



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

CRISTINA DE SOUSA BORGES GOES

**FATORES RELACIONADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MULHERES
EMPREGADAS EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO SUPERIOR**

FEIRA DE SANTANA – BA
2008



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

CRISTINA DE SOUSA BORGES GOES

**FATORES RELACIONADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MULHERES
EMPREGADAS EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO SUPERIOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como exigência para obtenção do grau de mestre pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a Dr^a. Maura Maria Guimarães de Almeida

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Tânia Maria Araújo

FEIRA DE SANTANA – BA
2008

CRISTINA DE SOUSA BORGES GOES

**FATORES RELACIONADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MULHERES
EMPREGADAS EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO SUPERIOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como exigência para obtenção do grau de mestre pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Feira de Santana, ____ / ____ / ____

Profª Drª. Maura Maria Guimarães de Almeida
(Universidade Estadual de Feira de Santana)

Profª Drª Tânia Maria Araújo
(Universidade Estadual de Feira de Santana)

Profª Drª Edna Maria Araújo
(Universidade Estadual de Feira de Santana)

Profª Drª Marta Maria Coelho Damasceno
(Universidade Federal do Ceará)

Este trabalho é dedicado às três pessoas que me fizeram ver a vida com muito mais alegria, amor e compreensão.

***Helmer, Camila e Leticia,** amo vocês*

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter estado ao meu lado sempre, guiando os meus passos para a realização de mais um sonho, e por ter me colocado no caminho de pessoas que muito me fizeram aprender.

A Helmer, meu grande companheiro e amigo: obrigada pelo seu amor, compreensão e cumplicidade, respeitando e apoiando sempre as minhas escolhas. Te amo muito.

As minhas filhas, Camila e Leticia, duplo presente Divino em minha vida. Pequenas, mas com uma capacidade de compreensão e paciência, pela minha ausência em alguns momentos, que até parecem “gente grande”.

Aos meus pais, Nivaldo e Maria, pela vida e por acreditar que a educação é a herança mais valiosa.

Aos meus irmãos, Goreth, Lígia, Nivaldinho, Liege, Zana e Jorge por acreditarem em mim.

Ao meu sogro e minha sogra. João Pedro e Luizete, obrigada por me acolherem com filha.

Aos meus cunhados, Edgar, Sérgio, Claudio e Welisson, e minhas cunhadas Willi e Kleane, obrigada pelo apoio.

Aos meus nove sobrinhas e sobrinhos “oficiais” e todos os “agregados”, companheiros de brincadeiras e de “transporte escolar”, vocês contribuíram com muitos momentos de alegria.

À Jú, por suprir com muita dedicação a minha ausência como dona-de-casa, e pelo cuidado e carinho dispensado às minhas filhas.

Às professoras Maura e Tânia, pelos ensinamentos e orientação, imprescindíveis neste momento de construção do conhecimento.

Ao meu grande professor e amigo Davi, pelos ensinamentos, carinho e atenção. A você meu amigo o meu muito obrigada!

Ao professor Nelson, que com a sua paciência me fez aprender a ler através dos números.

Aos meus inesquecíveis colegas do mestrado, pela amizade, cumplicidade e ajuda mútua, construindo conhecimento a 38 mãos nestes dois anos. Lyz, Rogério, Gilmar, Andréia, Márcia, Leonor, Deisy, Lavinia, Elaine, Tatiana, Wernner, Luciane, Carla, Marla, Analy, Mônica, Marcos e Patrícia, nós somos uma turma “alto nível”. Parabéns a todos nós.

Aos professores do mestrado por contribuírem com a minha formação acadêmica.

Ao NEPI e todos os bolsistas pelo apoio e disponibilidade.

À Samara, Cristiane, Lorena, Mônica, Mariuxa e Monalisa, pelo apoio e dedicação na fase de coleta de dados.

Aos funcionários do mestrado Goreth, Siomara e Jorge e a ex-funcionária Rosane, pela atenção e receptividade.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia - FAPESB, pelo apoio financeiro concedido através da bolsa de mestrado.

A todas as funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana que nos receberam com muita atenção e aceitaram participar desta pesquisa, contribuindo para elaboração deste trabalho. Este trabalho é fruto do apoio de vocês.

RESUMO

O perfil epidemiológico e demográfico brasileiro recente demonstra nas últimas décadas importantes mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade da população, colocando as doenças cardiovasculares como a principal causa de morte e adoecimento no Brasil. Entre as doenças deste grupo, a hipertensão arterial apresenta as maiores prevalências em taxas de morbimortalidade. Os fatores de risco associados à hipertensão arterial como obesidade, dieta rica em alimentos gordurosos, ingestão excessiva de sal, sedentarismo, tabagismo e etilismo são comumente citados na literatura. Porém, aspectos sociodemográficos como idade e escolaridade, características do trabalho profissional e aspectos psicossociais no ambiente do trabalho, vêm sendo apontados como fatores importantes na determinação da hipertensão. O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de Hipertensão Arterial e os fatores associados à sua ocorrência em mulheres empregadas em uma instituição pública de ensino superior.

Realizou-se estudo de corte transversal com todas as funcionárias técnico-administrativas e de prestação de serviço que encontravam-se em atividade em 2007. Foi utilizado formulário com questões sobre as características sociodemográficas, hábitos e estilo de vida e características do trabalho profissional. Para avaliação dos aspectos psicossociais no ambiente de trabalho foi utilizado o Job Content Questionnaire (JCQ). Realizaram-se três aferições da pressão arterial, utilizando-se a média das duas últimas medidas. Para interpretação e análise dos dados foi realizada análise univariada e multivariada (Análise de Regressão Logística Múltipla – ARLM). Foram avaliadas 402 funcionárias, obtendo-se uma prevalência global de hipertensão arterial de 29,9%. As maiores razões de prevalências para hipertensão arterial foram encontradas entre aquelas com idade igual ou superior a 40 anos (RP=2,43), que auto-referiram cor preta (RP=1,59), baixa escolaridade (RP=2,57), renda familiar baixa (RP=1,55), que têm mais de dois filhos (RP=4,26), e fumantes (RP=2,35). Dentre as características do trabalho destacam-se as trabalhadoras do grupo de atividades de serviços gerais (RP=1,71) e que começaram a trabalhar antes dos 15 anos de idade (RP=1,70). Os resultados obtidos na ARLM revelaram associação estatisticamente significativa entre hipertensão arterial e as variáveis: idade, escolaridade fundamental e média e que têm filhos. Tornar evidentes as relações entre as profissões e doenças, como a hipertensão arterial, servirá para que medidas de promoção à saúde dos trabalhadores possam ser estabelecidas, reduzindo o absenteísmo e os dias perdidos de trabalho, refletindo melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão arterial, saúde do trabalhador, gênero, estresse ocupacional, mulheres.

ABSTRACT

The recent epidemiological and demographic Brazilian profile demonstrates important changes on the population's morbidity and mortality standards on the last decades, putting the cardiovascular diseases as the main cause for death and illness in Brazil. Among the diseases of this group, the arterial hypertension presents the greater prevalence in the morbidity taxes. The risk factors associated to arterial hypertension as obesity, diets rich in fat, excessive ingestion of salt, sedentary lifestyle, smoking and elitism are the most cited on literature. However, social demographic aspects as age and instruction, professional work characteristics and psychosocial aspects at work, are been pointed as important factors on determining the hypertension. The aim of this study was describe the prevalence of the Arterial Hypertension on women employed on a higher education institution, according to social and demographic aspects, professional work characteristics and habits and lifestyle. A cross-sectional study was done with all the technical and administrative women employees and the women from the service provision that were working in 2007. A questionnaire with questions about the social demographic characteristics, habits and lifestyle and professional work characteristics was used. To evaluate the psychosocial aspects at work it was used the Job Content Questionnaire (JCQ). The arterial pressure was checked three times but only the medium of the last two ones was used. For the interpretation and analyses of the data it was used the univariate and multivariate analysis (Analysis of Multiple Logistic Regression – AMLR). 402 employees were evaluated, getting a global prevalence of arterial hypertension of 29,9%. The greater prevalence ratio (PR) or arterial hypertension were found among those with age equal or superior to 40 years old (PR=2,43), those who self-referred black (PR=1,59), low instruction (RP=2,43), small income (PR=1,55), those who have more then two children (PR=4,26) and the smokers (PR=2,35). Among the work characteristics, stands out the workers of the group o general services activities (PR=1,71) and those who started working before they were 15 years old (PR=1,70). The results gotten at the AMLR showed statistically significant association between arterial hypertension and the variables: age, middle and high schooling and those who have children. Making evident the relations between the professions and the diseases, such as arterial hypertension, it will give subsidy so that the ways to promote the workers health can be established, reducing the absenteeism and the missing days of work, and improving their quality of life.

Key words: arterial hypertension, workers health, gender, job stress, women.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Distribuição das funcionárias segundo características sociodemográficas. Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007.....	61
TABELA 2 Distribuição das funcionárias de acordo com as características do trabalho. Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007.....	63
TABELA 3 Distribuição das funcionárias segundo hábitos e estilo de vida. Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007.....	65
TABELA 4 Distribuição das funcionárias segundo características sociodemográficas de acordo com o grupo de atividades desenvolvidas. Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	67
TABELA 5 Distribuição das funcionárias segundo as características sociodemográficas e início do trabalho (idade). Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	69
TABELA 6 Distribuição das funcionárias segundo aspectos psicossociais do trabalho. Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007.....	70
TABELA 7 Controle sobre o próprio trabalho e características sociodemográficas, entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	72
TABELA 8 Controle sobre o próprio trabalho e características do trabalho, entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	74
TABELA 9 Demandas psicológicas e características sociodemográficas, entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	76
TABELA 10 Demandas psicológicas e características do trabalho, entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	78

TABELA 11 Tipos de trabalho do modelo Demanda-Controle e características sociodemográficas, entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	81
TABELA 12 Tipos de trabalho do modelo Demanda-Controle segundo características do trabalho, entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	83
TABELA 13 Comparação entre a hipertensão arterial auto-referida e a medida da pressão arterial no momento da coleta, entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	85
TABELA 14 Prevalência de hipertensão arterial segundo características sociodemográficas entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	87
TABELA 15 Prevalência de hipertensão arterial segundo características do trabalho entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	89
TABELA 16 Prevalência de hipertensão arterial segundo hábitos e estilo de vida entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	91
TABELA 17 Prevalência de hipertensão arterial segundo aspectos psicossociais do trabalho entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	92
TABELA 18 Prevalência de hipertensão arterial segundo tipos de trabalho do Modelo Demanda-Controle entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	93
TABELA 19 Valores estimados pelo modelo final de regressão logística múltipla	94
TABELA 20 Razões de Prevalências ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança entre Hipertensão Arterial e as características sociodemográficas obtidas no modelo final de Regressão Logística Múltipla.....	95

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Regulação hipotalâmica da resposta ao stress	34
FIGURA 2 Modelo bidimensional de demanda-controle de Karasek	39
FIGURA 3 Determinação da população de estudo	50
FIGURA 4 Curva Roc para análise do poder discriminatório do modelo.....	95
FIGURA 5 Representação gráfica do diagnóstico do modelo	96

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 Distribuição das funcionárias segundo os tipos de trabalho do Modelo Demanda-Controle. Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	79
GRÁFICO 2 Comparação entre Hipertensão Arterial auto-referida, Hipertensão Arterial detectada no momento da coleta e Hipertensão Arterial global entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	84
GRÁFICO 3 Classificação da pressão arterial segundo a V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial, entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	85
GRÁFICO 4 Uso de medicamento para hipertensão arterial entre as funcionárias que auto-referiram pressão alta. Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007	86

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 Classificação da pressão arterial em mmHg para adultos com idade > 18 anos.....	41
------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARLM – Análise de Regressão Logística Múltipla

BA – Bahia

JCQ – Job Content Questionnaire

MDC – Modelo Demanda Controle

OMS – Organização Mundial de Saúde

ROC – Receive Operating Characteristic

RP – Razão de Prevalência

OR – Odds Ratio

DANT – Doenças e Agravos Não transmissíveis

SUS – Sistema Único de Saúde

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PAD – Pressão Arterial Diastólica

SM – Salário Mínimo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1 SAÚDE DO TRABALHADOR: UM CAMPO EM CONSTRUÇÃO.....	23
3.1.1 Relação Trabalho e Saúde.....	26
3.1.2 Gênero, Trabalho e Saúde.....	28
3.2 ESTRESSE OCUPACIONAL E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	32
3.2.1 Reação fisiológica do estresse.....	33
3.2.2 Estresse ocupacional	36
3.2.3 Modelo Demanda-Controle	37
3.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL E TRABALHO.....	40
3.3.1 Reatividade cardiovascular e os efeitos do estresse.....	41
3.3.2 Determinantes sociais relacionados à ocorrência de hipertensão arterial sistêmica.....	42
3.3.3 Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica	44
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	47
4.1 TIPO DE ESTUDO	47
4.2 CAMPO DE ESTUDO.....	48
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	48
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	50
4.5 TRABALHO DE CAMPO	52
4.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	52
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	56
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	57

5 RESULTADOS	60
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS FUNCIONÁRIAS	60
5.2 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO	70
5.2.1 Controle sobre o próprio trabalho.....	71
5.2.2 Demandas psicológicas	75
5.2.3 Estresse ocupacional entre as funcionárias	79
5.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ENTRE AS TRABALHADORAS.....	84
5.3.1 Análise de Regressão Logística Múltipla (ARLM)	93
6 DISCUSSÃO	98
6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	98
6.2 SÍNTESE DOS RESULTADOS	98
6.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO DE ESTUDO	99
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS	112
APÊNDICE	121
APÊNDICE A – MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA COLETA DE DADOS.....	122
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO	129
APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	133
APÊNDICE D – GRUPO DE OCUPAÇÕES.....	139
APÊNDICE E – GRUPO DE SETORES	140
APÊNDICE F – CÁLCULO DO MODELO DEMANDA-CONTROLE	141
APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	143
ANEXO	145
ANEXO 1 – JOB CONTENT QUESTIONNAIRE (JCQ)	146
ANEXO 2 – JOB CONTENT QUESTIONNAIRE (JCQ)	148
ANEXO 3 – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	149

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico e demográfico brasileiro recente demonstra que, nas últimas décadas, ocorreram importantes mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade da população. Dentre as condições que favoreceram este processo, Rouquayrol e Almeida Filho (2003) destacam: redução nas taxas de doenças infecto-parasitárias com conseqüente diminuição da mortalidade infantil; aumento na expectativa de vida e incremento no número de doenças e agravos não-transmissíveis (DANT); aceleração no processo de urbanização e mudanças socioculturais, levando ao aumento dos acidentes e da violência. O envelhecimento da população, contudo, é uma das mudanças mais importantes ocorridas em função da transição demográfica (VERMELHO; MONTEIRO, 2006).

Associada a este processo de transição demográfica e epidemiológica, as doenças do aparelho circulatório aparecem como a principal causa de morte, desde a década de 70, representando mais de 30% do total de óbitos com causas definidas em 2003. Este grupo de doenças foi responsável por 31,54% dos óbitos por grupo de causas definidas no Brasil e representou 10,49% das internações no ano de 2004 (BRASIL, 2005a). Entre as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial apresenta as maiores taxas de morbi-mortalidade. Minayo e Souza (1993, p. 65) assinalam que “as chamadas ‘doenças do desenvolvimento’ assumiram o papel das principais causas de óbito”.

Os custos econômicos e sociais decorrentes das doenças e agravos não-transmissíveis - DANT causam grande impacto na sociedade devido à morte prematura ou incapacitação de pessoas em idade produtiva. Segundo o Relatório Mundial da Saúde de 2000 (OMS, 2003), 42,3% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, em 1999, decorriam das doenças crônicas não-transmissíveis. Em 2004 este grupo de doenças foi responsável por mais de 70% dos gastos assistenciais com a saúde no Brasil, revelando tendência crescente (BRASIL, 2006).

Apesar dos dados acima mencionados, Rouquayrol e Almeida Filho, (2003) alertam que existem poucas informações sobre o perfil epidemiológico das DANT's, sobre o comportamento dos seus fatores de risco e o impacto sobre os sistemas de saúde, informações relevantes que, segundo os autores, seriam

capazes de subsidiar a adoção de políticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde nesse campo.

O Relatório Mundial da Saúde de 2002 (OMS, 2003) aponta que a hipertensão arterial foi responsável por 13% do total de óbitos, sendo a maior causa de morbimortalidade cardiovascular entre a população adulta. Uma doença silenciosa, sem sintomas aparentes e agravada pela desinformação de grande parte da população.

Ximenes (2005) afirma que a hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para doenças do aparelho circulatório, estando relacionada com 80% dos casos de Acidente Vascular Cerebral e 60% dos casos de doenças isquêmicas do coração.

Dentre os fatores de risco associados à hipertensão arterial, a literatura destaca a obesidade, dieta rica em alimentos gordurosos, ingestão excessiva de sal, o sedentarismo, o tabagismo e o etilismo (LIMA, 2004), com evidências de que estes fatores não explicam completamente a origem desta patologia, o estresse relacionado ao estilo de vida, é apontado como um importante determinante para a etiologia da hipertensão (CORDEIRO; LIMA FILHO; ALMEIDA, 1998; ALVES, 2004).

A hipertensão é considerada a patologia mais freqüente entre os brasileiros e o estresse ocupacional é apontado como um importante fator desencadeante da hipertensão arterial (CORDEIRO; LIMA FILHO; ALMEIDA, 1998). Porém são poucos os trabalhos realizados no Brasil que estudam a relação entre o estresse ocupacional e a hipertensão arterial.

O modelo proposto, no final da década de 70 por Karasek, denominado Modelo Demanda-Controle (MDC) avalia os estressores ocupacionais a partir de duas características centrais, o controle do trabalhador sobre o próprio trabalho e a demanda psicológica. A combinação destas duas características proporciona quatro situações distintas de experiências no trabalho: o trabalho em alta exigência, o trabalho em baixa exigência, o trabalho ativo e o trabalho passivo. O Job Content Questionnaire (JCQ) é o instrumento de avaliação elaborado por Karasek para o modelo demanda-controle.

O estudo realizado por Lima (2004), intitulado “Fatores de risco de doença arterial coronariana em funcionárias de uma instituição de ensino superior” realizado em funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana, demonstrou prevalência de 25,3% de hipertensão arterial nesta população.

O referido estudo avaliou também o estresse ocupacional segundo o modelo demanda-controle, apresentando uma prevalência de 34,7% para o trabalho passivo e 20,6% no trabalho de alta exigência. Estas situações de trabalho são consideradas pela literatura como geradoras de estresse ocupacional, segundo o modelo proposto (ALVES, 2004).

A relação entre trabalho e saúde, investigada desde a antiguidade, ganha novas perspectivas nas últimas décadas, com as novas formas e relações de trabalho submetendo as pessoas a diversos estímulos estressantes e conseqüentemente novos padrões de adoecimento.

Lima (2004) em seu estudo avaliou os diversos fatores de riscos relacionados a ocorrência de doença arterial coronariana nesta população, porém uma investigação mais específica sobre a hipertensão arterial neste grupo faz-se necessária diante da alta prevalência de hipertensão arterial encontrada.

Muitos dos estudos que investigam as relações entre trabalho e saúde são realizados na população masculina e os resultados encontrados são transpostos para a população feminina, refletindo assim a necessidade de estudos que retratem as especificidades do trabalho feminino.

A questão deste estudo emerge da necessidade de se investigar **Qual a prevalência de hipertensão arterial e os fatores associados à sua ocorrência, em mulheres empregadas em uma instituição pública de ensino superior?**

A avaliação da relação entre hipertensão arterial e os aspectos sociodemográficos, características do trabalho, os hábitos e estilo de vida, trará subsídios para que medidas de promoção da saúde e de intervenção na estrutura organizacional possam ser estabelecidas visando à melhoria da qualidade de vida das trabalhadoras no ambiente de trabalho.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a prevalência de Hipertensão Arterial e os fatores associados à sua ocorrência, em mulheres empregadas em uma instituição pública de ensino superior.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico e as características do trabalho, com ênfase nos aspectos psicossociais em mulheres empregadas em uma instituição pública de ensino superior;
- Estimar a prevalência de hipertensão arterial segundo aspectos sociodemográficos, características do trabalho, hábitos e estilo de vida em mulheres empregadas em uma instituição pública de ensino superior;
- Estimar a prevalência de hipertensão arterial, segundo os níveis de controle do trabalhador sobre o próprio trabalho e demanda psicológica envolvida na execução das tarefas;
- Avaliar a prevalência de hipertensão arterial, segundo as situações laborais preconizadas no Modelo Demanda-Controle: baixa exigência, trabalho passivo, trabalho ativo e alta exigência.

Revisão de Literatura

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para uma melhor compreensão sobre o objeto de estudo, esta revisão de literatura será composta de três tópicos. Inicialmente será abordada a saúde do trabalhador, discutindo aspectos da evolução histórica, o seu papel na saúde pública e a política nacional de saúde do trabalhador, a relação entre trabalho e saúde, e as considerações entre gênero/trabalho/saúde. Em um segundo momento será abordado, a etiologia e as características da hipertensão arterial. O terceiro tópico terá como enfoque o estresse ocupacional e sua relação com a hipertensão arterial, utilizando a proposta do modelo demanda-controle preconizado por Robert Karasek para avaliar estressores ocupacionais.

3.1 SAÚDE DO TRABALHADOR: UM CAMPO EM CONSTRUÇÃO

As relações entre saúde e trabalho, bem como as respostas sociais a estes problemas tem uma relação estreita com o desenvolvimento da economia e das relações político-sociais, sofrendo, portanto transformações ao longo da história (MAENO e CARMO, 2005).

Nesta perspectiva, a construção do campo Saúde do Trabalhador se dá por um longo caminho que perpassa a medicina do trabalho, proveniente da revolução industrial, e a saúde ocupacional, de caráter higienista do período pós-guerra.

A medicina do trabalho surge como uma especialidade médica, com a Revolução Industrial, período marcado pela perda de controle do trabalhador sobre os meios e os processos de trabalho. Segundo Maeno e Carmo (2005, p.28) “o trabalhador vira parte da engrenagem do trabalho e a doença passa a ser para o empregador apenas um fator de ameaça à produtividade e o lucro”.

Este ramo da medicina visava preservar a saúde do trabalhador, porém limitava-se ao trabalhador e ao adoecimento sem se preocupar em identificar os fatores responsáveis pelo adoecimento. Estabelecia, portanto, uma relação de

dependência do trabalhador e controle da força de trabalho (MENDES e DIAS, 1991).

Com o período pós-guerra e o grande número de mortes observa-se a escassez de mão de obra produtiva, que associada ao rápido desenvolvimento industrial revela a ineficiência da medicina do trabalho, de caráter puramente individualista, em intervir no ambiente e conseqüentemente sobre os problemas de saúde advindos do processo de produção (MENDES; DIAS, 1991).

Diante desse fato, surge a saúde ocupacional, com enfoque voltado para higiene ocupacional e a finalidade de intervir nos locais de trabalho e controlar os riscos ambientais. Incorpora os conhecimentos da clínica, da medicina preventiva e epidemiologia clássica a partir da história natural das doenças desconsiderando as relações econômicas, político-ideológicas e sociais que interferem nos nexos entre trabalho e saúde-doença (LACAZ, 2007).

Este modelo entrou em decadência, pois segundo Mendes e Dias (1991) ele manteve o referencial da medicina do trabalho de caráter medicalizante e individualista, considerando os trabalhadores sujeitos passivos, objetos das ações de saúde.

A década de 70 foi marcada por importantes mudanças nos processos de trabalho e no perfil da força de trabalho empregada. Observa-se também a forte influência dos movimentos sociais que exigiam do Estado a participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança, gerando como resposta a formulação de novas políticas sociais em alguns países (MENDES; DIAS, 1991).

Todo esse processo social de mudança conformou a Saúde do Trabalhador, que tem como objeto, segundo Mendes e Dias (1991), o processo saúde-doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho, além de romper com a relação hegemônica de causalidade ao focar a determinação social.

O campo de saúde do trabalhador surge, portanto, em contraposição ao reducionismo da saúde ocupacional, reconhecendo o trabalhador como um ator histórico capaz de transformar a realidade do trabalho, com controle sobre as condições e os ambientes de trabalho. Incorpora elementos da Saúde Coletiva, da clínica e da epidemiologia, ultrapassando a visão simplista da saúde ocupacional, agregando outros fatores determinantes do processo saúde-doença, como as relações sociais que se estabelecem no processo de trabalho (LACAZ, 2007).

