais** foram avaliadas da seguinte forma: turno de trabalho (manhã, tarde, noite, misto); tempo de trabalho nesse turno (mês, ano); carga horária semanal (horas); tempo de trabalho nesta instituição (mês, ano); número de pessoas na escala de trabalho (suficiente, insuficiente); função (servente de limpeza, auxiliar de limpeza); tempo de trabalho nessa função (mês, ano); tempo de lazer (sim, não, às vezes); possui outro emprego (sim, não); horas extras (sim, não); recebe treinamento (sim, não, às vezes).

As **variáveis de saúde** foram avaliadas da seguinte forma: fuma (não, nunca fumei; sim, fumo; fumei, mas parei); há quanto tempo você parou de fumar (mês, ano); número de cigarros consumidos por dia; consome bebida alcoólica (não, sim); faz uso de medicação (sim, não); por indicação médica (sim, não); precisou de

atendimento médico (sim, não); atendimento psicológico (sim, não); altura (cm); peso (kg); circunferência abdominal (cm); pressão arterial (mm/Hg); horas de sono (horas).

Na análise, primeiramente, foi utilizada a estatística descritiva (média, mediana, desvio padrão, intervalo interquartil, mínimo, máximo, frequências absolutas e relativas) de acordo com o tipo de variável e distribuição de normalidade. Após, foram utilizadas análises bivariadas para fins de verificação de associação entre a exposição e o desfecho com cada uma das variáveis de estudo. Nessas associações, adotou-se um nível de confiança de 95% ($p < 0,05$).

3.5.1.2 Análise da exposição (hábitos saudáveis)

Para a avaliação da exposição foi usado o instrumento: Questionário de Percepção de Hábitos Saudáveis (QPHAS) – Anexo A – Bloco F.

Na análise do Questionário de Percepção de Hábitos Saudáveis – QPHAS foi considerado que cada questão apresenta alternativas de resposta equivalentes à pontuação entre zero e 4, sendo possível alcançar pontuação máxima de 120 pontos (30 questões x 4). O valor 4 corresponde à melhor percepção e o valor 1 à pior percepção. O valor zero é atribuído às questões sobre as quais não há opinião formada (GUEDES; GRONDIN, 2002).

A pontuação é fixa para as opções, ou seja, "concordo totalmente (4 pontos), concordo parcialmente (3 pontos), discordo parcialmente (2 pontos), discordo totalmente (1 ponto) e não tenho opinião formada (0)". O questionário tem 30 questões, e 15 questões (50%) têm pontuação reversa, em que a pontuação se inverte. São as seguintes questões que têm pontuação reversa: 2; 5; 6; 8; 10; 11; 14; 16; 17; 18; 21; 23; 24; 26; 29.

A partir da estatística descritiva do QPHAS, as pontuações de cada dimensão (controle de peso corporal, alimentação saudável e prática de atividades física relacionada à saúde) foram dicotomizadas em Alta percepção e Baixa percepção.

3.5.1.3 Análise do desfecho (capacidade para o trabalho)

Para avaliação do desfecho foi utilizado o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) – Anexo A, Bloco G.

O ICT é composto por sete itens relacionados às demandas físicas e mentais do trabalho, estado de saúde e capacidade funcional, conforme descrito no Quadro 4 do item 3.4.2. O cálculo do índice é feito pela soma de pontos atribuídos para cada um dos itens, conforme descrito em Tuomi et al. (2005, p. 15-7), podendo variar de 7 a 49 pontos. Esse número retrata a avaliação do próprio trabalhador sobre sua capacidade para o trabalho.

| Pontos | Capacidade para o trabalho | Objetivos das medidas |
|---------|----------------------------|---|
| 07 – 27 | Baixa | Restaurar a capacidade para o trabalho. |
| 28 – 36 | Moderada | Melhorar a capacidade para o trabalho. |
| 37 – 43 | Boa | Melhorar a capacidade para o trabalho. |
| 44 – 49 | Ótima | Manter a capacidade para o trabalho. |

Fonte: Tuomi et al., 2005, p. 11.

Quadro 2 – Índice de Capacidade para o Trabalho: pontuação, capacidade para o trabalho e objetivos das medidas

Para as análises bivariadas e multivariadas as categorias Baixa, Moderada, Boa e Ótima capacidade para o trabalho foram dicotomizadas em Baixa/moderada (07 a 36 pontos) e Boa/ótima capacidade para o trabalho (37 a 49 pontos).

3.5.2 Avaliação da confiabilidade dos instrumentos

A avaliação da confiabilidade foi realizada por meio da estimação da consistência interna dos instrumentos, utilizando-se o coeficiente Alpha de

Cronbach, a fim de verificar a fidedignidade da medida a que o instrumento se propõe, de maneira que valores acima de 0,40 são confirmativos para este fim (BAILAR; MOSTELLER, 1992).

Para avaliação da aderência dos dados à distribuição normal, ou não, foi utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov (FIELD, 2009).

3.5.3 Análise da relação entre exposição (hábitos saudáveis) e desfecho (ICT)

Regressões multivariadas foram utilizadas para identificar a associação ajustada por fatores de confundimento entre hábitos saudáveis e capacidade para o trabalho. Nessas análises, as variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde foram consideradas como variáveis de confundimento se associadas tanto ao desfecho quanto à exposição ($p \leq 0,25$), utilizando-se o qui-quadrado. A medida de efeito utilizada foi a *Odds Ratio* (OR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%).

Para avaliar a correlação entre as pontuações dos hábitos saudáveis e do ICT foi utilizada a Correlação de Pearson.

3.6 Considerações éticas

Foram observadas e atendidas as condições éticas e legais expressas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, sendo encaminhada uma solicitação a fim de obter autorização para o desenvolvimento da pesquisa (Anexo D).

O projeto de pesquisa foi registrado junto ao Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Posteriormente, foi submetido à apreciação e aprovado pela Direção de Ensino Pesquisa e Extensão (DEPE) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) (Anexo C); bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob CAAE (Certificado de

Apresentação para Apreciação Ética) n. 13106313.1.0000.5346, em 26 de fevereiro de 2013 (Anexo B).

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, foram respeitados todos os aspectos recomendados na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), no que tange à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo E), à confidencialidade dos dados (Apêndice A), ao anonimato dos participantes, aos riscos e benefícios da pesquisa.

O TCLE foi assinado em duas vias, uma ficou de posse do sujeito da pesquisa e a outra de posse dos pesquisadores. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Centro de Ciências da Saúde/UFSM, prédio 26, sala 1339, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof^a Dr^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. Após esse período, os questionários serão destruídos (incinerados).

A presente pesquisa apresentou riscos mínimos aos participantes, ou seja, algum desconforto ao responderem o questionário, porém as dúvidas foram esclarecidas sempre que os sujeitos acharam necessário. Foi respeitada a decisão dos trabalhadores de participar ou não da pesquisa, bem como sua desistência a qualquer momento.

Os benefícios foram indiretos. As informações coletadas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento em Saúde e Enfermagem. Servirão para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática. Contribuirão numa perspectiva de Promoção e Educação em Saúde, proporcionando benefícios aos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza e à instituição de uma maneira geral.

4 RESULTADOS

Dos 161 trabalhadores do SHL, dois (1,2%) foram excluídos do estudo por estarem em licença para tratamento de saúde, durante o período de coleta de dados. A população elegível foi composta por 159 trabalhadores. Destes, 157 responderam ao questionário (98,7%). As perdas (N=2; 1,3%) resultaram da não adesão ao estudo.

4.1 Variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde

No que se refere às **variáveis sociodemográficas**, predominaram trabalhadores do sexo feminino (87,9%), com idade média de 39,9 anos ($\pm 9,8$), mínimo 19 e máximo 60 anos, de raça autorreferida branca (63,7%); casados e/ou com companheiro(a) (64,3%), com um filho (28,0%), com ensino médio completo (38,9%) e renda familiar *per capita* média menor que um salário mínimo nacional (média 0,86 ($\pm 0,47$); mínimo 0,20 e máximo 2,95 salários).

As **variáveis laborais** apontaram predomínio de **Serventes de Limpeza** (65,6%), seguidos pelos **Auxiliares de Limpeza de Materiais** (34,4%), com tempo médio de trabalho na instituição de 32,5 meses ($\pm 48,9$) e trabalhando na função havia 24,5 meses ($\pm 39,7$). Desempenhavam suas atividades no turno de trabalho diurno (80,9%), referiram que o número de trabalhadores na escala de trabalho era suficiente (72,6%) e estavam satisfeitos com a remuneração (65,9%). Em maior percentual referiram não possuir outro emprego (88,5%), não fazer horas extras (67,7%), e receber treinamentos na instituição (72%).

Quanto às **variáveis de saúde**, em maior percentual nunca fumaram (50,3%), não consumiam álcool (89,2%) e não faziam uso de drogas (98,7%). Quanto à necessidade de atendimento no último ano, 58,6% precisaram de atendimento médico, e 6,4%, de acompanhamento psicológico. Destes, 51% faziam uso de medicação. A média de horas de sono por dia era de 7,1 horas ($\pm 1,6$) e 59,2% referiram ter tempo de lazer. Em relação à análise do Índice de Massa Corporal

(IMC), verificou-se que 27,4% (N=43) dos trabalhadores apresentaram peso normal, 1,9% (N=3) estavam abaixo do peso e 70,7% (N=111) dos trabalhadores do SHL apresentam-se com aumento de peso corporal assim distribuído: 36,9% (N=58) encontram-se pré-obesos e 33,8% (N=53) encontram-se com obesidade graus I, II e III.

4.2 Avaliação da percepção de hábitos saudáveis

A análise descritiva do QPHAS está apresentada na Tabela 1 e na Figura1.

Tabela 1 – Representação descritiva do QPHAS e suas dimensões controle do peso corporal, alimentação e atividade física. Santa Maria/RS, 2013. (N=157)

| Dimensões do QPHAS | Média | DP | Percentis | | | Mínimo | Máximo | Alfa de Cronbach | p** |
|----------------------------|-------|-------|-----------|------|-------|--------|--------|------------------|-------|
| | | | 25 | 75 | 50 | | | | |
| Controle do Peso Corporal* | 78,09 | 11,34 | 72,5 | 77,5 | 85,0 | 38 | 100 | 0,51 | 0,001 |
| Alimentação* | 78,15 | 12,08 | 70,0 | 77,5 | 86,5 | 33 | 100 | 0,43 | 0,000 |
| Atividade Física* | 79,17 | 9,84 | 72,5 | 80,0 | 85,0 | 48 | 100 | 0,40 | 0,038 |
| Escore Geral | 94,17 | 10,26 | 88,0 | 96,0 | 101,5 | 55 | 120 | 0,67 | 0,002 |

*Fórmula proporcional. ** Teste Kolmogorov-Smirnov

Observou-se que, em média, a percepção de hábitos saudáveis dos sujeitos estudados foi alta ($94,17 \pm 10,26$). Ao serem analisadas as médias das pontuações obtidas em cada dimensão do QPHAS, identificou-se que os trabalhadores do SHL apresentaram boas pontuações quanto à percepção sobre hábitos saudáveis. No escore total do QPHAS, de um total de 120 pontos, a média foi de 94,17 pontos ($\pm 10,26$), com mínimo de 55 e máximo de 114 pontos. De acordo com o Teste de Komogorov-Smirnov, as pontuações não foram homogêneas ($p < 0,05$), atestando a assimetria dos dados. A consistência interna geral do QPHAS foi superior às evidenciadas nas dimensões isoladamente. De acordo com Bailar e Mosteller (1992) elas são satisfatórias.

A Figura 1 mostra os histogramas com as pontuações em cada dimensão do QPHAS e do escore geral do QPHAS.

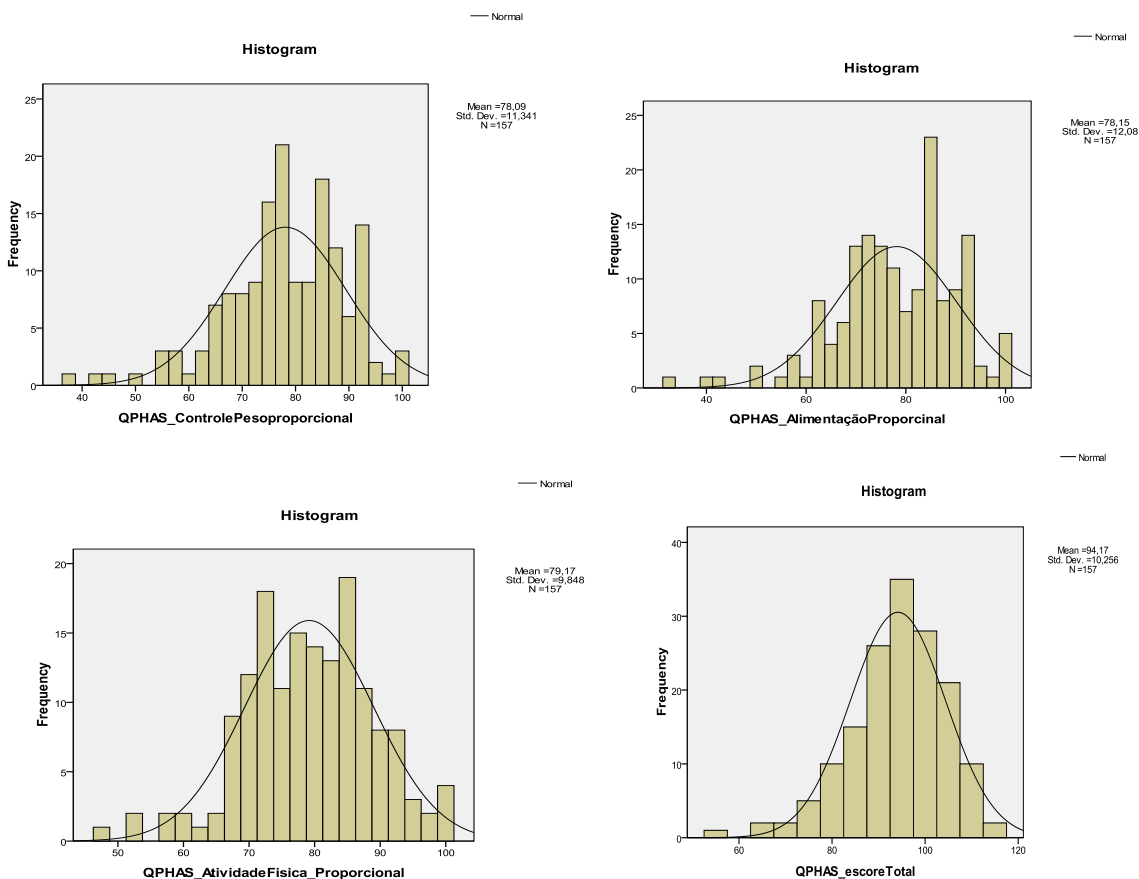


Figura 1 – Histograma das dimensões do QPHAS. Santa Maria/RS, 2013

Na Tabela 2 estão apresentadas as percepções dos trabalhadores do SHL quanto às dimensões controle de peso corporal, alimentação e atividade física que compõem o QPHAS, em relação às respostas Alta Percepção (AP), Baixa Percepção (BP) e Sem Opinião Formada (SO).

Tabela 2 – Proporção (%) de percepções de hábitos saudáveis dos trabalhadores do SHL, analisados em relação às dimensões do QPHAS. Santa Maria/RS, 2013.

| QPHAS – Questões da dimensão controle de peso corporal | | AP | | BP | | SO | |
|--|---|-----|-------------|-----|-------------|----|-------------|
| | | N | % | N | % | N | % |
| 1 | Alimentação, atividade física e saúde | 144 | 91,7 | 9 | 5,7 | 4 | 2,5 |
| 2 | Distribuição de gordura corporal | 123 | 78,3 | 28 | 17,8 | 6 | 3,8 |
| 3 | Gordura corporal e doença | 87 | 55,4 | 65 | 41,4 | 5 | 3,2 |
| 4 | Infância gordura- adulto gordo | 136 | 86,6 | 19 | 12,1 | 2 | 1,3 |
| 5 | Peso e gordura corporal-estética | 137 | 87,3 | 16 | 10,2 | 4 | 2,5 |
| 6 | Alimentação e peso corporal | 60 | 38,2 | 89 | 56,7 | 8 | 5,1 |
| 7 | Comportamento de risco e doença | 153 | 97,5 | 4 | 2,5 | -- | -- |
| 8 | Gordura corporal e genética | 47 | 29,9 | 105 | 66,9 | 5 | 3,2 |
| 9 | Atividade física, alimentação e CPC | 144 | 91,7 | 8 | 5,1 | 5 | 3,2 |
| 10 | Produtos e controle de peso corporal | 117 | 74,5 | 36 | 22,9 | 4 | 2,5 |
| Questões da dimensão alimentação | | | | | | | |
| 11 | Quantidade/tipo de alimentos e saúde | 126 | 80,3 | 29 | 18,5 | 2 | 1,3 |
| 12 | Evitar perda excessiva de água | 94 | 59,9 | 42 | 26,8 | 21 | 13,4 |
| 13 | Alimentos vegetais (menos gordura) | 135 | 86,0 | 15 | 9,6 | 7 | 4,5 |
| 14 | Dietas hipocalóricas e peso corporal | 136 | 86,6 | 18 | 11,5 | 3 | 1,9 |
| 15 | Vitaminas e sais minerais = energia | 114 | 72,6 | 31 | 19,7 | 12 | 7,6 |
| 16 | Energia – apenas alimentos de origem animal | 133 | 84,7 | 18 | 11,5 | 6 | 3,8 |
| 17 | Gordura vegetal prejuízo = ao da gordura animal | 92 | 58,6 | 54 | 34,4 | 10 | 6,4 |
| 18 | Alimentos industrializados = naturais | 150 | 95,5 | 6 | 3,8 | 1 | 0,6 |
| 19 | Ingestão proteínas – depósito de gordura | 124 | 79,0 | 26 | 16,6 | 7 | 4,5 |
| 20 | Carboidratos – energia | 88 | 56,1 | 56 | 35,7 | 13 | 8,3 |

| Questões da dimensão atividade física | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|-----|-------------|----|-------------|----|-------------|
| 21 | Atividade física no cotidiano e saúde | 92 | 58,6 | 60 | 38,2 | 5 | 3,2 |
| 22 | Intensidade exercício físico para saúde | 150 | 95,5 | 7 | 4,5 | -- | -- |
| 23 | Esporte e saúde | 135 | 86,0 | 22 | 14,0 | -- | -- |
| 24 | Durabilidade – exercício físico para saúde | 115 | 73,2 | 32 | 20,4 | 10 | 6,4 |
| 25 | Flexibilidade e prevenção de lesões | 131 | 83,4 | 18 | 11,5 | 8 | 5,1 |
| 26 | Gordura transforma em músculo | 38 | 24,2 | 91 | 58,0 | 28 | 17,8 |
| 27 | Frequência de exercícios na semana | 144 | 91,7 | 12 | 7,6 | 1 | 0,6 |
| 28 | Duração da sessão de exercício | 147 | 93,6 | 8 | 5,1 | 2 | 1,3 |
| 29 | Anabolizantes e saúde | 142 | 90,4 | 9 | 5,7 | 6 | 3,8 |
| 30 | Musculação e saúde | 113 | 72,0 | 39 | 24,8 | 5 | 3,2 |

Na dimensão **controle do peso** corporal, a questão 7 obteve o **maior percentual** para alta percepção (97,5%) em relação a comportamento de risco e doenças. Prevaleram os trabalhadores com baixa percepção (66,9%) na questão 8 em relação à genética ter maior influência na gordura corporal do que os aspectos do meio ambiente.

Na dimensão **alimentação**, o indicador que obteve o **maior percentual** para alta percepção (95,5%) foi à questão 18 em relação a alimentos naturais serem mais saudáveis do que os industrializados. A questão 20 referente aos carboidratos fornecerem energia para o corpo obteve **maior percentual para baixa percepção** (BP). Já a questão 12 referente a evitar perda excessiva de água foi o que obteve **maior percentual na categoria Sem Opinião Formada** (SO).

Na dimensão **atividade física**, observa-se que os trabalhadores obtiveram **maior percentual** (95,5%) para alta percepção (AP) na questão 22 sobre a intensidade do exercício físico para obter saúde. **Maiores percentuais para baixa percepção** (BP) e **não ter opinião formada** (SO) foram obtidos na questão 26, que aborda conhecimentos sobre gordura corporal e músculo (58% e 17,8%, respectivamente).

Na Tabela 3 são demonstrados os resultados das respostas às questões que compõem o QPHAS, em relação às proporções de Alta Percepção (AP) e Baixa Percepção (BP).

Tabela 3 – Distribuição dos trabalhadores do SHL, segundo relação dos componentes do QPHAS. Santa Maria/RS, 2013

| Dimensões do QPHAS | Categorias | N | % |
|-------------------------------|-------------------|----------|-------------|
| Controle peso corporal | Baixa percepção | 46 | 29,3 |
| | Alta percepção | 111 | 70,7 |
| Alimentação | Baixa percepção | 41 | 26,1 |
| | Alta percepção | 116 | 73,9 |
| Atividade física | Baixa percepção | 49 | 31,2 |
| | Alta percepção | 108 | 68,8 |
| TOTAL | Baixa percepção | 51 | 32,5 |
| | Alta percepção | 106 | 67,5 |

Observa-se que na relação total dos componentes a categoria AP teve uma diminuição dos percentuais evidenciados isoladamente em cada uma das dimensões do QPHAS.

Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza segundo a percepção de hábitos saudáveis e variáveis sociodemográficas. Santa Maria/RS, 2013

| Variáveis | Dimensões do QPHAS | | | | | | | | | | | | | | | | P | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------|------|-------------|---|-----------------------|------|------|------|---|----------------------------|------|------|------|---|-------|--------|--------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|
| | Percepção controle de peso corporal | | | | P | Percepção alimentação | | | | P | Percepção atividade física | | | | P | QPHAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Baixa | | Alta | | | Baixa | | Alta | | | Baixa | | Alta | | | Baixa | | Alta | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo | 0,191* | | | | | | | | | | | | | | | | 0,588* | 0,572* | | | | | | | | | | | | | | | | 0,928* |
| Masculino | 8 | 42,1 | 11 | 57,9 | | 5 | 26,3 | 14 | 73,7 | | 7 | 36,8 | 12 | 63,2 | | 6 | 31,6 | 13 | 68,4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Feminino | 38 | 27,5 | 100 | 72,5 | | 36 | 26,1 | 102 | 73,9 | | 42 | 30,4 | 96 | 69,6 | | 45 | 32,6 | 93 | 67,4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Idade Tercil | 0,939* | | | | | | | | | | | | | | | | 0,839* | 0,762* | | | | | | | | | | | | | | | | 0,606* |
| 19 a 34 anos | 14 | 27,5 | 37 | 72,5 | | 12 | 23,5 | 39 | 76,5 | | 14 | 27,5 | 37 | 72,5 | | 15 | 29,4 | 36 | 70,6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 a 44 anos | 15 | 30,0 | 35 | 70,0 | | 13 | 26,0 | 37 | 74,0 | | 16 | 32,0 | 34 | 68,0 | | 15 | 30,0 | 35 | 70,0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45 a 60 anos | 17 | 30,4 | 39 | 69,6 | | 16 | 28,6 | 40 | 71,4 | | 19 | 33,9 | 37 | 66,1 | | 21 | 37,5 | 35 | 62,5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escolaridade | 0,542* | | | | | | | | | | | | | | | | 0,391* | 0,176* | | | | | | | | | | | | | | | | 0,524** |
| Não graduado | 45 | 29,6 | 107 | 70,4 | | 39 | 25,7 | 113 | 74,3 | | 46 | 30,3 | 106 | 69,7 | | 49 | 32,2 | 103 | 67,8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Graduado | 1 | 20,0 | 4 | 80,0 | | 2 | 40,0 | 3 | 60,0 | | 3 | 60,0 | 2 | 40,0 | | 2 | 40,0 | 3 | 60,0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Raça/Cor | 0,903* | | | | | | | | | | | | | | | | 0,424* | 0,062* | | | | | | | | | | | | | | | | 0,217* |
| Branca | 29 | 29,0 | 71 | 71,0 | | 24 | 24,0 | 76 | 76,0 | | 26 | 26,0 | 74 | 74,0 | | 29 | 29,0 | 71 | 71,0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outra | 17 | 29,8 | 40 | 70,2 | | 17 | 29,8 | 40 | 70,2 | | 23 | 40,4 | 34 | 59,6 | | 22 | 38,6 | 35 | 61,4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Situação conjugal | 0,048* | | | | | | | | | | | | | | | | 0,813* | 0,595* | | | | | | | | | | | | | | | | 0,436* |
| Casado/com companheiro | 35 | 34,7 | 66 | 65,3 | | 27 | 26,7 | 74 | 73,3 | | 33 | 32,7 | 68 | 67,3 | | 35 | 34,7 | 66 | 65,3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Solteiro/sem companheiro | 11 | 19,6 | 45 | 80,4 | | 14 | 25,0 | 42 | 75,0 | | 16 | 28,6 | 40 | 71,4 | | 16 | 28,6 | 40 | 71,4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número filhos | 0,406* | | | | | | | | | | | | | | | | 0,300* | 0,266* | | | | | | | | | | | | | | | | 0,009* |
| Nenhum | 8 | 38,1 | 13 | 61,9 | | 7 | 33,3 | 14 | 66,7 | | 7 | 33,3 | 14 | 66,7 | | 8 | 38,1 | 13 | 61,9 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Até 03 filhos | 30 | 26,3 | 84 | 73,7 | | 26 | 22,8 | 88 | 77,2 | | 32 | 28,1 | 82 | 71,9 | | 30 | 26,3 | 84 | 73,7 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mais de 03 filhos | 8 | 36,4 | 14 | 63,6 | | 8 | 36,4 | 14 | 63,6 | | 10 | 45,5 | 12 | 54,5 | | 13 | 59,1 | 9 | 40,9 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Renda per capita Familiar*** | 0,330* | | | | | | | | | | | | | | | | 0,978* | 0,226* | | | | | | | | | | | | | | | | 0,402* |
| <1salário mínimo | 33 | 32,0 | 70 | 68,0 | | 27 | 26,2 | 76 | 73,8 | | 35 | 34,0 | 68 | 66,0 | | 36 | 35,0 | 67 | 65,0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 a 2 salários mínimos | 13 | 24,5 | 40 | 75,5 | | 14 | 26,4 | 39 | 73,6 | | 13 | 24,5 | 40 | 75,5 | | 15 | 28,3 | 38 | 71,7 | | | | | | | | | | | | | | | |

* Teste Qui-quadrado de Pearson ** Teste Exato de Fisher *** Salário mínimo nacional = R\$ 678,00

Das variáveis sociodemográficas avaliadas, na dimensão **controle do peso corporal**, a situação conjugal apresentou diferença **estatística significativa**, ou seja, os trabalhadores **solteiros/sem companheiros** apresentaram **maior percentual (80,4%) para alta percepção** sobre o controle do peso quando comparados aos casados ($p=0,048$).

Na dimensão **alimentação** não foi evidenciada diferença estatística significativa entre os grupos no que tange aos conhecimentos sobre a alimentação. Destaca-se que na categoria alta percepção os percentuais variaram de 60 a 77,2%. Salienta-se que os **graduados** foram os que tiveram **maior percentual para baixa percepção** no quesito alimentação.

No que tange à dimensão **atividade física** não foi evidenciada diferença significativa entre os grupos avaliados. Destaca-se que os percentuais para a alta percepção variaram de 40% a 75,5%.

No escore geral do QPHAS, a variável que evidenciou **diferença significativa** entre os grupos foi o **número de filhos**. Ou seja, os trabalhadores com até três filhos são os que obtiveram **maior percentual para alta percepção** sobre hábitos saudáveis.

Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza segundo a percepção de hábitos saudáveis e variáveis laborais. Santa Maria/RS, 2013

| Variáveis | Dimensões do QPHAS | | | | | | | | | | | | | | | | p | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|------|------|-------------|----------------|-----------------------|------|------|------|---------|----------------------------|------|------|-------------|----------------|-------|------|------|-------------|---------------|
| | Percepção controle de peso corporal | | | | p | Percepção alimentação | | | | p | Percepção atividade física | | | | p | QPHAS | | | | |
| | Baixa | | Alta | | | Baixa | | Alta | | | Baixa | | Alta | | | Baixa | | Alta | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | | | |
| Função | | | | | 0,501* | | | | | 0,731* | | | | | 0,958* | | | | | 0,846* |
| Servente de limpeza | 32 | 31,1 | 71 | 68,9 | | 26 | 25,2 | 77 | 74,8 | | 32 | 31,1 | 71 | 68,9 | | 34 | 33,0 | 69 | 67,0 | |
| Auxiliar de limpeza de materiais | 14 | 25,9 | 40 | 74,1 | | 15 | 27,8 | 39 | 72,2 | | 17 | 31,5 | 37 | 68,5 | | 17 | 31,5 | 37 | 68,5 | |
| Turno Trabalho | | | | | 0,010** | | | | | 0,190* | | | | | 0,005** | | | | | 0,040* |
| Diurno | 43 | 33,9 | 84 | 66,1 | | 36 | 28,3 | 91 | 71,7 | | 46 | 36,2 | 81 | 63,8 | | 46 | 36,2 | 81 | 63,8 | |
| Noturno | 3 | 10,0 | 27 | 90,0 | | 5 | 16,7 | 25 | 83,3 | | 3 | 10,0 | 27 | 90,0 | | 5 | 16,7 | 25 | 83,3 | |
| Escala de Trabalho | | | | | 0,693* | | | | | 0,076* | | | | | 0,387* | | | | | 0,298* |
| Suficiente | 33 | 28,4 | 83 | 71,6 | | 26 | 22,4 | 90 | 77,6 | | 34 | 29,3 | 82 | 70,7 | | 35 | 30,2 | 81 | 69,8 | |
| Insuficiente | 13 | 31,7 | 28 | 68,3 | | 15 | 36,6 | 26 | 63,4 | | 15 | 36,6 | 26 | 63,4 | | 16 | 39,0 | 25 | 61,0 | |
| Recebe treinamentos | | | | | 0,210* | | | | | 0,405* | | | | | 0,455* | | | | | 0,465* |
| Não | 7 | 33,3 | 14 | 66,7 | | 3 | 14,3 | 18 | 85,7 | | 8 | 38,1 | 13 | 61,9 | | 6 | 28,6 | 15 | 71,4 | |
| Às vezes | 10 | 43,5 | 13 | 56,5 | | 6 | 26,1 | 17 | 73,9 | | 9 | 39,1 | 14 | 60,9 | | 10 | 43,5 | 13 | 56,5 | |
| Sim | 29 | 25,7 | 84 | 74,3 | | 32 | 28,3 | 81 | 71,7 | | 32 | 28,3 | 81 | 71,7 | | 35 | 31,0 | 78 | 69,0 | |
| Outro emprego | | | | | 0,483** | | | | | 0,469** | | | | | 0,738* | | | | | 0,935* |
| Não | 42 | 30,2 | 97 | 69,8 | | 37 | 26,6 | 102 | 73,4 | | 44 | 31,7 | 95 | 68,3 | | 45 | 32,4 | 94 | 67,6 | |
| Sim | 4 | 22,2 | 14 | 77,8 | | 4 | 22,2 | 14 | 77,8 | | 5 | 27,8 | 13 | 72,2 | | 6 | 33,3 | 12 | 66,7 | |

* Teste Qui-quadrado de Pearson ** Teste Exato de Fisher *** Salário mínimo nacional = R\$ 678,00

Das variáveis laborais, o turno de trabalho foi a que apresentou diferença significativa entre os grupos na avaliação dos conhecimentos sobre hábitos saudáveis. Em outras palavras, os **trabalhadores do noturno** apresentaram maiores percentuais para **alta percepção sobre o controle do peso (90%), percepção sobre atividade física (90%) e no escore geral do QPHAS (83,3%)**.

Tabela 6 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza segundo a percepção de hábitos saudáveis e variáveis de saúde. Santa Maria/RS, 2013

| Variáveis | Dimensões do QPHAS | | | | | | | | | | | | | | | | p | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------|------|------|-------|-----------------------|------|------|------|-------|----------------------------|------|------|------|-------|-------|------|------|------|-------|
| | Percepção controle de peso corporal | | | | p | Percepção alimentação | | | | p | Percepção atividade física | | | | p | QPHAS | | | | |
| | Baixa | | Alta | | | Baixa | | Alta | | | Baixa | | Alta | | | Baixa | | Alta | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | | | |
| Tempo para lazer | | | | | 0,537 | | | | | 0,716 | | | | | 0,207 | | | | | 0,087 |
| Não | 7 | 41,2 | 10 | 58,8 | | 5 | 29,4 | 12 | 70,6 | | 7 | 41,2 | 10 | 58,8 | | 8 | 47,1 | 9 | 52,9 | |
| Às vezes | 13 | 27,7 | 34 | 72,3 | | 14 | 29,8 | 33 | 70,2 | | 18 | 38,3 | 29 | 61,7 | | 19 | 40,4 | 28 | 59,6 | |
| Sim | 26 | 28,0 | 67 | 72,0 | | 22 | 23,7 | 71 | 76,3 | | 24 | 25,8 | 69 | 74,2 | | 24 | 25,8 | 69 | 74,2 | |
| Fumante | | | | | 0,184 | | | | | 0,628 | | | | | 0,561 | | | | | 0,598 |
| Não, nunca fumei | 18 | 22,8 | 61 | 77,2 | | 20 | 25,3 | 59 | 74,7 | | 27 | 34,2 | 52 | 65,8 | | 24 | 30,4 | 55 | 69,6 | |
| Sim, fumo | 19 | 37,3 | 32 | 62,7 | | 12 | 23,5 | 39 | 76,5 | | 13 | 25,5 | 38 | 74,5 | | 16 | 31,4 | 35 | 68,6 | |
| Fumei, mas parei | 9 | 33,3 | 18 | 66,7 | | 9 | 33,3 | 18 | 66,7 | | 9 | 33,3 | 18 | 66,7 | | 11 | 40,7 | 16 | 59,3 | |
| Consumo de álcool | | | | | 0,374 | | | | | 0,529 | | | | | 0,700 | | | | | 0,775 |
| Não | 40 | 28,6 | 100 | 71,4 | | 37 | 26,4 | 103 | 73,6 | | 43 | 30,7 | 97 | 69,3 | | 46 | 32,9 | 94 | 67,1 | |
| Sim | 6 | 35,3 | 11 | 64,7 | | 4 | 23,5 | 13 | 76,5 | | 6 | 35,3 | 11 | 64,7 | | 5 | 29,4 | 12 | 70,6 | |
| Suspeição alcoolismo- CAGE | | | | | 0,339 | | | | | 0,445 | | | | | 0,072 | | | | | 0,205 |
| Não | 3 | 27,3 | 8 | 72,7 | | 2 | 18,2 | 9 | 81,8 | | 2 | 18,2 | 9 | 81,8 | | 2 | 18,2 | 9 | 81,8 | |
| Sim | 3 | 50,0 | 3 | 50,0 | | 2 | 33,3 | 4 | 66,7 | | 4 | 66,7 | 2 | 33,3 | | 3 | 50,0 | 3 | 50,0 | |
| Atendimento médico último ano | | | | | 0,987 | | | | | 0,719 | | | | | 0,134 | | | | | 0,464 |
| Não | 19 | 29,2 | 46 | 70,8 | | 16 | 24,6 | 49 | 75,4 | | 16 | 24,6 | 49 | 75,4 | | 19 | 29,2 | 46 | 70,8 | |
| Sim | 27 | 29,3 | 65 | 70,7 | | 25 | 27,2 | 67 | 72,8 | | 33 | 35,9 | 59 | 64,1 | | 32 | 34,8 | 60 | 65,2 | |
| Acompanhamento psicológico | | | | | 0,396 | | | | | 0,489 | | | | | 0,381 | | | | | 0,417 |
| Não | 44 | 29,9 | 103 | 70,1 | | 39 | 26,5 | 108 | 73,5 | | 45 | 30,6 | 102 | 69,4 | | 47 | 32,0 | 100 | 68,0 | |
| Sim | 2 | 20,0 | 8 | 80,0 | | 2 | 20,0 | 8 | 80,0 | | 4 | 40,0 | 6 | 60,0 | | 4 | 40,0 | 6 | 60,0 | |
| IMC | | | | | 0,585 | | | | | 0,656 | | | | | 0,047 | | | | | 0,005 |
| Normal | 29 | 27,9 | 75 | 72,1 | | 26 | 25,0 | 78 | 75,0 | | 27 | 26,0 | 77 | 74,0 | | 26 | 25,0 | 78 | 75,0 | |
| Sobrepeso /obeso | 17 | 32,1 | 36 | 67,9 | | 15 | 28,3 | 38 | 71,7 | | 22 | 41,5 | 31 | 58,5 | | 25 | 47,2 | 28 | 52,8 | |

* Teste Qui-quadrado de Pearson ** Teste Exato de Fisher *** Salário mínimo nacional = R\$ 678,00

Das variáveis relacionadas aos hábitos e saúde, os trabalhadores com **IMC** normal apresentaram **significativamente maiores percentuais** para **alta percepção** na dimensão **atividade física e no escore geral do QPHAS**.

4.3 Avaliação da capacidade para o trabalho

A avaliação da **consistência interna** do ICT evidenciou que o instrumento possui uma consistência satisfatória ($\alpha = 0,73$). Ao serem avaliadas isoladamente as questões que compõem o ICT (capacidade para o trabalho atual, exigências físicas e mentais do trabalho, doenças diagnosticadas pelo médico, impedimento e afastamento do trabalho, possibilidades futuras e satisfação com as atividades diárias), destacam-se os seguintes resultados, de acordo com as respostas dos participantes:

Quando indagados sobre o valor de sua **capacidade para o trabalho atual**, considerando uma escala de zero a 10 pontos, com o zero indicando incapacidade no trabalho e o 10 o melhor grau de capacidade, 36,6% atribuíram-se valor 10. O valor médio neste quesito foi de 8,61 ($\pm 1,57$), mínimo zero e máximo 10.

Com relação à **capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas e mentais**, respectivamente 44,4% e 63,5% classificaram-na como boa. Em pequeno percentual os trabalhadores assinalaram como baixa a capacidade atual em relação às exigências físicas (6,3%) e mentais (3,2%).

Tabela 7 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de acordo com variáveis do ICT. Santa Maria/RS, 2013

| Variáveis | N | % |
|---|-----|------|
| Número de doenças atuais diagnosticadas por médico | | |
| Nenhuma | 47 | 29,9 |
| 01 | 38 | 24,2 |
| 02 | 22 | 14,0 |
| 03 | 17 | 10,8 |
| 04 | 5 | 3,2 |
| 05 ou mais | 28 | 17,8 |
| Perda estimada para o trabalho por causa de doenças | | |
| Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar | 1 | 0,6 |
| Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial | 2 | 1,3 |
| Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho | 3 | 1,9 |
| Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho | 26 | 16,6 |
| Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas | 37 | 23,6 |
| Não há impedimento / Eu não tenho doenças | 88 | 56,1 |
| Faltas ao trabalho por doenças no último ano | | |
| 100 a 365 dias | 2 | 1,3 |
| 25 a 99 dias | 6 | 3,8 |
| 10 a 24 dias | 10 | 6,4 |
| Até 9 dias | 50 | 31,8 |
| Nenhum dia | 89 | 56,7 |
| Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos | | |
| É improvável | 7 | 4,5 |
| Não estou muito certo | 28 | 17,8 |
| Bastante provável | 122 | 77,7 |

Dos que adoeceram, a média de **doenças diagnosticadas pelo médico** foi de 2,24 ($\pm 2,67$), variando de uma a 15 doenças. Não tiveram nenhuma doença diagnosticada 29,9% dos trabalhadores.

Quando indagados se sua doença ou lesão era um **impedimento para seu trabalho atual**, 56,1% dos trabalhadores do SHL referiram não ter impedimentos, 23,6% disseram ser capazes de realizar o seu trabalho com alguns sintomas, 16,6% já haviam necessitado diminuir o ritmo ou mudar seus métodos de trabalho e 1,3% admitiram ser capazes de trabalhar apenas em tempo parcial.

No que se refere às **faltas ao trabalho**, 56,7% dos trabalhadores não precisaram se afastar nenhum dia do trabalho por problemas de saúde, nos últimos 12 meses. Entretanto, dentre os que ficaram afastados, 31,8% ficaram em licença até nove dias, 6,4% por 10 a 24 dias, 3,8% por 25 a 99 dias e 1,3% por 100 a 365 dias.

Com relação à **possibilidade de daqui a dois anos o trabalhador conseguir desempenhar o seu trabalho atual**, 77,7% deles alegaram ser bastante provável, enquanto que 17,8% assinalaram não estarem muito certos disso. Já, para 4,5% (N=07) dos trabalhadores, essa possibilidade pareceu ser improvável.

Sobre a **satisfação com as atividades diárias**, a maioria dos trabalhadores do SHL (30,3%) respondeu estarem quase sempre satisfeitos, 54,8% sempre, 11,6% às vezes e 2,6% raramente. Quanto a **sentir-se ativo e alerta**, 28,4% afirmaram quase sempre, 64,5% sempre, 6,5% às vezes e 0,6% raramente. No que tange a **sentir-se cheio de esperança para o futuro**, 71% dos trabalhadores responderam continuamente esperançoso, 18,7% quase sempre, 7,7% às vezes e 2,6% dos trabalhadores raramente tinham se sentido com esperança para o futuro.

A **pontuação geral do ICT** variou de 20 a 49 pontos, com uma média de 40,7 ($\pm 5,6$) e mediana de 42 pontos. Quanto à **classificação do ICT**, observou-se que seis (3,8%) trabalhadores foram classificados com baixa capacidade para o trabalho, 25 (16,6%) com moderada capacidade, 69 (43,9%) com boa capacidade e 56 (35,7%) com ótima capacidade para o trabalho. Ao ser dicotomizado em **baixa/moderada** e **boa/ótima** capacidade, 32 (**20,4%**) e 125 (**79,6%**), respectivamente, ficaram assim classificados.

Tabela 8 – Distribuição dos trabalhadores do SHL, segundo classificação no ICT. Santa Maria/RS, 2013

| ICT | N | % |
|---------------------|----|------|
| Baixa capacidade | 6 | 3,8 |
| Moderada capacidade | 26 | 16,6 |
| Boa capacidade | 69 | 43,9 |
| Ótima capacidade | 56 | 35,7 |

As características dos trabalhadores em relação ao Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e variáveis sociodemográficas estão descritas na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza, de acordo com o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e variáveis sociodemográficas. Santa Maria/RS, 2013. (N=157)

| Variáveis | Capacidade para o trabalho | | | | p |
|---|----------------------------|------|-----------|-------------|-------|
| | Baixa/moderada | | Boa/ótima | | |
| | N | % | N | % | |
| Sexo | | | | | 0,207 |
| Masculino | 2 | 10,5 | 17 | 89,5 | |
| Feminino | 30 | 21,7 | 108 | 78,3 | |
| Idade Tercil | | | | | 0,488 |
| 19 a 34 anos | 8 | 15,7 | 43 | 84,3 | |
| 35 a 44 anos | 10 | 20,0 | 40 | 80,0 | |
| 45 a 60 anos | 14 | 25,0 | 42 | 75,0 | |
| Escolaridade | | | | | 0,573 |
| Ensino fundamental | 14 | 21,2 | 52 | 78,8 | |
| Ensino médio | 18 | 20,9 | 68 | 79,1 | |
| Ensino superior | 0 | 0 | 5 | 100,0 | |
| Escolaridade | | | | | 0,315 |
| Não graduado | 32 | 21,1 | 120 | 78,9 | |
| Graduado | 0 | 0 | 5 | 100,0 | |
| Raça/Cor autorreferida | | | | | 0,569 |
| Branca | 19 | 19,0 | 81 | 81,0 | |
| Outra | 13 | 22,8 | 44 | 77,2 | |
| Situação conjugal | | | | | 0,068 |
| Casado/ com companheiro | 25 | 24,8 | 76 | 75,2 | |
| Solteiro/ sem companheiro | 7 | 12,5 | 49 | 87,5 | |
| Número filhos | | | | | 0,184 |
| Nenhum | 3 | 14,3 | 18 | 85,7 | |
| Até 03 filhos | 23 | 20,2 | 91 | 79,8 | |
| Mais de 03 filhos | 6 | 27,3 | 16 | 72,7 | |
| Renda <i>per capita</i> familiar | | | | | 0,637 |
| <1 salário mínimo | 20 | 19,4 | 83 | 80,6 | |
| 1 a 2 salários mínimos | 12 | 22,6 | 41 | 77,4 | |

Nenhuma das variáveis sociodemográficas esteve associada à capacidade para o trabalho ($p > 0,05$).

As características dos trabalhadores em relação ao Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e variáveis laborais estão descritas na Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza, de acordo com o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e variáveis laborais. Santa Maria/RS, 2013. (N=157)

| Variáveis | Capacidade para o trabalho | | | | p |
|----------------------------------|----------------------------|------|-----------|-------------|--------------|
| | Baixa/moderada | | Boa/ótima | | |
| | N | % | N | % | |
| Função | | | | | 0,998 |
| Servente de limpeza | 21 | 20,4 | 82 | 79,6 | |
| Auxiliar de limpeza de materiais | 11 | 20,4 | 43 | 79,6 | |
| Turno trabalho | | | | | 0,010 |
| Diurno | 31 | 24,4 | 96 | 75,6 | |
| Noturno | 1 | 3,3 | 29 | 96,7 | |
| Escala de trabalho | | | | | 0,772 |
| Suficiente | 23 | 19,8 | 93 | 80,2 | |
| Insuficiente | 9 | 22,0 | 32 | 78,0 | |
| Outro emprego | | | | | 0,291 |
| Não | 27 | 19,4 | 112 | 80,6 | |
| Sim | 5 | 27,8 | 13 | 72,2 | |
| Horas extras | | | | | 0,497 |
| Não | 20 | 18,9 | 86 | 81,1 | |
| Sim | 12 | 23,5 | 39 | 76,5 | |
| Recebe treinamentos | | | | | 0,224 |
| Não | 6 | 28,6 | 15 | 71,4 | |
| Às vezes | 9 | 39,1 | 14 | 60,9 | |
| Sim | 17 | 15,0 | 96 | 85,0 | |

No que se refere às variáveis laborais, 96,7% dos **trabalhadores do noturno** obtiveram **classificação significativa** para boa/ótima capacidade para o trabalho ($p < 0,05$).