O que hoje se conhece como campo de Saúde do Trabalhador, é uma resposta institucional aos movimentos de redemocratização do Brasil, como o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o movimento de Oposição Sindical dos anos 70 e 80, o movimento pelas Eleições Diretas e pela Assembléia Nacional Constituinte, a promulgação da “Constituição Cidadã” de 1988 e o advento do SUS, fazendo com que a Saúde do Trabalhador fizesse parte do direito universal à saúde (BRASIL, 2005b).

A Saúde do Trabalhador configura-se como um campo específico da Saúde Pública que procura atuar, através de procedimentos próprios, com a finalidade de promover e proteger a saúde das pessoas envolvidas no processo do trabalho. Tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde, e cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) executar as ações de Saúde do Trabalhador.

Este campo vem sendo constituído com a participação do governo e da sociedade organizada. É um movimento cujo ponto de apoio e orientação é a implantação do SUS, com base de sustentação na Lei 8080/90 e as Constituições Estaduais e Municipais que orientam e regulamentam as ações voltadas para saúde do trabalhador, perpassando pela relação processo/trabalho/ambiente (BARATA, 2005).

A área da Saúde do Trabalhador desenvolve ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, sobre os riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho e sobre os agravos à saúde dos trabalhadores, além da organização e prestação da assistência aos trabalhadores, de forma integrada, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação, no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador estabelece que:

“Entre os determinantes da saúde dos trabalhadores estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização do trabalho – presentes nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde dos trabalhadores têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações trabalho-saúde em toda a sua complexidade, através de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial” (BRASIL, 2001).

3.1.1 Relação Trabalho e Saúde

A área de Saúde do Trabalhador é um campo da saúde pública que envolve diferentes atores sociais e conflitos de interesse entre capital e trabalho (MAENO; CARMO, 2005). Cabe, portanto, compreender como o trabalho interfere na vida e na saúde das pessoas.

Brito (2000) reconhece a saúde como uma expressão das condições sociais, culturais e históricas da sociedade, com influência marcante do trabalho, o qual é determinado pelas relações de poder, sociais, econômicas e políticas presentes na sociedade.

Preocupações acerca de conseqüências adversas à saúde provenientes de exposições ocupacionais são tão antigas quanto Hipócrates e sua obra intitulada “Dos Ares, das Águas e dos Lugares”, com seus alertas para que se explorasse a história ambiental, o estilo de vida, as ocupações dos indivíduos como determinantes da etiologia e tratamento das doenças (CARVALHO, 1990).

Outros estudiosos passaram a observar a influência do ambiente de trabalho na saúde dos trabalhadores, a exemplo no século XVI de Georgios Agrícola, que descreveu a “asma entre os mineiros”, e Paracelsus, que observou a morte prematura por doenças pulmonares entre estes trabalhadores.

O período de 1700 é marcado pelos estudos de Ramazzini descrevendo a relação entre as doenças e os ambientes ocupacionais (CÂMARA, 2006). Bernardino Ramazzini descreveu a relação entre trabalho e agravos à saúde relatando as doenças que acometiam os trabalhadores em mais de 50 ocupações da época (MAENO; CARMO, 2005)

Esta relação entre saúde e trabalho observada na antiguidade, tomou corpo com o advento da Revolução Industrial (1831-1832); como observam Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), a partir do momento que o trabalhador está “livre” para vender a sua força de trabalho. Neste momento, surge uma nova forma de produzir e de organizar o trabalho, com profundas repercussões no modo de viver e no impacto sobre a saúde dos trabalhadores, percebendo-se então, de forma direta, a relação trabalho-doença.

Surgem neste período os serviços de Medicina do trabalho, como uma forma de preservar a saúde dos trabalhadores e manter ativo o sistema de produção

da época. A medicina do trabalho tem uma visão voltada para a prática médica, preocupando-se com a adequação física e mental do trabalhador, ou seja, adequar o trabalhador ao trabalho.

O período pós-guerra alavancou o processo industrial o que acarretou num aumento no número de acidentes e doenças do trabalho. Surge a partir de então uma preocupação em intervir sobre o ambiente de trabalho, para controlar os riscos, com maior atenção à saúde do trabalhador.

Paralelamente ao crescimento e desenvolvimento tecnológico, a modernidade convive também com o aumento dos problemas na área da saúde e com a queda na qualidade de vida da população. Há um desequilíbrio entre a crescente transformação dos processos de trabalho e a manutenção da saúde ocupacional.

No Brasil, por volta de 1940, os problemas causados pelo trabalho começam a ser estudados, principalmente a partir da entrada em vigor, em 1943, da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), sendo este um marco importante no campo da proteção legal aos trabalhadores.

O processo de reestruturação produtiva, constituído como uma nova forma de produzir foi viabilizada pela adoção de novas tecnologias e métodos gerenciais nos processos de trabalho, o que facilitou a intensificação do trabalho. Porém, aliada à instabilidade no emprego, este processo contribuiu para modificar o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores, exigindo dos serviços de saúde ações que contemplem políticas de saúde e segurança no trabalho mais eficazes (BRASIL, 2001).

Segundo Dantas, Mendes e Araújo (2004), nos países industrializados, as inovações tecnológicas contribuíram para melhorar as condições ambientais, tornando o trabalho menos insalubre. Contudo, essas tecnologias têm imposto exigências de ordem cognitiva, introduzindo novos elementos determinantes do processo saúde-doença, alterando o perfil de morbimortalidade da população trabalhadora.

Para Santos (2005) o “modernismo” excludente, a globalização e as idéias do neoliberalismo impuseram um novo ritmo à vida das pessoas, tendo como preço o agravamento da situação social. O aumento do desemprego, a informalidade, a diminuição dos direitos e renda dos assalariados, o aumento nas doenças, acidentes

e mortes relacionadas ao trabalho, são apontadas como conseqüências dessa nova ordem (SANTOS, 2005).

Essas modificações levaram ao surgimento de novas formas de adoecimento ainda mal caracterizadas, como o estresse e a fadiga física e mental e outras manifestações de sofrimento relacionadas ao trabalho. Configurando-se como situações que exigem mais pesquisas e conhecimento a fim de que propostas coerentes e efetivas de intervenção possam ser traçadas (BRASIL, 2001).

Neste caminho, a classe trabalhadora convive com velhos problemas, como os óbitos por acidente de trabalho, e as novas doenças decorrentes do processo de trabalho (SANTOS, 2005).

À medida que as empresas modificam a sua estrutura organizacional em virtude das exigências do mercado globalizado, exige-se que os indivíduos sejam capazes de incorporar estas mudanças e aptos a buscar novas aprendizagens. São observadas também transformações nas relações de trabalho, com aumento da terceirização e do trabalho temporário, o que gera insegurança entre os trabalhadores, e conseqüente estado de tensão.

Asmus e Ferreira (2006) afirmam que organizações de trabalho rígidas e que operam em situações geradoras de tensão emocional, funcionam como fator potencializador e desencadeador de agravos à saúde.

Os estudos epidemiológicos envolvendo populações de trabalhadores surgem para associar as patologias aos fatores de risco, a partir da relação homem X trabalho, o que segundo Bensoussan e colaboradores (1988), ultrapassa o caráter preventivo ou curativo, de modo a direcionar as atividades para a promoção da saúde. O Manual de Procedimentos para os serviços de saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) destaca os estudos epidemiológicos como instrumentos de investigação das relações saúde-trabalho-doença.

3.1.2 Gênero, Trabalho e Saúde

Grande parte dos estudos sobre saúde e trabalho tem focado a esfera do trabalho masculino e os resultados obtidos são extrapolados para as mulheres. Porém tal situação não reflete a realidade do universo feminino, uma vez que as

diferenças sociais, culturais e biológicas existentes entre os sexos tornam inviável transpor os resultados encontrados na população masculina para a população feminina.

No mundo do trabalho estas diferenciações entre os sexos se refletem em exposições diferenciadas. A dupla jornada de trabalho e a segregação sexual das ocupações são fatores que tornam inadequadas tais extrapolações (ARAÚJO et al, 2006).

A relação entre trabalho e saúde para ser mais bem compreendida, portanto, deve levar em consideração as relações de gênero, pois estas, assim como o trabalho, estão sujeitas às transformações culturais e sociais.

O conceito de gênero surge na década de 80 como uma opção teórica, que busca dar visibilidade à mulher como agente social e histórico (LOURO, 1996). Segundo a autora enquanto sexo está ligado à identidade biológica de uma pessoa, gênero refere-se à construção social deste sujeito, masculino ou feminino; e como construção social e histórica é, portanto, passível de mudanças.

A abordagem de gênero rompe com a idéia de que a saúde sofre influência apenas dos determinantes biológicos e sociais e aponta para dimensão sexual da relação entre trabalho e saúde, demonstrando as relações de poder existentes entre os gêneros (OLIVEIRA, 1999).

No final da década de 60 e início da década de 70 surgem os grandes estudos sobre a mulher, tendo como tema o trabalho feminino. O ano de 1975, Ano Internacional da Mulher, constitui-se o marco nesta área, porém é no movimento feminista que os estudos sobre a mulher ganham força legitimando a condição feminina como objeto de estudo (BRUSCHINI, 1996).

Era através do trabalho que o feminismo acreditava que as mulheres partiriam da esfera privada, da condição de dona-de-casa, para a esfera pública, o mundo produtivo. A trabalhadora seria a principal agente de transformação da condição feminina, segundo Bruschini (1996).

Os primeiros estudos sobre o tema focalizavam apenas o domínio da produção, posteriormente passaram a analisar o papel da mulher na família e o trabalho doméstico. Os estudos sobre a mulher ganharam maior visibilidade quando articularam estes dois espaços, o produtivo e o familiar por acreditar que estes se combinam (BRUSCHINI, 1996).

Segundo Oliveira (1999, p.440) “pensar a mulher trabalhadora é pensá-la na sua integralidade, como sujeito da produção e da reprodução”, portanto, incluída nas esferas pública e privada.

Segundo Brito (2005) os estudos sobre gênero e trabalho apontam o trabalho como centro dos conflitos entre os grupos sociais feminino e masculino, e desfazem com a identificação do trabalho masculino como universal.

As relações de gênero se mostram desiguais em vários aspectos da vida. No mundo do trabalho essa desigualdade é observada na maior valorização dada ao trabalho do homem em relação ao trabalho da mulher, tal fato é explicado pela divisão sexual do trabalho (MORAES; GASSEN, 2004).

Os estudos que abordavam a divisão sexual do trabalho constituíram-se de suma importância para os estudos sobre o trabalho da mulher, pois os mesmos consideram as relações sociais entre os sexos. A categoria gênero passa a ser incorporada nos estudos sobre trabalho, apontando que homens e mulheres ocupam espaços diferentes no mundo do trabalho.

A divisão sexual do trabalho demonstra, portanto, como as relações sociais do trabalho redesenham os lugares dos homens e das mulheres na sociedade (OLIVEIRA, 1999), prescrevendo responsabilidades diferentes e impondo papéis específicos a cada grupo.

Esta divisão sexual do trabalho implica em relações de poder que irão se refletir em consequências para a saúde, principalmente das mulheres, que mesmo exercendo ocupações no meio produtivo, ainda cabe a estas os afazeres domésticos implicando num acúmulo de tarefas com prejuízo à sua saúde física e mental.

Além do princípio da separação, a divisão sexual do trabalho segue o princípio da hierarquização dando maior valorização ao trabalho masculino. Segundo Brito (2005) a desvalorização do trabalho feminino ocorre em função da proximidade, muitas vezes, do trabalho profissional das mulheres com o trabalho doméstico, e este na grande maioria é considerado uma atividade natural da mulher.

Moraes e Gassen (2004) apontam que mesmo homens e mulheres exercendo as mesmas atividades, sejam na esfera pública como privada, as atividades domésticas e familiares estão sempre associadas às mulheres.

A desvalorização do trabalho da mulher pode ser observada pelas menores oportunidades de emprego que elas têm, sendo estas geralmente de

menor prestígio, com baixa renda e menos oportunidade de desenvolvimento profissional (MORAES; GASSEN, 2004).

Decorrente dessa desigualdade nas relações de gênero, Moraes e Gassen (2004) descrevem um quadro marcado por grande disparidade social e econômica, onde apesar de serem as responsáveis por 2/3 do trabalho realizado no mundo, as mulheres recebem 1/3 dos salários dos homens e são detentoras de 1/10 da renda mundial. As mulheres representam ainda 2/3 dos analfabetos do mundo, e dos quase 1,3 bilhões de miseráveis do planeta, 70% são mulheres (MORAES; GASSEN, 2004).

Outro dado citado pelas autoras, é que a taxa de desemprego entre as mulheres vem aumentando. A diferença que era de 2% em 1990 passou para 23% em 2000 (MORAES; GASSEN, 2004).

O final do século XX é marcado por importantes transformações demográficas, culturais e sociais que causaram impacto sobre o trabalho feminino (BRUSCHINI; PUPPIN, 2004). Com a entrada progressiva das mulheres no mercado de trabalho começam a surgir os estudos sobre os efeitos do trabalho sobre a saúde destas mulheres.

Além de mudanças demográficas como a queda na taxa de fecundidade com conseqüente redução no tamanho das famílias; o envelhecimento da população, com maior expectativa de vida das mulheres e o aumento no número de famílias chefiadas por mulheres, Bruschini e Puppini (2004) apontam as mudanças nos padrões culturais e nos valores do papel social das mulheres. Estas transformações interferem diretamente na inserção das mulheres no mercado de trabalho.

As características da família, como chefe da família e o número e idade dos filhos, têm papel importante na determinação da participação das mulheres no mercado de trabalho (BRUSCHINI, 1996).

O padrão de morbimortalidade vem se alterando em decorrência das mudanças no papel social da mulher, a exemplo da sua inserção no mercado de trabalho e aquisição de hábitos e comportamentos mais freqüentes entre os homens, como o fumo e o consumo de álcool.

3.2 ESTRESSE OCUPACIONAL E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

As mudanças ocorridas na sociedade exigem do ser humano uma grande capacidade de adaptação física, mental e social. Constantemente as pessoas estão expostas às situações de conflito, ansiedade, angústia e desestabilização emocional (BALLONE, 2005), o que torna o estresse excessivo um dos elementos que constituem a base patogênica de muitas doenças relacionadas ao estilo de vida moderna (LIPP, 2003).

Hans Selye, por volta de 1936, estudando um grupo de pacientes, verificou que estes apresentavam um conjunto de reações não específicas frente às situações de angústia e tristeza, denominando de Síndrome Geral de Adaptação (SGA) ao conjunto de modificações orgânicas resultantes do contato do organismo com um determinado estímulo desencadeador de tensão (LIPP, 2003; ALVES, 2004; SARDÁ JUNIOR; LEGAL; JABLONSKI JUNIOR, 2004; BALLONE, 2005).

Estresse pode ser definido como um estado de desequilíbrio interno do organismo, provocado quando a necessidade de resposta ultrapassa a capacidade adaptativa da pessoa (LIPP, 2001). Para Ballone (2005) estar estressado, mais do que estar em contato com algum estímulo, significa um conjunto de alterações no organismo em resposta a um determinado estímulo capaz de colocá-lo sob tensão.

Estas respostas visam restabelecer o equilíbrio do organismo frente às situações de tensão, sendo importantes para manutenção da vida. Porém, a continuidade da resposta não pode ser longa, o que provocaria uma perda energética do organismo e um desequilíbrio de diversos sistemas corporais, manifestando-se em doenças físicas e psíquicas (SARDÁ JUNIOR; LEGAL; JABLONSKI JUNIOR, 2004).

Segundo Lipp (2002), o estresse pode ser originado de fontes externas (relacionados com as exigências do dia-a-dia) e internas (relacionadas com a maneira de ser do indivíduo, tipo de personalidade e seu modo típico de reagir à vida).

A teoria do estresse, segundo Araújo e colaboradores (2003a) fundamenta-se na avaliação de como o organismo responde às demandas do ambiente externo. Segundo as autoras o estresse é produzido em situações em que as demandas excedem as capacidades individuais de responder a esses estímulos,

e quando os mecanismos de resposta disponíveis não são efetivos o estresse se prolonga, podendo implicar em efeitos negativos para a saúde, como a hipertensão arterial, depressão e ansiedade.

O estresse pode apresentar múltiplas sintomatologias, envolvendo fatores emocionais, mentais, físicos e químicos. Desta forma, o estresse excessivo produz mudanças psicológicas graves com grandes implicações na saúde física e mental dos indivíduos, levando o sistema cardiovascular a adaptar-se à situação de estresse, a exemplo da elevação da frequência cardíaca, do débito cardíaco, da contratilidade e a elevação dos níveis pressóricos (LIMA, 2004).

3.2.1 Reação fisiológica do estresse

Para compreender melhor este processo e como o estresse sofre a influência de fatores psicológicos e psicossociais do ambiente e a sua relação com a hipertensão arterial, torna-se relevante uma breve explanação sobre a fisiologia do estresse.

O estresse, segundo Lipp (2003) deve ser entendido como um processo e não uma reação única, decorrente de um longo processo bioquímico, caracterizado por alterações hormonais que visam manter a homeostase do organismo. Este conjunto de reações tem a função de adaptar o organismo a uma condição ambiental que exija dele uma resposta imediata.

A capacidade adaptativa do nosso organismo em situações de estresse sofre a influência de diversos órgãos que ajudam a manter estáveis as funções do organismo. Segundo Almeida (2003), as respostas fisiológicas são desencadeadas por circuitos neurais, como o eixo neuroendócrino hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) e o sistema límbico.

Em sua maioria, estas funções são reguladas no sistema nervoso central, pelo hipotálamo através do sistema nervoso autônomo e do sistema endócrino, como demonstra a figura 1.

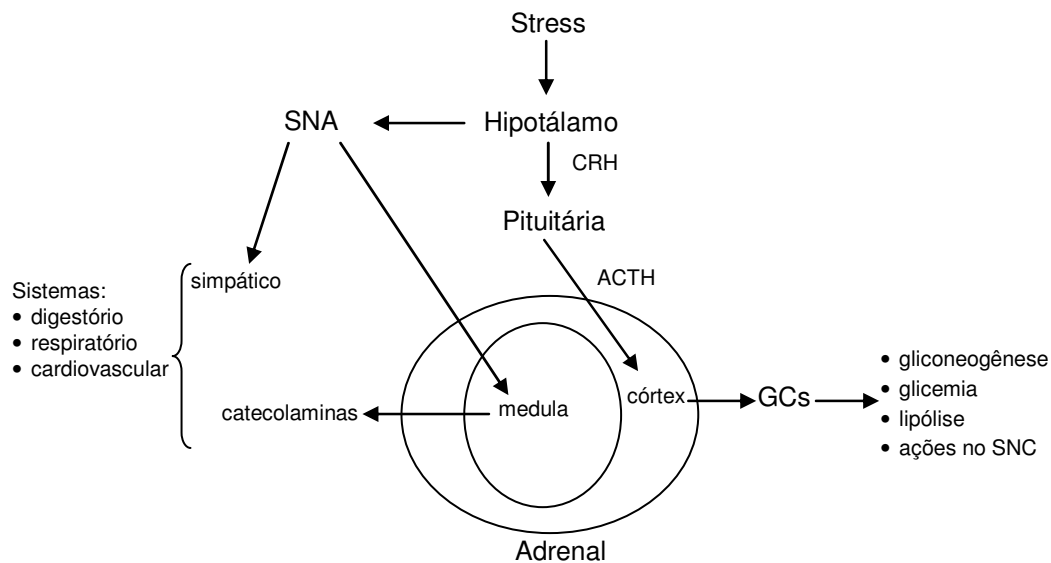


FIGURA 1 Regulação hipotalâmica da resposta ao stress

Fonte: Almeida (2003)

Em situações de estresse, o hipotálamo estimula o sistema nervoso simpático, provocando alterações fisiológicas de resposta como: aumento da frequência cardíaca e da força de contração ventricular, da pressão arterial, aumentando o fluxo sanguíneo para músculos ativos. Esta ligação entre o hipotálamo e o sistema nervoso simpático, aponta para uma inter-relação entre estresse e alterações na pressão arterial, uma vez que o sistema cardiovascular tem ampla participação na adaptação ao estresse.

No sistema endócrino, o hipotálamo exerce influência sobre a hipófise, estimulando principalmente a glândula supra-renal responsável pela liberação de hormônios em situações de estresse, secretando catecolaminas (adrenalina e pequena quantidade de noradrenalina) (PAULA *et al*, 2000).

Através da liberação do hormônio liberador de corticotrofina (CRH), a glândula pituitária excreta o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), responsável pela secreção de corticosteróides, principalmente os glicocorticóides (cortisol, corticosterona e cortisona), importantes nos estados de estresse (ALMEIDA, 2003).

O processo de estresse é desenvolvido por etapas, podendo ou não ser temporário. Inicialmente, as alterações hormonais decorrentes de uma situação de estresse têm o objetivo de fortalecer o organismo para responder aos estímulos externos. Posteriormente, segundo Lipp (2003) o organismo tende a se adaptar e resistir às tensões, se as demandas persistem, ocorre uma quebra na homeostase do organismo e o estresse se manifesta em forma de adoecimento.

Selye, em 1956, demonstrou que à medida que o indivíduo não conseguisse eliminar ou controlar a situação estressante, a reação ao estresse apresentaria três diferentes níveis: 1) **reação de alerta**, onde o corpo encontra-se em estado de prontidão; 2) **fase de adaptação**, diante de exposição mais prolongada ao estresse o corpo procura adaptar as suas reações para suportar o estresse; e a 3) **fase de exaustão**, quando há uma falha nos mecanismos de adaptação e o organismo passa a responder de forma adversa (LIPP, 2003; SARDÁ JUNIOR; LEGAL; JABLONSKI JUNIOR, 2004; BALLONE, 2005).

Lipp (2003) aponta, ainda, uma quarta fase, situada entre a fase de adaptação e a fase de exaustão, a qual a autora denomina de fase de **quase-exaustão**, caracterizada por um enfraquecimento da pessoa e quando a mesma não consegue mais se adaptar ou resistir ao agente estressor. Apesar de apresentar desgaste, a autora afirma que os mesmos são menores que os desgastes que surgem na fase de exaustão.

Na primeira fase de reação de alerta, que corresponde ao estresse agudo, há liberação de adrenalina, pela supra-renal, e noradrenalina, pelo sistema nervoso simpático, preparando o organismo para a “luta ou fuga”. Esta fase é marcada por um aumento de atividade do sistema nervoso simpático e desaceleração do Sistema Nervoso Parassimpático (SNP).

A camada cortical da supra-renal secreta os corticosteróides, em especial os glicocorticóides (cortisol), presentes na fase de resistência, que corresponde ao estresse crônico. Nesta fase o organismo tenta se adaptar à situação e restabelecer o equilíbrio interno perdido na fase de alerta (CORRÊA; MENEZES, 2002). Caracterizada pela necessidade aumentada de energia, na fase de resistência surgem sinais de desgaste do organismo.

A terceira fase do estresse, de exaustão, é caracterizada por diminuição do que Selye denomina de energia adaptativa e uma conseqüente diminuição da resistência do organismo, propiciando a manifestação de diversas patologias em decorrência do estresse excessivo. Uma exacerbação no cortisol circulante, em situações de estresse crônico, é responsável por estas manifestações.

O aumento na liberação dos hormônios da supra-renal, cortisol e adrenalina são de fundamental importância na resposta fisiológica ao estresse (CORRÊA; MENEZES, 2002). Considerando o modelo demanda-controle duas situações podem ser observadas: alta demanda e alto controle (trabalho ativo),

quando ocorre aumento da adrenalina e diminuição do cortisol, representando sensação de esforço sem estresse; e alta demanda e baixo controle (alta exigência) caracterizada pelo aumento de adrenalina e noradrenalina e de cortisol, provocando sensação de esforço com estresse.

3.2.2 Estresse ocupacional

A sociedade vem passando por importantes mudanças econômicas, sociais e tecnológicas nas últimas décadas. As novas formas de se produzir e pensar o trabalho expõe os trabalhadores a novos riscos e exigem destes constantes adaptações e estratégias para enfrentar os novos desafios a que são solicitados (CRUZ; SCHERER; PEIXOTO, 2004).

É considerado estresse ocupacional quando as pessoas, no ambiente de trabalho, enfrentam situações onde seu arsenal de comportamentos é insuficiente para sua adaptação aos estímulos externos, com isto, as demandas excedem às suas habilidades (CORDEIRO *et al*, 1993). A insatisfação no trabalho, sobrecarga de trabalho ou responsabilidade, conflitos de função e desemprego são fatores que podem levar ao estresse ocupacional.

Lipp (2002) considera que o estresse ocupacional se agrava em situações onde há percepção das responsabilidades e poucas possibilidades de autonomia e controle, por parte do indivíduo, gerando dificuldade de adaptação a essas situações, o que exige um grande investimento pessoal.

O estresse ocupacional, segundo Vieira e colaboradores (1999), é um problema de natureza perceptiva resultante de uma incapacidade em lidar com as fontes geradoras de pressão no trabalho, tendo como conseqüência problemas na saúde física e mental. É, portanto, resultante da associação entre o alto grau de responsabilidade com o baixo poder de decisão. Outro fator desencadeante do estresse ocupacional é a insatisfação profissional e a baixa valorização do trabalho.

Segundo Porto (1998), algumas atividades laborativas funcionam como um típico estresse ocupacional, por se acompanharem de insatisfação, alienação, monotonia, frustração, conflitos interpessoais e insegurança. Situações associadas com a forma de organização do trabalho e as relações de trabalho são consideradas

por Asmus e Ferreira (2006) indutoras do estresse. As autoras citam como fatores do ambiente de trabalho geradores de situação de estresse: carga de trabalho; insegurança, insatisfação, frustração, monotonia e alienação no trabalho; conflitos interpessoais; falta de influência; oportunidade de promoção, mudança de emprego; grau de responsabilidade; trabalho em turnos ou noturno.

Cruz; Scherer; Peixoto (2004) salientam que o estresse ocupacional deve ser compreendido como “um processo composto por diversas variáveis, dos fatores ambientais aos psicossociais e pessoais, não atribuindo como fator único nem o ambiente nem o indivíduo” (p.39).

3.2.3 Modelo Demanda-Controle

A avaliação do impacto do estresse na saúde do trabalhador tem sido realizada por vários estudos (ARAÚJO *et al*, 2003a; ALVES, 2004; AREIAS; GUIMARÃES, 2004; CAMELO; ANGERAMI, 2004; FISCHER *et al*, 2005; REIS *et al*, 2005; ARAÚJO *et al*, 2005; SOBRINHO *et al*, 2006), configurando-se como um importante desafio para a saúde coletiva.

O modelo inicialmente proposto por Seyle para avaliar estresse ocupacional na década de 70 considerava o estresse a partir da relação entre demanda versus capacidades do indivíduo, omitindo o controle na análise dos processos de produção de estresse (ARAÚJO, 2000).

No final da década de 70, Karasek propôs um modelo teórico bi-dimensional que relacionava dois aspectos como centrais na estruturação de situações de estresse: o **controle** do trabalhador sobre o próprio trabalho, que abarca aspectos referentes ao uso de habilidades do funcionário e a sua autonomia de decisão; e a **demanda psicológica**, que se refere às exigências psicológicas enfrentadas pelo trabalhador durante a realização das suas tarefas.

Este modelo, conhecido como modelo demanda-controle, é um dos mais influentes na atualidade para medir estressores ocupacionais e busca nas relações sociais do ambiente de trabalho as fontes geradoras de estresse e suas repercussões sobre a saúde (ALVES, 2004).

Há neste modelo o pressuposto de que o estresse ocupacional leva à doença não pela somatória de um conjunto de situações de conflito, mas sim, pela relação existente entre as tensões geradas pelas demandas e exigências do trabalho e a capacidade que o trabalhador tem de diminuir este nível de tensão. Nesta situação assume papel preponderante a capacidade/possibilidade de tomar decisões no trabalho (CORDEIRO et al, 1993).

O controle compreende aspectos referentes ao uso de habilidades (criatividade, aprendizado de coisas novas, realização de tarefas diversas e desenvolvimento de habilidades especiais) e à autoridade decisória (liberdade de decidir como fazer as tarefas, possibilidade de opinar sobre o trabalho e de influenciar a política gerencial). A demanda psicológica refere-se às exigências psicológicas que o trabalhador enfrenta na realização das suas tarefas e engloba concentração intensa, pressão do tempo para realização de tarefas, ritmo e volume de tarefas a serem realizadas (ARAÚJO et al, 2003b).

A partir da combinação destas duas características centrais – demanda e controle – estabelecem quatro situações distintas de experiências no trabalho, representadas por quadrantes, que são: 1º quadrante - **alta exigência de trabalho** (baixo controle e alta demanda); 2º quadrante - **trabalho ativo** (alto controle e alta demanda); 3º quadrante - **baixa exigência do trabalho** (alto controle e baixa demanda); 4º quadrante - **trabalho passivo** (baixa demanda e baixo controle), expressando situações específicas de trabalho. Por sua vez, cada uma destas situações de trabalho produz respostas distintas na saúde do indivíduo (Figura 2).

Além dos quadrantes, este diagrama apresenta duas diagonais. A **diagonal A**, que atravessa do 3º quadrante (baixa exigência) até o 1º quadrante (alta exigência), indica o risco de distúrbios psicológicos e doença física, concentrando no quadrante 1 a maioria das reações adversas das exigências do trabalho. A **diagonal B**, que parte do 4º quadrante (trabalho passivo) até o 2º quadrante (trabalho ativo), representa motivação para desenvolver novos padrões de comportamento, e determina o quadrante 4 como desencadeador de situações de declínio da atividade global do indivíduo (ARAÚJO, 2000).

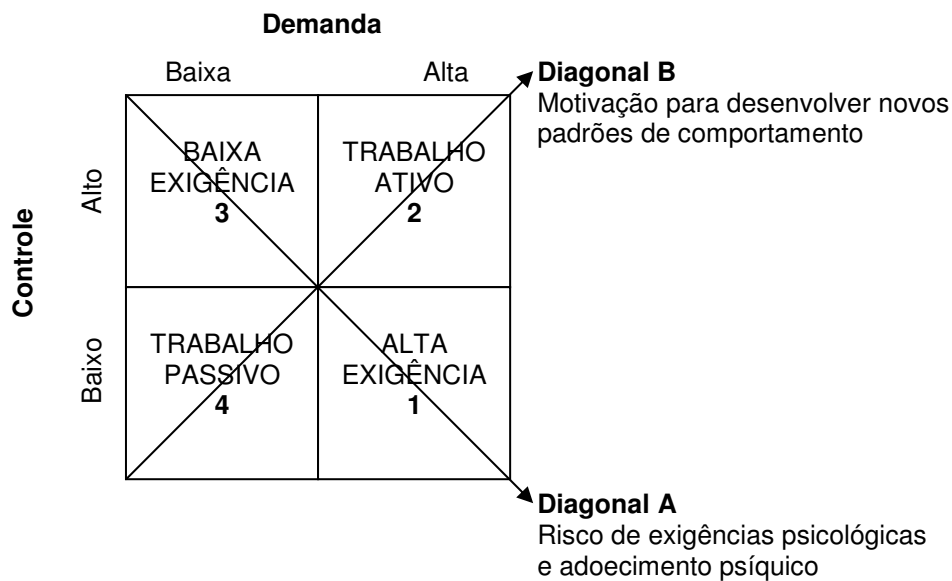


FIGURA 2 Modelo bidimensional de demanda-controle de Karasek

Fonte: Karasek (1979)

Posteriormente, foi incluída neste modelo uma nova dimensão, o suporte social, que corresponde à disponibilidade individual de mecanismos psicossociais para enfrentar a situação de estresse.

O instrumento de avaliação proposto por Karasek para o modelo demanda-controle é o Job Content Questionnaire (JCQ), ou Questionário do Conteúdo do Trabalho. Este instrumento tem como finalidade medir aspectos psicossociais do trabalho e possui 49 questões, sendo que 27 delas estão relacionadas da seguinte forma: 9 questões relativas ao controle sobre o trabalho; 9 questões sobre as demandas psicológicas; 5 questões relacionadas às demandas físicas; e 4 questões abordando a insegurança no trabalho. Além dessas questões foram incorporadas questões sobre suporte social, controle sobre o trabalho ao nível da estrutura organizacional e insegurança no emprego.

O JCQ mais recente contém as escalas: a) Controle sobre o próprio trabalho incluindo: 6 questões sobre uso de habilidades, 3 questões de autoridade decisória, e 8 questões referentes à autoridade decisória no nível macro; b) Demanda Psicológica, com 9 questões; c) Demanda Física com 5 questões e d) Suporte social com 11 questões, sendo 5 questões referentes ao suporte social proveniente da chefia, e 6 questões proveniente dos colegas de trabalho; e) Insegurança no trabalho com 6 questões; f) Uma questão sobre nível de qualificação

exigida para o trabalho que é executado (corresponde ao nível de instrução que é requerido no posto de trabalho ocupado) (ARAUJO et al., 2003).

Trata-se de questionário estruturado com questões avaliadas em escalas do tipo *Likert* que variam de 1 (discordo fortemente) a 4 (concordo fortemente) divididos em blocos conforme as escalas acima descritas.

Segundo Araújo e colaboradores (2003b), um número significativo de pesquisas sobre associação entre demanda-controle e doenças cardiovasculares, em geral, têm apontado associação mais forte com controle do trabalhador sobre o próprio trabalho do que com demanda.

3.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL E TRABALHO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como uma doença sistêmica caracterizada pela elevação constante da pressão sangüínea, afetando a pressão arterial diastólica e, na maioria das vezes, a pressão arterial sistólica. Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, é uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial e assintomática na grande maioria dos casos (GULLO; MURAYAMA; FORTES, 2004).

Andreoli e colaboradores (1998) definem hipertensão arterial, para adultos com mais de 18 anos, quando a média de duas ou mais medidas de pressão arterial, em pelo menos duas ocasiões subseqüentes, é de 90 mmHg ou mais para a pressão diastólica e/ou de 140 mmHg ou mais para a pressão sistólica. Tais valores são também considerados pelas IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002) e V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) como estágio 1 (leve) de Hipertensão Arterial.

A tabela 1 demonstra a classificação da pressão arterial em mmHg segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), considerando que quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	120 – 129	80 – 84
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão		
Estágio 1 (leve)	140–159	90–99
Estágio 2 (moderada)	160–179	100–109
Estágio 3 (grave)	≥ 180	≥ 110
Sistólica isolada	≥ 140	< 90

QUADRO 1 Classificação da pressão arterial em mmHg para adultos com idade > 18 anos

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006)

A hipertensão Arterial pode ser caracterizada como primária ou essencial quando não existe uma patologia definida responsável pelo quadro hipertensivo, o que corresponde a 90% - 95% dos casos de hipertensão arterial, ou secundária, quando apresenta causa identificável, passível ou não de correção, com prevalência em torno de 3% a 10% (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

3.3.1 Reatividade cardiovascular e os efeitos do estresse

A pressão arterial é definida como a força motriz da circulação. Modificações de fluxo ocorridas em diferentes momentos do dia não causam grandes alterações dos níveis pressóricos, pois mecanismos complexos de ajuste mantêm uma estreita variação da pressão arterial (IRIGOYEN *et al*, 2003). A essas variações no nível de pressão arterial que ocorrem no decorrer do dia denomina-se reatividade cardiovascular.

A reatividade cardiovascular pode ser definida, portanto, como as mudanças na pressão arterial ou em outro parâmetro hemodinâmico em resposta a um estímulo específico (LIPP, 2003). Segundo a autora, a repetição de episódios discretos de hipertensão leva a adaptações estruturais que podem conduzir ao quadro de hipertensão arterial essencial.

Segundo Gullo; Murayama e Fortes (2004) a manutenção da pressão arterial dentro de limites considerados normais tem como finalidade manter o fluxo sanguíneo constante para as diversas partes do corpo, e a hipertensão se manifesta quando as artérias tornam-se resistentes à passagem do fluxo sanguíneo. Para os autores, “a hipertensão é resultado de um esforço extra do coração para distribuir o sangue pelos vasos que desenvolveram aumento de resistência à passagem do líquido” (p.15).

Segundo Irigoyen e colaboradores (2003), a pressão arterial depende de fatores físicos como volume sanguíneo e capacitância da circulação, e a sua manutenção é produzida por mecanismos de ajuste da frequência e da contratilidade cardíacas, do estado contrátil dos vasos de resistência e de capacitância e da distribuição de fluído dentro e fora dos vasos.

São diversos os mecanismos do nosso organismo que regem a pressão arterial, o sistema nervoso simpático (autônomo) é um deles e tem papel primordial na gênese e manutenção da pressão arterial, sendo o encarregado, segundo Candarillas e colaboradores (2005), pela acomodação do corpo em virtude das mudanças decorrentes de circunstâncias ambientais e sociais.

É através do sistema nervoso simpático, sob influência do sistema nervoso central e do sistema barorreceptor, que ocorre a manutenção do tônus vascular periférico e da pressão arterial.

Torna-se evidente, portanto, que o sistema cardiovascular possui ampla participação na adaptação do estresse, sofrendo por isso as conseqüências da sua exacerbação (LOURES *et al*, 2002).

3.3.2 Determinantes sociais relacionados à ocorrência de hipertensão arterial sistêmica

Cerca de 95% da população de hipertensos apresenta a chamada HAS primária, essencial ou idiopática, cuja etiologia não está totalmente definida. Fatores genéticos e ambientais como estilo de vida e estresse ocupacional parecem estar envolvidos na sua gênese (BRASIL, 2001). A literatura aponta como fatores de risco para hipertensão arterial idade, sexo, etnia, fatores socioeconômicos, ingestão de

sal, obesidade, álcool e sedentarismo (LIMA, 2004; ALVES, 2004; GULLO; MURAYAMA; FORTES, 2004; XIMENES, 2005; FUCHS, 2006). A associação desses fatores entre si ou a outras condições favorecem o aparecimento da hipertensão arterial.

O aumento da pressão arterial ocorre na maioria dos casos em pessoas acima de 35 anos, apresentando uma relação direta entre a prevalência de hipertensão arterial e o aumento da idade, tanto em homens como em mulheres. Há, porém, uma forte relação entre a idade, características sócio-econômicas diferenciais de gênero..

Segundo Fuchs (2006) a relação entre idade e sexo gera diferenças nas taxas de prevalência, que quando vista de forma global parecem semelhantes. Segundo a autora a prevalência global de hipertensão entre homens é de 26,6% (IC_{95%} 26,0-27,2%), e entre as mulheres é de 26,1% (IC_{95%} 25,5-26,6%). sugerindo que o sexo não é um fator de risco para hipertensão.

Porém ao analisar essas taxas separadamente entre homens e mulheres, nas diversas faixas etárias, observam-se níveis mais elevados para homens até os 50 anos, enquanto entre as mulheres os maiores valores são encontrados acima dos 60 anos de idade (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Outro fator relacionado a maior ocorrência de hipertensão arterial está relacionado à raça/cor da pele. Segundo Alves (2004) os níveis de pressão arterial são mais elevados entre os negros, com maior incidência na faixa etária de 35 a 44 anos (PESSUTO; CARVALHO, 1998). Contudo as diferenças de morbimortalidade observadas em relação à cor da pele perpassam as explicações de caráter biológico e apontam para a influência de fatores socioeconômicos, como baixa escolaridade e menor renda, mais comum entre os negros (pretos e pardos), que historicamente sofrem com a exclusão social.

Os fatores socioeconômicos são apontados pela V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006) como importante fator de risco para a Hipertensão Arterial. Neste grupo, nível socioeconômico, hábitos dietéticos, acesso aos cuidados de saúde, nível educacional e estresse psicossocial são colocados como fatores associados à maior prevalência de hipertensão arterial.

Para Abramo (2004, p. 18) “a raça e o sexo das pessoas determinam a sua maior ou menor vulnerabilidade diante da pobreza e uma maior ou menor

dificuldade de superação dessa situação”. Em seu texto a autora aponta fatores determinantes para iniquidade de gênero e raça que impõe mulheres e negros a situações socioeconômicas desfavoráveis, como a maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, a desvalorização econômica e social do trabalho, o acesso desigual aos recursos produtivos, e a desigualdade de oportunidades para participar dos processos de tomada de decisões.

3.3.3 Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica

De acordo com a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002), a hipertensão arterial é a patologia mais freqüente entre os brasileiros, estimando-se taxa de prevalência em adultos com idade maior ou igual a 18 anos de 15% a 20%. É um dos principais fatores de risco de acidente vascular cerebral e doença arterial coronariana, sendo responsável por dois terços das mortes por doença cerebrovascular e 25% dos casos de morte por doença coronária (DÓREA; LOTUFO, 2006).

Em estudos de base populacional, a taxa de prevalência de hipertensão em populações urbanas atinge valores de 22,3% a 43,9%, utilizando o critério diagnóstico de hipertensão arterial $\geq 140/90$ mmHg (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2002). No “Projeto Bambuí” (LIMA-COSTA; PEIXOTO; FIRMO, 2004), realizado em Minas Gerais, a prevalência de hipertensão arterial na população com ≥ 18 anos foi de 23,3%.

Apesar da prevalência e hipertensão arterial ser constante nas mais diferentes populações humanas, Krieger e Pereira (2006) afirmam que a freqüência de hipertensão depende de fatores como idade, etnia, padrões geográficos, sexo ou status socioeconômico.

Segundo Lessa (1993), a hipertensão arterial apresenta-se como a principal causa de aposentadoria por doença e licenças médicas e o quarto lugar em dias de afastamento ao trabalho. Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 1993), destacam a hipertensão arterial como responsável pelo alto índice de aposentadorias precoces, acarretando alto custo social. Entre as causas de

aposentadoria por invalidez, a hipertensão arterial ocupa o primeiro lugar, com 20,4% das aposentadorias (BRASIL, 2001).

A V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) aponta as doenças cardiovasculares como responsável por 27,4% dos óbitos em 2003 no Brasil, chegando a atingir 37%, quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e violência, sendo as mulheres as maiores vítimas. Neste grupo de doenças, a hipertensão arterial é assinalada como um dos mais importantes fatores de risco, responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% dos óbitos por doença arterial coronariana (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

Apesar de demonstrar uma redução nas taxas de mortalidade cardiovascular, a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) afirma que a mortalidade para doença cerebrovascular, como para doenças do coração, ainda é considerada elevada no Brasil em comparação a outros países. Esta diretriz refere ainda que a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, e segundo Dórea e Lotufo (2006, p. 3) “a relação entre morte por doença cerebrovascular e pressão arterial é contínua, positiva e significativa acima de 115 por 75 mmHg para todas as faixas etárias”.

Segundo Gullo; Murayama e Fortes (2004) a queda na taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares é mais expressiva nas regiões sudeste e sul, aumentando nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, refletindo a influência de fatores financeiros. Dórea e Lotufo (2006) apontam que existe uma associação inversa entre a razão de óbitos por doença cerebrovascular/demais doenças cardiovasculares e a renda *per capita*, sendo ainda mais significativa entre as mulheres.

Tradicionalmente, observa-se valorização dos fatores pessoais, como sedentarismo, tabagismo e dieta, na determinação da hipertensão arterial, contudo, nos últimos anos, características presentes na atividade ocupacional têm sido destacadas como potenciais fatores de risco para a hipertensão arterial merecendo maior atenção nas relações entre trabalho, saúde e doença.

No mundo do trabalho, as maiores prevalências de HAS são encontradas entre os trabalhadores não especializados, que ganham menores salários, empregados nos setores secundário e terciário da economia (MENDES, 1988).

Materiais e Métodos

4 MATERIAIS E MÉTODOS

“O método é um instrumento do conhecimento que proporciona aos pesquisadores, em qualquer área de sua formação, orientação geral que facilita planejar uma pesquisa, formular hipóteses, coordenar investigações, realizar experiências e interpretar os resultados. (...) é a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação do estudo” (FACHIN, 2001, p. 27).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para execução deste trabalho foi realizado um estudo epidemiológico descritivo, de corte transversal, também denominado de seccional ou prevalência. Segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003, p.161) “são investigações que produzem instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo”. São estudos epidemiológicos no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico e os dados coletados referem-se a um determinado momento. Utilizados para determinar freqüências da doença e de fatores de risco, os grupos populacionais que são mais ou menos afetados e testar hipóteses de associação sem definir o caráter etiológico (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Os estudos seccionais caracterizam-se pela facilidade de execução, baixo custo e rapidez, uma vez que os dados sobre exposições, doenças e características das pessoas e do ambiente referem-se a um único momento e podem ser coletados em curto intervalo de tempo. São estudos úteis para identificar as necessidades de saúde de uma população.

Na execução deste tipo de estudo devem ser consideradas algumas desvantagens, como: não estabelecimento de antecedência temporal e sim simultaneidade de informações; possibilidades de erro de classificação como viés de prevalência; os dados de exposição atual podem não representar a exposição passada; a probabilidade de participação de doentes expostos em um estudo seccional é dependente do tempo de duração da exposição (PEREIRA, 2006).

A análise de dados nos estudos de corte transversal busca comparar as prevalências de agravos à saúde entre os grupos populacionais de expostos e não-expostos. Em virtude da temporalidade deste tipo de estudo, segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003), as análises restringem-se a relações de associação, e não de causalidade, e os fatores de exposição suspeitos são reconhecidos como fatores de risco em potencial.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

Esta pesquisa teve como campo de estudo todas as unidades da Universidade Estadual de Feira de Santana, que se encontram dentro do município de Feira de Santana, compreendendo:

- Campus Universitário (Unidades administrativas, unidades de ensino, creche, escola básica, biblioteca, Museu Casa do Sertão, residência universitária);
- Centro de Cultura Amélio Amorim – CCAM;
- Centro Universitário de Cultura e Arte – CUCA;
- Centro Social Urbano – CSU (escola básica e clínica odontológica);
- Horto Florestal;
- Observatório Antares;
- Clínicas Odontológicas – CION (CION-Mangabeira, CION-Maria Quitéria, CION-16 de julho, CION-CSU).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi constituída de todas as funcionárias técnico-administrativas e de prestação de serviço da UEFS, em efetivo exercício profissional durante o período da coleta de dados (julho – novembro de 2007), independente da idade.

Foram consideradas inelegíveis para a pesquisa as funcionárias que se encontravam afastadas de suas atividades profissionais por: licença médica prolongada, licença prêmio, licença maternidade, licença para realização de cursos de pós-graduação, aposentadas, a disposição de outros órgãos, transferidas ou que estavam trabalhando em unidades da Universidade fora do município de Feira de Santana.

O total de funcionárias técnico-administrativas e de prestação de serviço da UEFS foi de 545 mulheres, das quais 53 (9,72%) foram consideradas inelegíveis para a pesquisa conforme os critérios pré-estabelecidos. A população total elegível para estudo foi, portanto, de 492 mulheres (90,28%).

Dentre as 492 funcionárias consideradas elegíveis para estudo, 90 mulheres não participaram da pesquisa (18,29%), sendo que destas 26 (5,28%) não concordaram em participar da pesquisa, e 64 (13,01%) não foram encontradas ou houve dificuldades no agendamento da entrevista. Foram realizadas entre 3 e 4 visitas aos setores de trabalho com pendência de entrevista. Após esses contatos e não sendo possível fazer a entrevista, considerou-se como perda para o estudo. A população estudada foi constituída, portanto, de 402 funcionárias o que correspondeu a uma taxa de resposta de 81,71% do total elegível para estudo (Figura 3).

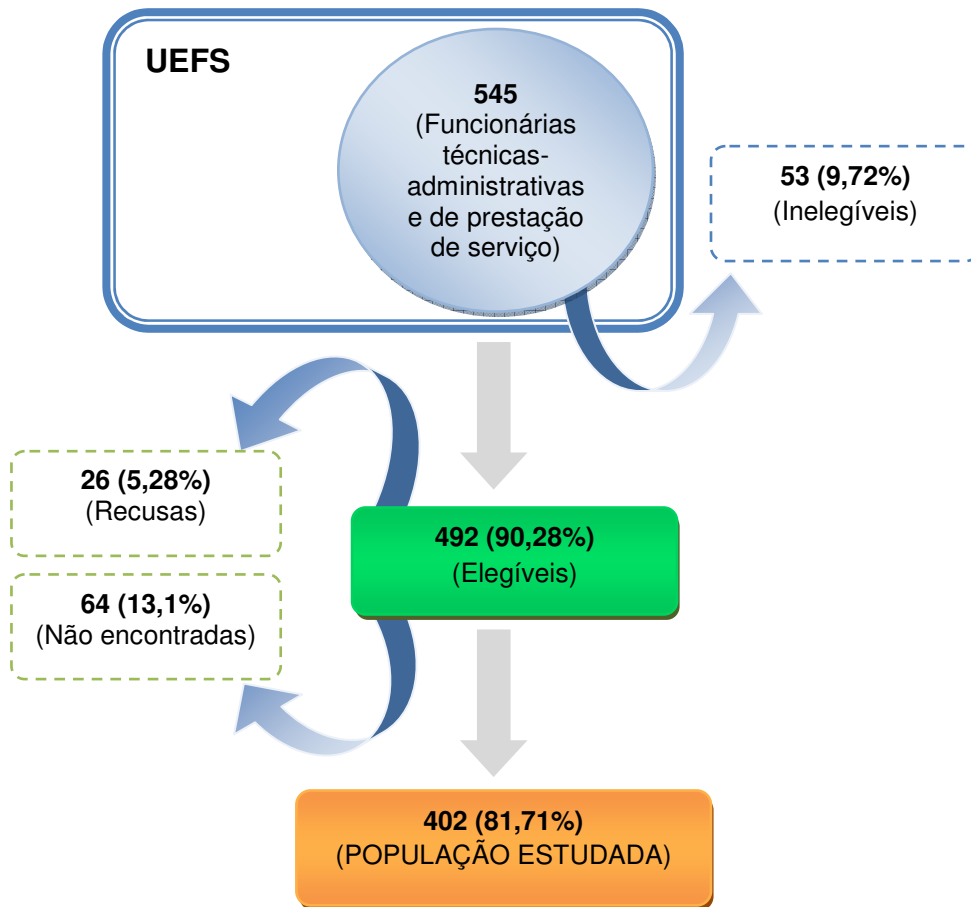


FIGURA 3 Determinação da população de estudo

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de pesquisa foi constituído por um formulário com questões referentes aos aspectos sociodemográficos, hábitos e estilo de vida, história ocupacional (trabalho atual e trabalho/setor anterior), e avaliação da pressão arterial (APÊNDICE B).