As características dos trabalhadores em relação ao Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e variáveis de saúde estão descritas na Tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza, de acordo com o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e variáveis de saúde. Santa Maria/RS, 2013. (N=157)

| Variáveis | Capacidade para o trabalho | | | | p |
|---|----------------------------|-------------|-----------|-------------|--------------|
| | Baixa/moderada | | Boa/ótima | | |
| | N | % | N | % | |
| Tempo para lazer | | | | | 0,001 |
| Não | 8 | 47,1 | 9 | 52,9 | |
| Às vezes | 13 | 27,7 | 34 | 72,3 | |
| Sim | 11 | 11,8 | 82 | 88,2 | |
| Uso de tabaco | | | | | 0,732 |
| Não, nunca fumei | 15 | 19,0 | 64 | 81,0 | |
| Sim, fumo | 10 | 19,6 | 41 | 80,4 | |
| Fumei, mas parei | 7 | 25,9 | 20 | 74,1 | |
| Suspeição de alcoolismo (CAGE) | | | | | 0,404 |
| Não | 2 | 18,2 | 9 | 81,8 | |
| Sim | 0 | 0 | 6 | 100,0 | |
| Uso de drogas | | | | | 0,801 |
| Não | 31 | 20,0 | 124 | 80,0 | |
| Sim | 0 | 0 | 1 | 100,0 | |
| Uso de medicação | | | | | 0,286 |
| Não | 13 | 16,9 | 64 | 83,1 | |
| Sim | 19 | 23,8 | 61 | 76,3 | |
| Atendimento médico no último ano | | | | | 0,035 |
| Não | 8 | 12,3 | 57 | 87,7 | |
| Sim | 24 | 26,1 | 68 | 73,9 | |
| Acompanhamento psicológico | | | | | 0,031 |
| Não | 27 | 18,4 | 120 | 81,6 | |
| Sim | 5 | 50,0 | 5 | 50,0 | |
| Sofreu acidente de trabalho | | | | | 0,714 |
| Não | 27 | 20,9 | 102 | 79,1 | |
| Sim | 5 | 17,9 | 23 | 82,1 | |
| IMC | | | | | 0,616 |
| Normal | 20 | 19,2 | 84 | 80,8 | |
| Sobrepeso/obeso | 12 | 22,6 | 41 | 77,4 | |

De acordo com os **variáveis hábitos de saúde**, 88,2% dos que possuíam **tempo para o lazer**, 87,7% dos que **não** precisaram de **atendimento médico** e 81,6% dos que **não** necessitaram de **acompanhamento psicológico** foram **significativamente** classificados na categoria boa/ótima capacidade para o trabalho ($p < 0,05$).

4.4 Avaliação da relação entre hábitos saudáveis e capacidade para o trabalho

Observou-se **correlação positiva baixa entre a pontuação do ICT** e as pontuações na dimensão alimentação ($r=0,174$; $p=0,029$), atividade física ($r=0,207$; $p=0,009$) e no escore geral do QPHAS ($r=0,179$; $p=0,025$). Ou seja, quanto maior a percepção de hábitos saudáveis maior foi a pontuação no ICT dos trabalhadores do SHL.

Tabela 12 – Análises bruta e ajustada entre percepção de hábitos saudáveis e capacidade para o trabalho. Santa Maria/RS, Brasil, 2013

| Variáveis | Reduzida Capacidade para o trabalho | | | |
|---|-------------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | OR | IC95% | p | H-L* |
| Análise bruta | | | | |
| Baixa percepção sobre hábitos saudáveis (QPHAS) | 1,46 | 0,207 | 1,015 | 0,054 |
| Alta percepção sobre hábitos saudáveis (QPHAS) | 1,00 | | | |
| Modelo Ajustado 1 | | | | 0,117 |
| Baixa percepção sobre hábitos saudáveis (QPHAS) | 1,64 | 0,244 | 1,653 | 0,153 |
| Alta percepção sobre hábitos saudáveis (QPHAS) | 1,00 | | | |
| Tempo para lazer | | | | |
| Não | 2,34 | 1,893 | 6,143 | 0,017 |
| Sim | 1,00 | | | |
| Recebe treinamentos | | | | |
| Não | 2,51 | 0,767 | 8,199 | 0,128 |
| Sim | 1,00 | | | |
| Necessidade Atendimento Médico | | | | |
| Sim | 2,34 | 0,909 | 6,024 | 0,078 |
| Não | 1,00 | | | |
| Necessidade Acompanhamento psicológico | | | | |
| Sim | 4,39 | 0,991 | 19,242 | 0,085 |
| Não | | | | |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 1,61 | 0,107 | 3,497 | 0,581 |
| Masculino | 1,00 | | | |
| Situação conjugal | | | | |
| Casado/ com companheiro | 2,38 | 0,128 | 1,122 | 0,080 |
| Solteiro/ sem companheiro | 1,00 | | | |
| Numero Filhos | | | | |
| Até 03 filhos | 1,07 | 0,229 | 5,033 | 0,929 |
| Mais de 03 filhos | 1,98 | 0,164 | 5,878 | 0,985 |
| Nenhum | 1,00 | | | |
| Raça/Cor autorreferida | | | | |
| Outra | 2,71 | 0,278 | 1,835 | 0,484 |
| Branca | 1,00 | | | |

| Modelo Ajustado 2** | | | | 0,263 |
|---|-------------|--------------|--------------|--------------|
| Baixa percepção sobre hábitos saudáveis (QPHAS) | 0,58 | 0,241 | 1,386 | 0,219 |
| Alta percepção sobre hábitos saudáveis (QPHAS) | 1,00 | | | |
| Tempo para lazer | | | | |
| Não | 2,26 | 1,268 | 4,015 | 0,006 |
| Sim | 1,00 | | | |
| Recebe treinamentos | | | | |
| Não | 1,71 | 0,983 | 2,989 | 0,057 |
| Sim | 1,00 | | | |
| Necessidade Atendimento Médico | | | | |
| Sim | 0,42 | 0,163 | 1,075 | 0,070 |
| Não | 1,00 | | | |
| Necessidade Acompanhamento psicológico | | | | |
| Sim | 0,24 | 0,056 | 1,050 | 0,058 |
| Não | 1,00 | | | |
| Situação conjugal | | | | |
| Casado/ com companheiro | 1,38 | 0,228 | 1,422 | 0,075 |
| Solteiro/ sem companheiro | 1,00 | | | |

* Teste Hosmer e Lemeshow. ** Exclusão das variáveis com $p > 0,25$.

No entanto, a **análise multivariável** evidenciou uma **relação de independência entre a percepção de hábitos saudáveis e a capacidade para o trabalho** (OR= 1,46; IC95%= 0,207 – 1,015; $p=0,054$).

Após ajustes por fatores de confundimento, tanto no modelo ajustado 1 (variáveis que apresentaram $p < 0,25$ associadas tanto ao ICT quanto ao QPHAS), como no modelo ajustado 2 (variáveis do modelo ajustado 1 após exclusão daquelas com $p > 0,25$), a única variável que se mostrou associada a redução da capacidade para o trabalho foi o tempo de lazer, respectivamente (OR=2,34; IC 95%=0,893 – 6,143; $p=0,017$) e (OR=2,26; IC95%= 1,268 – 4,015; $p=0,006$). Ou seja, quem não tinha tempo de lazer, teve 2 vezes mais chances de ter redução na capacidade para o trabalho.

5 DISCUSSÃO

Este capítulo destina-se à discussão dos resultados da pesquisa. Ao iniciarmos a discussão com os resultados deste estudo não podemos deixar de trazer outros autores para a fundamentação das discussões das características discutidas a seguir.

5.1 Perfil sociodemográfico, laboral e de saúde dos trabalhadores do SHL

Observando-se as características sociodemográficas dos trabalhadores do SHL, evidencia-se a prevalência de mulheres (87,9%), corroborando outros estudos com os mesmos trabalhadores (Andrade e Monteiro, 2007; e Silva et al., 2010), que também mostraram predomínio de trabalhadores do sexo feminino, (89,9%) e (96,9%) respectivamente. Nesse sentido, a presença majoritária de mulheres já era esperada, devido a existir culturalmente uma segmentação por sexo no mercado de trabalho, sendo os trabalhos mais precários realizados pelas mulheres, por tratar-se de atividades consideradas femininas (CHILLIDA e COCCO, 2004).

Ao reportarmos a faixa etária dos trabalhadores do SHL, constatou-se neste estudo uma média menor (39,9 anos) do que a verificada (41 e 48,7anos) em estudos com trabalhadores do SHL, desenvolvidos por Martarello e Benatti (2009) e Silva et al. (2010), respectivamente. De acordo com Andrade e Monteiro (2007) e Martarello e Benatti (2009) o envelhecimento da população no Brasil, reflete no envelhecimento da força de trabalho. Os trabalhadores mais jovens podem apresentar menos problemas de saúde.

No que tange à escolaridade dos trabalhadores do SHL, identificou-se um percentual de 38,9% com ensino médio completo e 27,4% com ensino fundamental incompleto. Tal resultado é semelhante aos estudos de Andrade e Monteiro (2007), o que os direciona para atividades com baixa remuneração e que não exigem qualificação profissional (CHILLIDA e COCCO, 2004).

Ao ser analisada a renda familiar *per capita*, obtiveram-se salários menores do que um salário mínimo nacional. As associações de baixos níveis de escolaridade e renda familiar assemelham-se aos resultados encontrados por Andrade e Monteiro (2007), onde foi constatado que os mesmos trabalhadores têm baixa escolaridade, rendimentos insuficientes, apresentam problemas de saúde associados ao trabalho, entre outras dificuldades. Como determinantes sociais, em conformidade com o estudo realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c) são apontados, entre outros, as desigualdades no acesso à informação, assim como a baixa escolaridade.

Ao serem avaliadas as **variáveis de saúde**, o estudo revelou que em maior percentual (93,6%) os trabalhadores não necessitaram de acompanhamento psicológico. Conforme este resultado, é importante considerar o fato de que 65,9% dos trabalhadores estavam satisfeitos com a remuneração, referiram que o número de trabalhadores na escala de trabalho era suficiente (72,6%) e apresentavam pouco tempo de trabalho na instituição (32,5 meses; $\pm 48,9$).

Em relação ao IMC dos trabalhadores do SHL, constatou-se que 70,7% dos trabalhadores do SHL estavam com aumento de peso corporal. Destes, 36,9% estavam pré-obesos, e 33,8%, obesos. Os resultados deste estudo corroboram com os dados de estudos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c) que apontam o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem respectivamente 48% e 14% da população adulta do Brasil. Tal constatação aponta para um estilo de vida sedentária, devido aos maiores Índices de Massa Corporal correlacionarem-se a menores níveis de atividade física (SPANNA et al., 2010).

5.2 Quanto às percepções de hábitos saudáveis

As médias das percepções dos trabalhadores do SHL em relação a hábitos saudáveis nas dimensões do QPHAS controle de peso corporal, alimentação e atividade física foram elevadas (Tabela 1). Quanto aos escores do QPHAS em relação às proporções de Alta Percepção (AP) e Baixa Percepção (BP), demonstram que **67,5%** dos trabalhadores do SHL apresentaram alta percepção em relação aos hábitos saudáveis (Tabela 3). Três estudos (Guedes e Grondin, 2002; Marani,

Oliveira e Guedes, 2006; Meira e Maffia, 2011) que utilizaram o mesmo questionário com estudantes do ensino médio também evidenciaram uma alta percepção sobre hábitos saudáveis, com percentuais que variaram entre 77,3% e 81,6%.

Com relação às questões que procuram analisar a percepção quanto ao **controle do peso corporal**, observou-se uma alta percepção (97,5%) por parte dos trabalhadores do SHL no conhecimento sobre comportamentos de risco e doença (questão 7 – Tabela 2), em que crianças e adolescentes, ao utilizarem cigarro e bebidas alcoólicas, possuíam maiores chances de adoecerem na idade adulta. Essa constatação é favorável, na medida em que o tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas têm sido apontados pelo Ministério da Saúde como determinantes das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) e como fatores de risco modificáveis, tornando possível sua prevenção (BRASIL, 2011c). Estudos (Both, Corseuil e Malavasi, 2007; Guedes e Grondin, 2002) realizados com escolares obtiveram resultados similares, respectivamente 88,36% e 100% para alta percepção.

Também foi observada uma proporção elevada (56,7%) de trabalhadores que ofereceram indicações sobre o desconhecimento da associação entre hábitos alimentares e controle do peso corporal. Esses sujeitos concordaram com o fato de que a alimentação, por si só, independentemente da atividade física praticada, pode determinar as variações observadas no peso corporal (questão 6 – Tabela 2).

No que se refere às informações que abordam a transmissibilidade genética da gordura corporal (questão 8 – Tabela 2), os participantes demonstraram baixa percepção (66,9%). Isso se deve ao fato de os trabalhadores considerarem a genética como a maior influência no aumento de gordura corporal, do que os aspectos do meio ambiente, mantendo a percepção de que não ocorre obesidade devido à elevada ingestão de **alimentos** e **falta de atividade física**. Portanto, ao contrário do que em maior percentual os trabalhadores analisados responderam, a genética, isoladamente, não é considerada como principal fator responsável pelo excesso de gordura corporal, não sendo suficiente para o aparecimento do sobrepeso (GUEDES e GRONDIN, 2002). Desse modo, a herança genética da gordura corporal atua com os fatores comportamentais, somando a possibilidade de aparecimento do aumento de peso (GUEDES e GRONDIN, 2002). Assim, com o aumento da idade e com maior aumento de peso, pode ocorrer aparecimento de

doenças como diabetes, pressão alta, derrame, doenças do coração (BRASIL, 2011c).

Em relação a **alimentos** naturais serem mais saudáveis do que os industrializados (questão 18 – Tabela 2), os trabalhadores apresentaram uma alta percepção (95,5%), resultado também encontrado em estudos de Guedes e Grondin (2002) com adolescentes, onde a totalidade (100%) apresentou alta percepção.

Em relação à **atividade física**, os trabalhadores do SHL apresentaram uma baixa percepção (BP) e maior percentual para sem opinião (SO) na questão que trata sobre a possibilidade de a gordura corporal ser transformada em músculo, ao realizarem **exercícios físicos** (questão 26 - Tabela 2). Com isso, constata-se o desconhecimento, por parte dos trabalhadores, sobre os efeitos da atividade física na queima da gordura corporal e para a formação da musculatura corporal (MEIRA e MAFFIA, 2011) e (BOTH, CORSEUIL e MALAVASI, 2007).

5.2.1 Distribuição dos trabalhadores do SHL segundo a percepção de hábitos saudáveis e variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde

Ao serem relacionadas às **variáveis sociodemográficas** com a percepção de hábitos saudáveis (Tabela 4), obtiveram-se dados estatisticamente significativos no item situação conjugal, no qual solteiros/sem companheiros apresentaram maior percentual para controle do peso corporal (80,4%).

Segundo Santana (1993), esses resultados estão relacionados com as tendências atuais, levando-se em conta as exigências da sociedade em relação à aparência. Supõe-se também que um dos principais motivos que leva ao controle do peso corporal seria por razões relacionados à melhoria na percepção da autoestima, constituindo razões socialmente aceitáveis nos dias atuais, além de terem uma maior cobrança da sociedade.

Os trabalhadores com o máximo de três filhos apresentaram dados estatísticos significativos em relação à alta percepção para hábitos saudáveis (Tabela 4). Gonçalves e Vilarta (2004) abordam qualidade de vida pela maneira

como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano, envolvendo, portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito. Dessa forma, hábitos saudáveis são essenciais em todas as fases da vida, mas em crianças estão voltados para o crescimento e desenvolvimento, tendo os trabalhadores esta percepção em relação aos hábitos saudáveis.

Para Barros e Nahas (2001, p. 5), qualidade de vida é a “condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano”. Gonçalves e Vilarta (2004, p.13) definem qualidade de vida como a percepção subjetiva do processo de produção, circulação e consumo de bens e riquezas. A forma pela qual cada um de nós vive seu dia a dia.

Das **variáveis laborais** avaliadas, os trabalhadores do noturno apresentaram significativamente maiores percentuais para alta percepção sobre a dimensão do controle do peso corporal, atividade física e no escore geral do QPHAS. Martins (2002), em estudo com trabalhadores de enfermagem, observou em relação aos turnos de trabalho, que esse não interferiu na qualidade de vida dos trabalhadores.

Lautert, Chaves e Moura, (1999) observaram que ocorre maior desgaste do trabalhador de enfermagem no noturno, pois um percentual significativo de pessoas que trabalham neste sistema de horário refere uma série de perturbações, principalmente físicas, na execução das atividades. Já Silva (2008) evidenciou que os trabalhadores de enfermagem apontaram como facilidades na realização do trabalho noturno o ambiente mais tranquilo, interação entre a equipe de trabalho e a disponibilidade de tempo para a vida particular.

Os trabalhadores do SHL com **IMC** normal apresentaram alta percepção, na dimensão atividade física (74%) e no escore geral (75%) do QPHAS, em relação aos trabalhadores com sobrepeso/obeso ($p < 0,05$). Além disso, os trabalhadores com IMC normal apresentaram maiores percentuais para alta percepção nas dimensões controle do peso corporal e alimentação, em relação aos trabalhadores com sobrepeso/obeso, porém não estatisticamente significativos ($p > 0,05$).

Considerando que os trabalhadores do SHL eram em maior percentual do sexo feminino (87,9%) e que 70,7% destes apresentavam aumento de peso corporal, estudo de Lima et al. (2011) também encontrou mulheres com excesso de peso corporal. Esses achados corroboram pesquisas do Ministério da Saúde

(BRASIL 2008, 2011c) que apontam aumento de peso corporal na população adulta do Brasil. Situação que sinaliza para um estilo de vida sedentária. No estudo de Spana (2010), maiores Índices de Massa Corporal correlacionaram-se a menores níveis de atividade física.

Em relação à atividade física, Spana et al. (2010) também aponta que a idade mais elevada, menor renda, maior índice de massa corporal correlacionaram-se a menores níveis de atividade física. No que tange às mulheres com baixa renda que encontram barreiras quanto à atividade física, estas estão relacionadas, principalmente, às prioridades familiares e ao cuidado com os filhos.

Mesmo não sendo estatisticamente significativo ($p > 0,05$) cabe ressaltar que, em relação à idade, a percepção sobre **atividade física** foi mais alta em trabalhadores mais jovens, declinando respectivamente com o aumento da idade (72,5%), (68,0%), (66,1%), conforme se observa na Tabela 4. De acordo com o Ministério da Saúde, o peso corporal tende a aumentar progressivamente dos 20 aos 50 anos e este fenômeno agrava-se ainda mais quando há redução da prática de exercício físico (BRASIL, 2006).

De acordo com Guedes e Grondin (2002), conforme revelam dados epidemiológicos em relação à inatividade física e aos hábitos alimentares dos jovens, ao se manterem as tendências atuais estima-se que, em 2020, 73% dos adultos deverão apresentar disfunções orgânicas devido à aquisição de hábitos alimentares e prática de atividade física inadequadas.

A baixa escolaridade tem sido apontada como um dos fatores associados ao aumento do peso corporal de acordo com Andrade e Monteiro (2007) e Lima et al. (2011). Outro estudo mostrou que as desigualdades no acesso à informação estão associadas à baixa escolaridade e ao aumento de peso corporal (BRASIL 2011c).

Neste estudo a renda mensal foi uma variável que, mesmo não apresentando diferenças estatísticas ($p > 0,05$), sugere relação com a alta percepção de hábitos saudáveis. Os trabalhadores com maior renda familiar *per capita* (01 e 02 salários mínimos) apresentaram maior percentual de alta percepção nas três dimensões do QPHAS. Os resultados em relação à renda familiar, em que os trabalhadores com maior renda familiar têm uma maior percepção de hábitos saudáveis, sugere que a maior renda possibilite aos trabalhadores melhores condições de manter hábitos saudáveis.

Em relação à alta percepção de hábitos saudáveis (67,5%) e a 70,7% dos trabalhadores apresentarem-se acima do peso normal, percebe-se que os trabalhadores demonstraram conhecimento dos danos causados à saúde em relação ao excesso de peso, porém não associavam estes comportamentos a uma vida mais saudável. Entretanto, resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Guedes e Grondin (2002) e Marani, Oliveira e Guedes (2006), observando que as percepções possam não influenciar comportamentos apropriados relacionados a hábitos saudáveis. Esse fato pode esclarecer a grande proporção de trabalhadores com aumento de peso apresentada neste estudo.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c), o aumento de peso e obesidade no Brasil atingem 48% e 14% dos adultos respectivamente. Estudos apontam que o ser humano, nos últimos anos, encontra-se menos ativo, limitado a fazer menos movimentos e isso faz com que apresente um estilo de vida sedentário, facilitando o aparecimento de doenças crônico-degenerativas (GUEDES e GRONDIN, 2002; MARANI, OLIVEIRA e GUEDES, 2006; BRASIL, 2011c). Nesse sentido, ressalta-se a importância dos achados do estudo de Guedes e Grondin (2002), que menciona a necessidade de aquisição e manutenção de hábitos saudáveis, visando a melhoria da qualidade de vida e saúde. Pois o sobrepeso e a obesidade são resultantes da falta de uma alimentação saudável e da inatividade física (BRASIL, 2006). Conforme os resultados deste estudo os trabalhadores apresentavam aumento de peso corporal, sendo semelhantes aos estudos governamentais (BRASIL, 2008, 2011c).

A partir dos resultados deste estudo, considerando que os comportamentos ligados aos hábitos dos indivíduos têm uma relação imediata com a saúde e com o aumento do peso corporal (BRASIL, 2008, 2011c), é necessário abordar a relação existente entre atividade física e saúde, e a relevância de sua prática contínua, visando conscientizar os trabalhadores quanto à importância de se adotar e manter hábitos saudáveis ao longo da vida.

Evidências científicas apontam de forma inequívoca o impacto da alimentação saudável e da atividade física na prevenção das mortes prematuras causadas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), entre as quais o acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, diabetes e câncer (BRASIL, 2008, 2011c). Observando a ocorrência de aumento de peso em 70,7% dos trabalhadores do SHL, constata-se que pode repercutir na saúde e também no trabalho.

Dentro desse contexto, os hábitos saudáveis são um fator relevante na prevenção de doenças crônicas, tendo fundamental importância no estado de saúde dos trabalhadores. Assim, é de suma importância que hábitos saudáveis não sejam somente percebidos, mas que sejam adquiridos e mantidos. Dessa forma, torna-se necessário que programas referentes aos hábitos saudáveis sejam incluídos nos treinamentos realizados nas instituições hospitalares.

Ao enumerar algumas questões que poderiam dificultar a realização da atividade física no ambiente laboral, destaca-se que estes trabalhadores exercitam-se na realização do trabalho e há falta de estímulo para prática de exercício físico, pela alta carga horária de trabalho e pela dificuldade de locais apropriados para atividades físicas.

Nesse sentido, destaca-se a perspectiva de a atividade física ser incentivada por órgãos governamentais. Uma importante estratégia está sendo implantada por políticas públicas que privilegiam a promoção da atividade física, que é o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c).

Assim sendo, o Ministério da Saúde lançou, em 7 de abril de 2011, o “programa Academia da Saúde, com o objetivo de promoção da saúde por meio de atividade física, com meta de expansão a 4 mil academias até 2014. Desde 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde apoia e financia programas de atividade física. Somente em 2011, há mais de mil projetos em andamento em todo o país” (BRASIL, 2011c, p. 20).

Nesse sentido, destaca-se também a formação de grupos para prática de atividade física e orientação sobre alimentação saudável nos serviços de saúde (BRASIL, 2008 p. 91).

5.3 Avaliação do ICT dos trabalhadores estudados

Neste estudo, a confiabilidade interna do ICT se mostrou satisfatória (0,73), corroborando outros estudos com trabalhadores administrativos, Martinez e Latorre, (2006), e do setor elétrico Martinez, Latorre e Fischer, (2009), que foi 0,73 e 0,72,

respectivamente. Mostrou-se menor que o encontrado por Fischer et al. (2005) em trabalhadores de enfermagem (0,90).