Para avaliação da pressão arterial foram utilizados os critérios estabelecidos pela V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006). Segundo esta Diretriz, para avaliação da pressão arterial devem ser realizadas três aferições da Pressão Arterial Sistólica (PAS) e da Pressão Arterial Diastólica (PAD), com intervalo de um minuto entre as mesmas. A pressão arterial final foi determinada pela média aritmética entre as duas últimas aferições, desprezando-se a 1ª aferição.

Este estudo seguiu as recomendações da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006), porém o intervalo entre cada aferição foi de aproximadamente 10 minutos, em virtude da medida da pressão arterial ocorrer concomitante com a aplicação do formulário. A primeira aferição foi realizada antes de iniciar a entrevista, a segunda aferição anterior às questões do JCQ, e a terceira aferição ao término da entrevista.

Os resultados obtidos foram classificados segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006), considerando como hipertensas as funcionárias que apresentaram níveis de PAS \geq 140mmHg e/ou PAD \geq 90mmHg, como também aquelas que faziam controle pressórico através de medicamento.

A avaliação do estresse ocupacional foi realizada através da utilização do Modelo Demanda-Controle de Karasek, e teve como instrumento de mensuração o Job Content Questionnaire (JCQ) (ARAÚJO et al, 2003b).

Para avaliação do estresse ocupacional no trabalho atual foi utilizada a nova versão contendo 38 questões do JCQ conforme ilustrado no ANEXO 1. Este questionário apresenta 9 questões relacionados ao controle sobre o próprio trabalho, 9 questões de demandas psicológicas, 4 questões de demanda física, 11 questões relacionadas ao suporte social (da supervisão e dos colegas), 4 questões sobre insegurança no trabalho, e 1 questão relacionado ao nível de qualificação para atividade desenvolvida.

Para avaliar exposição anterior ao estresse ocupacional, foram selecionadas e aplicadas 14 questões do JCQ, sendo 9 relacionadas ao controle sobre o próprio trabalho e 5 sobre demandas psicológicas (ANEXO 2). Foi considerado o trabalho/atividade anterior ao trabalho na UEFS ou setor anterior de trabalho nesta mesma instituição, estabelecido como àquele em que o trabalhador tenha passado maior tempo de trabalho no período de 1997-2007 (caso este não tenha sido o trabalho atual).

Para constituição do Modelo Demanda-Controle e avaliação do estresse ocupacional foram selecionadas 14 questões do JCQ referentes ao controle sobre o próprio trabalho e as demandas psicológicas, que estão distribuídas em: 9 concernentes ao **controle sobre o próprio trabalho** que compreende uso de habilidades e autoridade decisória; e 5 relacionadas às **demandas psicológicas no trabalho**. Em seguida estas questões foram codificadas e avaliadas segundo pesos estabelecidos pelo Job Content Questionnaire User's Guide (Karasek, 1985), e as

participantes compuseram os grupos laborais segundo modelo demanda-controle (trabalho em alta exigência, trabalho ativo, trabalho em baixa exigência e trabalho passivo).

O instrumento de pesquisa foi testado anteriormente em um estudo piloto com uma amostra aleatória de 30 funcionárias para verificar a sua adequação à população estudada. As funcionárias que participaram do estudo piloto foram posteriormente incluídas na pesquisa.

4.5 TRABALHO DE CAMPO

A equipe de pesquisa incluiu uma fisioterapeuta (mestranda e pesquisadora) e seis estudantes de enfermagem da UEFS, sendo que destas uma é bolsista do Núcleo de Epidemiologia e cinco eram voluntárias. Toda a equipe de pesquisa foi treinada para o trabalho de campo segundo os critérios estabelecidos no manual de instruções para coleta de dados, entregue previamente à equipe (APÊNDICE A).

A coleta de dados foi realizada em uma única etapa, onde foi respondido o formulário e realizadas as três aferições da pressão arterial.

4.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Segundo Triviños (1992), a variável é algo que muda, é uma característica observável de algo, podendo a hipótese ser constituída por uma, duas ou mais variável. Em estudos epidemiológicos, quando se procede a investigação de fatos inusitados relacionados à saúde ou à doença, busca-se estabelecer relações entre as variáveis, atribuindo valores às mesmas.

Para efeito de orientação, controle e qualidade dos dados foi elaborado um manual com a caracterização de cada variável do banco (APÊNDICE C).

Variável dependente: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

O valor da pressão arterial foi considerado como a média das duas últimas medidas, para pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD). Foi utilizando o critério diagnóstico estabelecido pela V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) para classificar os grupos. Foram consideradas hipertensas as funcionárias que apresentaram níveis pressóricos de Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, bem como aquelas que fazem controle pressórico através de medicamentos. Para efeito de análise, esta variável foi categorizada em: 0 (normal) e 1 (hipertensa).

Variáveis descritoras:

Por se tratar de um estudo epidemiológico descritivo exploratório, este estudo avaliou a prevalência de hipertensão arterial segundo aspectos sociodemográficos, características do trabalho, hábitos e estilo de vida.

- Aspectos sociodemográficos
 - ✓ Idade: categorizada em < 40 anos e ≥ 40 anos
 - ✓ Cor da pele (auto referida): branca, parda, preta e outras (amarela indígena)
 - ✓ Situação conjugal: solteira, casada/união estável, separada/divorciada, viúva
 - ✓ Escolaridade: analfabeta, fundamental (1^a-4^a e 5^a-8^a), ensino médio (médio/superior incompleto), superior (superior completo e pós-graduação)
 - ✓ Renda familiar: 1-2 SM, 3-4 SM, ≥ 5 SM
 - ✓ Filhos: sim, não

- Características do trabalho:
 - ✓ Ocupação - para criar esta variável foi realizada uma adaptação do CBO (Código Brasileiro de Ocupações), de acordo com as peculiaridades encontradas na UEFS, estabelecendo 3 grupos de análise: Grupo de atividades técnicas (GT), Grupo de atividades administrativas (GA), Grupo de atividades de serviços gerais (GS). No

Apêndice D encontram-se listadas as ocupações encontradas na UEFS segundo os grupos estabelecidos.

- ✓ Tempo de trabalho na UEFS: categorizado em ≤ 2 anos, 2-5 anos, 6-10 anos, > 10 anos
- ✓ Setor de trabalho – os setores de trabalho referidos foram classificados e categorizados em: Administração, DSAU (Departamento de Saúde), DCHF (Departamento de Ciências Humanas e Filosofia), DCIS (Departamento de Ciências Sociais), DEXA/DFIS/DTEC (Departamento de Exatas, Departamento de Física e Departamento de Tecnologia), DBIO (Departamento de Biologia), DEDU/DLET (Departamento de Educação e Departamento de Letras), Biblioteca, Creche/CEB-UEFS (Centro de Educação Básica), Outras Unidades. No Apêndice E encontram-se listados os setores segundo grandes grupos de setores de trabalho.
- ✓ Tempo de trabalho no setor atual: categorizado em ≤ 1 ano, 1-2 anos, 2-5 anos, 6-10 anos, > 10 anos
- ✓ Carga horária de trabalho semanal: categorizada em < 40 horas e ≥ 40 horas
- ✓ Turno de trabalho: matutino ou vespertino, noturno, diurno fixo, diurno e noturno (alternante), outro
- ✓ Vínculo de trabalho com a UEFS: UEFS, ACMVA/FOCUS (prestadoras de serviços), REDA (Regime Especial de Direito Administrativo) /FAPEX/Outro
- ✓ Outros rendimentos: sim, não
- ✓ Trabalhou em outros setores na UEFS: sim, não
- ✓ Outro trabalho antes da UEFS: sim, não
- ✓ Idade que começou a trabalhar: categorizada em < 15 anos, 15-18 anos, 19-25 anos, ≥ 26 anos
- ✓ Aspectos psicossociais do trabalho e estresse ocupacional:

Para avaliação deste último aspecto foi utilizado o *Job Content Questionnaire (JCQ)*, incluindo as escalas de controle sobre o trabalho, demanda psicológica, demanda física, suporte social (do supervisor, dos colegas e global) e insegurança no trabalho. Os cálculos de cada uma destas variáveis bem como as suas respectivas categorizações encontram-se descritas no Apêndice F.

A partir da combinação dos níveis de demanda e controle, foram estabelecidos quatro grupos previstos no modelo demanda-controle: baixa exigência, trabalho passivo, alta exigência, trabalho ativo. Para definição dos quadrantes, baseado nas dimensões demanda e controle, o ponto de corte estabelecido foi a média encontrada. A variável controle obteve média 65, sendo estabelecido com alto controle ≥ 65 , e baixo controle ≤ 64 . A variável demanda apresentou média 28, sendo considerada baixa demanda ≤ 28 , e alta demanda ≥ 29 .

Foram classificadas expostas aquelas que se encontraram nos quadrante de trabalho de alta exigência e de trabalho passivo.

Foram também realizadas análises segundo as dimensões de controle e demanda, separadamente, considerando expostas aquelas que apresentaram baixo controle, e as que apresentaram alta demanda. Para esta análise foram determinados os tercis das variáveis avaliadas (controle e demanda), sendo a variável controle categorizada em: alto ≥ 68 , médio 63-67, baixo ≤ 62 ; e a variável demanda em: alto ≥ 29 , médio 27-28, baixo ≤ 26 .

- Hábitos e estilo de vida
 - ✓ Fumante: sim, não
 - ✓ Grau de risco para o hábito de fumar: baixo (fuma por ≤ 3 anos e ≤ 5 cigarros/dia), médio/alto (fuma por > 3 anos e > 5 cigarros/dia)
 - ✓ Ex-fumante: sim, não
 - ✓ Grau de risco para o hábito passado de fumar: baixo (fumou por < 10 anos e deixou de fumar há ≥ 10 anos e fumava ≤ 5 cigarros/dia), médio/alto (fumou por ≥ 10 anos e deixou de fumar há < 10 anos e fumava > 5 cigarros/dia)
 - ✓ Uso de bebida alcoólica: sim, não
 - ✓ Atividade física: sim, não; e atividade física > 3 meses: sim (aqueles que fazem atividade física a mais de 3 meses), não
 - ✓ Nível de atividade física: leve (freqüência < 3 X/semana e duração < 30 minutos), moderado/intenso (freqüência ≥ 3 X/semana e duração ≥ 30 minutos)

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados em banco de dados utilizando o programa estatístico EpiData versão 3.1. Posteriormente os dados foram exportados para o SPSS (Statistical Package for Social Sciences), na versão 10.0 *for Windows* para análise dos dados. Foram também utilizados para análise o Epi Info versão 3.4.1 e o “R” The R Foundation for Statistical Computing versão 2.5.1

A análise em estudos epidemiológicos é realizada através do processamento de dados como o cálculo, apresentação e interpretação de três tipos de medidas epidemiológicas: medidas de ocorrência, medidas de associação e medidas de significância estatística (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Inicialmente foi realizada a análise da qualidade do banco de dados através da listagem das freqüências simples de todas as variáveis, observado possíveis erros de digitação.

Em seguida foi conduzida análise descritiva e exploratória para caracterização da população estudada segundo as características sociodemográficas, hábitos e estilo de vida e características do trabalho.

Posteriormente foi realizada análise univariada para examinar associações das variáveis investigadas e hipertensão arterial. Foram calculadas as taxas de prevalência, razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança, quando indicados. Foi utilizado o teste qui-quadrado para avaliação de associação entre as variáveis de interesse, adotando-se $p \leq 0,05$ para associação estatisticamente significativa.

Foi realizada análise multivariada com o objetivo de avaliar simultaneamente as variáveis estudadas. Para este estudo o modelo de análise multivariada utilizado foi a análise de regressão logística múltipla (ARLM) de natureza exploratória através da qual é possível analisar a relação entre uma variável dependente (dicotômica) e um conjunto de variáveis independentes (discretas ou contínuas), estimando a contribuição de cada uma das variáveis incluídas na análise, para fins de predição ou explicação do efeito estudado (Hosmer; Lemeshow, 1989; Kleinbaum, 1994).

A ARLM foi conduzida conforme os procedimentos recomendados por Hosmer e Lemeshow (1989), e incluiu as seguintes etapas:

- 1ª) Seleção das variáveis a partir dos objetivos do estudo e revisão de literatura, bem como análise do banco de dados;
- 2ª) Verificação de pressupostos do modelo;
- 3ª) Pré-seleção das variáveis para inclusão na análise através do teste de razão de verossimilhança, adotando um valor de $p \leq 0,25$;
- 4ª) ARLM propriamente dita, utilizando procedimento Backward adotando o critério de significância $p < 0,10$, para obtenção do modelo final;
- 5ª) Análise de resíduos e diagnóstico da regressão logística múltipla.

A ARLM produz como medida de associação a Odds Ratio (OR), pois foi desenvolvida principalmente para análises de estudos de caso-controle. Como a prevalência de hipertensão arterial neste estudo foi estimada em 29,9%, e o uso de estimativas de OR, obtida na regressão logística, não é recomendada em estudos de efeitos com elevada ocorrência, foi realizado o cálculo das estimativas de Razão de Prevalência (RP), utilizando-se um programa específico, o Método Delta, desenvolvido por Oliveira; Santana; Lopes (1997) e disponível no pacote estatístico "R". Foram estimadas as RP e respectivos intervalos de confiança (IC), com base nos parâmetros do modelo final.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi encaminhado para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, seguindo os quatro referenciais básicos da Bioética como a autonomia, maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 1996), e recebeu aprovação deste Comitê sob Parecer nº 071/2007 (Anexo 3), segundo as especificações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

As funcionárias foram informadas dos objetivos da pesquisa e após conhecerem os objetivos do estudo e concordarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice G). A participação foi de caráter voluntário, sendo garantido o sigilo das informações, segundo a resolução

196/96 (BRASIL, 1996). Foi assegurado às participantes que seus nomes não seriam divulgados em publicações, garantido o anonimato das informações.

Resultados

5 RESULTADOS

Entre as 402 funcionárias entrevistadas, foram avaliadas as características sociodemográficas, características do trabalho e aspectos psicossociais do trabalho, hábitos e estilo de vida, bem como aferida a pressão arterial.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS FUNCIONÁRIAS

A idade das 402 funcionárias variou entre 21 e 69 anos, com média de 39,9 anos ($\pm 10,10$), 51% tinham idade igual ou superior a 40 anos. Com relação à cor da pele, 59,5% auto-referiram a cor parda. Quanto à situação conjugal evidenciou-se uma maior proporção das casadas ou em união estável (59,5%). Houve um equilíbrio entre os níveis de escolaridade médio e superior com 42,3% e 41,5%, respectivamente, mas, apesar da baixa frequência, foi identificado que quatro mulheres (1,0%) não sabiam ler ou escrever. Em relação à renda, 30,3% das funcionárias referiram ganho mensal familiar ≥ 7 salários mínimos, enquanto que 26,0% tinham renda familiar mensal entre 1 e 2 salários mínimos. A maioria das trabalhadoras tinha filhos, e 51,2% tinham 1 a 2 filhos (Tabela 1).

**TABELA 1 Distribuição das funcionárias segundo características sociodemográficas.
Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007**

Características Sociodemográficas	n	%
Faixa Etária (N = 402)		
< 40 anos	197	49,0
≥ 40 anos	205	51,0
Cor da pele (N = 402)		
Parda	239	59,5
Branca	90	22,4
Preta	59	14,7
Amarela/Indígena	14	3,4
Situação Conjugal (N = 402)		
Casada/União estável	238	59,2
Solteira	114	28,4
Separada/Divorciada	37	9,2
Viúva	13	3,2
Escolaridade (N = 402)		
Analfabeto	4	1,0
Ensino Fundamental	61	15,2
Ensino Médio	170	42,3
Superior	167	41,5
Renda familiar (SM¹) (N = 400²)		
1 a 2 SM	104	26,0
3 a 4 SM	101	25,2
5 a 6 SM	74	18,5
≥ 7 salários	121	30,3
Filhos (N = 402)		
Não	106	26,4
1-2 filhos	206	51,2
> 2 filhos	90	22,4

¹ SM – Salário Mínimo

² Duas funcionárias não revelaram a renda familiar.

As ocupações foram classificadas em atividades administrativas, técnicas e de serviços gerais, sendo encontrado o maior percentual de funcionárias em atividades administrativas, 55,2%. Em relação ao setor de trabalho na instituição observou-se que o setor de administração absorveu 25,9%, seguido de outras unidades fora do campus representando 16,7%. Quanto ao tempo de trabalho na instituição identificou-se que 36,6% das trabalhadoras tinham mais de 10 anos, enquanto apenas 5,2% tinham menos de 2 anos; 43,8% tinham 5 anos ou mais no setor atual de trabalho e 24,4% disseram estar a menos de 1 ano no atual setor. A maioria das funcionárias (63,4%) informou já ter trabalhado em outros setores da universidade. A carga horária de trabalho semanal com 40 horas ou mais foi referida por 68,4% das trabalhadoras, e 63,2% trabalhavam no turno diurno fixo. O vínculo de trabalho predominante foi com a própria instituição (UEFS), com 60,7%, seguido das prestadoras de serviço (ACMAV/FOCUS) com 29,8%. A maioria delas referiu não possuir outros rendimentos (69,9%). Em relação a trabalhos anteriores, 75,4% afirmaram ter tido outro emprego antes da sua entrada na universidade. A idade que começaram a trabalhar variou entre 5 a 41 anos, com uma média de 18,9 anos ($\pm 5,19$). Percentual significativo das mulheres começou a trabalhar entre 15 e 18 anos (40,4%), porém ressalta-se que 14,5 % começaram a trabalhar antes dos 15 anos de idade (Tabela 2).

**TABELA 2 Distribuição das funcionárias de acordo com as características do trabalho.
Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007**

Características do Trabalho	N	%
Ocupação¹ (N = 402)		
GA (Grupo de atividades administrativas)	222	55,2
GS (Grupo de atividades de serviços gerais)	97	24,2
GT (Grupo de atividades técnicas)	83	20,6
Tempo de trabalho na UEFS (N = 402)		
< 2 anos	21	5,2
2 – 4 anos	92	22,9
5 – 9 anos	142	35,3
≥ 10 anos	147	36,6
Sector de trabalho atual (N = 402)		
Administração	104	25,9
Outras unidades ²	67	16,7
DSAU	53	13,2
DBIO	47	11,7
DEXA/DFIS/DTEC	45	11,2
Creche/CEB-UEFS	29	7,2
Biblioteca	19	4,7
DEDU/DLET	16	4,0
DCIS	13	3,2
DCHF	9	2,2
Tempo de trabalho no setor atual (N = 402)		
< 1 ano	98	24,4
1 – 2 anos	83	20,6
3 – 4 anos	45	11,2
5 – 9 anos	111	27,6
≥ 10 anos	65	16,2
Carga horária de trabalho semanal (N = 402)		
< 40 horas	127	31,6
≥ 40 horas	275	68,4
Turno de Trabalho (N = 402)		
Diurno fixo	254	63,2
Matutino ou Vespertino	110	27,3
Diurno e noturno	24	6,0
Noturno	14	3,5
Vínculo de Trabalho (N = 402)		
UEFS	244	60,7
ACMAV/FOCUS	120	29,8
REDA/FAPEX/OUTRO	38	9,5
Outros rendimentos (N = 402)		
Sim	121	30,1
Não	281	69,9
Trabalhou em outros setores da UEFS (N = 402)		
Sim	255	63,4
Não	147	36,6
Outro trabalho antes da UEFS (N = 402)		
Sim	303	75,4
Não	99	24,6
Início do trabalho (Idade) (N = 401³)		
< 15 anos	58	14,5
15 – 18 anos	162	40,4
19 – 25 anos	145	36,1
≥ 26 anos	36	9,0

¹ O grupo de ocupações foi categorizado segundo adaptação da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações), descrito na metodologia

² As outras unidades é constituída pelo conjunto das unidades fora do campus universitário

³ Uma funcionária não soube informar a idade que começou a trabalhar

Em relação aos hábitos e estilo de vida (Tabela 3), observou-se um reduzido número de mulheres fumantes (5,0%), mas 15,2% declaram já ter fumado anteriormente. Com relação ao grau de risco do hábito de fumar entre as fumantes 90,0% apresentaram grau de risco moderado/alto e entre as ex-fumantes, a maioria (65,6%) apresentou grau de risco baixo. Quanto ao uso de bebida alcoólica, 22,7% das mulheres afirmaram fazer uso de algum tipo de bebida alcoólica há 10 anos ou mais. A prática de algum tipo de atividade física regular foi referida por apenas 29,9% das trabalhadoras e quando esta prática era a mais de 3 meses, esse percentual caiu para 24,6%. A caminhada foi o tipo de atividade física mais relatada entre as que praticavam atividade física (43,3%). Em relação ao nível de atividade física entre aquelas que praticavam atividade física regular a mais de 3 meses, houve um predomínio do nível moderado/intenso (76,5%).

TABELA 3 Distribuição das funcionárias segundo hábitos e estilo de vida. Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Hábitos e Estilo de vida	N	%
Hábito de fumar (N = 402)		
Nunca fumou	321	79,8
Ex-fumante	61	15,2
Fumante	20	5,0
Grau de risco do hábito de fumar¹ (N = 20)		
Baixo	2	10
Moderado/alto	18	90
Grau de risco do hábito passado de fumar² (N =61)		
Baixo	40	65,6
Moderado/alto	21	34,4
Uso de bebida alcoólica (N = 401⁴)		
Não bebe	286	71,3
Bebe há menos de 10 anos	24	6,0
Bebe há 10 anos ou mais	91	22,7
Atividade física (N = 402)		
Sim	120	29,9
Não	282	70,1
Tipo de atividade física (N = 120)		
Caminhada	52	43,3
Academia	42	35,0
Hidroginástica	6	5,0
Outro	20	16,7
Atividade física > 3 meses (N = 399)		
Sim	98	24,6
Não	301	75,4
Nível da atividade física³ (> 3 meses) (N =98)		
Leve	23	23,5
Moderado/intenso	75	76,5

^{1,2,3} As variáveis Grau de risco do hábito de fumar, Grau de risco do hábito passado de fumar e nível de atividade física foram criadas segundo critérios descritos na metodologia

⁴ 01 funcionária não soube informar há quanto tempo faz uso de bebida alcoólica

⁵ 03 funcionárias não souberam informar há quanto tempo faz atividade física

A Tabela 4 apresenta a distribuição das funcionárias segundo características sociodemográficas de acordo com o grupo de atividades desenvolvidas. Ao considerar a faixa etária observou-se que nos grupos de atividades técnicas e de atividades administrativas prevaleceu as funcionárias com idade < 40 anos (57,8% e 52,7% respectivamente), enquanto entre aquelas do grupo de atividades de serviços gerais houve um predomínio de idade \geq 40 anos (67,0%).

Em relação à cor da pele, houve uma maior freqüência de mulheres que auto-referiram a cor parda nos três grupos de atividades desenvolvidas, contudo entre as funcionárias dos grupos de atividades administrativas e de atividades técnicas destacam-se também as que auto referiram a cor branca (28,4% e 25,4% respectivamente) e entre as funcionárias do grupo de atividades de serviços gerais às de cor da pele preta (29,9%).

Entre os três grupos de atividades desenvolvidas houve um predomínio de das casadas/união estável, seguido das solteiras.

Ao analisar o nível de escolaridade, observou-se que entre as trabalhadoras dos grupos de atividades técnicas e atividades administrativas foi mais freqüente o nível superior (63,9% e 51,4% respectivamente), contudo 62,9% das funcionárias que exerciam atividades de serviços gerais tinham apenas o ensino fundamental.

Entre as mulheres que exerciam atividades técnicas e atividades administrativas 43,4% e 38,6%, respectivamente, tinham renda familiar mensal \geq 7 salários mínimos. Em outro extremo, 74,2% das funcionárias do grupo de atividades serviços gerais tinham renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos.

Entre as mulheres inseridas nos três grupos de atividades foram mais freqüente aquelas que tinham 1-2 filhos, contudo observou-se um grande percentual de mulheres que tinham mais de 2 filhos entre aquelas que exerciam atividades de serviços gerais (41,2%).

TABELA 4 Distribuição das funcionárias segundo características sociodemográficas de acordo com o grupo de atividades desenvolvidas. Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Características Sociodemográficas	Ocupação					
	GT ³		GA ⁴		GS ⁵	
	n	%	n	%	n	%
Faixa Etária (N = 402)						
< 40 anos	48	57,8	117	52,7	32	33,0
≥ 40 anos	35	42,2	105	47,3	65	67,0
Cor da pele (N = 402)						
Parda	49	59,0	130	58,6	60	61,9
Branca	21	25,4	63	28,4	6	6,2
Preta	10	12,0	20	9,0	29	29,9
Amarela/Indígena	3	3,6	9	4,0	2	2,0
Situação Conjugal (N = 402)						
Casada/União estável	51	61,5	135	60,8	52	53,6
Solteira	22	26,5	61	27,5	31	32,0
Separada/Divorciada	6	7,2	19	8,5	12	12,4
Viúva	4	4,8	7	3,2	2	2,0
Escolaridade (N = 402)						
Ensino Fundamental	1	1,2	3	1,3	61	62,9
Ensino Médio	29	34,9	105	47,3	36	37,1
Superior	53	63,9	114	51,4	0	0,0
Renda familiar (SM¹) (N = 400²)						
1 a 2 SM	10	12,0	22	10,0	72	74,2
3 a 4 SM	16	19,3	60	27,3	25	25,8
5 a 6 SM	21	25,3	53	24,1	0	0,0
≥ 7 salários	36	43,4	85	38,6	0	0,0
Filhos (N = 402)						
Não	23	27,7	75	33,8	8	8,2
1-2 filhos	46	55,4	111	50,0	49	50,5
> 2 filhos	14	16,9	36	16,2	40	41,2

¹ SM – Salário Mínimo

² Duas funcionárias não revelaram a renda familiar

³ GT – Grupo de atividades técnicas

⁴ GA – Grupo de atividades administrativas

⁵ GS – Grupo de atividades de serviços gerais

Ao analisar as mulheres categorizadas por faixa etária segundo início do trabalho (idade) (Tabela 5) observou-se que entre as mulheres que iniciaram as atividades laborais de 15 a 18 anos e com ≥ 19 anos houve um ligeiro predomínio daquelas com idade inferior a 40 anos. Porém entre aquelas que começaram a trabalhar antes dos 15 anos de idade foi maior o percentual de mulheres com ≥ 40 anos (58,6%).

Em relação à cor da pele, nos três estratos avaliados prevaleceram as funcionárias que auto-referiram cor da pele parda. Contudo entre aquelas que começaram a trabalhar mais cedo (< 15 anos) destacam-se as de cor da pele preta (27,6%).

Parece haver uma relação direta entre a escolaridade e a renda familiar e o início do trabalho. O percentual de mulheres com o ensino fundamental foi o maior entre aquelas que iniciaram o trabalho com menos de 15 anos (48,3%), enquanto que entre aquelas que começaram a trabalhar com 19 anos ou mais foram mais freqüentes as mulheres com ensino superior (51,4%). Em relação à renda familiar, 60,3% das mulheres que começaram a trabalhar antes dos 15 anos tinham renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos, enquanto que entre aquelas que começaram a trabalhar com 19 anos ou mais, 40,3% tinham renda familiar mensal igual ou superior a 7 salários mínimos.

TABELA 5 Distribuição das funcionárias segundo as características sociodemográficas e início do trabalho (idade). Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Características do Sociodemográficas	Início do trabalho (Idade)					
	< 15 anos		15 – 18 anos		≥ 19 anos	
	n	%	n	%	n	%
Faixa Etária (N = 401¹)						
< 40 anos	24	41,4	82	50,6	91	50,3
≥ 40 anos	34	58,6	80	49,4	90	49,7
Cor da pele (N = 401¹)						
Branca	5	8,6	36	22,2	49	27,0
Parda	36	62,1	101	62,3	101	55,8
Preta	16	27,6	19	11,7	24	13,3
Amarela/Indígena	1	1,7	6	3,8	7	3,9
Escolaridade (N = 401¹)						
Ensino Fundamental	28	48,3	18	11,2	19	10,5
Ensino Médio	22	37,9	78	48,1	69	38,1
Superior	8	13,8	66	40,7	93	51,4
Renda familiar (SM²) (N = 399³)						
1 a 2 SM	35	60,3	32	20,0	37	20,4
3 a 4 SM	15	25,9	51	31,9	35	19,3
5 a 6 SM	4	6,9	33	20,6	36	20,0
≥ 7 salários	4	6,9	44	27,5	73	40,3
Filhos (N = 402)						
Não	10	17,2	43	26,5	53	29,3
1-2 filhos	25	43,1	89	55,0	91	50,3
> 2 filhos	23	39,7	30	18,5	37	20,4

¹ Uma funcionária não soube informar a idade que começou a trabalhar.

² SM – Salário Mínimo

³ Uma funcionária não soube informar a idade que começou a trabalhar, e duas funcionárias não informaram a renda.

5.2 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Ao avaliar os aspectos psicossociais do trabalho (Tabela 6) observou-se que 40,0% das funcionárias tinham baixo controle sobre o próprio trabalho. A alta demanda psicológica foi identificada em 39,8% das funcionárias.

O baixo suporte social proveniente do supervisor, dos colegas foi mais freqüente entre as funcionárias 79,1% e 66,4%, respectivamente. Em relação ao suporte social global, 65,3% consideraram baixo. Alta insegurança no trabalho foi referida por 42,8% das funcionárias.

TABELA 6 Distribuição das funcionárias segundo aspectos psicossociais do trabalho. Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Aspectos Psicossociais do Trabalho	n	%
<i>Controle (N=402)</i>		
Alto	158	39,4
Médio	83	20,6
Baixo	161	40,0
<i>Demanda psicológica (N=402)</i>		
Baixa	176	43,8
Média	66	16,4
Alta	160	39,8
<i>Demanda física (N=402)</i>		
Baixa	209	52,0
Alta	193	48,0
<i>Suporte social do supervisor (N=383¹)</i>		
Baixo	303	79,1
Alto	80	20,9
<i>Suporte social dos colegas (N=402)</i>		
Baixo	267	66,4
Alto	135	33,6
<i>Suporte social global (N=383²)</i>		
Baixo	250	65,3
Alto	133	34,7
<i>Insegurança no trabalho (N=402)</i>		
Baixa	230	57,2
Alta	172	42,8

^{1,2} Dezenove funcionárias não responderam as questões de suporte social do supervisor, pois estavam exercendo atividades de coordenação

5.2.1 Controle sobre o próprio trabalho

A Tabela 7 apresenta o grau de controle do trabalhador sobre o próprio trabalho e as características sociodemográficas. O alto controle sobre o próprio trabalho foi mais freqüente na faixa etária < 40 anos (41,1%), enquanto que a faixa etária ≥ 40 anos relatou maior percentual de baixo controle sobre o próprio trabalho (42,0%).

Há uma diminuição do grau de controle sobre o próprio trabalho ao considerar a cor auto-referida pelas funcionárias, entre as de cor branca e as de cor parda observou-se maior freqüência de alto controle (43,3% e 41,0%), enquanto que entre as de cor preta predominou o baixo controle (59,3%).

Em relação à situação conjugal, as solteiras apresentaram baixo controle sobre o próprio trabalho com 50,0%. Contudo o alto controle sobre o próprio trabalho foi referido por 43,2% das separadas/divorciadas, 41,2% das casadas/união estável e 38,4% das viúvas.

No nível de escolaridade mais baixo, ensino fundamental encontrava-se a maioria das funcionárias com baixo controle sobre o próprio trabalho, 70,8%. Entretanto, as funcionárias com nível superior referiram alto controle sobre o próprio trabalho (50,3%), o que parece revelar que o alto controle aumenta com a maior escolaridade.

O baixo controle sobre o próprio trabalho foi observado em 60,6% das funcionárias com renda familiar de 1-2 salários mínimos. Em contraposição, o alto controle sobre o próprio trabalho foi mais freqüente entre as funcionárias com renda familiar superior a 5 salários mínimos (52,3%). O controle sobre o próprio trabalho pareceu aumentar com a maior escolaridade, a renda e entre pessoas brancas.

O fato de não ter filhos não evidenciou diferenças significativas entre o alto e baixo grau de controle sobre o próprio trabalho. Enquanto que entre as funcionárias que tinham 1-2 filhos foi observado maior percentual de alto controle (41,3%) e entre as funcionárias com mais de 2 filhos o baixo controle (48,9%).

TABELA 7 Controle sobre o próprio trabalho e características sociodemográficas, entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Características Sociodemográficas	Controle sobre o trabalho					
	Alto		Médio		Baixo	
	n	%	n	%	n	%
Faixa Etária (N = 402)						
< 40 anos	81	41,1	41	20,8	75	38,1
≥ 40 anos	77	37,5	42	20,5	86	42,0
Cor da pele (N = 402)						
Branca	39	43,3	19	21,1	32	35,6
Parda	98	41,0	53	22,2	88	36,8
Preta	15	25,4	9	15,3	35	59,3
Amarela/Indígena	6	42,9	2	14,2	6	42,9
Situação Conjugal (N = 402)						
Solteira	39	34,2	18	15,8	57	50,0
Casada/União estável	98	41,2	54	22,7	86	36,1
Separada/Divorciada	16	43,2	7	18,9	14	37,8
Viúva	5	38,4	4	30,8	4	30,8
Escolaridade (N = 402)						
Ensino Fundamental	6	9,2	13	20,0	46	70,8
Ensino Médio	68	40,0	33	19,4	69	40,6
Superior	84	50,3	37	22,2	46	27,5
Renda familiar (SM¹) (N = 400²)						
1 a 2 SM	19	18,2	22	21,2	63	60,6
3 a 4 SM	37	36,6	22	21,8	42	41,6
≥ 5 salários	102	52,3	39	20,0	54	27,7
Filhos (N = 402)						
Não	44	41,5	20	18,9	42	39,6
1-2 filhos	85	41,3	46	22,3	75	36,4
> 2 filhos	29	32,2	17	18,9	44	48,9

¹ SM – Salário Mínimo

² Duas funcionárias não revelaram a renda familiar

Ao avaliar o grau de controle sobre o próprio trabalho e as características do trabalho (Tabela 8), observou-se que entre as funcionárias de atividades técnicas e administrativas observou-se maior percentual em alto controle, com 55,4% e 45,0%, respectivamente. Em contrapartida, a grande maioria das funcionárias do grupo de atividades de serviços gerais apresentou baixo controle sobre o próprio trabalho (73,2%).

Em relação ao tempo de trabalho na UEFS, foi identificado baixo controle entre as funcionárias com menos tempo de trabalho, (< 5 anos) (52,2%). A situação se inverteu entre as funcionárias com mais tempo de trabalho, (\geq 5 anos), com maior percentual para alto controle (41,5%). Quando o tempo de trabalho no setor foi avaliado, a situação se manteve: as funcionárias com menos tempo de setor (< 5 anos) apresentaram baixo controle, enquanto que as com \geq 5 anos apresentaram alto controle.

Os setores de trabalho que revelaram funcionárias com maiores percentuais de alto controle sobre o próprio trabalho foram: as outras unidades fora do campus universitário (51,5%), biblioteca (47,4%), e administração (43,75); os setores que apresentaram funcionárias com maiores percentuais de baixo controle foram o DCIS (69,2%) e o DEDU/DLET (56,2%). Entre as funcionárias da creche/CEB-UEFS houve um equilíbrio na freqüência de médio e baixo controle (34,5%).

A carga horária de trabalho semanal menor que 40 horas apresentou maior freqüência de funcionárias com alto controle (41,7%).

Em relação ao vínculo de trabalho, as funcionárias com vínculo com a própria instituição apresentaram alto controle (49,2%), enquanto as funcionárias com vínculo ACMAV/FOCUS revelaram baixo controle (64,2%). Vale destacar que estas funcionárias estão em sua maioria em atividades de serviços gerais.

Quando avaliada a idade do início do trabalho as funcionárias que começaram a trabalhar antes dos 15 anos apresentou maior freqüência de baixo controle (53,5%). Entre aquelas que começaram a trabalhar entre 15 e 18 anos e com 19 anos ou mais houve predomínio do alto controle sobre o próprio trabalho.

TABELA 8 Controle sobre o próprio trabalho e características do trabalho, entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Características do Trabalho	Controle sobre o trabalho					
	Alto		Médio		Baixo	
	n	%	n	%	n	%
Ocupação¹ (N = 402)						
GT (Grupo de atividades técnicas)	46	55,4	20	24,1	17	20,5
GA (Grupo de atividades administrativas)	10	45,0	49	22,1	73	32,9
GS (Grupo de atividades de serviços gerais)	12	12,4	14	14,4	71	73,2
Tempo de trabalho na UEFS (N = 402)						
< 5 anos	38	33,6	16	14,2	59	52,2
≥ 5 anos	12	41,5	67	23,2	102	35,3
Setor de trabalho atual (N = 402)						
Outras unidades ²	35	51,5	10	14,7	23	33,8
Biblioteca	9	47,4	2	10,5	8	42,1
Administração	45	43,7	20	19,4	38	36,9
DSAU	21	39,6	14	26,4	18	34,0
DBIO	17	36,2	11	23,4	19	40,4
DEXA/DFIS/DTEC	16	35,6	7	15,6	22	48,8
Creche/CEB-UEFS	9	31,0	10	34,5	10	34,5
DCIS	3	23,1	1	7,7	9	69,2
DCHF	2	22,2	2	22,2	5	55,6
DEDU/DLET	1	6,3	6	37,5	9	56,2
Tempo de trabalho no setor atual (N = 402)						
< 5 anos	82	36,3	42	18,6	102	45,1
≥ 5 anos	76	43,2	41	23,3	59	33,5
Carga horária de trabalho semanal (N = 402)						
< 40 horas	53	41,7	25	19,7	49	38,6
≥ 40 horas	105	38,2	58	21,1	112	40,7
Turno de Trabalho (N = 402)						
Diurno fixo	102	40,2	52	20,5	100	39,3
Matutino ou Vespertino	42	38,2	22	20,0	46	41,8
Diurno e noturno	9	37,5	5	20,8	10	41,7
Noturno	5	35,7	4	28,6	5	35,7
Vínculo de Trabalho com a UEFS (N = 402)						
UEFS	120	49,2	54	22,1	70	28,7
ACMAV/FOCUS	23	19,2	20	16,6	77	64,2
REDA/FAPEX/OUTRO	15	39,5	9	23,7	14	36,8
Início do trabalho (Idade) (N = 401³)						
< 15 anos	18	31,0	9	15,5	31	53,5
15 – 18 anos	69	42,5	32	19,8	61	37,7
≥ 19 anos	70	38,7	42	23,2	69	38,1

¹ O grupo de ocupações foi categorizado segundo adaptação da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações), descrito na metodologia.

² As outras unidades é constituída pelo conjunto das unidades fora do campus universitário

³ Uma funcionária não soube informar a idade que começou a trabalhar

5.2.2 Demandas psicológicas

Ao avaliar a demanda psicológica no ambiente de trabalho segundo as características sociodemográficas (Tabela 9), observou-se uma maior freqüência de alta demanda psicológica na faixa etária < 40 anos (42,6%), enquanto que a faixa etária ≥ 40 anos apresentou maior percentual para baixa demanda psicológica (48,8%).

Em relação à cor da pele auto-referida, entre as funcionárias de cor parda identificou-se maior freqüência de alta demanda psicológica (42,3%); e a baixa demanda foi mais freqüente entre as de cor branca (44,4%) e cor preta (47,5%).

Entre as funcionárias separada/divorciada, viúva e solteira houve um predomínio da alta demanda psicológica com 48,7%, 46,2% e 43,0% respectivamente. Entre casadas/união estável observou-se maior freqüência de baixa demanda psicológica (48,3%).

A demanda psicológica aumentou com a escolaridade. Entre aquelas com baixa escolaridade, ensino fundamental (52,3%), houve uma maior freqüência de baixa demanda, enquanto que entre aquelas com ensino superior a alta demanda psicológica prevaleceu (41,9%).

Em relação à renda familiar, entre aquelas com 3 a 4 salários mínimos e com 5 ou mais salários mínimos a baixa demanda psicológica foi mais freqüente.

A baixa demanda psicológica esteve mais freqüente entre aquelas que tinham mais de 2 filhos (51,1%).

TABELA 9 Demandas psicológicas e características sociodemográficas, entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Características Sociodemográficas	Demandas psicológicas					
	Baixa		Média		Alta	
	n	%	n	%	n	%
Faixa Etária (N = 402)						
< 40 anos	76	38,6	37	18,8	84	42,6
≥ 40 anos	100	48,8	29	14,1	76	37,1
Cor da pele (N = 402)						
Parda	99	41,4	39	16,3	101	42,3
Branca	40	44,4	15	16,7	35	38,9
Preta	28	47,5	10	16,9	21	35,6
Amarela/Indígena	9	64,3	2	14,3	3	21,4
Situação Conjugal (N = 402)						
Separada/Divorciada	15	40,5	4	10,8	18	48,7
Viúva	4	30,8	3	23,0	6	46,2
Solteira	42	36,8	23	20,2	49	43,0
Casada/União estável	115	48,3	36	15,1	87	36,6
Escolaridade (N = 402)						
Ensino Fundamental	34	52,3	8	12,3	23	35,4
Ensino Médio	75	44,1	28	16,5	67	39,4
Superior	67	40,1	30	18,0	70	41,9
Renda familiar (SM¹) (N = 400²)						
1 a 2 SM	45	43,3	13	12,5	46	44,2
3 a 4 SM	44	43,6	22	21,8	35	34,6
≥ 5 salários	87	44,6	31	15,9	77	39,5
Filhos (N = 402)						
Não	32	30,2	22	20,8	52	49,0
≤ 2filhos	98	47,6	35	17,0	73	35,4
> 2 filhos	46	51,1	9	10,0	35	38,9

¹ SM – Salário Mínimo

² Duas funcionárias não revelaram a renda familiar

A Tabela 10 apresenta a demanda psicológica segundo as características do trabalho. De acordo com a ocupação o grupo de atividades na qual as funcionárias apresentaram mais baixa demanda foram as de serviços gerais (50,5%), e entre as funcionárias do grupo de atividades administrativas houve um ligeiro predomínio da alta demanda (41,0%).

A freqüência de funcionárias que indicaram baixa demanda entre aquelas com menos de 5 anos na instituição foi de 46,9%, e entre aquelas que estavam há 5 anos ou mais no atual setor de trabalho foi de 44,9%.

Entre as funcionárias com carga horária semanal < 40 horas a freqüência de baixa demanda foi de 46,5%.

Em relação ao turno de trabalho, a baixa demanda prevaleceu entre as funcionárias de quase todos os turnos, com exceção do turno noturno que apresentou maior freqüência de alta demanda psicológica (50,0%). A alta demanda psicológica foi mais freqüente também entre as funcionárias com vínculo REDA/FAPEX ou outro (44,7%) e as que começaram a trabalhar entre 15-18 anos (43,8%).

As funcionárias do DCHF, DEDU/DLET apresentaram maior freqüência de baixa demanda psicológica (77,8%, e 62,5% respectivamente); e entre o DCIS (69,2%), Administração (55,3%), e Creche/CEB-UEFS (51,7%), se observou maior freqüência de funcionárias em alta demanda.

TABELA 10 Demandas psicológicas e características do trabalho, entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Características do Trabalho	Demandas psicológicas					
	Baixa		Média		Alta	
	n	%	n	%	n	%
Ocupação¹ (N = 402)						
GT (Grupo de atividades técnicas)	40	48,2	12	14,5	31	37,3
GS (Grupo de atividades de serviços gerais)	49	50,5	10	10,3	38	39,2
GA (Grupo de atividades administrativas)	87	39,2	44	19,8	91	41,0
Tempo de trabalho na UEFS (N = 402)						
< 5 anos	53	46,9	18	15,9	42	37,2
≥ 5 anos	123	42,6	48	16,6	118	40,8
Setor de trabalho atual (N = 402)						
DCHF	7	77,8	1	11,1	1	11,1
DEDU/DLET	10	62,5	1	6,2	5	31,3
Outras unidades ²	38	55,9	12	17,6	18	26,5
DBIO	26	55,3	9	19,2	12	25,5
Biblioteca	10	52,6	2	10,6	7	36,8
DSAU	26	49,1	6	11,3	21	39,6
DEXA/DFIS/DTEC	22	48,9	8	17,8	15	33,3
Creche/CEB-UEFS	10	34,5	4	13,8	15	51,7
Administração	25	24,3	21	20,4	57	55,3
DCIS	2	15,4	2	15,4	9	69,2
Tempo de trabalho no setor atual (N = 402)						
< 5 anos	97	42,9	33	14,6	96	42,5
≥ 5 anos	79	44,9	33	18,7	64	36,4
Carga horária de trabalho semanal (N = 402)						
< 40 horas	59	46,5	23	18,1	45	35,4
≥ 40 horas	117	42,5	43	15,7	115	41,8
Turno de Trabalho (N = 402)						
Matutino ou Vespertino	50	45,5	19	17,2	41	37,3
Diurno fixo	111	43,7	41	16,1	102	40,2
Diurno e noturno	11	45,8	3	12,5	10	41,7
Noturno	4	28,6	3	21,4	7	50,0
Vínculo de Trabalho com a UEFS (N = 402)						
UEFS	103	42,2	46	18,9	95	38,9
ACMAV/FOCUS	57	47,5	15	12,5	48	40,0
REDA/FAPEX/OUTRO	16	42,1	5	13,2	17	44,7
Início do trabalho (Idade) (N = 401³)						
< 15 anos	33	56,9	9	15,5	16	27,6
15 – 18 anos	62	38,3	29	17,9	71	43,8
≥ 19 anos	80	44,2	28	15,5	73	40,3

¹ O grupo de ocupações foi categorizado segundo adaptação da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações), descrito na metodologia

² As outras unidades é constituída pelo conjunto das unidades fora do campus universitário

³ Uma funcionária não soube informar a idade que começou a trabalhar

5.2.3 Estresse ocupacional entre as funcionárias

O Gráfico 1 apresenta a distribuição das funcionárias segundo tipos de trabalho do modelo demanda-controle. O tipo de trabalho mais freqüente foi o trabalho em baixa exigência (30,8%). O trabalho em alta exigência somou 20,6% do total.

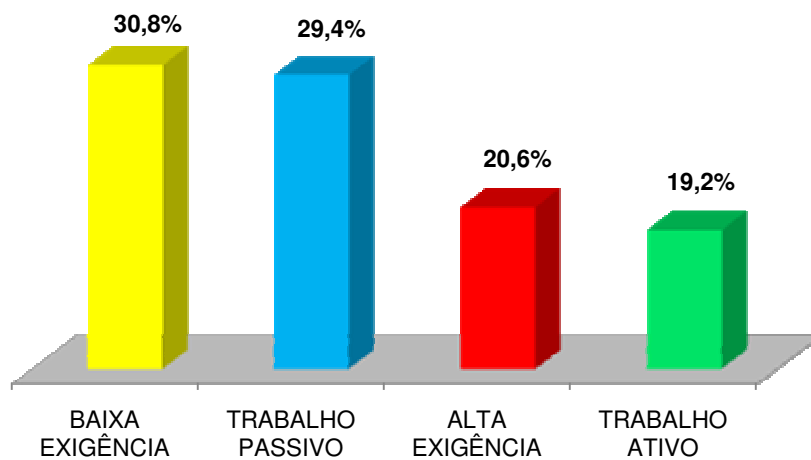


GRÁFICO 1 Distribuição das funcionárias segundo os tipos de trabalho do Modelo Demanda-Controle. Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

A distribuição das funcionárias segundo os tipos de trabalho do modelo demanda-controle e as características sociodemográficas está apresentada na Tabela 11. Na faixa etária < 40 anos predominou o trabalho de baixa exigência (32,5%), enquanto que na faixa etária ≥ 40 anos predominou o trabalho passivo (33,7%).

Em relação à cor da pele auto-referida, as mulheres de cor branca e parda encontravam-se em maior percentual no quadrante de trabalho de baixa exigência, com 33,3% e 31,8%, respectivamente. Entre as trabalhadoras de cor preta o maior percentual de funcionárias apareceu no trabalho passivo (44,1%). Os maiores percentuais de trabalho em alta exigência foram observados entre pretos e pardos.