Na avaliação do ICT em relação à **capacidade atual para o trabalho**, diferente deste estudo, verificou-se que trabalhadores do SHL do Hospital Universitário do Norte do Paraná apresentaram menor percentual com pontuação 10, indicativo de capacidade ótima para o trabalho (13,3% vs 36,6%) (SILVA et al. 2010). Na pontuação 8, o estudo de Silva et al. (2010) observou um percentual maior (30,6%) em relação a este (22,3%). Em estudos com trabalhadores de enfermagem foram evidenciados percentuais entre 31,7% e 38,9% no valor 8, que corresponde à boa capacidade para o trabalho (Duran e Cocco, 2004; Lima et al., 2013; Magnago et al., 2013). Nas relações de trabalho, de acordo com Martinez e Latorre (2006), em relação à seleção dos trabalhadores existe a possibilidade de seleção daqueles com melhores condições de desempenharem suas atividades laborais e, com isso, apresentarem uma pontuação elevada no ICT. Esse tipo de seleção pode acontecer, em especial, com trabalhadores terceirizados, que possuem um processo seletivo diferentes dos concursos públicos.

Quanto à **capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas e mentais**, os trabalhadores classificaram-na como boa, mas apresentaram resultados mais favoráveis nas exigências mentais (63,5%) do que nas físicas (44,4%). Tendo em vista que o trabalho dos profissionais do SHL é predominantemente físico (TUOMI et al., 2005), estes resultados podem em parte ser explicados pelo conteúdo do trabalho do SHL, em que prevalece o esforço físico, o que pode manter preservada a sua capacidade mental. De acordo com Tuomi et al. (2005), a redução da capacidade para o trabalho é mais elevada quando o comprometimento da saúde acontece em consequência das exigências físicas do trabalho.

No hospital há vários tipos de limpeza, dependendo do processo utilizado e do local a ser higienizado, por exemplo: a limpeza concorrente (diária e reposição de materiais), a limpeza de pisos e corredores e a limpeza terminal (pisos, paredes e anexos) (SZNELWAR et al., 2004). Em qualquer um desses, as exigências físicas (postural corporal, levantamento e carregamento de peso, execução de movimentos repetitivos, etc.) são cotidianas.

Quando investigadas as doenças musculoesqueléticas, a dor nas costas que se irradia para a perna (ciático) foi a que obteve maior percentual de diagnóstico

médico (13,4%) e a dor na parte inferior das costas, com dores frequentes, a mais autorreferida (26,1%).

No entanto, os trabalhadores investigados apresentaram um perfil favorável a sua saúde, visto que, quando indagados se sua doença ou lesão era um **impedimento para seu trabalho atual**, 56,1% referiram não tê-lo. De acordo com Tuomi et al. (2005), a saúde tem uma implicação direta e positiva na capacidade para o trabalho, de forma que, quanto melhor uma, melhor também a outra.

Outro importante fator observado neste estudo foi o baixo índice de absenteísmo. Em maior percentual (56,7%) os trabalhadores não se afastaram nenhum dia do trabalho por problemas de saúde, nos últimos 12 meses. No estudo de Silva et al. (2010), 88,9% dos trabalhadores que não faltaram ao trabalho apresentaram um ICT bom/ótimo. No entanto, deve-se considerar o importante percentual (31,8%) de trabalhadores que necessitaram de afastamento por um período de até nove dias, corroborando estudo de Silva et al. (2010), que evidenciou 38%.

No quesito falta ao trabalho, considera-se importante destacar que os trabalhadores terceirizados não possuem estabilidade no emprego, o que poderia inibir a ausência ao trabalho, mesmo apresentando algum sintoma. Estudo realizado por Sznelwar et al. (2004) em um hospital público foi motivado justamente pela evidência de elevados índices de absenteísmo e acidente de trabalho em trabalhadores do SHL. Os autores não informam o tipo de vínculo empregatício, mas, a partir de uma avaliação baseada na Análise Ergonômica do Trabalho (AET) e na psicodinâmica do trabalho, concluíram que as diferenças com relação ao tempo para executar as tarefas, as interferências no trabalho (equipe de saúde, chefia e clientela), a utilização de produtos, a sequência de ações e aspectos ligados à subjetividade do trabalhador do SHL (falta de valorização/reconhecimento e de comunicação, entre outros) podem desestabilizá-los, interferindo até no andamento do próprio trabalho.

Com relação à possibilidade de daqui a dois anos o trabalhador conseguir desempenhar o seu trabalho atual, 77,7% deles alegaram ser bastante provável; 54,8% responderam estarem sempre **satisfeitos com as atividades diárias**; 64,5% afirmaram sentirem-se sempre **ativos e alertas** e 71% responderam estar continuamente esperançosos no futuro.

De acordo com Martinez e Latorre, (2006) apenas uma minoria dos trabalhadores expõe sua insatisfação com o trabalho, podendo ser subestimada. Estudo de Sznelwar et al. (2004, p. 55-6) traz à tona que, apesar de esses trabalhadores, a exemplo dos profissionais da saúde, terem um alto nível de sofrimento, pelo convívio e confronto com o sofrimento dos pacientes (com os quais acabam se envolvendo), o fato de trabalharem no hospital e a importância da limpeza para o bom funcionamento deste já lhes trazem satisfação, mesmo quando sabem que aquilo que fazem na limpeza é pouco ou nada reconhecido.

No que se refere à classificação dos trabalhadores no ICT, 3,8% deles foram classificados em baixa capacidade para o trabalho. Estudos nacionais (ANDRADE e MONTEIRO, 2007; SILVA et al., 2010) evidenciaram percentuais maiores (8,2% e 14,5%). No estudo de Martinez e Latorre (2006) não houve trabalhadores classificados nessa categoria.

Quando se fez a **classificação dicotômica do ICT**, baixa/moderada e boa/ótima, os percentuais aqui evidenciados se assemelham aos de Martinez e Latorre (2006) e de Silva et al. (2010), que observaram percentuais entre 15,2% a 25,2% para baixa/moderada capacidade e 69,4% a 84,8% para boa/ótima capacidade. No entanto, diferem dos encontrados no estudo proposto por Andrade e Monteiro (2007), que evidenciou percentuais maiores para baixa/moderada capacidade (46,4%) e menores para boa/ótima capacidade (53,6%).

Considerando que os trabalhadores do SHL são terceirizados, na maioria das instituições hospitalares, o elevado percentual de classificação na categoria de boa/ótima capacidade para o trabalho pode estar relacionado ao processo de seleção para admissão, como referido anteriormente. Ou seja, pode estar havendo uma seleção de pessoas com melhores condições de saúde, o que propiciaria um melhor desenvolvimento das funções laborais (efeito do trabalhador sadio), Medronho et al. (2005).

No presente estudo, em relação às **variáveis sociodemográficas**, mesmo elas não se apresentando estatisticamente significativas em relação ao ICT, é importante observar o maior percentual de boa/ótima capacidade para o trabalho dos trabalhadores mais jovens ($r = -0,133$; $p = 0,096$). Com base no estudo de Martinez, Latorre e Fischer (2010), com o avançar da idade a capacidade de trabalho começa a diminuir.

De acordo com a OMS (1993) o envelhecimento dos trabalhadores ocorre a partir do 45 anos de idade. Essa afirmação vai ao encontro dos dados aqui levantados, em que se observou que os trabalhadores do SHL com mais de 45 anos tiveram o maior percentual para baixo/moderado ICT ($p=0,488$). Com o envelhecimento da força de trabalho as questões relativas ao envelhecimento vêm sendo consideradas nas relações de trabalho (MARTINEZ, LATORRE e FISCHER, 2009, 2010; ANDRADE e MONTEIRO, 2007).

O envelhecimento cronológico pode vir acompanhado de algumas patologias que favorecem a deterioração das capacidades física e mental, sendo determinante da capacidade para o trabalho. No entanto, cabe destacar que estudos com trabalhadores brasileiros e finlandeses não observaram relação linear entre idade e redução da capacidade para o trabalho (VITTA et al., 2012).

Outros dados não significativos estatisticamente, mas que merecem destaque relacionam-se ao maior percentual de mulheres (21,7%) com escolaridade fundamental/média (21,1%) que apresentam baixa/moderada capacidade. Martinez, Latorre e Fischer (2010) sinalizam que pode ocorrer uma maior probabilidade da perda da capacidade para o trabalho entre as trabalhadoras de sexo feminino, pela dupla jornada de trabalho e menores salários.

A situação das trabalhadoras do SHL no mundo do trabalho revela não só a falta de qualificação formal e a submissão à lógica das relações capitalistas, mas também a condição de mulher expressa no âmbito doméstico (cuidados dos filhos, da casa e da família) ou no trabalho assalariado (CHILLIDA e COCCO, 2004). Dependendo das possibilidades vivenciadas em cada etapa de sua vida familiar (filha, esposa ou mãe) e de formação, a definição da mulher em relação às atividades produtivas será dada pelas oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho.

No que se refere às **variáveis laborais**, o turno de trabalho esteve associado a maior pontuação do ICT. Os **trabalhadores do noturno** obtiveram classificação para boa/ótima capacidade para o trabalho quando comparados aos do diurno ($p<0,010$). Com relação a isso, destaca-se que o trabalho noturno apresenta um ambiente mais tranquilo, permitindo também maior interação entre a equipe de trabalho, o que poderia estar influenciando positivamente no ICT. Além disso, estudo realizado por Sznelwar et al. (2004, p.56) verificou que os trabalhadores do noturno

se organizam melhor como equipe, tornando evidente que a organização do trabalho é central para se atingir uma finalidade.

O trabalho noturno, para alguns trabalhadores, disponibiliza maior tempo durante o dia para a realização de outras atividades ou para a vida particular, corroborando para outros dados significativos encontrados neste estudo. Ao serem avaliadas as variáveis de saúde (Tabela 10), evidenciou-se que os trabalhadores que possuíam tempo para o lazer apresentavam boa/ótima capacidade para o trabalho (88,2%). Não ter tempo para o lazer se mostrou associado à redução da capacidade para o trabalho.

Por outro lado, há que se considerar as consequências negativas do trabalho noturno, dentre elas fadiga, sonolência, predisposição a problemas cardiovasculares e metabólicos já estão cientificamente comprovados em trabalhadores de diversas profissões (SILVA, 2008; MORENO, FISHER, ROTENBERG, 2007; ROTENBERG et al., 2001).

Após avaliar a capacidade para o trabalho em relação às **variáveis de saúde**, os resultados mostram que os trabalhadores do SHL que **não** precisaram de **atendimento médico** e os que **não** necessitaram de **acompanhamento psicológico** foram **significativamente** classificados na categoria boa/ótima capacidade para o trabalho ($p < 0,05$). Em conformidade com estudo de Martinez e Latorre (2006), quanto melhor a qualidade da saúde física e mental, melhor a condição da capacidade para o trabalho.

5.4 Relação entre hábitos saudáveis e Capacidade para o Trabalho

Este estudo demonstrou que em maior percentual os trabalhadores do SHL possuíam classificação boa/ótima capacidade para o trabalho (79,6%) e alta percepção de hábitos saudáveis (67,5%). A análise de correlação evidenciou uma relação positiva entre eles. Ou seja, quanto maior a percepção de hábitos saudáveis, como o controle do peso corporal, a alimentação e a atividade física, maior foi a pontuação no ICT dos trabalhadores do SHL.

Os comportamentos relacionados ao estilo de vida dos trabalhadores mantêm uma relação com a saúde e com a capacidade para o trabalho. A atividade física

exerce um fator importante sobre a capacidade de trabalho, assim a saúde e a capacidade para o trabalho podem ser restauradas, mantidas ou melhoradas (TUOMI et al., 2005).

De acordo com o estudo de Martinez, Latorre e Fischer (2010), a prática de atividade física é benéfica para uma melhor capacidade de trabalho. Os trabalhadores, mantendo um equilíbrio entre o consumo alimentar e a atividade física para o controle do peso corporal adequado, podem assim obter uma vida mais saudável com maior capacidade de trabalho. Como dito anteriormente, a saúde é vital para uma boa capacidade para o trabalho, para isso não basta ter mais anos vividos, é necessário que eles tenham sido vividos com qualidade. Assim, a promoção da saúde por meio da aquisição de hábitos saudáveis relacionados ao controle do peso corporal e à atividade física contribui para a manutenção da saúde e para uma melhor capacidade para o trabalho.

6 CONCLUSÕES

Diante dos **objetivos propostos** para a realização deste estudo, os resultados permitiram as seguintes conclusões:

Quanto ao perfil sociodemográfico dos trabalhadores do SHL:

- 87,9% eram do sexo feminino;
- 39,9 anos ($\pm 9,8$) era a idade média;
- 63,7% eram da raça autorreferida branca;
- 64,3% eram casados e ou companheiro(a);
- 28,0% tinham um filho;
- 38,9% tinham o ensino médio completo;
- 0,86 ($\pm 0,47$) salário mínimo nacional era a média da renda familiar *per capita*.

Quanto ao perfil laboral dos trabalhadores do SHL:

- 65,6% eram Serventes de Limpeza;
- 34,4% eram Auxiliares de Limpeza de Materiais;
- 32,5 meses ($\pm 48,9$) era o tempo médio de trabalho na instituição;
- 80,9% trabalhavam no turno de trabalho diurno;
- 72,6 referiram que o número de trabalhadores na escala era suficiente;
- 65,9% referiram sentir-se satisfeitos com a remuneração;
- 88,5% não possuíam outro emprego;
- 67,7% não faziam horas extras;
- 72% recebiam treinamentos.

Quanto ao perfil de saúde dos trabalhadores do SHL:

- 50,3 % dos trabalhadores nunca fumaram;
- 89,2% não consumiam álcool;

- 98,7% não faziam uso de drogas;
- 58,6% precisaram de atendimento médico no último ano;
- 6,4% precisaram de atendimento psicológico no último ano;
- 51% faziam uso de medicação;
- 47,8% faziam uso de medicação por indicação médica;
- 59,2% com tempo de lazer;
- 1,9% estavam abaixo do peso;
- 27,4% dos trabalhadores apresentaram peso normal;
- 36,9% encontravam-se pré-obesos;
- 33,8% encontravam-se com obesidade graus I, II e III.

Quanto à percepção sobre a adoção de hábitos saudáveis dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza a partir do QPHAS:

- 70,7% apresentaram maior percentual para alta percepção quanto ao controle do peso corporal;
- 73,9% apresentaram maior percentual para alta percepção quanto à alimentação;
- 68,8% apresentaram maior percentual para alta percepção quanto à atividade física;
- 67,5% apresentaram maior percentual para alta percepção no escore geral do QPHS.

Quanto à relação entre percepção de hábitos saudáveis e variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde:

- 73,7% dos trabalhadores do SHL com até três filhos apresentaram maior percentual para alta percepção no escore geral;
- 80,4% dos trabalhadores solteiros/sem companheiro apresentaram maior percentual para alta percepção sobre o controle do peso corporal;
- 90% dos trabalhadores do turno de trabalho noturno apresentaram maior percentual para alta percepção sobre o controle do peso corporal e atividade física;

- 83,3% dos trabalhadores do turno de trabalho noturno apresentaram maior percentual para alta percepção no escore geral;
- 74% dos trabalhadores com IMC normal apresentaram maior percentual para alta percepção sobre a dimensão atividade física;
- 75% trabalhadores com IMC normal apresentaram maior percentual para alta percepção no escore geral.

Quanto à avaliação do ICT dos trabalhadores do SHL:

- 36,6% apontaram 10 como pontuação percebida para a capacidade para o trabalho atual;
- 44,4% apontaram como boa a capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas;
- 63,5% apontaram como boa a capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais;
- 29,9% não apresentaram nenhuma doença diagnosticada pelo médico;
- 56,1% referiram não ter impedimento para o seu trabalho atual em relação às suas doenças ou lesões;
- 56,7% não apresentaram nenhuma falta ao trabalho;
- 77,7% referiram ser boa a possibilidade de daqui a dois anos conseguirem desempenhar o seu trabalho atual.
- 54,8% referiram estarem sempre satisfeitos com as atividades diárias de seu trabalho;
- 71% referiram sentir-se continuamente cheios de esperança para o futuro;
- **79,6% apresentaram boa/ótima capacidade para o trabalho;**
- **20,4% apresentaram baixa/moderada capacidade para o trabalho.**

Quanto à relação entre o ICT as variáveis laborais e de saúde dos trabalhadores do SHL

- 79,6% dos trabalhadores serventes de limpeza e auxiliares de limpeza de materiais apresentaram boa/ótima capacidade para o trabalho;
- 96,7% do turno de trabalho noturno apresentaram boa/ótima capacidade para o trabalho;

- 88,2% dos trabalhadores com tempo de lazer apresentaram boa/ótima capacidade para o trabalho;
 - 87,7% dos trabalhadores sem atendimento médico no último ano apresentaram boa/ótima capacidade para o trabalho;
 - 81,6% dos trabalhadores sem acompanhamento psicológico apresentaram boa/ótima capacidade para o trabalho.
-
- **Quanto à associação entre a percepção de hábitos saudáveis e o ICT:**
 - As pontuações na dimensão alimentação ($r=0,174$; $p=0,029$), atividade física ($r=0,207$; $p=0,009$) e no escore geral do QPHAS ($r=0,179$; $p=0,025$) apresentaram correlação positiva baixa com a pontuação do ICT. Ou seja, quanto maior a percepção de hábitos saudáveis, maior a capacidade para o trabalho dos trabalhadores do SHL.
 - A análise multivariável evidenciou uma relação de independência entre o ICT e as variáveis estudadas ($OR= 1,46$; $IC95\%= 0,207 - 1,015$; $p=0,054$). Após ajustes por fatores de confundimento ($p<0,25$), não ter tempo para o lazer se mostrou associado à redução da capacidade para o trabalho ($OR=2,26$; $IC95\%= 1,268 - 4,015$; $p=0,006$).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os hábitos de vida influenciam nas condições de saúde e estas podem influenciar diretamente na capacidade para o trabalho. Esta premissa levou ao desenvolvimento desta pesquisa. Após avaliação, a hipótese da pesquisa foi confirmada, ou seja, os trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza que desenvolvem hábitos saudáveis possuem melhor capacidade para o trabalho.

Considerando que os resultados deste estudo mostram que 20,4% dos trabalhadores apresentavam baixa/moderada capacidade para o trabalho e o comportamento do trabalhador funciona como determinante do seu estado de saúde indicam-se medidas para **manter, restaurar e melhorar** a capacidade para o trabalho desses trabalhadores.

Medidas estas como a prática de atividade física através de oficinas com programa de alongamento, aeróbicos, exercícios musculares, caminhadas; programas de ensino de autocuidado postural com promoção de atividades que busquem minimizar os desconfortos decorrentes de posturas corporais inadequadas assumidas no desenvolvimento do trabalho; ginástica laboral que poderá contribuir para atenuar e amenizar os desconfortos durante o trabalho.

Dentro deste contexto é necessário considerar os fatores que impedem ou dificultam a atividade física, como motivação, falta de tempo e de local apropriado, buscando estratégias que visem mudanças de comportamento dos hábitos pessoais dos trabalhadores, para que estas medidas sejam adotadas e mantidas ao longo da vida.

Acrescentam-se ainda as dificuldades encontradas por esses trabalhadores relativos às atividades executadas que requerem esforço físico, onde se sugere o desenvolvimento de ações de educação em saúde que busquem atenuar os fatores de risco modificáveis encontrados no ambiente de trabalho.

Ressalta-se também a necessidade do incentivo à alimentação saudável, fazendo acompanhamento nutricional, sendo esta outra importante iniciativa para a saúde do trabalhador. Ações de educação nutricional poderiam contribuir para a diminuição dos altos índices de sobrepeso, obesidade e riscos de doenças nos trabalhadores pesquisados. Medidas estas que vão em direção às propostas do

Ministério da Saúde e da OMS, ou seja, estimular a realização de exercícios físicos e a manutenção de uma alimentação saudável.

Nessa perspectiva, valorizam-se a nutrição equilibrada e adequada que contribuem para o bem-estar pessoal, sendo esses comportamentos preventivos às doenças. Sendo assim, tais hábitos saudáveis passam a ser considerados fundamentais na promoção da saúde, como qualidade de vida e na redução da morbimortalidade por todas as causas.

Assim como acompanhamento médico e psicológico das condições de saúde desses trabalhadores através do Programa Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Essas medidas de promoção à saúde no trabalho devem ser relacionadas à legislação brasileira através do Serviço de Saúde e Segurança do Trabalhador, medidas que podem auxiliar na melhoria/manutenção da capacidade para o trabalho desses trabalhadores.

Atualmente, a maioria dos trabalhadores leva uma vida sedentária, tem uma alimentação desequilibrada, destina pouco tempo para o lazer e conseqüentemente surgem distúrbios físicos e doenças. No ambiente hospitalar as expectativas estão voltadas exclusivamente para a qualidade dos serviços, os trabalhadores, na maior parte do seu tempo, ficam numa mesma posição ou em pé, e isso requer uma considerável atenção, pois na maioria das vezes os trabalhadores ficam numa posição inadequada.

Assim, considera-se importante que as instituições hospitalares elaborem estratégias que visem manter a saúde do trabalhador e a prevenção de doenças e aumenta a capacidade de trabalho, ações que são estabelecidas da relação entre práticas de exercícios físicos, alimentação saudável e o controle do peso corporal dos trabalhadores.

A partir de tais percepções, essas medidas neste ambiente e para esta população servirão como método de avaliação, para que sejam analisados seus efeitos, buscando por melhor qualidade de vida dos trabalhadores, que terão oportunidade para a prática de atividade física, podendo ser incorporada em seu cotidiano.

Conclui-se que é necessário realizar uma educação permanente com esses trabalhadores com informações referentes a hábitos saudáveis, abrangendo condutas alimentares saudáveis e atividades físicas que possibilitem **manter**,

restaurar e melhorar a capacidade para o trabalho desses trabalhadores, que repercutem na saúde e também na capacidade de trabalho.

O estudo **contribuiu** para a avaliação da saúde física relacionada à capacidade para o trabalho dos trabalhadores SHL. Também **contribui** na construção de ações para a **melhor saúde** destes trabalhadores e para o **conhecimento** em relação à melhor capacidade de trabalho.

Traz ainda **contribuições à enfermagem**, pois nas instituições hospitalares os trabalhadores do SHL atuam na maioria das vezes vinculados à enfermagem, sinalizando para a necessidade de os enfermeiros liderarem empenho no sentido de sensibilizar os trabalhadores e também os gestores sobre a relevância da prática de exercício físico e hábitos alimentares saudáveis.

Limitações do estudo

As análises evidenciaram que os trabalhadores do SHL apresentaram alta percepção de hábitos saudáveis e boa/ótima capacidade para o trabalho. Contudo, por se tratar de **estudo transversal**, os resultados encontrados são avaliados em um mesmo momento, eles permitem uma reflexão dos resultados encontrados, mas a relação de causalidade não pode ser estabelecida (Viés da temporalidade).

Assinalam-se também como limitações do estudo o pequeno número de trabalhadores avaliados (apesar de ser a totalidade da instituição), assim como não se descarta o viés do trabalhador saudável, pois, por se tratar de empresa terceirizada, na realização de seleção para o ingresso no trabalho podem ter sido selecionados os trabalhadores com melhores condições de saúde.

Os resultados mostram que existe necessidade de **novas pesquisas** para aprofundamento no assunto, em especial no que tange aos aspectos de saúde relacionados ao sobrepeso/obesidade, envelhecimento e gênero. Com a alteração no peso corporal e o envelhecimento há limitações para o trabalho, e isso requer dos gestores o desenvolvimento de programas de promoção à saúde para a preservação da capacidade para o trabalho e a manutenção da qualidade de vida no trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 319-22, jan./fev. 2003.
- ANDRADE, C. B.; MONTEIRO, M. I. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Revista Escola Enfermagem USP** [online], São Paulo, v. 41, n. 2, p. 237-244, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/08.pdf>>. Acesso em: 02 out.2012.
- BAILAR, J.; MOSTELLER, F. **Medical user of statistics**. Borton: Nejm Books, 1992.
- BARROS, M.V.G. de; NAHAS, M.V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Rev saúde pública**, v. 35, n. 6, pp. 554-563, dez. 2001.
- BATTISTI, H. H.; GUIMARÃES, A.C.A.; SIMAS, J.P.N. Atividade física e qualidade de vida de operadores de caixa de supermercado. **Rev bras cênc mov**, v. 13, n. 1, pp. 71-78, 2005.
- BECK, C.L.C. et al. Identidade profissional dos enfermeiros de serviços de saúde municipal. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 114-9, 2009.
- BELTRAME, M.T. Saúde e trabalho: uma perspectiva em qualidade de vida. In: VI SEMANA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2010, Santa Maria. **Anais...** Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2010.
- BOTH, J.; CORSEUIL, H. X.; MALAVASI, L. M. O conteúdo hábitos saudáveis em um colégio público de Marechal Cândido Rondon, Paraná. **Revista Digital** - Buenos Aires, año 12, n. 109, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em 15 dez.2012.
- BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**: dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Brasília, 1986.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Título VIII, Cap. II, Seção II – Da Saúde, Art. 196. Brasília, DF, 1988.