O trabalho em baixa exigência foi o mais presente entre as funcionárias viúvas (38,5%) e as casadas/união estável (34,9%). Entre as solteiras observou-se maior frequência do trabalho passivo (34,2%), e entre as separadas/divorciadas o trabalho em alta exigência (29,7%).

Em baixa exigência estavam 9,8% das empregadas com nível de escolaridade fundamental e 35,9% daquelas com nível superior. A situação se inverteu na condição de trabalho em alta exigência que concentrou 29,5% em nível fundamental e 15,9% em nível superior. Situações distintas foram também observadas entre trabalho ativo e passivo: 52,5% das empregadas em nível fundamental estavam em trabalho passivo enquanto entre as de nível superior esse percentual foi bem menor, 22,2%; já para trabalho ativo observou-se o inverso: 8,2% no nível fundamental e 26,3% no nível superior.

Com relação aos níveis de renda analisados observou-se formação de diferenciações similares àquela observada para escolaridade: em baixa exigência estavam 38,5% do nível de renda mais elevada e apenas 17,3% no menor nível de renda; em alta exigência estavam 33,7% de 1 a 2 SM e apenas 14,4% entre quem recebia ≥ 5 SM; em trabalho ativo registrou-se percentual de 25,0% para maior renda e 10,5% para menor renda; e inversamente em trabalho passivo estavam 38,5% no nível de menor renda e 22,1% no nível de maior renda.

A categoria de mulheres com 1 e 2 filhos apresentou maior frequência do trabalho de baixa exigência (35,0%) enquanto que, entre aquelas com mais de 2 filhos, o trabalho passivo foi mais freqüente (32,2%).

TABELA 11 Tipos de trabalho do modelo Demanda-Controlle e características sociodemográficas, entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Características Sociodemográficas	Modelo Demanda-Controlle							
	Baixa exigência		Trabalho ativo		Trabalho passivo		Alta exigência	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa Etária (N = 402)								
< 40 anos	64	32,5	42	21,3	49	24,9	42	21,3
≥ 40 anos	60	29,3	35	17,0	69	33,7	41	20,0
Cor da pele (N = 402)								
Branca	30	33,3	20	22,2	25	27,8	15	16,7
Parda	76	31,8	47	19,7	62	25,9	54	22,6
Preta	12	20,3	8	13,6	26	44,1	13	22,0
Amarela/Indígena	6	42,9	2	14,3	5	35,7	1	7,1
Situação Conjugal (N = 402)								
Solteira	26	22,8	21	18,4	39	34,2	28	24,6
Casada/União estável	83	34,9	46	19,3	68	28,6	41	17,2
Separada/Divorciada	10	27,0	7	19,0	9	24,3	11	29,7
Viúva	5	38,5	3	23,0	2	15,4	3	23,1
Escolaridade (N = 402)								
Ensino Fundamental	6	9,8	5	8,2	32	52,5	18	29,5
Ensino Médio	57	33,5	28	16,5	46	27,1	39	22,9
Superior	60	35,9	44	26,3	37	22,2	26	15,6
Renda familiar (SM¹) (N = 400²)								
1 a 2 SM	18	17,3	11	10,5	40	38,5	35	33,7
3 a 4 SM	31	30,7	17	16,8	35	34,7	18	17,8
≥ 5 salários	75	38,5	49	25,0	43	22,1	28	14,4
Filhos (N = 402)								
Não	26	24,5	26	24,5	28	26,5	26	24,5
1-2 filhos	72	35,0	37	18,0	61	29,5	36	17,5
> 2 filhos	26	28,9	14	15,6	29	32,2	21	23,3

¹ SM – Salário Mínimo

² Duas funcionárias não revelaram a renda familiar.

As funcionárias em atividades técnicas e atividades administrativas apresentaram maior freqüência de trabalho em baixa exigência, 42,2% e 34,7% respectivamente, e aquelas em atividades de serviços gerais apresentaram alta freqüência de trabalho passivo (48,5%) (TABELA 12).

O trabalho passivo foi mais freqüente entre as funcionárias com menos de 5 anos na instituição (37,2%), enquanto que entre as funcionárias com 5 ou mais anos o trabalho em baixa exigência prevaleceu (32,9%). A situação se manteve quando o tempo no atual setor de trabalho foi avaliado, as funcionárias com menos tempo de trabalho no setor atual apresentaram maior freqüência no trabalho passivo (30,5%), enquanto as funcionárias com 5 ou mais anos apresentaram maior percentual de baixa exigência (35,8%).

Entre as funcionárias que trabalhavam nos setores DEDU/DLET (56,3%) e DCHF (55,6%), observou-se maior freqüência de trabalho passivo. O trabalho em alta exigência foi o mais freqüente entre as funcionárias do DCIS (46,2%).

Para carga horária de trabalho semanal < 40 horas observou-se freqüências similares para os quadrantes de trabalho passivo e em baixa exigência (32,3%); para carga horária \geq 40 horas encontrou-se maior freqüência de trabalho em baixa exigência (30,2%).

Em relação ao turno de trabalho, entre as funcionárias que trabalhavam no turno diurno fixo observou-se maior freqüência do trabalho de baixa exigência, enquanto entre aquelas dos turnos matutino ou vespertino, noturno fixo e diurno e noturno foi mais freqüente o trabalho passivo (32,7%, 35,7% e 37,5%, respectivamente).

Entre as funcionárias com vínculo de trabalho com a UEFS observou-se maior freqüência de trabalho em baixa exigência (38,0%), e entre aquelas com vínculo ACMAV/FOCUS de trabalho passivo (43,3%).

Ao avaliar o modelo demanda-controle de acordo com a idade de início do trabalho verificou-se que entre as funcionárias que começaram a trabalhar antes dos 15 anos o maior percentual apareceu no trabalho passivo (41,4%) e entre aquelas de 15-18 anos (30,9%) e \geq 19 anos (30,4%), o trabalho em baixa exigência.

TABELA 12 Tipos de trabalho do modelo Demanda-Controlle segundo características do trabalho, entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Características do Trabalho	Modelo Demanda-Controlle							
	Baixa exigência		Trabalho ativo		Trabalho passivo		Alta exigência	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ocupação¹ (N = 402)								
GT (Grupo de atividades técnicas)	35	42,2	21	25,3	17	20,5	10	12,0
GA (Grupo de atividades administrativas)	77	34,7	49	22,1	54	24,3	42	18,9
GS (Grupo de atividades de serviços gerais)	12	12,3	7	7,2	47	48,5	31	32,0
Tempo de trabalho na UEFS (N = 402)								
< 5 anos	29	25,7	17	15,0	42	37,2	25	22,1
≥ 5 anos	95	32,9	60	20,8	76	26,3	58	20,0
Sector de trabalho atual (N = 402)								
Administração	28	27,2	31	30,1	18	17,5	26	25,2
DSAU	18	34,0	10	18,8	14	26,4	11	20,8
DCHF	3	33,3	1	11,1	5	55,6	0	0,0
DCIS	0	0,0	3	23,0	4	30,8	6	46,2
DEXA/DFIS/DTEC	14	31,1	4	8,9	16	35,6	11	24,4
DBIO	17	36,2	6	12,7	18	38,3	6	12,8
DEDU/DLET	2	12,5	0	0,0	9	56,3	5	31,2
Biblioteca	6	31,6	4	21,2	6	31,6	3	15,6
Creche/CEB-UEFS	8	27,6	7	24,1	6	20,7	8	27,6
Outras unidades ²	28	41,2	11	16,2	22	32,4	7	10,2
Tempo de trabalho no setor atual (N = 402)								
< 5 anos	61	27,0	44	19,5	69	30,5	52	23,0
≥ 5 anos	63	35,8	33	18,8	49	27,8	31	17,6
Carga horária de trabalho semanal (N = 402)								
< 40 horas	41	32,3	25	19,7	41	32,3	20	15,7
≥ 40 horas	83	30,2	52	18,9	77	28,0	63	22,9
Turno de Trabalho (N = 402)								
Matutino ou Vespertino	33	30,0	21	19,1	36	32,7	20	18,2
Diurno fixo	84	33,1	45	17,7	68	26,8	57	22,4
Noturno	2	14,3	5	35,7	5	35,7	2	14,3
Diurno e noturno	5	20,8	6	25,0	9	37,5	4	16,7
Vínculo de Trabalho com a UEFS (N = 402)								
UEFS	93	38,0	56	23,0	56	23,0	39	16,0
ACMAV/FOCUS	20	16,7	13	10,8	52	43,3	35	29,2
REDA/FAPEX/OUTRO	11	28,9	8	21,1	10	26,3	9	23,7
Início do trabalho (Idade) (N = 401³)								
< 15 anos	18	31,0	7	12,1	24	41,4	9	15,5
15 – 18 anos	50	30,9	34	21,0	41	25,3	37	22,8
≥ 19 anos	55	30,4	36	19,9	53	29,3	37	20,4

¹ O grupo de ocupações foi categorizado segundo adaptação da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações), descrito na metodologia

² As outras unidades é constituída pelo conjunto das unidades fora do campus universitário

³ Uma funcionária não soube informar a idade que começou a trabalhar

5.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ENTRE AS TRABALHADORAS

A hipertensão arterial foi auto-referida por 19,4% das funcionárias, sendo que no momento da coleta 20,4% das funcionárias encontravam-se com a pressão arterial elevada, e, após classificação segundo a V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial, considerando aquelas que faziam controle pressórico através de medicamento, 29,9% foram consideradas hipertensas (Gráfico 2).

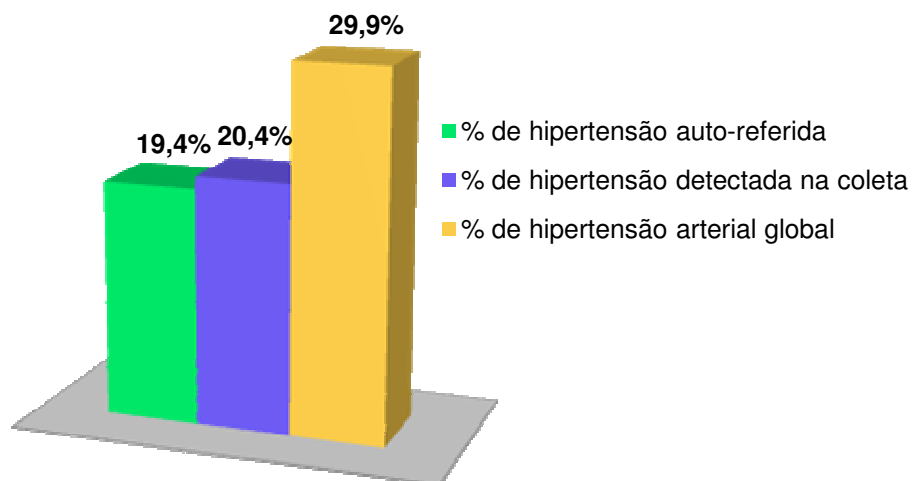


GRÁFICO 2 Comparação entre Hipertensão Arterial auto-referida, Hipertensão Arterial detectada no momento da coleta e Hipertensão Arterial global entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Segundo a classificação estabelecida pela V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (Gráfico 3), 10,2% das funcionárias encontravam-se nos níveis limítrofes de pressão arterial (PAS 130-139 mmHg ou PAD 85-89 mmHg). Entre aquelas consideradas hipertensas no momento da coleta, 12,7% encontravam-se no estágio 1 de hipertensão arterial e 3,5% no estágio 2.

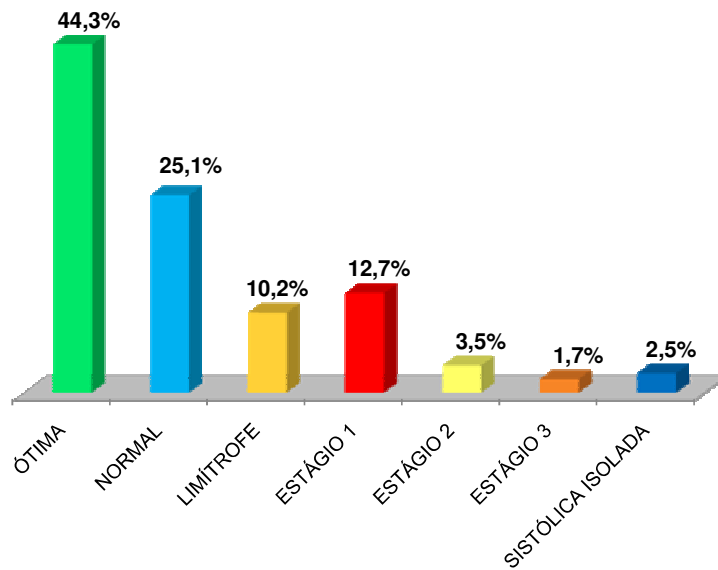


GRÁFICO 3 Classificação da pressão arterial segundo a V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial, entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Ao comparar os dados da hipertensão arterial auto-referida com a medida da pressão arterial no momento da coleta (Tabela 13), observa-se que entre aquelas que auto-referiram ser hipertensas 51,3% estavam com a pressão elevada no momento da coleta e 48,7% apresentaram níveis pressóricos controlados. Entre aquelas que disseram não ser hipertensas, 13,0% apresentaram pressão alta no momento da coleta.

TABELA 13 Comparação entre a hipertensão arterial auto-referida e a medida da pressão arterial no momento da coleta, entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Hipertensão auto-referida	Medida da pressão arterial			
	Hipertensas		Normais	
	n	%	n	%
Hipertensas	40	51,3	38	48,7
Normais	42	13,0	282	87,0

Entre as funcionárias que auto-referiram hipertensão arterial, 14,1% não faziam uso de medicamento para pressão alta (Gráfico 4).

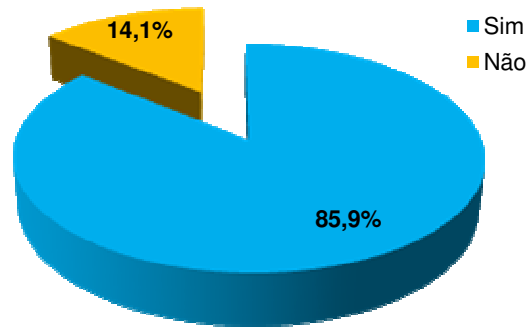


GRÁFICO 4 Uso de medicamento para hipertensão arterial entre as funcionárias que auto-referiram pressão alta. Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

A Tabela 14 apresenta a prevalência de hipertensão arterial segundo as características sociodemográficas. As funcionárias com idade ≥ 40 anos têm prevalência 2,43 vezes maior de hipertensão arterial quando comparadas com aquelas com idade inferior a 40 anos, com significância estatística ($p \leq 0,001$).

A prevalência de hipertensão arterial entre as funcionárias que auto-referiram a cor da pele preta foi 1,59 vezes maior quando comparadas às de cor branca. A diferença observada foi estatisticamente significativa ($p = 0,05$).

As casadas/união estável apresentaram prevalência 1,49 vezes maior de hipertensão arterial do que as solteiras, a níveis estatisticamente significantes ($p = 0,03$).

A escolaridade demonstrou ser um fator associado à ocorrência de hipertensão arterial, com resultados estatisticamente significantes. Quando comparadas com as funcionárias com nível superior, as funcionárias com ensino fundamental e ensino médio apresentaram prevalências de 2,57 ($p \leq 0,001$) e 1,50 ($p = 0,03$) vezes maior para ocorrência de hipertensão arterial.

As funcionárias com renda familiar baixa apresentaram prevalência de hipertensão arterial 1,55 vezes maior, quando comparadas com aquelas com renda média/alta. Este resultado foi estatisticamente significativo ($p=0,005$).

A presença e o número de filhos demonstraram ser um fator relacionado à ocorrência de hipertensão arterial. As funcionárias que tinham 1 a 2 filhos revelaram prevalência de 2,37 vezes maior do que aquelas que não tinham filhos, com significância estatística, e aquelas com mais de 2 filhos a prevalência foi 4,26 vezes maior do que aquelas que não tinham filhos.

TABELA 14 Prevalência de hipertensão arterial segundo características sociodemográficas entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Características sociodemográficas	Hipertensas				
	n	%	RP	IC _{95%}	Valor de p ($\leq 0,05$)
Faixa Etária (N = 402)					
< 40 anos	34	17,3	*	*	*
≥ 40 anos	86	42,0	2,43	(1,72-3,43)	$\leq 0,001$
Cor da pele (N = 402)					
Branca	23	25,6	*	*	*
Parda	71	29,7	1,16	(0,78-1,74)	0,45
Preta	24	40,7	1,59	(1,00-2,54)	0,05
Amarela/Indígena	2	14,3	0,56	(0,15-2,12)	0,35
Situação Conjugal (N = 402)					
Solteira	25	21,9	*	*	*
Casada/União estável	78	32,8	1,49	(1,01-2,21)	0,03
Separada/Divorciada/Viúva	17	34,0	1,55	(0,92-2,60)	0,10
Escolaridade (N = 402)					
Ensino Fundamental	34	52,3	2,57	(1,76-3,75)	$\leq 0,001$
Ensino Médio	52	30,6	1,50	(1,03-2,19)	0,03
Superior	34	20,4	*	*	*
Renda familiar (SM¹) (N=400²)					
Baixa	42	40,4	1,55	(1,15-2,10)	0,005
Média/alta	77	26,0	*	*	*
Filhos (N = 402)					
Não	13	12,3	*	*	*
≤ 2 filhos	60	29,1	2,37	(1,37-4,12)	$\leq 0,001$
> 2 filhos	47	52,2	4,26	(2,47-7,35)	$\leq 0,001$

¹ SM – Salário Mínimo

² Duas funcionárias não revelaram a renda familiar.

Ao avaliar a prevalência de hipertensão arterial entre as funcionárias segundo as características do trabalho (Tabela 15), os resultados revelaram que funcionárias em atividades de serviços gerais apresentaram prevalência 1,71 vezes maior de hipertensão arterial quando comparadas com aquelas do grupo de atividades técnicas. Este resultado foi estatisticamente significativo ($p=0,01$).

Em relação ao tempo de trabalho na UEFS, aquelas que trabalham a mais de 5 anos tinham prevalência de HA 1,23 maior que aquelas que trabalham há menos de 5 anos ($p=0,25$). Já em relação ao tempo de trabalho atual no setor, as que trabalhavam há mais de 5 anos a prevalência foi de 1,05 de HA em relação àquelas que atuavam há menos de 5 anos, e também não foi estatisticamente significativo, ($p=0,74$).

Quando comparados aos departamentos de educação e letras, os demais setores/departamentos da universidade apresentaram uma maior prevalência de hipertensão arterial, porém os resultados não foram estatisticamente significantes, com exceção do conjunto de outras unidades fora do Campus Universitário que apresentou prevalência 4 vezes maior de hipertensão arterial, a níveis de significância estatística ($p=0,006$).

As funcionárias com carga horária semanal igual ou superior a 40 horas apresentaram prevalência de hipertensão arterial 1,12 vezes maior do que aquelas com carga horária inferior a 40 horas, porém este resultado não foi estatisticamente significativo ($p=0,46$). Em relação ao turno de trabalho, no turno noturno (fixo), a prevalência de hipertensão arterial foi 1,12 vezes maior quando comparado com ao turno matutino ou vespertino, porém sem significância estatística ($p=0,76$).

As funcionárias com vínculo de trabalho ACMAV/FOCUS apresentaram prevalência de hipertensão arterial de 1,41 vezes maior do que aquelas com vínculo UEFS, com significância estatística ($p=0,03$).

Quando comparadas ao grupo que começou a trabalhar com 19 anos ou mais, os outros grupos apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial. As funcionárias que começaram a trabalhar com < 15 anos apresentaram prevalência de 1,70 vezes maior ($p=0,01$) e de 15 a 18 anos 1,19 vezes maior ($p=0,31$).

TABELA 15 Prevalência de hipertensão arterial segundo características do trabalho entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Características do Trabalho	Hipertensas				Valor de p ($\leq 0,05$)
	n	%	RP	IC _{95%}	
Ocupação¹ (N = 402)					
GT (Grupo de atividades técnicas)	21	25,3	*	*	*
GA (Grupo de atividades administrativas)	57	25,7	1,01	(0,66-1,56)	0,94
GS (Grupo de atividades de serviços gerais)	42	43,3	1,71	(1,11-2,64)	0,01
Tempo de trabalho na UEFS (N = 402)					
< 5 anos	29	25,7	*	*	*
≥ 5 anos	91	31,5	1,23	(0,86-1,75)	0,25
Sector de trabalho atual (N = 402)					
DEDU/DLET	2	12,5	*	*	*
DBIO	6	12,8	1,02	(0,23-4,56)	0,97
DCIS	2	15,4	1,23	(0,20-7,58)	0,82
DCHF	2	22,2	1,78	(0,30-10,56)	0,52
DEXA/DFIS/DTEC	10	22,2	1,78	(0,44-7,26)	0,40
Creche/CEB-UEFS	7	24,1	1,93	(0,45-8,22)	0,35
Biblioteca	5	26,3	2,11	(0,47-9,43)	0,30
Administração	29	28,2	2,25	(0,59-8,54)	0,18
DSAU	23	43,4	3,47	(0,92-13,16)	0,24
Outras unidades ²	34	50,0	4,00	(1,07-14,94)	0,006
Tempo de trabalho no sector atual (N = 402)					
< 5 anos	66	29,2	*	*	*
≥ 5 anos	54	30,7	1,05	(0,78-1,42)	0,74
Carga horária de trabalho semanal (N = 402)					
< 40 horas	41	32,3	*	*	*
≥ 40 horas	79	28,7	1,12	(0,82-1,54)	0,46
Turno de Trabalho (N = 402)					
Matutino ou Vespertino	35	31,8	*	*	*
Diurno e noturno	6	25	0,79	(0,37-1,66)	0,51
Diurno fixo	74	29,1	0,92	(0,66-1,28)	0,60
Noturno	5	35,7	1,12	(0,53-2,39)	0,76
Vínculo de Trabalho com a UEFS (N = 402)					
UEFS	65	26,6	*	*	*
ACMAV/FOCUS	45	37,5	1,41	(1,03-1,92)	0,03
REDA/FAPEX/OUTRO	10	26,3	0,99	(0,56-1,75)	0,96
Início do trabalho (Idade) (N = 401³)					
< 15 anos	25	43,1	1,70	(1,15-2,50)	0,01
15 – 18 anos	49	30,2	1,19	(0,85-1,68)	0,31
≥ 19 anos	46	25,4	*	*	*

¹ O grupo de ocupações foi categorizado segundo adaptação da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações), descrito na metodologia.

² As outras unidades é constituída pelo conjunto das unidades fora do campus universitário .

³ Uma funcionária não soube informar a idade que começou a trabalhar.

A tabela 16 apresenta a prevalência de hipertensão arterial segundo hábitos e estilo de vida das funcionárias.

Em relação ao hábito de fumar, as fumantes tinham prevalência 2,12 vezes maior de hipertensão arterial do que as não fumantes, com significância estatística ($p=0,002$). Entre as ex-fumantes a prevalência foi 1,67 vezes maior quando comparadas com as não fumantes ($p=0,006$). As funcionárias com risco de fumar moderado/alto apresentaram prevalência 1,22 vezes maior de hipertensão arterial quando comparado àquelas com risco baixo, porém sem significância estatística ($p=0,75$).

Em relação à prática de atividade física superior há 3 meses, aquelas que não praticavam tinham prevalência de 1,05 vezes maior de hipertensão arterial quando comparadas com aquelas que praticavam atividade física há mais de 3 meses, porém sem significância estatística ($p=0,80$).

TABELA 16 Prevalência de hipertensão arterial segundo hábitos e estilo de vida entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Hábitos e Estilo de vida	Hipertensas				
	n	%	RP	IC _{95%}	Valor de p ($\leq 0,05$)
Fuma (N = 402)					
Sim	12	60,0	2,12	(1,43-3,14)	0,002
Não	108	28,3	*	*	*
Grau de risco do hábito de fumar (N = 20)					
Baixo	1	50,0	*	*	*
Moderado/alto	11	61,1	1,22	(0,29-5,13)	0,75
Ex-fumante (N = 382)					
Sim	26	42,6	1,67	(1,18-2,36)	0,006
Não	82	25,5	*	*	*
Grau de risco do hábito de fumar no passado (N = 61)					
Baixo	19	47,5	*	*	*
Moderado/alto	7	33,3	0,70	(0,35-1,39)	0,28
Uso de bebida alcoólica (N = 402)					
Sim	29	25,0	0,79	(0,55-1,12)	0,17
Não	91	31,8	*	*	*
Atividade física (N = 402)					
Sim	38	31,7	*	*	*
Não	82	29,1	0,92	(0,67-1,26)	0,60
Atividade física > 3 meses (N = 399)					
Faz atividade física há > 3 meses	28	28,6	*	*	*
Não faz atividade física	90	29,9	1,05	(0,73-1,50)	0,80
Nível da atividade física (> 3 meses) (N = 98)					
Leve	5	21,7	0,71	(0,30-1,65)	0,40
Moderado/intenso	23	30,7	*	*	*

A Tabela 17 apresenta a prevalência de hipertensão arterial entre as funcionárias segundo o controle sobre o próprio trabalho e demanda psicológica, avaliados segundo tercís (baixo, médio, alto). As funcionárias com baixo controle sobre o próprio trabalho apresentaram prevalência 1,22 vezes maior de hipertensão arterial do que aquelas com alto controle ($p=0,25$), entre aquelas com médio controle a prevalência foi de 1,30 ($p=0,20$).