_____. Lei nº 8.080 – Lei orgânica da saúde, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Coordenação de controle de infecção hospitalar. processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde**. 2ª ed. Brasília, 1994.

_____. _____. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001.

_____. Grupo de Trabalho Interministerial MPS/MS/TEM. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST)**. Brasília: GTI, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.125/GM, de 6 de julho de 2005**: dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Brasília, 2005.

_____. _____. **Guia alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília, 2006.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Série A. Normas e Manual Técnico. Brasília, DF, 2008.

_____. _____. **Pesquisa mostra aumento da obesidade no Brasil**. Disponível em: <http://www.planetauniversitario.com/index.php?option=com_content&view=article&id=21632:pesquisa-mostra-aumento-da-obesidade-no-brasil&catid=56:ciia-e-tecnologia&Itemid=75>. Acesso em: 23 jun. 2011a.

_____. **Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011**: dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Brasília, DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis s (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília, DF, 2011c.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**: institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF, 2012.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília, 2012.

CARNEIRO, L.R.V. et al. Sintomas de distúrbios osteomusculares em motorista e cobradores de ônibus. **Rev bras cineantropom desempenho hum**, v. 9, n. 3, pp. 277-283, set. 2007.

CAVALCANTE, C. A. A. et al. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 241-248, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a23.pdf>. Acesso em: 02 out.2012.

CHILLIDA, M.S.P.; COCCO, M.I.M. Saúde do trabalhador & terceirização: perfil de trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.12, n.2, p. 271-276, 2004.

CHOR, D. et al. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 219-24, 2008.

CICONELLI, R.M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira Reumatologia**, vol. 39, p.143 -50, 1999.

CODARIN, M.A.F. et al. Associação entre prática de atividade física, escolaridade e perfil alimentar de motoristas de caminhão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.2, p.418-428, jun. 2010.

CÔRTEZ, D.C.S. et al. Sedentarismo em população específica de funcionários de uma empresa pública. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.8, n.5, p.375-377, set./out., 2010.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. 5. ed. Ampliada, São Paulo: Cortez, 1992.

DEL DUCA, G.F. et al. Inatividade física no lazer em trabalhadores da indústria do Rio Grande do Sul, Brasil. **Motriz: Revista Educação Física** (Impr.), Rio Claro, v. 17, n. 1, p. 180-188, jan./mar. 2011.

DURAN, E. C. M.; COCCO, M. I. M. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 43-49, jan./fev. 2004.

FERNANDES, J. D. et al. Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 803-811, set./out. 2006.

FERREIRA, M. et al. Efeitos de um programa de orientação de atividade física e nutricional sobre o nível de atividade física de mulheres fisicamente ativas de 50 a 72 anos de idade. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 172-176, mai./jun. 2005.

FIELD, A. **Descobrendo a estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FISCHER, F.M. et al. A (in)capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte. v. 3, n. 2. p. 97-103. ago-dez, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. Qualidade de Vida: identidades e indicadores. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Orgs.). **Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri: Manole, 2004. p. 03-25.

GRANDE, A. J. et al. Comparação de intervenções de promoção à saúde do trabalhador: ensaio clínico controlado randomizado por cluster. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, fev. 2013a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-00372013000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev.2014.

GRANDE, A. J. et al. Determinantes da qualidade de vida no trabalho: ensaio clínico controlado e randomizado por clusters. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v. 19, n. 5, oct., 2013b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922013000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 fev.2014.

GUEDES, D. P.; GRONDIN, L. M. V. Percepção de hábitos saudáveis por adolescentes: associação com indicadores alimentares, prática de atividade física e controle do peso corporal. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 24, n.1, p. 23-45, 2002.

HALLAL, P.C. et al. Epidemiologia da atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.3, p.453-60, 2007.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM). Coordenação de Serviços Gerais. **Manual de gerenciamento da rotina: serviço de higiene e limpeza**. Elaborado por Clara Trevisan. Aprovado por Odete Portela. Versão1. Santa Maria, 2011.

_____. **Apresentação**. Santa Maria, 2014. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/index.php?janela=historico.html>>. Acesso em: 05 abr. 2014.

IPEA. **Má qualidade de vida sobrecarrega INSS**, aponta estudo do IPEA. 2009. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/003/00301009.jsp?ttcd...>>. Acesso em: 15 out.2009.

JENSEN, M.P.; KAROLY, P.; BRAVER, S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. **Pain**, v. 27, n. 1, p. 117-26, 1986.

LAUTERT, L.; CHAVES, E.H.B.; MOURA, G.M.S.S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 6,n. 6, p. 415-425, 1999.

LIMA et al. Circunferência da cintura ou abdominal? Uma revisão crítica dos referenciais metodológicos. **Rev. Simbio-Logias**, v.4, n.6, dez. 2011.

LIMA, A.C.S. et al. Prevalência e características da (in) capacidade para o trabalho de trabalhadores de enfermagem. **J Nurs UFPE on line**. Recife, v. 7, n. 8, p. 5143-9, aug. 2013.

LOPES, M. C. R. Subjetividade e trabalho na sociedade contemporânea. **Trabalho Educação Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 91-113, mar./jun. 2009.

LOPES, J. A. et al. Fatores associados à atividade física insuficiente em adultos: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.13, n. 4, p. 689-98, 2010.

MAGNAGO, T.S.B.S, et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.18, n.3, p. 140-47, _mai./jun. 2010.

MAGNAGO, T.S.B.S et al. Avaliação da capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem de pronto-socorro. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet] v.15, n.2, p. 523-32, abr/jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15344>>. Acesso em 15 dez.2013.

MARANI, F.; OLIVEIRA, A. R.; GUEDES, D. P. Indicadores comportamentais associados à prática de atividade física e saúde em escolares do ensino médio. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 14, n. 4, p. 63-70, 2006.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary care in the city of São Paulo. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 148, p. 23-26, 1986.

MARTARELLO, N.A.; BENATTI, M.C. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 422-8, 2009.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M.R.D O. Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 851–858. oct. 2006.

_____. Fatores associados à capacidade para o trabalho de trabalhadores do Setor Elétrico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.761-772, 2009.

MARTINEZ, M.C.; LATORRE, M.R.D.O.; FISCHER, F.M. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vl. 43 n. 3 may./jun. 2009 Epub Apr 03, 2009.

_____. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, suppl.1, jun. 2010.

MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos**

profissionais em enfermagem no trabalho em turnos. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2002.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, n. 6, p. 5-18, 2001.

MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2005.

MEIRA, O. O; MAFFIA, R. M. Nível de conhecimentos sobre hábitos saudáveis e de atividade física em adolescentes do ensino médio em uma escola pública da cidade de Piraúba, Minas Gerais. **EFDeportes.com**, Revista Digital. Buenos Aires, año 16, n. 158, jul. 2011.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-9, 1991.

METZNER, R. J.; FISCHER, F. M. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 548-553, 2001.

MORENO, C. R. C. e FISHER, F. M. e ROTENBERG, L. A sociedade 24 horas. **Viver Mente e Cérebro**, ano XIV, n. 170, p. 66-73, mar. 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Él envejecimiento y la capacidad de trabajo**: informe de un grupo de estudio de La OMS. Ginebra: OMS, 1993.

_____. **Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde.** 57^a Assembleia Mundial de Saúde. Oitava sessão plenária, 22 de maio de 2004. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/Estrategia_Global_portugues.pdf>. Acesso em: 02 out.2012.

PAPINI, C.B. et al. Severidades ocupacionais associadas à inatividade física no lazer em trabalhadores. **Motriz rev educ fís** (Impr.), v. 16, n. 3, pp. 701-707. jul./set. 2010.

RAFFONE, A. M.; HENNINGTON, E.A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.4, p 669-76, 2005.

RAMOS PIÑERO, M. Enfoque para justificar la promoción y prevención como medios en la erradicación del sedentarismo desde el ámbito laboral. **Salud trab** (Maracay), 2007 jul/dic; 15(2): 119-128, jul./dic. 2007.

RODRIGUES, T. F. F.; PHILIPPI, S. T. Avaliação nutricional e riscos cardiovasculares em executivos submetidos a check-up. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 322-7, 2008.

ROTENBERG, L. et al. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2001.

SALVE, M.G.C; THEODORO, P.F.R. Saúde do trabalhador: a relação entre ergonomia, atividade física e qualidade de vida. **Salusvita**, v, 23, n. 1, pp. 137-146, 2004.

SANT'ANNA, D. B. de. Corpo e história. **Cadernos de subjetividade. Núcleo e Estudos e Pesquisa da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP**, São Paulo, v.1, n.1, 1993.

SPANNA, T. M. et al. Comportamento de atividade física de cardiopatas isquêmicos segundo perfil sócio demográfico clínico. **Rev. bras.enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, sep./oct. 2010.

SILVA, R. M. **Satisfação profissional dos enfermeiros de um hospital universitário no trabalho noturno**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.

SILVA, L. G. et al. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital universitário público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 158-63, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a19.htm>>. Acesso em: 02 out.2012.

STETLER, C. B. et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, Philadelphia, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.

SCOTTI, P.; DÍAZ, F. Evaluación de trabajadores en industria de VIII región: salud y desempeño laboral. **Bol Cient Asoc Chil Segur**, v. 1, n. 2, p. 50-56, dic. 1999.

SZNELWAR, L.I. et al. Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 045-057, set./dez. 2004.

TUOMI, K. et al. **Índice de capacidade para o trabalho**. Tradução de F. M. Fischer. Helsinki: Instituto de Saúde Ocupacional, 2005.

VILLAREAL, R.; SARA, M.; Prevalencia de la obesidad, patologías crónicas no transmisibles asociadas y su relación con el estrés, hábitos alimentarios y actividad física en los trabajadores del Hospital de la Anexión. **Rev cienc adm financ segur soc**, v. 11, n. 1, pp. 83-93, jul./dic. 2003.

VITTA, A. et al. Nível de capacidade para o trabalho e fatores associados em profissionais de atividades sedentárias. **SALUSVITA**, Bauru, v. 31, n. 3, p. 259-271, 2012.

APÊNDICE A – Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança de Dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Título do projeto: “Hábitos Saudáveis e Capacidade para o Trabalho em Trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza”

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Pesquisadora Mestranda: Marlize Tatsch Beltrame

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 3220 8029

Local da coleta de dados: Universidade Federal de Santa Maria/Hospital Universitário de Santa Maria

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos trabalhadores cujos dados serão coletados por intermédio de questionários. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução deste projeto e comporão um banco de dados. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Centro de Ciências da Saúde/UFSM, prédio 26, sala 1339, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof^a Dr^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. Após esse período, os dados serão destruídos. O seu nome não será divulgado e você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, em qualquer forma.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 26/02/2013, com o número do CAAE 13106313.1.0000.5346.

Santa Maria, 26 de fevereiro de 2013.

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

APÊNDICE B – ESTUDO DAS TENDÊNCIAS EM ENFERMAGEM SOBRE HÁBITOS SAUDÁVEIS E CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA

INTRODUÇÃO

A aquisição e manutenção de hábitos saudáveis estão relacionadas a aspectos comportamentais expressos por rotinas, hábitos e formas de vida adaptadas ao dia a dia. Eles podem repercutir na saúde dos trabalhadores e na sua capacidade para o trabalho. Esta pesquisa busca aprofundar o tema hábitos saudáveis e capacidade para o trabalho de trabalhadores por meio do estudo das tendências das produções científicas em enfermagem.

O enfermeiro, ao assumir o seu papel desenvolve habilidades múltiplas, tanto de fundamentação científica como de atuação que contempla atividades produzindo conhecimentos. Assim, a tomada de decisão do enfermeiro na sua prática diária necessita ser fundamentada em conhecimento científico (URSI, GALVÃO, 2006).

Diante disso, ocorre um processo de busca, avaliação, abordagem que possibilita e incentiva o profissional de saúde a buscar conhecimento científico por meio do desenvolvimento de pesquisas e a aplicação na sua prática dos resultados encontrados na literatura (URSI, GALVÃO, 2006). Os seus principais propósitos são buscar, avaliar criticamente e sintetizar as evidências disponíveis do tema investigado, reunindo os estudos sobre um determinado tema, construindo uma conclusão por meio dos resultados (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi analisar as tendências das produções brasileiras de enfermagem na produção do conhecimento sobre atividade física e hábitos alimentares e sua influência na saúde do trabalhador.

METODOLOGIA

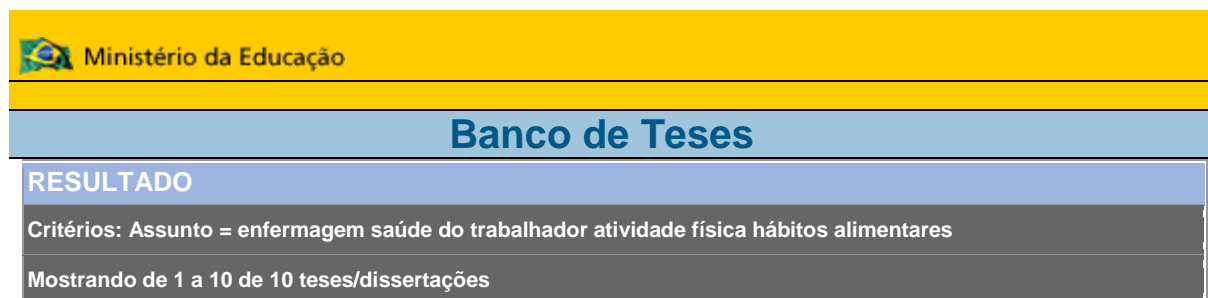
O presente estudo trata das tendências das produções científicas de teses e dissertações nacionais de enfermagem sobre o tema saúde do trabalhador, atividade

física, hábitos alimentares e serviço hospitalar de limpeza. No estudo procurou-se conhecer o que já foi produzido na ciência sobre a referida temática.

A seleção das teses e dissertações foi feita a partir da base de dados *on line* CEPEN/ABEN e portal da CAPES, sendo acessado o *site* www.bireme.br e, após consulta aos Descritores em Ciências da Saúde, foram identificados como descritores: Enfermagem, Saúde do Trabalhador, Atividade Física, Hábitos Alimentares e Serviço Hospitalar de Limpeza.

A busca foi realizada pelo acesso *on-line* no mês de novembro de 2012 e atualizada em fevereiro de 2014. Os critérios de inclusão foram: produções brasileiras de teses e dissertações de enfermagem sobre saúde do trabalhador, atividade física, hábitos alimentares e serviço hospitalar de limpeza. Como critérios de exclusão consideraram-se as produções não pertencentes à área de enfermagem.

Após várias tentativas e combinações possíveis, encontraram-se no portal da CAPES 10 produções com os descritores Enfermagem, Saúde do Trabalhador, Atividade Física e Hábitos Alimentares. Associando-se o descritor Serviço Hospitalar de Limpeza não foram encontradas produções. Em fevereiro de 2014, a busca foi atualizada e também se manteve zerada.



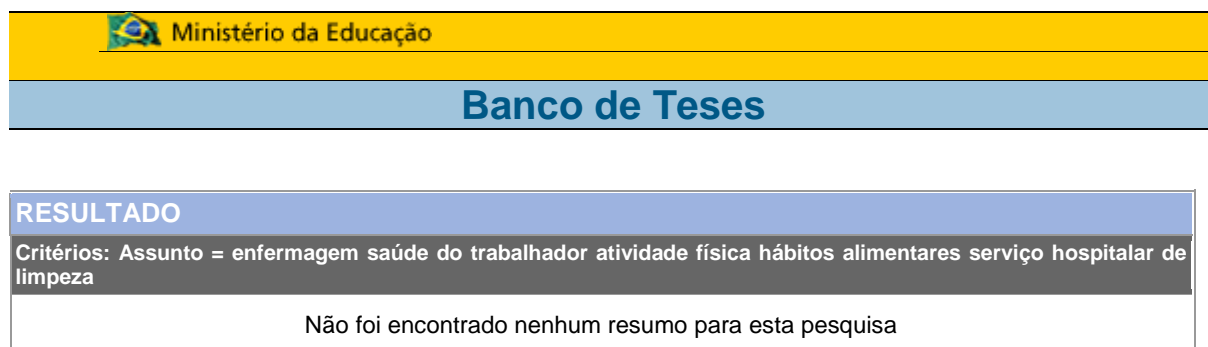
Ministério da Educação

Banco de Teses

RESULTADO

Critérios: Assunto = enfermagem saúde do trabalhador atividade física hábitos alimentares

Mostrando de 1 a 10 de 10 teses/dissertações



Ministério da Educação

Banco de Teses

RESULTADO

Critérios: Assunto = enfermagem saúde do trabalhador atividade física hábitos alimentares serviço hospitalar de limpeza

Não foi encontrado nenhum resumo para esta pesquisa

Na base de dados CEPEN/ABEN localizou-se uma produção e, associando-se os descritores com Serviço Hospitalar de Limpeza, não foram encontradas

produções. Ao ser atualizada a busca em fevereiro de 2014 foi encontrada uma produção de 2013. Associando-se os demais descritores com Serviço Hospitalar de Limpeza não foram encontrados estudos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise das 10 referências encontradas no portal CAPES os resultados apontaram que, dos estudos analisados, somente três dissertações seriam usadas para a revisão bibliográfica. As demais teses e dissertações não foram usadas devido aos fatores de inclusão e exclusão, por serem pertencentes a outros grupos de estudo que não trabalhadores (escolares adolescentes...).

Na base de dados CEPEN/ABEN foram encontradas duas referências, associando-se Serviço Hospitalar de Limpeza não se localizaram estudos. Assim, a amostra final desta revisão bibliográfica foi constituída de cinco dissertações, não sendo recuperada nenhuma tese: três estudos do portal CAPES e duas da base de dados CEPEN/ABEN.

Para a análise e posterior síntese dos estudos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão foram utilizados quadros especialmente construídos para esse fim, que contemplaram os seguintes aspectos considerados pertinentes: nomes dos autores, nome da pesquisa, objetivo do estudo, método, resultados e conclusões encontradas.

Após a busca e definição das informações a serem extraídas dos trabalhos selecionados, os referidos quadros foram classificados de acordo com os descritores e as bases de dados. Procurou-se, assim, analisar as tendências disponíveis na literatura para identificar como estavam às produções de enfermagem em relação ao referido tema.

Após a análise dos estudos incluídos na revisão, os resultados apontaram que não teve repetição de estudos nas duas bases de dados. Nos trabalhos avaliados foram encontrados estudos quantitativos e também qualitativos. Assim, foram analisadas cinco publicações de enfermagem nacionais, sendo duas publicadas em São Paulo, duas no Rio de Janeiro e uma em Minas Gerais.

No quadro 1 se encontra a apresentação da síntese das dissertações do portal da CAPES incluídas no estudo, com os descritores Enfermagem Saúde do Trabalhador, Atividade Física e Hábitos Alimentares.

| Nº AUTORES E FONTE | TÍTULO DO ESTUDO | OBJETIVO DO ESTUDO | MÉTODO | RESULTADOS E CONCLUSÕES |
|---|--|--|--|--|
| <p>Alinny Rodrigues Lamas. 1 v. 75p. Mestrado. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Enfermagem 2010</p> <p>Orientador(es): Enedina Soares Biblioteca Depositária: Setorial da UNIRIO, CEPEN/ABEN.</p> | <p>Fatores de risco modificáveis para a doença arterial coronariana prevalentes nos trabalhadores de enfermagem</p> | <p>Este estudo objetivou descrever a prevalência dos fatores de risco modificáveis para a doença arterial coronariana em trabalhadores de enfermagem das unidades de internação hospitalar pertencentes à rede pública e privada do município do Rio de Janeiro.</p> | <p>Pesquisa quantitativa com complementação de dados qualitativos, cuja amostra foi composta de 68 trabalhadores de enfermagem.</p> | <p>Os resultados apontaram o estresse (69,1%), hábitos alimentares (57%) e o sedentarismo (53%) como os fatores de risco modificáveis mais prevalentes entre os trabalhadores de enfermagem; além da prevalência de outros fatores que demandam mudanças de estilo de vida: redução do peso, frequência de pré-obesidade e obesidade de 36,7% e 7,5%, respectivamente; conscientização da necessidade de restrição de álcool, por 38,2% terem relatado seu consumo; realização de exercícios físicos regularmente, considerando importante número de sedentários (53%); e adesão de uma política antitabagista, pois 17,6% declararam-se usuários ou ex-usuários do tabaco.</p> |
| <p>Lucila Castanheira Nascimento. 1 v. 184p. Mestrado. Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto - Enfermagem em saúde pública 1999.</p> <p>Orientador(es): Iranilde José Messias Mendes Biblioteca Depositária: Biblioteca Central - Campus USP</p> | <p>O auto cuidado e o trabalhador de saúde</p> | <p>O presente estudo buscou descrever o perfil de saúde do conjunto de trabalhadores_(184) de um Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto, sob a perspectiva da Promoção de Saúde modelo epidemiológico "Campo de Força e os Paradigmas do Bem-Estar da Saúde" e fatores de risco para doenças crônico-degenerativas, e</p> | <p>Foi realizado estudo descritivo utilizando-se entrevista estruturada, contendo os elementos que compõem o referido modelo, com 184 trabalhadores de um Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto.</p> | <p>Concluiu-se que os trabalhadores eram predominantemente do sexo feminino (62,5%), faixa etária de 35 a 39 anos (28,8%), escolaridade "superior completo", (41,3%), categoria funcional de nível médio de enfermagem (32,1%) e da área assistencial (71,2%). A maior parte vivia com companheiro (72,8%) e tinha dois filhos (33,2%). Constatou-se 61,9% com sobrepeso e obesidade, prevalecendo o sexo masculino; a hipertensão foi detectada em 61 indivíduos (33,1%), a maioria do sexo masculino, entre 42 e 45 anos; 41 (22,3%) apresentaram pressão arterial acima do nível da normalidade e a obesidade mostrou-se presente</p> |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| | | ainda, identificar características pessoais associadas à prática de comportamentos intensificadores de saúde. | | em mais da metade dos indivíduos com pressão arterial alterada. Observou-se a presença de riscos autocriados nos padrões alimentares; 24,5% de relatos de constipação intestinal e 5,4% de alterações do sistema urinário. A atividade física não era desenvolvida por 51,1%; os hábitos de fumo foram referidos por 22,3% e de álcool por 46,2%. A necessidade de descanso não foi revelada pela maioria (70,0%); o estresse foi referido por 47,3% e o ambiente do trabalho foi o considerado mais estressante (46,7%). O serviço de saúde privado foi o mais citado (43,0%) e o uso de medicamentos não se constituiu em prática realizada por mais da metade dos entrevistados, mas a automedicação mostrou-se presente em quase 10%. |
| <p>Sérgio Lima da Silva. 1 v. 111p. Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro - 2000 enfermagem Orientador(es): Maria Yvone Chaves Mauro; René Mendes Biblioteca Depositária: Biblioteca Enfª. Zaira Cintra Vidal - Centro Biomédico B</p> | <p>O estilo de vida como subsídio para o desenvolvimento de programas para a promoção da saúde no trabalho, a trabalhadores administrativos em empresa de petróleo: contribuição da Enfermagem do Trabalho</p> | <p>O estudo objetivou identificar o perfil epidemiológico de estilo de vida dos trabalhadores de uma empresa de petróleo, em atividades administrativas, visando à elaboração de uma proposta para o desenvolvimento de programas para promoção da saúde no trabalho, destacando as contribuições do enfermeiro do trabalho, apoiado nos conceitos básicos da promoção da saúde e do autocuidado.</p> | <p>É um estudo descritivo, com abordagem epidemiológica, realizado com uma amostra aleatória de 450 trabalhadores. Usou-se um questionário autoaplicativo.</p> | <p>Os resultados evidenciam uma população com características de sedentarismo (48,0% não tinham praticado atividades físicas); obesidade (41,6% estavam acima do peso e 11,2% com peso muito acima do normal); alimentação inadequada; presença de hábitos nocivos à saúde (hábito de fumar) - 17,6 %; consumidores de álcool (26,4% nos finais de semanas, e 6,8% o faziam diariamente).</p> |

Quadro 1 – Apresentação da síntese das dissertações do portal da CAPES incluídas no estudo, com os descritores Enfermagem Saúde do Trabalhador, Atividade Física e Hábitos Alimentares

No quadro 2 se encontra a apresentação da síntese das dissertações da base de dados CEPEN/ABEN.

| AUTORES | TÍTULO DO ESTUDO | OBJETIVO DO ESTUDO | MÉTODOS | RESULTADOS E CONCLUSÕES |
|---|---|--|--|---|
| <p>Simão, Manuel. Ribeirão Preto; s.n; dez. 2001. 97f p. Apresentada à Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para obtenção do grau de Mestre.</p> | <p>Fatores de risco para as doenças cardiovasculares em trabalhadores de uma destilaria do interior paulista</p> | <p>Objetivo de identificar o perfil de trabalhadores do sexo masculino quanto aos fatores de risco cardiovasculares.</p> | <p>A população estudada constituiu-se de 123 trabalhadores, com idade entre 18 e 71 anos, que desenvolviam atividades no setor da indústria. Os dados foram obtidos através de entrevista individual feita pelo pesquisador na própria destilaria onde os mesmos atuavam.</p> | <p>Com relação à biologia humana, 10,6% dos trabalhadores apresentou obesidade grau I, e 17%, obesidade grau II]; No tocante ao estilo de vida, 40,7% referiram realizar algum tipo de atividade física, 16,3% eram fumantes, 65,9% indicaram consumo de bebida alcoólica e 49,6% referiram ingerir alimentos preparados com muito sal.</p> |
| <p>Leão, Ana Luisa Marcucci Belo Horizonte; s.n; 2013. 110 p. tab. pt. Apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem para obtenção do grau de Mestre.</p> | <p>Síndrome Metabólica em funcionários de uma universidade pública: fatores associados e concordância entre critérios de diagnóstico</p> | <p>O objetivo do presente estudo foi analisar os fatores associados à SM e concordância entre critérios de diagnóstico em funcionários do campus saúde de uma universidade pública.</p> | <p>Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e analítico, com 211 funcionários do campus saúde de uma universidade pública de Belo Horizonte/MG.</p> | <p>A prevalência da SM foi de 27,0% (IC 95%: 21,1-33,5) NCEP, 33,2% (IC 95%: 26,9-40,0) IDF e 28,4% (IC 95%: 22,5-35,0) AHA/NHBLI. Sobrepeso e obesidade foram fatores independentemente associados à SM ($p < 0,05$) para todos os critérios. Ademais, a renda familiar ≥ 6 salários mínimos (RP= 0,52; IC95%: 0,29-0,95) NCEP, muito suporte social (RP= 1,55, IC95%: 1,08-2,21) IDF e, idade (RP= 1,02; IC95%: 1,00-1,04) AHA/NHBLI também se associaram independentemente à SM. A prevalência da SM foi alta, devendo ser considerada nas discussões da promoção da saúde do trabalhador.</p> |

Quadro 2 – Apresentação da síntese das dissertações da base de dados CEPEN/ABEN incluídas na revisão

Quanto à população de trabalhadores e o ano de publicação, as distribuições estão descritas no Quadro 3.

| ANO | NÚMEROS DE ESTUDOS | TRABALHADORES |
|------|--------------------|---------------------------------|
| 2013 | 1 | Funcionários Públicos |
| 2010 | 1 | Trabalhadores de enfermagem |
| 2001 | 1 | Trabalhadores de uma destilaria |
| 2000 | 1 | Trabalhadores administrativos |
| 1999 | 1 | Trabalhadores de saúde |

Quadro 3 – Apresentação do ano, nº de estudos e a população de trabalhadores, em relação às produções encontradas

CONCLUSÃO

Os estudos incluídos na revisão foram analisados em relação aos seus objetivos e resultados, permitindo que fosse analisado o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado. A análise das produções revisadas neste estudo das tendências da produção do conhecimento em enfermagem evidencia a importância das relações de hábitos alimentares saudáveis e atividade física que reportem para uma melhor saúde do trabalhador.

Conclui-se que são poucos os estudos sobre atividade física com trabalhadores e principalmente sobre hábitos alimentares e trabalhadores. Os estudos publicados avaliaram as condições de trabalho de outros trabalhadores (trabalhadores de uma destilaria, enfermagem, administrativos...) não havendo estudos, com esta temática, com trabalhadores de Serviço Hospitalar de Limpeza.

Avaliando-se a proposta deste estudo de tendências, como já tinha sido encontrado no estado da arte, há falta de estudos relativos ao tema estudado com trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza, apontando para o desenvolvimento de maiores pesquisas com estes trabalhadores.

Conclui-se do presente estudo que o enfermeiro deve estar consciente de sua responsabilidade para programar intervenções eficazes principalmente na pesquisa, no intuito de contribuir no campo da saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

LAMAS, A. R. **Fatores de risco modificáveis para a doença arterial coronariana prevalentes nos trabalhadores de enfermagem**. 2010. 75f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

LEÃO, A.L. M. **Síndrome metabólica em funcionários de uma universidade pública: fatores associados e concordância entre critérios de diagnóstico**. Belo Horizonte: s.n 110 p.. tab., 2013.

MENDES, K. D. S, SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, v.17 n.4, p. 758-64, 2008.

NASCIMENTO, L. C. **O autocuidado e o trabalhador de saúde**. 1999. 184f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

SILVA, S. L. **O estilo de vida como subsídio para o desenvolvimento de programas para a promoção da saúde no trabalho, a trabalhadores administrativos em empresa de petróleo: contribuição da enfermagem do trabalho**. 2000. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SIMÃO, M. **Fatores de risco para doenças cardiovasculares em trabalhadores de uma destilaria do interior paulista**. 2001. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latina Americana Enfermagem**, v.14, n.1, p.124, 2006.

APÊNDICE C - QUADROS COM A SÍNTESE DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DO ESTADO DA ARTE SOBRE A TEMÁTICA EM FOCO

| Nº AUTORES E FONTE | TÍTULO DO ARTIGO | OBJETIVO DO ESTUDO | MÉTODO | RESULTADOS E CONCLUSÕES |
|--|--|---|---|---|
| <p>2/10 Del Duca, Giovâni Firpo; Oliveira, Elusa Santina A. de; Sousa, Thiago Ferreira de; Silva, Kelly Samara da; Nahas, Markus Vinicius.</p> <p>Motriz rev. educ. fís. (Impr.); 17(1): 180-188, jan.mar. 2011.</p> | <p>Inatividade física no lazer em trabalhadores da indústria do Rio Grande do Sul, Brasil.</p> | <p>O estudo investigou a prevalência e os fatores associados à inatividade física no lazer em trabalhadores da indústria do Rio Grande do Sul.</p> | <p>Empregou-se questionário para a coleta de dados, com uso da regressão de Poisson na análise. Participaram do estudo 2.265 trabalhadores, sendo a maioria homens.</p> | <p>A prevalência de inatividade física no lazer foi de 45,6% (IC95%: 43,5; 47,6), associando-se com: sexo feminino, ter companheiro(a), ser fumante, não estar satisfeito(a) com o peso corporal e apresentar percepção negativa de bem-estar no lazer. Detectou-se associação direta do desfecho com o aumento da idade e associação inversa com a autopercepção de saúde. Conclui-se que a prevalência de inatividade física no lazer em trabalhadores foi elevada, sendo o sexo feminino e a percepção de bem-estar no lazer negativa os fatores mais fortemente associados à ocorrência de tal comportamento.</p> |
| <p>3/10 Papini, Camila Bosquiero; Nakamura, Priscila Missaki; Martins, Caroline de Oliveira; Kokubun, Eduardo.</p> <p>Motriz rev. educ. fís. (Impr.); 16(3): 701-707, jul. - set. 2010.</p> | <p>Severidades ocupacionais associadas à inatividade física no lazer em trabalhadores</p> | <p>O objetivo do estudo foi verificar associações entre severidades ocupacionais e nível de atividade física no lazer em trabalhadores.</p> | <p>Participaram 200 trabalhadores (71 homens e 129 mulheres) do Município de Rio Claro e região. Foram avaliados o nível de atividade física no lazer (ativo ou inativo) e algumas severidades ocupacionais. O exame de saúde foi feito através de instrumentos: questionário de saúde, sintomas psicológicos e stress, sintomas físicos, questionário de estresse .</p> | <p>A análise estatística revelou que o tempo da jornada diária de trabalho, realização de horas extras e intensidade do trabalho não foram associados à inatividade física no lazer em trabalhadores. Somente a disposição no fim da jornada de trabalho foi associada à inatividade física no lazer, mostrando que trabalhadores que têm alguma disposição depois do trabalho são mais ativos no tempo de lazer.</p> |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <p>4/10 Côrtes, Denise Castro de Souza; Paula, Ricardo de; Mendonça, Ana Paula Pimentel de Torres, Paulo Roberto Rodrigues; Arantes, Adriana Alvarez; Leal, Aída Begami; Cavalcanti, Fernando Augusto Varzim; Andrade, Marília Santana de; Cruz, Rosângela de Oliveira; Marandino, Renato. Rev. Soc. Bras. Clín. Méd;8(5), set.-out. 2010.</p> | <p>Sedentarismo em população específica de funcionários de uma empresa pública</p> | <p>O objetivo deste estudo foi discutir as nuances da definição de indivíduo ativo e sedentário, através de diferentes métodos descritos na literatura médica, analisando-se a incidência de sedentarismo e o perfil da população de empregados de uma empresa pública.</p> | <p>Estudo transversal, vinculado ao exame ocupacional periódico de 2008, incluindo os empregados do sistema Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Foram avaliados 674 questionários individuais, respondidos de próprio punho. No presente estudo utilizou-se a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), com intervalo de avaliação de sete dias e inclusão mínima de 10 minutos para a duração de atividade física.</p> | <p>Encontrou-se incidência de 25% de sedentarismo, sem correlação definitiva com idade, sexo ou índice de massa corporal (IMC). CONCLUSÃO: Os resultados afirmam a necessidade de estimular-se a prática de atividade física nas empresas como forma de redução dos fatores de risco cardiovasculares.</p> |
| <p>5/10 Codarin, Maria Alice Franzini; Moulatlet, Eloisa Massaine; Nehme, Patrícia; Ulhôa, Melissa; Moreno, Claudia Roberta de Castro. Soc; 19(2): 418-428, jun. 2010.</p> | <p>Associação entre prática de atividade física, escolaridade e perfil alimentar de motoristas de caminhão.</p> | <p>Este estudo objetiva verificar se fatores ocupacionais, sociodemográficos, antropométricos e alimentares estão associados à prática de atividade física insuficiente e se há diferenças nessa associação entre motoristas de caminhão que trabalham de dia ou à noite.</p> | <p>Foi realizado um estudo de corte transversal com motoristas de caminhão coletados, de maneira autoaplicada, em 2007. Participaram da pesquisa 470 motoristas de caminhão, que responderam a questionários de dados sociodemográficos, atividade física e frequência alimentar. Foi realizada uma regressão logística univariada para verificar a associação entre atividade física insuficiente e as demais variáveis.</p> | <p>Os resultados indicaram que a prática de atividade física está associada ao maior nível de escolaridade (OR = 1,84; IC = 1,22-2,76) e menor consumo de bebidas alcoólicas (OR = 1,59; IC = 1,04-2,45). Maior ingestão de cereais integrais (OR = 1,63; IC = 1,08-2,46) foi associada à prática regular de atividade física. Entre os trabalhadores noturnos, foi encontrada associação entre a prática regular de atividade física, maior consumo de cereais integrais (OR = 2,02; IC = 1,13-3,60) e menor consumo de carboidratos simples (OR = 1,91; IC = 1,08-3,37).</p> |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <p>6/10 Battisti, Heloisa Helena; Guimarães, Adriana Coutinho A; Simas, Joseani Paulini Neves.</p> <p>Rev. bras. ciênc. mov;13(1):71-78, 2005.</p> | <p>Atividade física e qualidade de vida de operadores de caixa de supermercado</p> | <p>Investigar a prática da atividade física e a qualidade de vida na percepção dos operadores de caixa de supermercado. Pesquisa de campo descritiva, sendo 40 operadores de caixa de uma rede de supermercados da Grande Florianópolis.</p> | <p>Pesquisa de campo descritiva, sendo 40 operadores de caixa de uma rede de supermercados da Grande Florianópolis. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário com 28 questões fechadas e duas questões abertas.</p> | <p>Resultados: 95% dos entrevistados julgavam existir movimentos repetitivos e cerca de 65% destes sentiam algum tipo de dor ou desconforto durante o trabalho, 61% sentiam dores no corpo durante o próprio serviço, a atividade que mais causa dor é erguer o braço. A maioria recebeu algum tipo de orientação ou treinamento quanto às posições ou posturas a serem adotadas durante o trabalho. Quanto à prática de atividade física 57% eram adeptos, e a mais citada foi a caminhada, numa periodicidade de 2 a 3 vezes por semana, com duração superior a 30 minutos. Entre os motivos mais citados que levaram os pesquisados a praticarem atividade física estavam a promoção da saúde e a melhora da aptidão física. Quanto à qualidade de vida na concepção dos operadores de caixa de supermercado, a maioria deles julgava possuir uma boa qualidade de vida. Conclusões: na grande maioria os entrevistados sentiam dores ao realizarem a atividade de trabalho, praticavam algum tipo de atividade física e consideravam sua qualidade de vida boa.</p> |
| <p>7/10 Ramos Piñero, Mariely.</p> <p>Salud trab. (Maracay); 15(2): 119-128 jul.-dic. 2007</p> | <p>Enfoque para justificar la promoción y prevención como medios en la erradicación del sedentarismo desde el ámbito laboral.</p> | <p>O objetivo geral deste trabalho se baseia em justificar, através de uma abordagem sanitária bioeticista e legal, a promoção e prevenção como argumentos para erradicar o sedentarismo no local de trabalho.</p> | <p>Estudo de revisão.</p> | <p>O que está claro é que qualquer medida de promoção e prevenção, iniciada a partir do local de trabalho, para combater o sedentarismo e aumento da atividade física, ou intralaboral/extralaboral deve ser vista como uma oportunidade para os muitos benefícios que proporcionaria, através da conversão em vida saudável para os trabalhadores, a comunidade e, portanto, da empresa.</p> <p>Independentemente dos objetivos promovidos pela empresa para cumprir com os regulamentos legais, o dever de fazer parte de medidas sanitárias ou cumprir com a</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | responsabilidade social corporativa, o mérito da transformação social, para que possa ser duradouro e tornar-se uma parte da cultura cotidiana. Esta transformação deve ser o resultado de uma ação reflexiva, consciente e responsável, pode ser conduzida através de bioética. |
| 8/10 Carneiro, Léila Renata das Virgens; Coqueiro, Raildo da Silva; Freire, Malú de Oliveira; Barbosa, Aline Rodrigues. Rev. bras. cineantropom. desempenho hum;9(3), set.-2007. | Sintomas de distúrbios osteomusculares em motoristas e cobradores de ônibus. | O objetivo deste estudo foi descrever os sintomas de distúrbios osteomusculares (SDO) em motoristas e cobradores de ônibus e investigar sua associação com a jornada de trabalho, estado nutricional e nível de atividade física. | Estudo transversal realizado com 40 motoristas e 39 cobradores de ônibus de viagens intermunicipais. Os SDOs foram verificados, utilizando-se o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares. A jornada de trabalho foi categorizada a partir dos valores da mediana (< 8 horas e ≥ 8 horas). O índice de massa corporal (IMC) foi usado para verificar o estado nutricional. O nível de atividade física foi avaliado, usando-se o Questionário Internacional de Atividade Física (versão curta). As associações foram verificadas por teste qui-quadrado. | A frequência de dor em alguma região do corpo (últimos 12 meses) foi de 70,0% e 76,9% para motoristas e cobradores respectivamente; 30,0% dos motoristas e 33,3% dos cobradores referiram dor nos últimos 7 dias; 26,6% e 33,3% dos motoristas e cobradores, respectivamente, tiveram que evitar o trabalho devido às dores. As maiores prevalências (últimos 12 meses) foram observadas nas seguintes regiões anatômicas: ombros (32,5%), para motoristas; e lombar (48,7%), para cobradores. Houve diferença significativa ($p = 0,029$) entre motoristas e cobradores quanto ao relato de dor na região "lombar". A prevalência de sobrepeso foi maior nos motoristas (72,0%) do que nos cobradores (33,3%), as diferenças foram significativas ($p = 0,000$). Conclusão - Os SDOs foram prevalentes entre os motoristas e cobradores e estes sintomas não mostraram associação com a jornada de trabalho, o estado nutricional e o nível de atividade física. |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <p>10/10 Salve, Mariângela Gagliardi Caro; Theodoro, Patrícia Franco Rabello.</p> <p>Salusvita; 23(1): 137-146, 2004.</p> | <p>Saúde do trabalhador: a relação entre ergonomia, atividade física e qualidade de vida.</p> | <p>Propõe uma reflexão a respeito da saúde do trabalhador: analisar os programas que buscam promover e melhorar a qualidade de vida. Procurou-se, também, com base na literatura, definições e conceitos sobre as bases ergonômicas e posturais que devem ser consideradas em qualquer estudo referente à saúde ocupacional.</p> | <p>O presente estudo propõe uma reflexão a respeito da saúde do trabalhador, e o principal propósito é analisar os programas que buscam promover e melhorar a qualidade de vida desta categoria. Procurou-se, também, com base na literatura, definições e conceitos sobre as bases ergonômicas e posturais que devem ser consideradas em qualquer estudo referente à saúde ocupacional.</p> | <p>Pode-se constatar que é de extrema importância e necessidade que as indústrias e empresas apoiem e promovam programas de prevenção e promoção à saúde do trabalhador, programas estes que dão suporte e resultados consideráveis à saúde ocupacional. Devem possuir uma frequência mínima de três sessões semanais, com duração de quinze minutos à uma hora, devem estar adequados às atividades desenvolvidas e às limitações existentes em cada um dos departamentos e postos de trabalhos. Com o atual e crescente aumento de doenças relacionadas à profissão, os Estados correm o risco de não possuírem recursos nem condições de atender e reabilitar toda esta população afetada.</p> |
|---|---|--|--|---|

Quadro 1– Apresentação dos artigos com os descritores atividade física e saúde do trabalhador na base de dados LILACS incluídos na revisão

No quadro 2 se encontra a apresentação dos artigos com os descritores hábitos alimentares e saúde do trabalhador na base de dados LILACS incluídos na revisão

| AUTORES | TÍTULO DO ARTIGO | OBJETIVO DO ESTUDO | MÉTODOS | RESULTADOS E CONCLUSÕES |
|--|---|--|--|---|
| <p>1/4 Villareal Ramírez, Sara María.</p> <p>Rev. cienc. adm. inanc. segur. oc;11(1): 83-93, jul.- dic. 2003</p> | <p>Prevalencia de la obesidad, patologías crónicas no transmisibles asociadas y su relación con el estrés, hábitos alimentarios y actividad física en los trabajadores del Hospital de la Anexión</p> | <p>Este artigo destaca a importância da nutrição, obesidade, doença, estilo de vida e <i>stress</i>, como parte da visão de saúde ocupacional entre os trabalhadores do Hospital La Anexión.</p> | <p>É um estudo descritivo, foi realizado durante 2000 e 2001, com um questionário com 60 perguntas, sobre dados sociodemográficos, médicos, hábitos alimentares, atividade física e estresse. Ele também usou a entrevista, que foi direta e dirigida. Usou variáveis para obter informações para análise. Preparando os fatos detalhados, os dados de gravação para o estudo e a análise e interpretação dos resultados.</p> | <p>A população de trabalhadores era em grande parte sedentária, embora a instituição promovesse a prática de exercícios através de oficinas, estilos de vida saudáveis, saúde mental e jogos de trabalho. A má condição física afetava o desempenho da saúde e trabalho dos servidores do hospital. Apenas uma minoria de trabalhadores usava um exercício eficaz para a sua saúde. Recomendou-se unir forças mais próximas da prática de exercício físico adequado para aumentar a sua aptidão e aspecto fundamental básico para executar totalmente o tipo de trabalho realizado em um hospital.</p> |
| <p>3/4 Scotti, Patricia; Díaz, Francisco. Bol. Cient. Asoc. Chil. Segur; 1(2):50-56, dic. 1999.</p> | <p>Evaluación de trabajadores en industria de VIII región: salud y desempeño laboral</p> | <p>O presente estudo tem como objetivo estabelecer a relação entre o desempenho no trabalho e hábitos de saúde e características em 101 trabalhadores em um painel empresarial da Oitava Região[.]</p> | <p>Os indicadores de saúde foram medidos em trabalhadores da empresa, O exame de saúde foi feito através de quatro instrumentos: questionário de saúde, sintomas psicológicos e <i>stress</i>, questionário de sintomas físicos, questionário de estresse.</p> | <p>Recomendada uma série de ações para promover questões de saúde, especialmente as que estão mais relacionadas com o desempenho no trabalho, isto é, aumentar a presença e satisfações de trabalho, melhorar hábitos alimentares, promover estilos de vida saudáveis e educar sobre a questão da utilização adequada e racional dos medicamentos. No caso particular da atividade física, foi encontrada relação com o desempenho oposto ao que era esperado, e seria interessante investigar tipos de atividades físicas, para as pessoas executarem.</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| 4/4 Barros, Mauro V G de; Nahas, Markus V. Rev. saúde pública; 35(6): 554- 563, dez. 2001. | Comportamentos de risco, auto- avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. | Identificar a prevalência e analisar a associação entre comportamentos de risco à saúde, percepção de estresse e autoavaliação do nível de saúde, em trabalhadores da indústria. | Estudo epidemiológico transversal , utilizando questionário previamente testado em estudo piloto realizado em Santa Catarina, Brasil. | Os resultados sugerem elevada prevalência de abuso de bebidas alcoólicas e inatividade física no lazer . A associação observada entre sexo e comportamento de risco definiu um perfil bidimensional: nos homens os comportamentos de risco mais prevalentes tomaram a forma de risco direto/ativo (fumar, abuso de bebidas alcoólicas), e nas mulheres tomaram a forma de risco indireto/passivo (inatividade física, estresse). |
|---|---|--|--|--|

Quadro 2 – Apresentação dos artigos com os descritores hábitos alimentares e saúde do trabalhador na base de dados LILACS incluídos na revisão

No quadro 3 se encontra a apresentação dos artigos com os descritores atividade física e saúde do trabalhador na SCIELO incluídos na revisão

| AUTORES E FONTE | TÍTULO DO ARTIGO | OBJETIVO DO ESTUDO | MÉTODO | RESULTADOS E CONCLUSÕES |
|---|--|---|--|--|
| 1/3 Raffone, Adriana Maisonave; Hennington, Éliada Azevedo Rev. Saúde Pública 39(4): 669-676, TAB. 2005 Au | Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem | Avaliar a capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem de um complexo hospitalar e sua relação com características individuais e de trabalho. | Estudo epidemiológico transversal com 885 indivíduos. Foi utilizado um questionário autoaplicável padronizado para o cálculo do índice de capacidade para o trabalho, baseado em informações ocupacionais, de morbidade, dados demográficos e socioeconômicos. | A capacidade para o trabalho foi considerada boa em mais de 80% dos trabalhadores. As análises estatísticas mostraram que aqueles trabalhadores com maior escolaridade (OR: 0,4; IC: 0,2-1,0; p=0,05 e ORaj: 0,4; IC: 0,2-1,0; p=0,04) e que praticavam algum tipo de esporte ou atividade física (OR: 0,5; IC: 0,3-0,9; p=0,02 e ORaj: 0,5; IC: 0,3-0,9, p=0,02) tinham maiores chances de apresentar boa capacidade para o trabalho. No grupo com reduzida capacidade para o trabalho |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | | | | <p>verificou-se alta prevalência de doenças musculoesqueléticas.</p> <p>O programa de saúde do trabalhador da empresa deverá incluir orientação e acompanhamento do profissional de enfermagem em atividades físicas e de lazer visando manter a boa capacidade para o trabalho, bem como implementar a adoção de medidas preventivas relacionadas às doenças musculoesqueléticas.</p> |
| <p>2/3 Grande, Antonio José et al</p> <p>Rev. bras. cineantropom. desempenho hum., Florianópolis v. 15, n. 1, Feb. 2013</p> | <p>Comparação de intervenções de promoção à saúde do trabalhador: ensaio clínico controlado randomizado por cluster.</p> | <p>O objetivo do presente estudo foi comparar diferentes intervenções de promoção à saúde do trabalhador e seu impacto nos domínios da qualidade de vida (Saúde, Atividade Física, Ambiente Ocupacional e Percepção da Qualidade de Vida).</p> | <p>Ensaio clínico controlado randomizado por cluster</p> | <p>Foram encontradas melhorias significantes ($p < 0,01$) no domínio do ambiente ocupacional para as empresa que receberam GL (EA e EB). Conclui-se que as empresas que receberam a GL promoveram benefício no domínio do ambiente de trabalho.</p> |
| <p>3/3 Grande, Antonio José et al.</p> <p>Rev Bras Med Esporte, São Paulo, v. 19, n. 5, Oct. 2013.</p> | <p>Determinantes da qualidade de vida no trabalho: ensaio clínico controlado e randomizado por clusters</p> | <p>Investigar fatores determinantes na qualidade de vida, após três meses de programas de promoção à saúde do trabalhador.</p> | <p>Caracteriza-se como uma pesquisa experimental¹⁴ classificada como ensaio clínico randomizado por <i>cluster</i>, uma vez que buscou comparar a eficácia das intervenções sobre desfechos referentes à qualidade de vida.</p> | <p>Comparando dados nacionais com os do presente estudo para todas as doenças crônicas autorreferidas, foram observadas diferenças estatísticas significantes. A prática de atividade física por motivos estéticos parece ser a variável que mais influencia negativamente na percepção de qualidade de vida. Os dados obtidos ajudam a refletir sobre a importância de estratégias combinadas como a efetuação da prática de atividade física e o entendimento dos componentes do estilo de vida no ambiente de trabalho.</p> |

Quadro 3 – Apresentação dos artigos com os descritores atividade física e saúde do trabalhador na SCIELO incluídos na revisão

ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**PESQUISA SOBRE AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES
DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES
DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA**

(circulação restrita)

INSTRUÇÕES

**Para complementar o questionário, pedimos a você para
responder às perguntas que se seguem.**

**O entrevistador lerá calmamente as questões, informando a
você todas as opções de resposta.**

Obrigado pela colaboração!

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PESQUISA: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA

| BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO | |
|--|--|
| Nome do entrevistador: _____ | En__ __ |
| A1. Código do questionário: __ __ __ | A1__ __ __ |
| A2. Data da entrevista: ____ / ____ / ____ | A2 ____ ____ ____ |
| A3. Local que trabalha: [1] PS [2] CO [3] CC / SRA / CME [4] NUTRIÇÃO [5] TÉRREO / ÁREAS ADMINISTRATIVAS / LABORATÓRIO [6] LAVANDERIA / PATOLOGIA / MANUTENÇÃO / ALMOXARIFADO / FARMÁCIA [7] TÉRREO / AMBULATÓRIOS [8] RX / TOMOGRAFIA [9] HEMODINÂMICA [10] 2º ANDAR [11] 3º ANDAR [12] 4º ANDAR / NEFROLOGIA [13] 5º ANDAR / PNEUMOLOGIA [14] 6º ANDAR [15] UTIS [16] CTMO / CTCRIAC / AMBULATÓRIOS DE QUÍMIO [17] UNIDADE PSIQUIÁTRICA | A3__ __ |
| BLOCO B – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO | |
| B1. Data de nascimento: ____ / ____ / ____ | B1 ____ ____ ____ |
| B2. Sexo: | [1] Masculino [2] Feminino B2__ |
| B3. Escolaridade: | [1] Ensino Fundamental Incompleto [2] Ensino Fundamental Completo [3] Ensino Médio Incompleto [4] Ensino Médio Completo [5] Graduação Incompleta [6] Graduação Completa [7] Pós-Graduação Incompleta [8] Pós-Graduação Completa B3__ |
| B4. O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos, preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor da pele? | [1] Branca [2] Preta [3] Parda [4] Amarela [5] Indígena B4__ |

| | | |
|---|---|---------|
| B5. Situação conjugal: | [1] Casado (a) ou companheira (o) [2] Solteiro (a) ou sem companheira (a) [3] Viúvo (a) /separado ou divorciado | B5__ |
| B6. Número de filhos: | [0] Nenhum Pule para B7 [1] Um filho [2] Dois filhos [3] Três filhos [4] Mais de três filhos | B6__ |
| B6a. Quantos filhos menores de 6 anos: _____ | | B6a__ |
| B7. No mês passado quanto ganharam, aproximadamente, você e as pessoas que moram com você? (trabalho ou aposentadoria). | Você: R\$ _____ Pessoa 1: R\$ _____ Pessoa 2: R\$ _____ Pessoa 3: R\$ _____ Pessoa 4: R\$ _____ Valor total: R\$ _____ | B7_____ |
| Preencher com 0000,00 nos casos que ninguém teve renda | | |
| B8. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver?(Inclua dependentes que recebem pensão alimentícia) _____ | | B8__ |

| BLOCO C – PERFIL PROFISSIONAL | | |
|---|--|----------------------|
| As questões que seguem se referem ao seu trabalho NESTA instituição. | | |
| C1. Qual seu turno de trabalho? | [1] Manhã [2] Tarde [3] Noite [4] Misto | C1 __ |
| C2. Há quanto tempo trabalha nesse turno? | [2a] ___ Mês (es) [2b] ___ Ano(s) | C2a ___ C2 b ___ |
| C3. Carga horária semanal de trabalho no HUSM: | ___ Horas | C3__ |
| C4. Tempo de trabalho nesta Instituição: | [C4a] ___ Mês (es) [C4b] ___ Ano(s) | C4a ___ C4b ___ |
| C5. Na <u>maior parte do tempo</u> o número de pessoas na escala de trabalho é: | [1] Suficiente [2] Insuficiente | C5__ |
| C6. Qual a sua função? | [1] Servente de limpeza [2] Auxiliar de limpeza de materiais | C6 __ |
| C7. Qual o tempo de trabalho nessa função? | [C7a] ___ Mês (e)s [C7b] ___ Ano(s) | C7a ___ C7b ___ |
| C7 c. Já trabalhou em outros setores no HUSM? Quais? _____ | | C7c _____ |
| C9. Você tem tido tempo para o lazer? | [0] Não [1] Às vezes [2] Sim | C9__ |
| C10. Possui outro emprego: | [0] Não *Se a resposta for Não, pule para a questão C13. [1] Sim | C10__ |
| C11. Carga horária semanal desse outro emprego: | ___ Horas | C11__ |
| C12. Tempo total de trabalho no outro emprego: | [a] ___ Mês (es) [b] ___ Ano(s) | C12a ___ C12b ___ |
| C13. Você faz horas extras, no HUSM ou no outro emprego: | [0] Não Se a resposta for Não, pule para a questão C15. [1] Sim | C13 __ |
| C14. Quantas horas extras você faz, em média, por mês? | ___ Horas | C14 __ |

| | | |
|---|---|--------------------------|
| C15. Você recebe treinamentos, e/ou cursos de capacitação? | [0] Não [1] Às vezes [2] Sim | C15 __ |
| C 16. Qual o percentual que corresponde ao seu grau de satisfação com a sua remuneração. 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% | | C16__ __ __ |
| BLOCO D - PERFIL DE SAÚDE | | |
| D1. Você fuma? | [0] Não, nunca fumei. Pule para a questão D4 [1] Sim, fumo. Pule para a questão D3 [2]. Fumei, mas parei. Pule para a questão D2 | D1__ |
| D2. Há quanto tempo você parou de fumar? | [a] __ __ Mês (es) [b] __ __ Ano (s) | D2 a__ __ D2b __ __ |
| D3. Número de cigarros consumidos por dia _____ | | D3 __ __ __ |
| As questões D4 a D7 estão relacionadas ao consumo de bebida alcoólica. | | |
| D4 - Você consome algum tipo de bebida alcoólica | [0] Não Se a resposta for negativa pule para D9 [1] Sim | D4__ |
| D5. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? | [0] Não [1] Sim | D5__ |
| D6. Você se sente chateado (a) consigo mesmo (a) pela maneira como costuma tomar bebida alcoólica? | [0] Não [1] Sim | D6__ |
| D7. As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? | [0] Não [1] Sim | D7 __ |
| D8. Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã, para diminuir o nervosismo ou ressaca? | [0] Não [1] Sim | D8 __ |
| D9. Você faz uso de drogas? | [0] Não [1] Sim | D9 --- |
| D10. Qual? _____ | | D10 __ |
| D11. Faz uso de alguma medicação (qualquer tipo de medicação)? | [0] Não Se não, pule para D14 [1] Sim | D11 __ |
| D12. Se sim, qual? _____ | | D12 __ __ |
| D13. O uso da medicação foi por indicação: | [1] Médica [2] Conta própria | D13 __ |
| D14. No último ano, precisou de atendimento médico? | [0] Não [1] Sim | D14 __ |
| D15. No último ano, precisou de acompanhamento psicológico? | [0] Não [1] Sim | D15 __ |
| D16. Qual a sua altura? | __ __ __ cm | D16 __ __ __ |
| D17. Qual o seu peso? | __ __ __ kg | D17 __ __ __ |
| D18. Qual sua circunferência Abdominal? | __ __ __ cm | D18 __ __ __ |
| D19. PA: | __ __ x __ __ mm/Hg | D19s __ __ D19d __ __ |
| D20. Média de horas de sono por dia: | __ __ Horas | D20 __ __ |

| BLOCO E - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA - VERSÃO CURTA – IPAQ, (MATSUDO, S. et al., 2001) | | |
|---|--|-----------|
| 1a. Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por peelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? _____dias por SEMANA [0] nenhum | | E1a __ |
| E1b. Nos dias em que você caminhou por peelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia? _____horas _____minutos | | E1b __ __ |
| E2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por peelo menos 10 minutos contínuos , como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR, NÃO INCLUA CAMINHADA) _____dias por SEMANA [0] Nenhum | | E2a __ |
| E3a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por peelo menos 10 minutos contínuos , como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração. _____dias por SEMANA [0] Nenhum Pule para E4a | | E3a __ |
| E3b. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por peelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia ? _____horas _____ minutos | | E3b __ |
| 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 sentado durante o transporte em ônibus ou carro. E4 a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana ? _____horas ____ minutos | | E4a __ |
| E4 b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana ? _____horas ____ minutos | | E4b __ |

| BLOCO F - QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS – QPHAS (GUEDES, D.P.; GRONDIN, L.M.V., 2002) | | |
|---|--|------|
| F1. Na maioria das vezes o excesso de gordura corporal ocorre devido à elevada ingestão de alimentos e falta de atividade física. [4] Concordo totalmente [3] Concordo parcialmente [2] Discordo parcialmente [1] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada | | F1__ |

| | |
|---|-------|
| <p>F2.A maneira com que a gordura está distribuída no corpo – maiores quantidades no abdômen ou quadril – não influencia a saúde das pessoas.</p> <p>[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Discordo parcialmente [4] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F2__ |
| <p>F3. Doenças como diabetes, pressão alta, derrame, doenças do coração, são mais comuns em pessoas gordas que em pessoas não gordas.</p> <p>[4] Concordo totalmente [3] Concordo parcialmente [2] Discordo parcialmente [1] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F3__ |
| <p>F4. Crianças e adolescentes gordos têm maiores chances de se tornarem também adultos gordos.</p> <p>[4] Concordo totalmente [3] Concordo parcialmente [2] Discordo parcialmente [1] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F4__ |
| <p>F5.O excesso de gordura e de peso corporal é apenas um problema estético.</p> <p>[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Discordo parcialmente [4] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F5__ |
| <p>F6. A quantidade de alimentos que ingerimos, independente da atividade física que fazemos, determinará a quantidade de peso corporal que temos.</p> <p>[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Discordo parcialmente [4] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F6__ |
| <p>F7. Crianças e adolescentes que fazem uso de cigarro e bebidas alcoólicas têm maiores chances de ficarem doentes na idade adulta.</p> <p>[4] Concordo totalmente [3] Concordo parcialmente [2] Discordo parcialmente [1] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F7__ |
| <p>F8.A genética (características físicas que herdamos de nossos pais) tem maior influência no aumento de gordura corporal que os aspectos do meio ambiente (alimentação e atividade física).</p> <p>[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Discordo parcialmente [4] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F8__ |
| <p>F9. A atividade física regular, juntamente com a alimentação adequada, pode beneficiar a saúde de pessoas gordas e não gordas.</p> <p>[4] Concordo totalmente [3] Concordo parcialmente [2] Discordo parcialmente [1] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F9__ |
| <p>F10. Produtos e métodos como chás, cremes, massagens, etc. podem substituir de maneira saudável a atividade física e a alimentação para controlar o peso corporal.</p> <p>[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Discordo parcialmente [4] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F10__ |
| <p>F11. Para a nossa saúde o que importa é apenas a quantidade de alimentos que comemos e não o tipo de alimentos que ingerimos (frutas, cereais, hortaliças, leite, carne, etc.).</p> <p>[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Discordo parcialmente [4] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F11__ |
| <p>F12. Por causa da sua importância para o funcionamento de nosso organismo devemos evitar a perda excessiva de água (suar demasiadamente, fazer sessões de sauna muito prolongada, tomar medicamentos diuréticos, exercitar-se com grande quantidade de roupa, etc.).</p> <p>[4] Concordo totalmente [3] Concordo parcialmente [2] Discordo parcialmente [1] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F12__ |

| | |
|--|-------|
| <p>F13. Os alimentos de origem vegetal são os que têm menos gordura e que fornecem os principais nutrientes para o nosso corpo.</p> <p>[4] Concordo totalmente [3] Concordo parcialmente [2] Discordo parcialmente [1] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F13__ |
| <p>F14. Quando uma pessoa que faz dieta para emagrecer rapidamente retorna à alimentação “normal”, ela permanece com o mesmo peso corporal pós-dieta.</p> <p>[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Discordo parcialmente [4] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F14__ |
| <p>F15. As vitaminas e os sais minerais não fornecem energia para nosso corpo, mas ajudam em seu funcionamento.</p> <p>[4] Concordo totalmente [3] Concordo parcialmente [2] Discordo parcialmente [1] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F15__ |
| <p>F16. Apenas os alimentos de origem animal fornecem energia ao nosso corpo.</p> <p>[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Discordo parcialmente [4] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F16__ |
| <p>F17. As gorduras de alimentos de origem vegetal prejudicam a nossa saúde tanto quanto as gorduras de alimentos de origem animal.</p> <p>[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Discordo parcialmente [4] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F17__ |
| <p>F18. Os alimentos industrializados (lanches como x-salada, cachorro quente, refrigerantes, chocolates, sorvetes, etc.) são tão saudáveis quanto os alimentos naturais (frutas, verduras, leite, cereais).</p> <p>[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Discordo parcialmente [4] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F18__ |
| <p>F19. Grandes quantidades de alimentos ricos em proteínas (carne, leite, ovos, etc.) podem aumentar os depósitos de gordura no nosso corpo.</p> <p>[4] Concordo totalmente [3] Concordo parcialmente [2] Discordo parcialmente [1] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F19__ |
| <p>F20. Os alimentos ricos em carboidratos (massas, pães e cereais) são aqueles que deverão oferecer maior quantidade de energia para o nosso corpo.</p> <p>[4] Concordo totalmente [3] Concordo parcialmente [2] Discordo parcialmente [1] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F20__ |
| <p>F21. Por não serem considerados exercícios físicos, os esforços físicos realizados nas tarefas domésticas, brincadeiras ativas e ocupações profissionais não ajudam a preservar e a melhorar a saúde.</p> <p>[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Discordo parcialmente [4] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F21__ |
| <p>F22. Dependendo das condições físicas de cada pessoa, os melhores exercícios físicos para a saúde são aqueles realizados com intensidade de baixa a moderada (caminhar, correr, nadar, pedalar, etc.).</p> <p>[4] Concordo totalmente [3] Concordo parcialmente [2] Discordo parcialmente [1] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F22__ |
| <p>F23. A prática de esportes (voleibol, basquetebol, futebol, handebol, etc.) é a única forma de fazer atividade física para a saúde.</p> <p>[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Discordo parcialmente [4] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F23__ |

| | |
|---|-------|
| <p>F24. Os efeitos benéficos do exercício físico para a saúde permanecem em nosso organismo mesmo depois de nos tornarmos sedentários novamente.</p> <p>[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Discordo parcialmente [4] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F24__ |
| <p>F25. A execução de exercícios de flexibilidade pode reduzir a incidência de lesões nos músculos, ossos e articulações.</p> <p>[4] Concordo totalmente [3] Concordo parcialmente [2] Discordo parcialmente [1] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F25__ |
| <p>F26. Quando fazemos exercícios físicos, a gordura corporal pode ser transformada em músculo.</p> <p>[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Discordo parcialmente [4] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F26__ |
| <p>F27. Devemos fazer exercícios físicos entre 3 e 5 vezes na semana, preferencialmente em dias não consecutivos.</p> <p>[4] Concordo totalmente [3] Concordo parcialmente [2] Discordo parcialmente [1] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F27__ |
| <p>F28. O ideal é que cada sessão de exercício físico voltado à promoção da saúde tenha uma duração mínima de 30 minutos.</p> <p>[4] Concordo totalmente [3] Concordo parcialmente [2] Discordo parcialmente [1] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F28__ |
| <p>F29. Os exercícios físicos realizados com pesos (musculação) e o uso de substâncias anabólicas (anabolizantes) são essenciais para a nossa saúde, pois aumentam de forma excessiva os nossos músculos.</p> <p>[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Discordo parcialmente [4] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F29__ |
| <p>F30. Os exercícios físicos com pesos (musculação), mesmo que não ofereçam ganho significativo de massa muscular, são importantes para a nossa saúde.</p> <p>[4] Concordo totalmente [3] Concordo parcialmente [2] Discordo parcialmente [1] Discordo totalmente [0] Não tenho opinião formada</p> | F30__ |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---------|
| BLOCO G – ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO – ICT (TUOMI et al, 1997) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>G1. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.</p> <p>Numa escala de zero a dez, quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>00</td><td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td><td>06</td><td>07</td><td>08</td><td>09</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>↑</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>↑</td> </tr> </table> <p>Estou incapaz para o trabalho Estou em minha melhor capacidade para o trabalho</p> | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | ↑ | | | | | | | | | | ↑ | G1__ __ |
| 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | | | | | | | | | | | | | |
| ↑ | | | | | | | | | | ↑ | | | | | | | | | | | | | |
| <p>G2. Como você classificaria sua <u>capacidade atual para o trabalho</u> em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo).</p> <p>5 <input type="checkbox"/> muito boa 4 <input type="checkbox"/> boa 3 <input type="checkbox"/> moderada 2 <input type="checkbox"/> baixa 1 <input type="checkbox"/> muito baixa</p> | G2__ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>G3. Como você classificaria sua <u>capacidade atual para o trabalho</u> em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer).</p> <p>5 <input type="checkbox"/> muito boa 4 <input type="checkbox"/> boa 3 <input type="checkbox"/> moderada 2 <input type="checkbox"/> baixa 1 <input type="checkbox"/> muito baixa</p> | G3__ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| G4. Em sua opinião quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui ATUALMENTE. Marque <u>também</u> aquelas que foram <u>confirmadas pelo médico</u>. | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| | Não tenho | Diagnóstico Médico | Minha opinião | |
| G4. 1. Lesão nas costas. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 1 __ |
| G4. 2. Lesão nos braços/mãos | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 2 __ |
| G4. 3. Lesão nas pernas/pés | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 3 __ |
| G4. 4. Lesão em outras partes do corpo. G4a. Onde? _____ G4b. Que tipo de lesão? _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 4 __ G4. 4a __ G4. 4b __ |
| G4. 5. Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 5 __ |
| G4. 6. Doença da parte inferior das costas com dores frequentes. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 6 __ |
| G4. 7. Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 7 __ |
| G4. 8. Doença musculoesquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 8 __ |
| G4. 9. Artrite reumatoide | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 9 __ |
| G4. 10. Outra doença musculoesquelética. G4. 10a Qual? _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4.10 __ G4. 10a __ |
| G4. 11. Hipertensão arterial (pressão alta). | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 11 __ |
| G4. 12. Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris). | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 12 __ |
| G4. 13. Infarto do miocárdio, trombose coronariana. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 13 __ |
| G4. 14. Insuficiência cardíaca. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 14 __ |
| G4. 15. Outra doença cardiovascular. G4. 15 a. Qual? _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4.15 __ G4. 15a __ |
| G4. 16. Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda). | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 16 __ |
| G4. 17. Bronquite crônica | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 17 __ |
| G4. 18. Sinusite crônica | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 18 __ |
| G4. 19. Asma | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 19 __ |
| G4. 20. Enfisema | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 20 __ |
| G4. 21. Tuberculose pulmonar | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 21 __ |
| G4. 22. Outra doença respiratória. G4. 22 a. Qual? _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4.22 __ G4. 22a __ |
| G4. 23. Distúrbio emocional severo (ex. depressão severa) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 23 __ |
| G4. 24. Distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 24 __ |
| G4. 25. Problema ou diminuição da audição | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 25 __ |
| G4. 26. Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 26 __ |

| | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| G4. 27. Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia). | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 27 __ |
| G4.28.Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos. G4. 28 a. Qual? _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4.28 __ G4. 28a__ |
| G4. 29. Pedras ou doença da vesícula biliar | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 29 __ |
| G4. 30. Doença do pâncreas ou do fígado | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 30 __ |
| G4. 31. Úlcera gástrica ou duodenal | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 31 __ |
| G4. 32. Gastrite ou irritação duodenal | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 32 __ |
| G4. 33. Colite ou irritação do cólon | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 33 __ |
| G4. 34. Outra doença digestiva G4. 34 a. Qual? _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4.34 __ G4. 34a__ |
| G4. 35. Infecção das vias urinárias | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 35__ |
| G4. 36. Diarreia | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 36 __ |
| G4. 37. Constipação | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 37__ |
| G4. 38. Gazes | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 38 __ |
| G4. 39. Doença dos rins | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 39 __ |
| G4. 40. Doença nos genitais e aparelho reprodutor (p. ex. problema nas trompas ou na próstata) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 40 __ |
| G4. 41. Outra doença geniturinária. G4. 41a Qual? _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4.41 __ G4. 41a __ |
| G4. 42. Alergia, eczema | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 42 __ |
| G4. 43. Outra erupção. G4. 43 a. Qual? _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4.43 __ G4. 43a __ |
| G4. 44. Outra doença da pele G4. 44 a. Qual? _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4.44 __ G4. 44a __ |
| G4. 45. Tumor benigno | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 45 __ |
| G4. 46. Tumor maligno (câncer) G4. 46 a. Onde? _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4.46 __ G4. 46a __ |
| G4. 47. Obesidade | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 47 __ |
| G4. 48. Diabetes | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 48 __ |
| G4. 49. Varizes | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 49__ |
| G4. 50. Colesterol alto | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 50__ |
| G4. 51. Bócio ou outra doença da tireoide | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 51 __ |
| G4. 52. Outra doença endócrina ou metabólica. G4. 52 a. Qual? _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4.52 __ G4. 52a __ |
| G4. 53. Anemia | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4. 53 __ |
| G4. 54. Outra doença do sangue. G4. 54 a. Qual? _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4.54 __ G4. 54a __ |
| G4. 55. Outro problema ou doença, G4. 55 a. Qual? _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | G4.55 __ G4. 55a __ |

| | |
|--|--|
| <p>G. 5. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Não há impedimento / Eu não tenho doenças</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas.</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar</p> | <p>Registrar o menor valor</p> <p>G5 ___</p> |
| <p>G6. Quantos DIAS INTEIROS você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?</p> <p>5 <input type="checkbox"/> nenhum</p> <p>4 <input type="checkbox"/> até 9 dias</p> <p>3 <input type="checkbox"/> de 10 a 24 dias</p> <p>2 <input type="checkbox"/> de 25 a 99 dias</p> <p>1 <input type="checkbox"/> de 100 a 365 dias</p> | <p>G6 ___</p> |
| <p>G7. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de <u>DAQUI A 2 ANOS</u> fazer seu trabalho atual?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> é improvável</p> <p>4 <input type="checkbox"/> não estou muito certo</p> <p>7 <input type="checkbox"/> bastante provável</p> | <p>G7 ___</p> |
| <p>G8. Você tem conseguido apreciar (se sentir satisfeito com) suas atividades diárias?</p> <p>4 <input type="checkbox"/> sempre 3 <input type="checkbox"/> quase sempre 2 <input type="checkbox"/> às vezes 1 <input type="checkbox"/> raramente 0 <input type="checkbox"/> nunca</p> | <p>G8 ___</p> |
| <p>G9. Você tem se sentido ativo e alerta?</p> <p>4 <input type="checkbox"/> sempre 3 <input type="checkbox"/> quase sempre 2 <input type="checkbox"/> às vezes 1 <input type="checkbox"/> raramente 0 <input type="checkbox"/> nunca</p> | <p>G9 ___</p> |
| <p>G10. Você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?</p> <p>4 <input type="checkbox"/> continuamente 3 <input type="checkbox"/> quase sempre 2 <input type="checkbox"/> às vezes 1 <input type="checkbox"/> raramente 0 <input type="checkbox"/> nunca</p> | <p>G10 ___</p> |
| <p>BLOCO H: ESCALA DESEQUILÍBRIO ESFORÇO-RECOMPENSA (CHOR, et al. 2008)</p> | |
| <p>Nesta parte da pesquisa fazemos perguntas sobre o seu trabalho e as repercussões sobre a sua saúde.</p> <p>Para cada afirmativa abaixo, responda primeiro se você <u>concorda</u> ou <u>discorda</u>. Se houver uma seta depois de sua resposta, por favor responda até que ponto se sente estressado com tal situação.</p> | |
| <p>H1 – Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico:</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado</p> <p>3. <input type="checkbox"/> estressado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado</p> <p>4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p> | <p>H1 ___</p> <p>H1a ___</p> |
| <p>H2 – Frequentemente eu sou interrompido e incoodado no trabalho.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico:</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado</p> <p>3. <input type="checkbox"/> estressado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado</p> <p>4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p> | <p>H2 ___</p> <p>H2a ___</p> |

| | |
|--|-------------------------|
| <p>H3 – Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico: 2. <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p> | <p>H3__ H3a__</p> |
| <p>H4 – Frequentemente, eu sou pressionado a trabalhar depois da hora.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico: 2. <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p> | <p>H4__ H4a__</p> |
| <p>H5 – Meu trabalho exige muito esforço físico.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico: 2. <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p> | <p>H5__ H5a__</p> |
| <p>H6 – Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico: 2. <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p> | <p>H6__ H6a__</p> |
| <p>H7 – Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo 2. <input type="checkbox"/> Discordo → E com isso, eu fico:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p> | <p>H7__ H7a__</p> |
| <p>H8 – Eu tenho o apreço que mereço dos meus colegas.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo 2. <input type="checkbox"/> Discordo → E com isso, eu fico:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p> | <p>H8__ H8a__</p> |
| <p>H9 – No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo 2. <input type="checkbox"/> Discordo → E com isso, eu fico:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p> | <p>H9__ H9a__</p> |
| <p>H10 – No trabalho, eu sou tratado injustamente.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico: 2. <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p> | <p>H10__ H10a__</p> |
| <p>H11 – Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico: 2. <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p> | <p>H11__ H11a__</p> |
| <p>H12 – No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico: 2. <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p> | <p>H12__ H12a__</p> |
| <p>H13 – Tenho pouca estabilidade no emprego.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico: 2. <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p> | <p>H13__ H13a__</p> |

| | |
|---|----------------------------|
| <p>H14 – A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Discordo → E com isso, eu fico:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado</p> <p>3. <input type="checkbox"/> estressado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado</p> <p>4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p> | <p>H14__</p> <p>H14a__</p> |
| <p>H15 – No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Discordo → E com isso, eu fico:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado</p> <p>3. <input type="checkbox"/> estressado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado</p> <p>4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p> | <p>H15__</p> <p>H15a__</p> |
| <p>H16 – Mi has chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Discordo → E com isso, eu fico:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado</p> <p>3. <input type="checkbox"/> estressado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado</p> <p>4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p> | <p>H16__</p> <p>H16a__</p> |
| <p>H17 – Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Discordo → E com isso, eu fico:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado</p> <p>3. <input type="checkbox"/> estressado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado</p> <p>4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p> | <p>H17__</p> <p>H17a__</p> |
| <p>H18 – No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Concordo</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente</p> | <p>H18__</p> |
| <p>H19 – Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Concordo</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente</p> | <p>H19__</p> |
| <p>H20 – Quando chego em casa, eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Concordo</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente</p> | <p>H20__</p> |
| <p>H21 – As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Concordo</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente</p> | <p>H21__</p> |
| <p>H22 – O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Concordo</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente</p> | <p>H22__</p> |
| <p>H23 – Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Concordo</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente</p> | <p>H23__</p> |

BLOCO I- SOBRE OS ACIDENTES DE TRABALHO

| | |
|--|-------------|
| <p>i1- Nos últimos 12 meses você sofreu algum tipo de acidente de trabalho?</p> <p>[0] Não * se a resposta for não, vá para a questão i25</p> <p>[1] Sim</p> | <p>i1__</p> |
|--|-------------|

| | | |
|---|---|--|
| i2- O Acidente ocorreu enquanto você se deslocava da casa para o trabalho ou vice-versa? | [0] Não [1] Sim | i2__ |
| i3- O acidente ocorreu quando você já estava no HUSM? | [0] Não [1] Sim | i3__ |
| i4- Quantas horas após o início da sua jornada de trabalho o acidente aconteceu? | [1] Entre 1 e 2 horas [2] Entre 3 e 4 horas [3] Entre 5 e 6 horas [4] Entre 7 e 8 horas [5] Maior que 8 horas | i4__ |
| i5. O acidente foi notificado ao setor de Recursos Humanos? | [0] Não [1] Sim | i5__ |
| i6. Por causa desse acidente você teve que procurar assistência médica? | [0] Não [1] Sim | i6__ |
| i7. Tipo de serviço procurado: | [1] Emergência HUSM [2] Serviço privado (consultório particular, convênios) [3] Posto de saúde [4] Outros | i7__ |
| i8a.. Por causa desse acidente você necessitou ficar hospitalizado? | [0] Não [1] Sim | i8a__ |
| i8b - Quantos dias? | | i8b__ __ |
| i9a. Por causa desse acidente você teve que faltar ao trabalho por 1 dia ou mais? | [0] Não [1] Sim | i9a__ |
| i9b. Quantos dias ? | | i9b__ |
| i10. Você estava usando EPI? | [0] Não Se não, pule para i12. [1] Sim | i10__ |
| i11. Quais EPIs você usa? | a [1] luvas b [2] máscara c [3] avental d [4] óculos e [5] gorro f [6] outros | i11a__ i11b__ i11c__ i11d__ i11e__ i11f__ |
| i12. Nos últimos 6 meses você recebeu algum treinamento referente a prevenção dos acidentes de trabalho? | [0] Não [1] Sim | i12__ |
| i13. Com o acidente você sofreu? | [1] Perfuração com objeto [2] Corte/arranhões/esfolões [3] Respingos de sangue ou outras secreções [4] Queimaduras tipo: [a] elétrica [b] fogo [c] com produtos químicos [5] Choque elétrico [6] Contusão ou distensão muscular [7] Queda [8] Fratura [9] Agressão [10] Outros:_____ | i13__ __ |

| BLOCO J – SELF-REPORT QUESTIONNAIRE - SRQ 20 (MARI e WILLIAMS, 1986) | | |
|--|--|------------|
| As seguintes questões dizem respeito a informações sobre teu estado geral nos <u>ÚLTIMOS 30 DIAS</u>. | | |
| J1. Tem dores de cabeça frequentes? [0] Não [1] Sim | | J1 _ |
| J2. Tem falta de apetite? [0] Não [1] Sim | | J 2 __ |
| J3. Dorme mal? [0] Não [1] Sim | | J 3 __ |
| J4. Assusta-se com facilidade [0] Não [1] Sim | | J4 __ |
| J5. Tem tremores de mão? [0] Não [1] Sim | | J5 __ |
| J6. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)? [0] Não [1] Sim | | J 6 __ |
| J7. Tem má digestão? [0] Não [1] Sim | | J 7 __ |
| J 8. Tem dificuldade para pensar com clareza? [0] Não [1] Sim | | J 8 __ |
| J 9. Tem se sentido triste ultimamente? [0] Não [1] Sim | | J 9 __ |
| J 10. Tem chorado mais do que de costume? [0] Não [1] Sim | | J 10 __ |
| J 11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? [0] Não [1] Sim | | I 11 __ |
| J 12. Tem dificuldades para tomar decisões? [0] Não [1] Sim | | J 12 __ |
| J 13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento). [0] Não [1] Sim | | J 13 __ |
| J 14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? [0] Não [1] Sim | | J 14 __ |
| J 15. Tem perdido o interesse pelas coisas? [0] Não [1] Sim | | J 15 __ |
| J 16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo? [0] Não [1] Sim | | J 16 __ |
| J 17. Tem tido ideias de acabar com a vida. [0] Não [1] Sim | | J 17 __ |

| | |
|--|-----------|
| J 18. Sente-se cansado (a) o tempo todo? [0] Não [1] Sim | J 18 — |
| I 19. Tem sensações desagradáveis no estômago? [0] Não [1] Sim | J 19 — |
| J 20. Cansa-se com facilidade? [0] Não [1] Sim | J 20 — |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--------|
| BLOCO K - DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA (ESCALA DE 0-10) (Jensen, Karoly e Braver, 1986) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>K. Nos últimos sete dias, você teve dor ou desconforto em alguma dessas regiões: pescoço, ombros, membros superiores, costas, quadril e membros inferiores. Em caso afirmativo, suponha que a maior dor que você já sentiu tem um valor igual a 10 pontos.</p> <p style="text-align: center;">Numa escala de zero a dez, quantos pontos você daria para a sua dor.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>00</td><td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td><td>06</td><td>07</td><td>08</td><td>09</td><td>10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">↑</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">↑</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 10%;">Ausência total de dor</p> <p style="margin-right: 10%; text-align: right;">Dor mais intensa que já percebi</p> | | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | ↑ | | | | | | | | | | ↑ | K__ __ |
| 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| ↑ | | | | | | | | | | ↑ | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|-----------------|---------------|---------------|------------|------|
| BLOCO L - VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36 – (CICONELLI, R.M. et al. , 1999) | | | | | |
| L1- Em geral você diria que sua saúde é: | | | | | |
| <i>Excelente</i> | Muito Boa | Boa | Ruim | Muito Ruim | L1__ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| L2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, | | | | | |
| Muito Melhor | Um Pouco Melhor | Quase a Mesma | Um Pouco Pior | Muito Pior | L2__ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

| L3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quanto? | | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|---|-------|
| Atividades | Sim, dificulta muito | Sim, dificulta um pouco | Não, não dificulta de modo algum | |
| a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos. | 1 | 2 | 3 | L3a__ |
| b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa. | 1 | 2 | 3 | L3b__ |
| c) Levantar ou carregar mantimentos | 1 | 2 | 3 | L3c__ |
| d) Subir vários lances de escada | 1 | 2 | 3 | L3d__ |
| e) Subir um lance de escada | 1 | 2 | 3 | L3e__ |
| f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se | 1 | 2 | 3 | L3f__ |
| g) Andar mais de 1 quilômetro | 1 | 2 | 3 | L3g__ |
| h) Andar vários quarteirões | 1 | 2 | 3 | L3h__ |
| i) Andar um quarteirão | 1 | 2 | 3 | L3i__ |
| j) Tomar banho ou vestir-se | 1 | 2 | 3 | L3j__ |
| L4- Durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física? | | | | |
| | | Sim | Não | |
| a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | | 1 | 2 | L4a__ |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | | 1 | 2 | L4b__ |
| c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades. | | 1 | 2 | L4c__ |
| d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra). | | 1 | 2 | L4d__ |
| L5- Durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)? | | | | |
| | | Sim | Não | |
| a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | | 1 | 2 | L5a__ |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | | 1 | 2 | L5b__ |
| c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz. | | 1 | 2 | L5c__ |

| | | | | | | | |
|---|--------------|------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-------|-------|
| L6- Durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo? | | | | | L6__ | | |
| De forma nenhuma | Ligeiramente | Moderadamente | Bastante | Extremamente | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| L7- Quanta dor no corpo você teve durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS? | | | | | L7__ | | |
| Nenhuma | Muito leve | Leve | Moderada | Grave | Muito grave | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| L8- Durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)? | | | | | L8__ | | |
| De maneira alguma | Um pouco | Moderadamente | Bastante | Extremamente | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| L9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas. | | | | | | | |
| | Todo Tempo | A maior parte do tempo | Uma boa parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nunca | |
| a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | L9a__ |
| b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | L9b__ |
| c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | L9c__ |
| d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | L9d__ |
| e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | L9e__ |
| f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | L9f__ |
| g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | L9g__ |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | L9h__ |
| i) Quanto tempo você tem se sentido cansado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | L9i__ |

| | | | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------|
| L10- Durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? | | | | | | |
| Todo Tempo | A maior parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nenhuma parte do tempo | | L10__ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| L11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? | | | | | | |
| | Definitivamente verdadeiro | A maioria das vezes verdadeiro | Não sei | A maioria das vezes falso | Definitivamente falso | |
| a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | L11a__ |
| b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | L11b__ |
| c) Eu acho que a minha saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | L11c__ |
| d) Minha saúde é excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | L11d__ |

Número do seu telefone: _____ **MUITO OBRIGADO**

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA

Pesquisador: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13106313.1.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 205.862

Data da Relatoria: 25/02/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo objetiva analisar as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um Hospital Universitário. Trata

-se de um Projeto Matricial, que abrange seis subprojetos. Possui delineamento transversal e abordagem quantitativa. Para coleta dos dados será

utilizado um questionário para caracterização sociodemográfica, laboral e de saúde, bem como questões relativas aos acidentes de trabalho, hábitos

saudáveis, capacidade para o trabalho, qualidade de vida no trabalho, dor musculoesquelética e distúrbios psíquicos menores. A coleta de dados

será feita entre os meses de março e abril de 2013, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria,

respeitando-se todos os aspectos éticos e legais de acordo com a Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos. A organização

dos dados será realizada no programa Epi-Info, versão 6.4, com dupla digitação independente. A análise será realizada no PASW Statistics®

(Predictive Analytics Software, Chicago - USA) versão 18.0 for Windows. Para as variáveis categóricas serão calculadas as frequências absolutas

(N) e as relativas (%) e para as quantitativas (média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo). Realizar-se-á análise bivariada, testando a

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi

CEP: 97.105-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



associação entre as variáveis de estudo, mediante a utilização de testes paramétricos ou não-paramétricos de acordo com o tipo de variável e distribuição de normalidade. Nessas associações, adotar-se-á níveis de confiança de 95% (p0,05). Os resultados comporão dissertações de mestrado e Trabalhos de Conclusão de Curso apresentados ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Espera-se que o estudo contribua para a construção do conhecimento na área de saúde, saúde do trabalhador, enfermagem e que sirva de subsídios para novas pesquisas relacionadas ao tema.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um Hospital Universitário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

as considerações sobre os riscos e benefícios estão adequadas

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado e tem justificativa científica pautada em literatura atualizada.

Apresentam cronograma e orçamento adequados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

os termos estão de acordo com as exigências do sistema CEP/CONEP

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovar nova versão do projeto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi

CEP: 97.105-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



SANTA MARIA, 26 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi

CEP: 97.105-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO C – Autorização do hospital pesquisado

FOLHA DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS.

Nº Inscrição DEPE: 011/2013 Data: 21/01/2013
 Pesquisador: TANIA SOLANGE BONI DE SOUZA MAGNAGO Função: DOCENTE/ENFERMEIRA
 SIAPE: 3224199 Telefone: 99221117 Unidade/Curso: CCS - ENFERMEIA E-mail: t.magnago@terra.br
 Título: Avaliação das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores de
Setor Hospitalar de Limpeza.
 TIPO DE PROJETO: Pesquisa () Extensão () Institucional
 FINALIDADE ACADÊMICA: () FCC () Especialização Dissertação () Tese () Outro
 TIPO DE PESQUISA: () Inovações Tecnológicas em Saúde () Operacional () Clínica Básica
 () Políticas Públicas de Saúde
 FONTE DE FINANCIAMENTO: Recursos Próprios () HUSM () Agencia Publica de fomento nacional
 () Agencia Pública de fomento internacional () Indústria Farmacêutica

OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto e com o setor envolvido.

Tania B. S. Magnago
 Pesquisador Responsável

Avaliação e Aprovação Setorial

Tania B. S. Magnago
 Profª Drª Enfermeira
 COREN 51546 RS

Atenção Chefia: favor ler o projeto e avaliar as condições de realização no Setor antes de assinar.

| Setores envolvidos | Concorda com o projeto | | Assinatura e carimbo dos responsáveis |
|--------------------|------------------------|---------|---------------------------------------|
| SHL | (X) Sim | () Não | Clara Maria Trevisan COREN 61524 |
| | () Sim | () Não | <u>Clara Maria Trevisan</u> |
| | () Sim | () Não | |
| | () Sim | () Não | |
| | () Sim | () Não | |
| | () Sim | () Não | |
| | () Sim | () Não | |

PARECER COMISSÃO CIENTIFICA DEPE: APROVADO Data: 05/02/2013

PARECER FINAL/DEPE: AO CEP
Assinatura e Carimbo
 Data: 05/02/2013

Profª Drª Suzianna S. de Lima
 Diretora de Ensino,
 Pesquisa e Extensão
 46571 - HUSM/UFESM
 CORE

ANEXO D – Autorização empresa terceirizada


Santa Maria, 17 de Janeiro 2013.

Assunto: Autorização Pesquisa “Avaliação das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores do Serviço de Hospitalar de Limpeza”

Profa. Dra. Tania Solange Bosi de Souza Magnago

Vimos por meio desta informar que autorizamos a aplicação dos métodos de pesquisa nos funcionários da _____ que prestam serviços no Hospital universitário de Santa Maria, ressaltando apenas que não autorizamos a utilização do nome da empresa sob qualquer aspecto.

Sem mais para o momento e a disposição para mais esclarecimentos,



Coordenador Operacional

ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

UFSM/CCS/DENFE/PPGEnf

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: “AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS
TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA”

Pesquisador responsável: Profa. Dra Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Eu.....informo que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, e que aceito participar da pesquisa “**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA**”, que tem como **objetivo** avaliar as condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza do Hospital Universitário de Santa Maria/UFSM. A pesquisa terá **duração de 36 meses** (período de coleta dos dados, análise, discussão e apresentação dos resultados). A **justificativa** para a realização desta pesquisa dá-se pelo fato de a maior parte dos estudos publicados sobre Saúde do Trabalhador avaliarem as condições de saúde de outros trabalhadores, ocorrendo falta de estudos relativos à saúde do trabalhador do Serviço Hospitalar de Limpeza. **Minhas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o meu nome em qualquer fase do estudo, pois os dados apresentados serão relativos a todos os trabalhadores e não individuais. **Os dados coletados serão utilizados em pesquisa e comporão um banco de dados**. Os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A minha **participação é voluntária**, isto é, a qualquer momento eu posso me recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar meu consentimento. **Minha recusa não trará nenhum** prejuízo em minha relação com o pesquisador ou com a instituição. Minha participação nesta pesquisa consistirá em **responder um questionário, durante o meu turno de trabalho**. As perguntas serão feitas por acadêmicos de enfermagem que foram treinados para desenvolverem este estudo. **Eu não terei nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras**. Poderá haver o **risco de desconforto emocional** relacionado à questão de responder ao questionário. Minha participação poderá ser interrompida a qualquer instante, sem qualquer ônus. **Caso necessário e se for de minha vontade, eu poderei ser encaminhado para suporte psicológico gratuito**, oferecido pela empresa na qual trabalho. Os **benefícios** relacionados com a minha participação são: conhecimento da realidade de trabalho

e saúde na instituição; a possibilidade de que medidas de promoção, prevenção e tratamento possam ser efetuadas com maior eficácia e eficiência, com conseqüente diminuição de adoecimentos ocasionados pelo trabalho nos trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza, como acidentes de trabalho, estresse, ansiedade, depressão entre outras. **Os resultados serão apresentados à instituição e, individualmente, os participantes do estudo serão informados sobre sua condição de saúde** (valor da pressão arterial, peso, índice de massa corpórea, entre outros). Todos os dados coletados, depois de organizados e analisados pelos pesquisadores, poderão ser divulgados e publicados, ficando estes (os pesquisadores) comprometidos em apresentar o relatório final nesta instituição, para que possamos, efetivamente, conhecer a nossa realidade. Fui igualmente informado de que tenho assegurado o direito de: receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa; a qualquer momento, retirar meu consentimento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália; não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa. Além disso, os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução no 196/96 sobre pesquisas em seres humanos; minha participação é isenta de despesas e minha assinatura representa o aceite em participar voluntariamente do estudo. Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Concordo que os dados formem um banco de dados () Sim () Não
Para pesquisas com novos objetivos com banco de dados quero assinar novo TCLE () Sim () Não

Santa Maria, ____ de ____ de 2013

 Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
 Nome e assinatura da Coordenadora do Projeto

 Assinatura do informante e nº
 do RG

Endereço Pesquisador Principal: Rua José Manhago, 123 Bairro Camobi, Santa Maria/RS.
 Telefone: (55) 3220 8263; email: tmagnago@terra.com.br

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
 Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar –
 Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria/RS - tel.: (55) 32209362
 Email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br