A alta e a média demanda psicológica não demonstraram associação estatisticamente significativa com hipertensão arterial, quando comparadas as funcionárias com baixa demanda psicológica.

TABELA 17 Prevalência de hipertensão arterial segundo aspectos psicossociais do trabalho entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Aspectos Psicossociais do Trabalho	Hipertensas				
	n	%	RP	IC _{95%}	Valor de p (≤ 0,05)
Controle (N=402)					
Baixo	51	31,7	1,22	(0,86-1,73)	0,25
Médio	28	33,7	1,30	(0,87-1,94)	0,20
Alto	41	25,9	*	*	*
Demanda psicológica (N=402)					
Alta	46	28,8	0,84	(0,61-1,16)	0,29
Média	14	21,2	0,62	(0,37-1,03)	0,05
Baixa	60	34,1	*	*	*

A prevalência de hipertensão arterial segundo os tipos de trabalho do modelo demanda-controle (Tabela 18) revelou que, quando comparados ao quadrante de trabalho em baixa exigência, os quadrantes de trabalho ativo e trabalho passivo tinham maior prevalência de hipertensão arterial e o quadrante de alta exigência tinha menor prevalência, porém, os resultados não foram estatisticamente significantes.

O quadrante de trabalho ativo apresentou prevalência 1,14 vezes maior ($p=0,56$) e o quadrante de trabalho passivo 1,24 vezes maior ($p=0,27$).

TABELA 18 Prevalência de hipertensão arterial segundo tipos de trabalho do Modelo Demanda-Controlle entre funcionárias da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, 2007

Modelo Demanda-Controlle	Hipertensas				
	n	%	RP	IC _{95%}	Valor de p ($\leq 0,05$)
Baixa Exigência	34	27,4	*	*	*
Trabalho Ativo	24	31,2	1,14	(0,73-1,76)	0,56
Trabalho Passivo	40	33,9	1,24	(0,84-1,81)	0,27
Alta Exigência	22	26,5	0,97	(0,61-1,53)	0,88

5.3.1 Análise de Regressão Logística Múltipla (ARLM)

O modelo multivariado foi utilizado para análise simultânea da hipertensão arterial e das características sociodemográficas, características do trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, hábitos e estilo de vida.

O modelo de regressão logística múltipla incluiu, além da variável dependente (Hipertensão Arterial), as variáveis independentes que atenderam o critério para inclusão na análise através do teste de razão de verossimilhança, adotando um valor de $p \leq 0,25$:

Variáveis sociodemográficas: idade, cor da pele (auto-referida), situação conjugal, escolaridade, renda, filhos.

Variáveis do trabalho: ocupação, tempo de trabalho na UEFS, carga horária semanal, vínculo de trabalho e início do trabalho (idade).

Aspectos psicossociais do trabalho: Controle sobre o próprio trabalho e Demanda psicológica.

Variáveis de hábitos e estilo de vida: hábito de fumar.

A análise de regressão foi realizada através do método backward, onde a cada etapa era retirada cada co-variável até a obtenção do modelo final que continha as seguintes co-variáveis: idade (IDADE1), escolaridade fundamental (ESCOLF), escolaridade média (ESCOLM), filhos (PARIDADE), que apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável dependente hipertensão arterial categorizada (HACAT).

$$\text{Logito (HACAT)} = \beta_0 + \beta_1 \text{IDADE1} + \beta_2 \text{ESCOLF} + \beta_3 \text{ESCOLM} + \beta_4 \text{PARIDADE}$$

Encontrou-se associação entre hipertensão arterial e as co-variáveis investigadas (Tabela 19). Como o estudo foi do tipo descritivo exploratório de corte transversal, procedeu-se o cálculo das razões de prevalência (RP) das variáveis que permaneceram no modelo final (Tabela 20).

A prevalência de hipertensão arterial para as funcionárias com idade igual ou superior a 40 anos foi 1,95 vezes maior do que entre aquelas com idade inferior a 40 anos, quando ajustada por escolaridade (fundamental e média) e paridade. A prevalência de hipertensão arterial para as mulheres com escolaridade fundamental foi de 1,99 vezes maior do que entre aquelas com ensino superior e ajustada por idade, escolaridade média e paridade. A prevalência de hipertensão arterial entre mulheres com escolaridade média foi 1,45 vezes maior quando comparadas com aquelas de escolaridade superior, e ajustadas por idade, escolaridade fundamental, e paridade. Quando comparadas mulheres que tinham filhos com aquelas que não tinham filhos, a prevalência de hipertensão arterial entre aquelas que tinham filhos foi de 1,90 vezes maior do que aquelas que não tinham filhos quando ajustado por idade, escolaridade (fundamental e média).

TABELA 19 Valores estimados pelo modelo final de regressão logística múltipla

<i>Co-variável</i>	β	<i>OR</i>	<i>Valor de p</i>
Idade	0.91	2.49	≤ 0.001
Escolaridade fundamental	1.05	2.87	0.001
Escolaridade média	0.51	1.67	0.052
Paridade	0.83	2.30	0.015
Constante	-2.46	0.08	≤ 0.001

TABELA 20 Razões de Prevalências ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança entre Hipertensão Arterial e as características sociodemográficas obtidas no modelo final de Regressão Logística Múltipla

<i>Co-variável</i>	<i>RP</i>	<i>IC_{95%}</i>
Idade	1.95	(1.346 – 2.82)
Escolaridade fundamental	1.99	(1.369 – 2.893)
Escolaridade média	1.45	(0.998 – 2.101)
Paridade	1.90	(1.098 – 3.277)

A bondade do ajuste do modelo foi realizada através do Teste de le Cessie-van Houwlingen-Copas-Hosmer, Curva ROC (Receiver Operating Characteristic) e análise dos padrões das co-variáveis.

No teste de le Cessie-van Houwlingen-Copas-Hosmer analisou-se a hipótese nula de que o modelo estaria bem ajustado. O teste revelou $p= 0,37$, desta forma, aceita-se a hipótese nula, ou seja, o modelo revelou estar bem ajustado aos valores observados e esperados.

Com a Curva Roc é possível avaliar o poder de discriminação do modelo pela área abaixo da curva. Na análise conduzida, obteve-se uma área=0,715, o que indica um regular poder discriminatório do modelo para avaliação de casos/não casos (Figura 4).

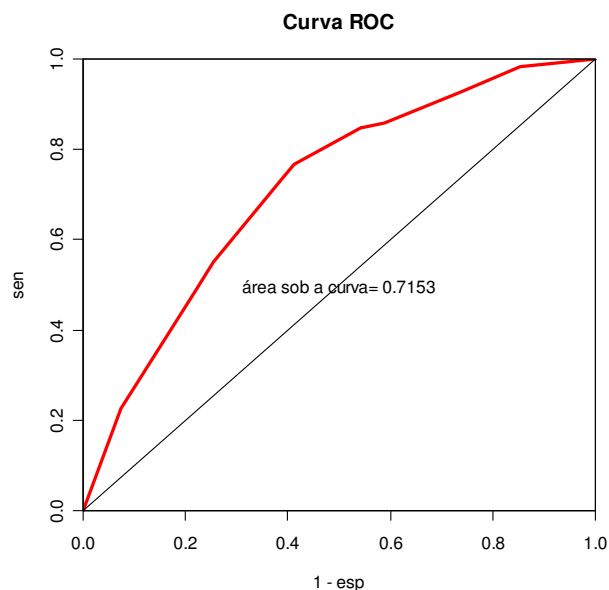


FIGURA 4 Curva Roc para análise do poder discriminatório do modelo

Em seguida foi feita análise do padrão de co-variáveis e se as observações encontradas eram influentes o suficiente para serem excluídas do banco de dados. A comparação dos modelos com e sem as observações demonstrou pouca influência não havendo, portanto, mudança significativa dos coeficientes obtidos (Figura 5).

Portanto, o modelo se revelou adequadamente adaptado aos dados.

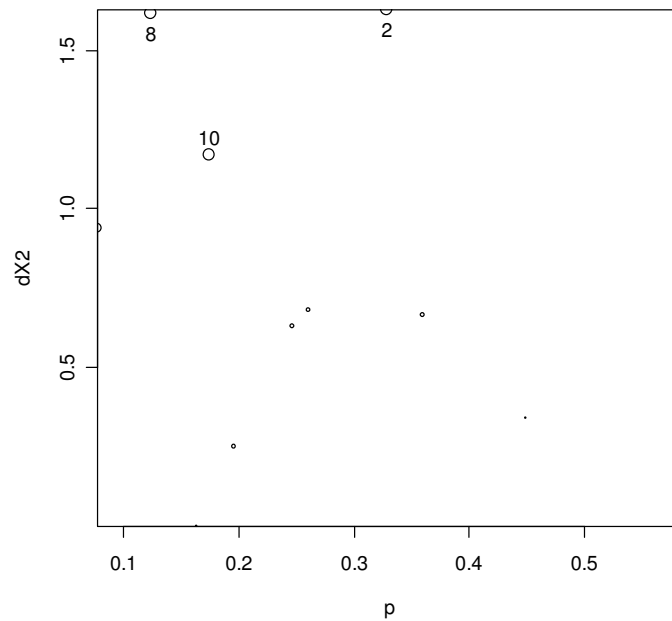


FIGURA 5 Representação gráfica do diagnóstico do modelo

Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação refere-se ao próprio desenho do estudo adotado – corte transversal. Apesar de indicado para descrever as características da população, identificar grupos de riscos e determinar a frequência da doença e de fatores de risco, neste tipo de estudo fator de exposição e efeito são observados num mesmo momento histórico, o que impossibilita estabelecer associação causal.

Dentre as limitações encontradas neste estudo destacam-se:

- Os vieses de seleção e de prevalência podem estar presentes, pois foram estudadas apenas aquelas funcionárias que estavam trabalhando no período de coleta de dados (viés de seleção), excluindo aquelas que estavam afastadas por motivo de doença. Em função de algumas funcionárias não terem sido incluídas na pesquisa, pode ter havido viés de prevalência, pois nos estudos transversais apenas os casos existentes na população são identificados no momento da coleta.

- Devido à dificuldade de algumas entrevistadas em responderem qual a sua profissão e ocupação, principalmente entre aquelas com nível de escolaridade inferior (analfabetas, fundamental e médio), pode ter havido erros de classificação das funcionárias de acordo com as categorias de ocupação criadas para análise.

- Deve-se considerar também como uma limitação neste estudo o número relativamente pequeno para análise dos grupos do modelo demanda-controle.

6.2 SÍNTESE DOS RESULTADOS

Entre as funcionárias estudadas as maiores prevalências de hipertensão arterial foram encontradas entre aquelas com idade igual ou superior a 40 anos, que auto-referiram cor da pele preta, escolaridade fundamental, renda familiar baixa e que tiveram filhos.

As funcionárias do grupo de atividades de serviços gerais e que começaram a trabalhar antes dos 15 anos de idade apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial.

Em relação ao hábito de fumar, a hipertensão arterial foi mais prevalente entre as fumantes e ex-fumantes.

6.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Com o envelhecimento populacional há um aumento na prevalência das doenças crônicas, dentre elas destacam-se as doenças cardiovasculares. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), este grupo de patologias foi responsável por 33% dos óbitos no Brasil na última década e representou a maior causa de internamento na rede pública de saúde no período de 1996-1999.

Entre as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial é considerada o fator de risco mais importante para morbimortalidade precoce, estando fortemente associada à doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e insuficiência renal.

A maioria dos estudos sobre hipertensão arterial no Brasil foram desenvolvidos nas regiões Sul e Sudeste, sendo escassos os estudos nas regiões Norte e Nordeste, e principalmente quando se trata da população feminina, bem como estudos que tratem da relação mulher-trabalho-saúde. Desta forma buscamos comparar os resultados obtidos neste estudo com outros estudos realizados no Brasil e na população feminina, considerando as peculiaridades deste grupo.

A prevalência global de hipertensão arterial na população estudada foi de 29,9%. Em estudo realizado por Lima (2004) nesta mesma população observou-se prevalência de 25,3%, demonstrando um aumento na prevalência de 4,6% em três anos. Outros estudos realizados em populações semelhantes como no estudo de Alves (2004) encontraram prevalências pouco menores 24,3%; a prevalência de hipertensão arterial entre as mulheres em estudo realizado por Ferreira e colaboradores (2000) entre servidores da Universidade federal de São Paulo foi de 24,3%; Sabry, Sampaio e Silva (2002) avaliando um grupo de funcionários da

Universidade Estadual do Ceará encontraram prevalência entre as mulheres bem mais baixa, 11,25%.

Estudos realizados com outros grupos de trabalhadoras constataram prevalências superiores à deste estudo: Aquino e colaboradores (2001) apontaram prevalência de 36,4% entre profissionais de enfermagem em hospital de Salvador, e Cantos e colaboradores (2004) identificaram prevalência de 31,7% entre funcionárias de hospital universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Apenas o estudo realizado por Mion Junior e colaboradores (2004) encontrou prevalência inferior, 22,0% em funcionárias do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

Outros estudos de base populacional apresentaram taxas de prevalência de hipertensão arterial entre as mulheres com pequenas variações: Lessa e colaboradores (2006), avaliando a população adulta de Salvador-BA encontraram prevalência de 31,7%, superior a encontrada neste estudo; Barreto e colaboradores (2001), em Bambuí-MG (26,9%); Teodósio e colaboradores (2004), Jaboatão dos Guararapes-PE (27,7%), identificaram prevalências inferiores; e Freitas e colaboradores (2001), Catanduva-SP (29,9%), encontraram prevalência semelhante.

Segundo CHOR (1998, p.654) “a redução nas taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares e coronarianas está associada ao conhecimento do indivíduo sobre a sua condição de ser hipertenso, o correto tratamento e o controle da pressão arterial”.

Verificou-se neste estudo que 19,4% das funcionárias auto-referiram ser hipertensa, percentual semelhante ao encontrado por Lima (2004) nesta mesma população. Contudo neste estudo 20,4% foram consideradas hipertensas segundo a aferição da pressão arterial, enquanto que no estudo de Lima (2004) este percentual foi bem menor, 14,8%.

Dentre aquelas que sabiam ser hipertensas 51,3% estavam com os níveis tensionais elevados, Lima (2004) identificou percentual pouco menor, 46,1%, enquanto que Aquino e colaboradores (2001) revelaram percentuais superiores, onde dentre aquelas que faziam tratamento anti-hipertensivo, 69,4% estavam com a pressão arterial elevada.

Quanto ao uso de medicamento anti-hipertensivo, observou-se que 14,1% das funcionárias não faziam uso de medicação. Percentuais bem superiores foram

identificados por Chor (1998), 50,0%; Aquino e colaboradores (2001), 64,2%; Fuchs e colaboradores (2001), 38,0%; Alves (2004), 37,5%.

Os dados apresentados acima apontam para uma situação alarmante em relação ao baixo controle da hipertensão arterial e o seu correto tratamento, condição essencial para redução nas taxas de morbimortalidade cardiovascular e melhoria na qualidade de vida dos hipertensos.

Neste estudo, ao analisar a faixa etária, constatou-se que existe associação direta entre a prevalência de hipertensão arterial e a idade, com a faixa etária ≥ 40 anos apresentando maior prevalência de hipertensão arterial (42,0%) em relação aquelas com menos de 40 anos de idade (17,3%). A população deste estudo é considerada relativamente jovem, com idade variando entre 21 – 69 anos e média de 39,9 anos, o que minimiza possíveis efeitos biológicos sobre a pressão arterial e incrementa o efeito de outros fatores avaliados. Outros estudos analisados corroboram estes achados, indicando que as maiores taxas de hipertensão arterial encontram-se em faixas etárias mais elevadas, independente do sexo (COSTA et al, 2007; LESSA et al, 2006; MARCOPITO et al, 2005; LIMA, 2004; ALVES, 2004; DANTAS, MENDES, ARAÚJO, 2004; MION JUNIOR et al, 2004; SABRY, SAMPAIO, SILVA, 2002; AQUINO et al, 2001; BARRETO et al (2001); FERREIRA et al, 2000; CHOR, 1998.

Em inquérito domiciliar sobre doenças e agravos não transmissíveis (DANT's) realizado pelo Ministério da Saúde entre 2002-2003 (BRASIL, 2004), as prevalências de hipertensão arterial aumentaram com a idade em todas as 15 capitais avaliadas e no Distrito Federal.

Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), a pressão arterial aumenta linearmente com a idade. A Diretriz aponta ainda que a prevalência global de hipertensão arterial em homens é de 26,6%, com maior prevalência até os 50 anos, e em mulheres de 26,1%, com maior prevalência acima dos 60 anos de idade, indicando que o sexo não é um fator de risco para hipertensão. Contudo quando associado a outros fatores sociodemográficos, de hábitos e estilo de vida, há uma distinção nas prevalências encontradas entre homens e mulheres.

Em relação à cor da pele, observou-se maior frequência de mulheres que auto-referiram a cor parda, contudo a maior prevalência de hipertensão arterial foi encontrada entre aquelas de cor preta (40,7%). Resultados semelhantes foram

encontrados nos estudos de Lima (2004) com 30,3%; Alves (2004) com 37,3%; Mion Junior e colaboradores (2004) com 35,0%; Lessa e colaboradores (2006) com 41,1%. Os estudos realizados por Aquino e colaboradores (2001), e Costa e colaboradores (2007) compararam grupos de brancos e não-brancos e encontraram maior prevalência de hipertensão entre os não-brancos (38,7% e 28,1%, respectivamente).

As separadas/divorciadas/viúvas apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial (34,0%) quando comparadas com as solteiras. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Alves (2004) realizado em uma população com características similares, as separadas/divorciadas/viúvas apresentaram prevalência de 36,1%.

Quanto ao nível de escolaridade, nesta população prevaleceu as funcionárias com escolaridade média e superior. Contudo a maior prevalência de hipertensão arterial foi identificada entre as funcionárias com baixo nível de escolaridade (52,3%). Este resultado é similar a resultados obtidos em outros estudos que indicaram relação entre o baixo nível de escolaridade e maior prevalência de hipertensão arterial. Os estudos realizados por Lima (2004) e Alves (2004) também em funcionárias de instituição de ensino superior revelaram prevalências de hipertensão arterial de 44,4% e 49,5%, respectivamente entre aquelas com ensino fundamental.

Estudos realizados em outros grupos de trabalhadores e estudos de base populacional verificaram resultados similares ao encontrado neste estudo em relação à baixa escolaridade. Mion Junior e colaboradores (2004), ao avaliarem funcionários de um hospital universitário apontaram maior prevalência de hipertensão arterial entre aqueles com baixo nível de escolaridade (analfabetos, 40,0%; fundamental incompleto, 48,0%; e fundamental completo 39,0%). Em estudo realizado por Aquino e colaboradores (2001) em profissionais de enfermagem de um hospital público em Salvador-BA, aquelas com ensino fundamental apresentaram prevalência de 54,8%. Lessa e colaboradores (2006) revelaram prevalência de 41,3% entre mulheres com baixa escolaridade na cidade de Salvador-BA.

A renda familiar de 1 a 2 SM foi referida por 26,0% das funcionárias. A renda baixa esteve relacionada com maior prevalência de hipertensão arterial (40,4%). Estes achados corroboram com os resultados encontrados por outros pesquisadores que encontram maiores prevalências de hipertensão arterial entre

aquelas com renda familiar baixa. Lima (2004) nesta mesma população encontrou maior prevalência entre aquelas com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (31,2%). Alves (2004) revelou que as funcionárias com renda familiar igual ou inferior a 2,5 salários mínimos tinham prevalência de hipertensão arterial de 35,0%. Maior prevalência hipertensão arterial também foi encontrada entre aqueles que recebiam até 400 dólares (34,0%) em estudo realizado por Mion Junior e colaboradores (2004) com funcionários de um hospital universitário. Estudo populacional realizado por Costa e colaboradores (2007) na cidade de Pelotas-RS no período de 1999-2000 apontou duas situações extremas com as maiores prevalências de hipertensão arterial entre aqueles que recebiam 6 a 10 salários mínimos (27,4%) e aqueles com renda inferior a 1 salário mínimo (24,1%).

Segundo Brandão e colaboradores (2003) o baixo nível socioeconômico proveniente da combinação de fatores como educação, renda, ambiente, acesso a serviços de saúde, estresse psicossocial e aspectos culturais como maus hábitos alimentares e sedentarismo estão relacionados à maior ocorrência de hipertensão arterial.

Em relação a ter filhos, a maioria das funcionárias (51,2%) tinha filhos, e este grupo concentrou as maiores prevalências de hipertensão arterial. Ao considerar o número de filhos, aquelas com 1 a 2 filhos têm prevalência de 29,1%, e entre aquelas com mais de 2 filhos a prevalência é maior, 52,2%. Estes resultados assemelham-se aos obtidos na pesquisa desenvolvida por Alves (2004) que revelou taxas de prevalência de hipertensão arterial mais altas entre mulheres com 2 ou mais filhos, 30,4%.

O hábito de fumar, o consumo de bebida alcoólica e o sedentarismo, são apontados pela literatura como possíveis fatores de risco para hipertensão arterial (SABRY, SAMPAIO e SILVA, 1999; ROBAZZI et, 2002; CANTOS et al, 2004; MARCOPITO et al, 2005; MOREIRA, 2005; V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006; TROMBETTA et al, 2006).

Observou-se neste estudo que 5,0% das funcionárias eram fumantes e 15,2% eram ex-fumantes. Estes dois grupos apresentaram maiores prevalências de hipertensão arterial quando comparadas com aquelas que nunca fumaram, com resultados estatisticamente significantes. Estudo realizado por Lima (2004) nesta mesma população revelou resultados semelhantes, porém não apresentou associação estatisticamente significativa com hipertensão arterial. Estudos realizados

com mulheres apontaram maiores proporções de mulheres fumantes e ex-fumantes, com exceção do estudo realizado por Cantos e colaboradores (2004) que apresentou frequência de fumantes similar à encontrada neste estudo (7,3%). Contudo nenhum dos estudos avaliados demonstrou associação estatisticamente significativa com hipertensão arterial. Alves (2004) encontrou 20,0% de fumantes e 20,0% de ex-fumantes entre funcionárias de uma universidade pública, os dois grupos apresentaram maiores prevalências de hipertensão arterial. Sabry, Sampaio e Silva (1999) identificaram 16,87% de fumantes e 21,87% de ex-fumantes entre as funcionárias da Universidade Estadual do Ceará; Ferreira e colaboradores (2000) encontraram 21,9% de fumantes entre funcionárias da Universidade Federal de São Paulo.

Estudos de base populacional realizados no Brasil apresentaram frequências de mulheres fumantes superiores à deste estudo. Marcopito e colaboradores (2005) encontraram frequência de 19,8% em São Paulo; em Salvador a proporção de mulheres fumantes foi de 17,8% (LESSA et al, 2006).

Em relação ao consumo de bebida alcoólica 28,7% das funcionárias tinham o hábito de ingerir bebida alcoólica. Contudo o uso de bebida alcoólica não esteve associado à maior prevalência de hipertensão arterial. Este resultado é discordante dos achados obtidos por Lima (2004) para esta mesma população onde 47,6% das funcionárias consumiam bebida alcoólica, entre estas 7,6% apresentavam consumo abusivo, embora os resultados obtidos pela autora também não encontraram associação com hipertensão arterial. Outros estudos realizados com mulheres encontraram percentuais de mulheres que consumiam bebida alcoólica superiores ao apresentado neste estudo. Alves (2004) identificou 42,8% de mulheres que faziam consumo de bebida alcoólica, destas 10,8% tinham consumo classificado como moderado/alto (mais de 30g/dia de etanol). No estudo realizado por Sabry, Sampaio e Silva (1999) 43,7% das mulheres ingeriam bebida alcoólica e 9,3% disseram ter parado de beber.

Com exceção do estudo realizado em Salvador-BA por Lessa e colaboradores (2006) que apontaram para maior prevalência de hipertensão arterial entre as mulheres que ingeriam bebida alcoólica (38,5%), nenhum dos estudos avaliados encontrou associação estatisticamente significativa entre o consumo de bebida alcoólica e hipertensão arterial, coincidindo com os resultados deste estudo.

Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), o consumo elevado de bebida alcoólica aumenta a pressão arterial, e seu efeito varia com o gênero, e a magnitude está associada à quantidade e a frequência de bebida. Moreira (2005) afirma que não foram identificados os mecanismos através dos quais o consumo crônico de álcool aumenta a pressão arterial, mas sabe-se que a sua elevação está associada ao consumo de grande quantidade de álcool, aumentando o risco de hipertensão arterial.

Segundo os critérios estabelecidos para este estudo, foram consideradas sedentárias aquelas funcionárias que não faziam nenhum tipo de atividade física ou que faziam há menos de 3 meses, encontrando 75,4% de mulheres neste grupo. As funcionárias sedentárias apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial, porém o resultado não foi estatisticamente significativo. Resultado semelhante foi encontrado por Lima (2004) nesta mesma população que identificou 74,9% de sedentárias, porém sem associação com hipertensão arterial. Alves (2004) encontrou frequência de sedentarismo entre funcionárias de uma universidade pública inferior a apontada neste estudo, 62,0%, contudo, segundo a autora este grupo apresentou maior prevalência de hipertensão arterial (25,0%) do que aquelas que praticavam atividade física, esta diferença foi estatisticamente significativa. Em estudo populacional realizado por Lessa e colaboradores (2006), a taxa de sedentarismo entre as mulheres em Salvador-BA, foi próxima a encontrada neste estudo, 72,1%, com uma prevalência de hipertensão arterial entre as sedentárias de 34,1%.

O sedentarismo está associado à hipertensão arterial, obesidade e diabetes tipo 2, e conseqüentemente a uma maior morbimortalidade cardiovascular (TROMBETTA et al, 2006). Segundo os autores, a prática regular de atividade reduz o risco de doença cardiovascular, pois modifica positivamente alguns fatores de risco associados com a hipertensão arterial.

Dentre as categorias profissionais criadas para análise neste estudo, o grupo de trabalhadoras de serviços gerais apresentou a maior prevalência de hipertensão arterial (43,3%). Neste grupo há mais proporções de funcionárias que auto-referiram cor da pele preta, com ensino fundamental, renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos e que tinham mais de 2 filhos. Estas características foram as que apresentaram também as maiores prevalências de hipertensão arterial, indicando que este conjunto de características pode contribuir com a maior prevalência de

hipertensão arterial no grupo de trabalhadoras de serviços gerais. Estudo desenvolvido por Alves (2004) identificou maior prevalência de hipertensão arterial entre funcionárias que a autora classificou como não manuais de rotina e trabalhadoras manuais, quando comparadas com o grupo de profissionais. A ausência de outros estudos em grupo de trabalhadoras com características semelhantes à deste estudo dificultam análise comparativa dos resultados obtidos, contudo os achados apontam para uma relação entre as ocupações de baixa qualificação e a ocorrência de hipertensão arterial.

Maior carga horária de trabalho não se apresentou como fator de risco para hipertensão arterial. Resultado semelhante foi encontrado por Alves (2004) em funcionárias de uma universidade pública. O grupo é muito semelhante com relação a esta variável e isto pode explicar em parte esse resultado.

Entre as funcionárias entrevistadas, 60,7% apresentavam vínculo efetivo com a própria instituição, percentual cerca de 6,0% maior que o identificado por Lima (2004) nesta mesma população em 2004. Os resultados sugerem mudanças na política organizacional, com abertura de concurso público, o que garante a essas funcionárias a estabilidade no emprego, que para muitas é sinônimo de segurança.

Apesar de não ter encontrado estudos na literatura que avaliassem a idade que começou a trabalhar, observou-se neste estudo que a proporção de mulheres hipertensas entre aquelas que começaram a trabalhar antes dos 15 anos de idade foi de 43,3%, indicando que o tempo acumulado de trabalho pode ser um fator de risco para HAS. Neste grupo encontrou-se maior percentual de funcionárias com baixa escolaridade (48,3%), o que sugere que o início precoce e informal no mercado de trabalho interfere no nível de escolaridade, e possivelmente impossibilita uma melhor qualificação profissional.

Segundo Cordeiro, Lima-Filho e Almeida (1998) existe uma relação inversa entre status ocupacional, aspectos sociodemográficos e níveis de pressão arterial, encontrando as maiores prevalências de hipertensão arterial entre os trabalhadores não especializados, que ganham os menores salários.

Neste estudo o trabalho passivo foi mais freqüente entre as funcionárias (29,4%) e apresentou maior prevalência de hipertensão arterial quando comparadas àquelas em trabalho de baixa exigência, porém o resultado não foi estatisticamente significativo. Outros estudos também não encontraram associação entre hipertensão arterial e os quadrantes preconizados pelo modelo demanda-controle. Os estudos

realizados por Lima (2004) e Alves (2004) apresentam resultados semelhantes quanto ao maior percentual de funcionárias no quadrante de trabalho passivo, e no estudo conduzido por Alves (2004) identificou maior prevalência de hipertensão arterial no quadrante de trabalho passivo.

Observando as taxas dos níveis de controle segundo características sociodemográficas identificou-se maior frequência de baixo controle entre aquelas que auto-referiram cor preta, com ensino fundamental, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos e que tinham mais de 2 filhos. Em relação às características do trabalho, o baixo controle foi mais freqüente entre as funcionárias do grupo de atividades de serviços gerais. Os resultados indicam uma possível influência do baixo controle sobre a maior prevalência de hipertensão arterial.

Segundo Araújo e colaboradores (2003a) os estudos utilizando o modelo demanda-controle têm apontado uma maior associação entre hipertensão arterial e baixo controle do trabalhador sobre o próprio trabalho do que com os aspectos relacionados às demandas psicológicas.

Os resultados da ARLM indicam uma associação estatisticamente significativa entre hipertensão arterial e idade igual ou superior a 40 anos, escolaridade fundamental e média e ter filhos. As demais variáveis que estiveram associadas à hipertensão arterial na análise univariada, perderam a significância estatística após análise de regressão. Resultado similar ao deste estudo foi encontrado por Alves (2004), que após análise multivariada encontrou associação entre hipertensão arterial e idade igual ou superior a 45 anos, cor da pele não branca e baixa escolaridade. Estudo realizado por Lessa e colaboradores (2006) na população adulta de Salvador identificou entre as mulheres, após ajuste por análise de regressão, associação entre hipertensão arterial e idade igual ou maior a 40 anos, cor da pele parda e negra (classificação utilizada pelos autores) , sobrepeso, obesidade central, diabetes e menopausa. No estudo conduzido por Costa e colaboradores (2007) na população de adultos em Pelotas mantiveram-se associadas à hipertensão arterial na análise multivariada, renda familiar baixa, idade, cor da pele não branca, história familiar de hipertensão positiva, consumo adicional de sal e índice de massa corporal inadequado.

Considerações

Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como principal objetivo descrever a prevalência de Hipertensão Arterial em mulheres empregadas em uma instituição de ensino superior, segundo os aspectos sociodemográficos, características do trabalho profissional, hábitos e estilo de vida.

Apesar de ter se apresentado como uma população jovem, com idade média aproximada de 40 anos, a prevalência de hipertensão arterial foi considerada elevada e semelhante à encontrada na literatura para população adulta feminina, o que pode revelar a importância de considerar o aspecto social no processo-saúde doença.

Os resultados obtidos apontam para uma maior prevalência de hipertensão entre as funcionárias que apresentaram características sociodemográficas e do trabalho profissional, consideradas desfavoráveis e que sofrem com a exclusão social.

Entre as funcionárias estudadas as maiores prevalências de hipertensão arterial foram encontradas entre aquelas com idade igual ou superior a 40 anos, que auto-referiram cor da pele preta, escolaridade fundamental, renda familiar baixa e que tiveram filhos.

As funcionárias do grupo de atividades de serviços gerais e que começaram a trabalhar antes dos 15 anos de idade apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial.

Em relação ao hábito de fumar, a hipertensão arterial foi mais prevalente entre as fumantes e ex-fumantes.

O baixo nível de escolaridade impõe às trabalhadoras situações laborais menos qualificadas e com baixo rendimento financeiro, tal fato foi verificado na maior prevalência de hipertensão arterial entre as trabalhadoras do grupo de atividades de serviços gerais.

O estudo também pretendeu apontar as prevalências de hipertensão arterial segundo os tipos de trabalho do modelo demanda-controle, verificando que o trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) apresenta a maior prevalência de hipertensão arterial. O baixo controle sobre o próprio trabalho também esteve

relacionado a maior prevalência de hipertensão arterial, sendo mais freqüente entre as funcionárias com baixa escolaridade, menor renda familiar, e de cor da pele preta.

Estudos sobre a natureza do trabalho feminino e as suas implicações para a saúde ainda são escassos no Brasil e devem ser estimulados como o objetivo de traçar o perfil de morbidade e os possíveis determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença dessa população.

Os resultados deste estudo confirmam a importância da hipertensão arterial nesta população e aponta para uma lacuna no controle desta doença: o desconhecimento de algumas funcionárias sobre a sua condição de hipertensa e o baixo nível de controle da pressão arterial entre as hipertensas. Indica assim, a necessidade de ações de caráter educativo sobre os fatores de risco e a importância do controle e do correto tratamento desta patologia que se configura como o principal fator de risco de morbimortalidade cardiovascular em nosso país.

Pretende-se assim, apresentar os resultados obtidos para a população avaliada, bem como ao Serviço de Saúde Universitária (SESU) que desenvolve um programa de controle de hipertensão arterial entre os funcionários na universidade. Desta forma busca-se estabelecer uma parceria e contribuir com o bom desempenho do programa e melhoria da qualidade de vida das funcionárias.

Referências

REFERÊNCIAS

ABRAMO, Laís. Perspectiva de gênero e raça nas políticas públicas. **Mercado de trabalho – IPEA**, v. 25, p. 17-21, nov., 2004.

ALMEIDA, Olga Maria Martins Silva. A resposta neurofisiológica ao stress. In: LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ALVES, Márcia Guimarães de Mello. **Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo pró-saúde**. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.

AQUINO, Estela Maria Motta Lima Leão de *et al.* Hypertension in a female nursing staff-pattern of occurrence, diagnosis, and treatment. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 76, n. 3, p. 203-208, 2001.

ARAÚJO, Tânia Maria de *et al.* Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. **Ciência e saúde coletiva**. v. 11, n. 4, p. 1117-1129, 2006.

ARAÚJO, Tânia Maria *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n. 4, p. 424-433, ago. 2003a.

ARAÚJO, Tânia Maria *et al.* Mal-estar docente – avaliação das condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 29, n. 1, p. 6-21, jan-jun, 2005.

ARAÚJO, Tânia Maria, *et al.* Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciência e saúde coletiva**, v. 8, n. 4, p.991-1003, 2003b.

ARAÚJO, Tânia Maria. **Modelo Demanda-Controle (Job Strain Model):** proposições, limites e usos em estudos de estresse e saúde ocupacional. IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Salvador, ago, 2000.

AREIAS, Maria Elenice Quelho; GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública do Estado de São Paulo. **Psicologia em estudo**. v. 9, n. 2, p. 255-262, mai-ago, 2004.

ASMUS, Carmem Ildes Rodrigues Fróes; FERREIRA, Heloísa Pacheco. Epidemiologia e Saúde do Trabalhador. In: MEDRONHO, Roberto A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

BALLONE, G. J. Estresse. In: **PsiquWeb** – Internet. Disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2005. Acessado em 20 de janeiro de 2007.

BARATA, Luiz Roberto Barradas. Uma trajetória merecidamente resgatada. In: MAENO, Maria; CARMO, José Carlos do. **Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro**. São Paulo: Hucitec, 2005.

BARRETO, Maria Sandhi *et al.* Hypertension and Clustering of Cardiovascular risk factors in a community in southeast Brazil – the Bambuí Health and ageing study. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 77, n. 6, p. 576-581, 2001.

BENSSOUSSAN, Eddy *et al.* **Saúde ocupacional**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988.

BRANDÃO, Ayrton Pires *et al.* Epidemiologia da Hipertensão Arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**. v. 13, n. 1, p. 7-19, jan-fev, 2003.

BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE/ IDB – Indicadores e Dados Básicos – 2005a.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE, Área Técnica de Saúde do Trabalhador – COSAT, Brasília, maio de 2005b

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS). Coordenação de doenças cardiovasculares. **Doenças cardiovasculares no Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância Epidemiológica. **Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT)**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id_area=448. Acessado em 28 de julho de 2006.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE/ IDB – Indicadores e Dados Básicos – 2005a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acessado em 28 de julho de 2006.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE; Conselho Nacional de Saúde CNS. **Resolução nº 196/96. Diretrizes e norma regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1996.

BRITO, Jussara Cruz. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.1, p.195-204, jan-mar, 2000.

BRITO, Jussara. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Ciência e saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p.879-890, 2005.

BRUSCHINI, Cristina. **Fazendo as perguntas certas**: como tornar visível a contribuição das mulheres para a sociedade? II Congresso Latinoamericano de Sociologia do trabalho. Águas de Lindóia, dez, 1996.

BRUSCHINI, Cristina; PUPPIN, Andrea Brandão. Trabalho de mulheres executivas no Brasil no final do século XX. **Cadernos de pesquisa**. v. 34, n. 121, p. 105-138, jan-abr, 2004.

CÂMARA, Valney de Magalhães. Epidemiologia e Ambiente. In: MEDRONHO, Roberto A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

CAMELO, Sílvia H. Henriques; ANGERAMI, Emília Luígia Saporiti. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev. Latino-americana de enfermagem**. v. 12, n. 1, p. 14-21. jan-fev, 2004.

CANDARILLAS, Miguel Angel *et al.* Estressores sociais da hipertensão em comunidades carentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 18, n. 1, p. 62-71, 2005.

CANTOS, Geny Aparecida *et al.* Prevalência de fatores de risco de doença arterial coronária em funcionários de hospital universitário e sua correlação com estresse psicológico. **Bras. Patol. Med. Lab.** v. 40, n. 4, p. 240-247, 2004.

CARVALHO, Fernando M. A introdução da temática ambiental nas ciências da saúde. **Seminários Universidade e Meio Ambiente - Documentos básicos**. Brasília: Secretaria do Meio Ambiente, 1990.

CHOR, Dóra. Hipertensão Arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 71, n. 5, p. 653-660, 1998.

CORDEIRO, Ricardo, *et al.* Ocupação e hipertensão. **Rev. Saúde Pública.** v. 27, n. 5, p. 380-387, out. 1993.

CORDEIRO, Ricardo; LIMA FILHO, Euclides C.; ALMEIDA, Ildeberto M. Pressão Arterial entre trabalhadores de curtume. **Rev. Saúde Pública.** v. 32, n. 5, p. 467-476, 1998.

CORRÊA, Sebastião Augusto; MENEZES, José Ricardo de Melo. **Estresse e trabalho**. [Monografia de especialização]. Campo Grande: Faculdade Estácio de Sá – Santa Catarina, 2002.

COSTA, Juvenal Soares Dias da *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 88, n. 1, p. 59-65, 2007.

CRUZ, Roberto Moraes; SCHERER, Clarissa Guiliani; PEIXOTO, Cristiani do Nascimento. Estresse ocupacional e cargas de trabalho. In: SARDÁ JUNIOR, Jamir J.; LEGAL, Eduardo J.; JABLONSKI JUNIOR, Sérgio J. **Estresse** – conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DANTAS, Julizar; MENDES, René; ARAÚJO, Tânia Maria. Hipertensão Arterial e Fatores Psicossociais no trabalho em uma refinaria de petróleo. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho.** V.2, n.1, p. 55-68, jan-mar, 2004.

DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4. 2002. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**, Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH; Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC; Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN, 2002.

DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 5. 2006. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**, Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH; Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC; Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN, 2006.

DÓREA, Egídio Lima; LOTUFO, Paulo Andrade. Epidemiologia da Hipertensão Arterial no Brasil. In: BRANDÃO, Andréa; AMOEDO, Celso; NOBRE, Fernando; FUCHS, Flávio D. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de Metodologia**. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

FERREIRA, Celson *et al.* **Estudo de prevenção de doenças cardiovasculares para servidores da Unifesp-2000 (Estudo prevServ-UNIFESP-2000)**. Disponível em <http://www.unifesp.br/dmed/cardio/ch/estudoprev.html>. Acessado em 22 de janeiro de 2008.

FISCHER, Frida M. *et al.* Controle, exigências, apoio social no trabalho e efeitos na saúde de trabalhadores adolescentes. **Rev. Saúde Pública**. v. 39, n. 2, p. 245-253, 2005.

FREITAS, Olavo de Carvalho *et al.* Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brazil. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 77, n. 1, p. 16-21, 2001.

FUCHS, Sandra Costa *et al.* Establishing the prevalence of hypertension. Influence of sampling criteria. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 76, n. 6, p. 449-452, 2001.

FUCHS, Sandra Costa. Fatores de risco para hipertensão arterial. In: BRANDÃO, Andréa; AMOEDO, Celso; NOBRE, Fernando; FUCHS, Flávio D. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

GULLO, Aline Beatriz Moreira; MURAYAMA, Simone Pereira Gabriel; FORTES, Tais Masotti Lorenzetti. **Hipertensão arterial: como conhecer para melhor tratá-la**. São Paulo: Paulus, 2004.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York: John Wiley e Sons, 1989.

IRIGOYEN, Maria Cláudia; *et al.* Fisiopatologia da Hipertensão: o que avançamos? **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**. v. 13, n. 1, p. 20-45, jan-fev 2003.

KARASEK, R. A. Job Demand, Job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, 24: 285-308, 1979.

KLEINBAUN, D. G. **Logistic regression: a self-learning text**. New York: Springer – Verlag, 1994.

KRIEGER, José Eduardo; PEREIRA, Alexandre Costa. Genética da Hipertensão Arterial. In: BRANDÃO, Andréa; AMOEDO, Celso; NOBRE, Fernando; FUCHS, Flávio D. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n. 4, p. 757-766, abr, 2007.

LESSA, I. Os estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil – análise crítica dos estudos de prevalência. **Inf. Epidemiológico do SUS**. v.2, n. 3, p. 57-75, 1993.

LESSA, Ínes *et al.* Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) – Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 87, n. 6, p. 747-756, 2006.

LIMA, Diva Eleonora da Rocha. **Fatores de risco para doença arterial coronariana em funcionárias de ensino superior**. 2004. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva)-Departamento de Saúde, UEFS, Feira de Santana, 2004.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; PEIXOTO, Sérgio Viana; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). **Revista de Saúde Pública**. v. 38, n. 5, p. 637-642, 2004.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Rev. Psiq. Clín.** v. 28, n. 6, p. 347-349, 2001.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. *Stress e Qualidade de Vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: Diferenças entre Homens e Mulheres*. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 15, n. 3, p. 537-548, 2002.

LOURES, Débora Lopes *et al.* Estresse mental e sistema cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 78, n. 5, p. 525-530, 2002.

LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. et al. (orgs.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 7-18.

MAENO, Maria; CARMO, José Carlos do. **Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MARCOPITO, Luiz Francisco *et al.* Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. v. 39, n. 5, p. 738-745, 2005.

MENDES, René. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores: I. Morbidade. **Rev. Saúde Pública**. v. 22, n. 4, p. 311-326. ago. 1988.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**. v.25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SOUZA, Edinilsa R. Violência para Todos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n.1, p. 65-78, jan/mar, 1993.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sônia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador - percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, n.2 p. 21-32, 1997.

MION JUNIOR, Décio *et al.* Hypertension in employees of a university general hospital. **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo**. v. 59, n. 6, p. 329-336, 2004.

MORAES, Eunice Léa de; GASSEN, Gladis Vera. A transversalização das questões de gênero e raça nas ações de qualificação social e profissional. **IPEA-Mercado de trabalho**. v. 25, p. 23-30, nov 2004.

MOREIRA, Leila Beltrami. Álcool e hipertensão arterial. **Hipertensão**. v. 8, n. 1, p. 19-21, 2005.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. O drama da mulher no mundo do trabalho: o ser e o estar. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Orgs.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 439-453.

OLIVEIRA, N. F. de; SANTANA, V. S.; LOPES, A. A. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 90-99, fev., 1997.

OMS. Relatório Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas** – componentes estruturais de ação. Organização Mundial da Saúde - Brasília, 2003.

PAULA, Christiane Catherine *et al.* Estresse, aspectos sociais e biopsicológicos. **Revista de Psicofisiologia**, v.3, n.2, 2000.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: Teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006.

PESSUTO, Janete; CARVALHO, Emília Campos de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. latinoam. enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, jan., 1998.

PORTO, Celmo Celeno. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

REIS, Eduardo José Farias Borges *et al.* Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 21, n. 5, p. 1480-1490, set-out, 2005.

ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz *et al.* Valores de pressão arterial em trabalhadores de uma instituição universitária. **Ciência y Enfermería**. v. 8, n. 1, p. 57-65, 2002.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SABRY, Maria Olganê Dantas; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no nordeste do Brasil. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 15, n. 2, p. 139-147, mai-ago, 2002.

SABRY, Maria Olganê Dantas; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Tabagismo e etilismo em funcionários da Universidade Estadual do Ceará. **J. Pneumol.** v. 25, n. 6, nov-dez, 1999.

SANTOS, Ubiratan de Paula. Para reconstruir sonhos e o desejo de realizá-los. In: MAENO, Maria; CARMO, José Carlos do. **Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro**. São Paulo: Hucitec, 2005.

SARDÁ JUNIOR, Jamir J.; LEGAL, Eduardo J.; JABLONSKI JUNIOR, Sérgio J. **Estresse** – conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOBRINHO, Carlito Lopes do Nascimento *et al.* Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 22, n. 1, p. 131-140, jan, 2006.

TEODÓSIO, Maria Regueira *et al.* Hipertensão na mulher: estudo em mães de escolares de Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco – Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 50, n. 2, p.158-162, 2004.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais** – a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas , 1992.

TROMBETTA, Ivani Credidio *et al.* Sedentarismo e risco cardiovascular. **Hipertensão.** v. 9, n.2, p. 65-71, 2006.

VERMELHO, Letícia Legay; MONTEIRO, Mário F. G. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, Roberto A. et al. **Epidemiologia.** São Paulo: Atheneu, 2006.

VIEIRA, Lucélia Chiavegato *et al.* **O estresse ocupacional em enfermeiros.** In: Guimarães, Liliana A. M; Grubits, Sônia. Saúde Mental e trabalho. v. 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

XIMENES, Priscila Mara Olivieri. **Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica em pacientes submetidos a tratamento odontológico na FOUSP.** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Manual de Instruções para coleta de dados

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA

**PROJETO: Associação entre hipertensão arterial e estresse ocupacional
entre mulheres empregadas em uma instituição de ensino superior**

MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA COLETA DE DADOS

Feira de Santana - 2007

RESPONSÁVEL

- ✓ Cristina de Sousa Borges Goes – Fisioterapeuta – Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UEFS.

INFORMAÇÕES GERAIS

- ✓ Na pasta do entrevistador deve conter o seguinte material: lápis, borracha, caneta azul, papel, cliques, instrumentos de coleta de dados, Termo de consentimento livre e esclarecido, conjunto para medir a pressão arterial (Esfigmomanômetro Aneróide com Estetoscópio);
- ✓ Todas as informações coletadas durante essa pesquisa devem ter a sua confidencialidade assegurada;
- ✓ Ao chegar ao setor de trabalho da entrevistada, o pesquisador deve identificar-se, explicar os objetivos do estudo, garantir a confidencialidade dos dados e caso a entrevistada aceite em participar da pesquisa a mesma deve ler e assinar o Termo de consentimento livre e esclarecido;
- ✓ Em caso de recusa, o entrevistador deve anotar que a mesma não aceitou participar da pesquisa;
- ✓ Durante a entrevista o entrevistador deve se esforçar para não influenciar as respostas, além de tentar ser o mais claro e objetivo possível na formulação das perguntas;
- ✓ Escolher um local discreto para a realização da entrevista, pois a mesma deve ser realizada a sós com a entrevistada e em uma única sessão.
- ✓ Fazer uma pergunta de cada vez e esforçar-se, o máximo possível, para que a entrevistada responda a todas as questões;
- ✓ O questionário deve ser preenchido de **caneta azul**;
- ✓ Escrever, **a lápis**, na parte superior do questionário **o nome** da entrevistada e o **número de matrícula**;
- ✓ Ao final do questionário colocar a data da entrevista e assinar.

IDENTIFICAÇÃO: Este campo será posteriormente preenchido pelo avaliador.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nascimento: anotar a data de nascimento da entrevistada.

Idade: Confirmar e anotar a idade da entrevistada.

Cor da pele: perguntar a entrevistada como ela classifica a cor da sua pele, dando-lhes as opções.

Situação conjugal: assinalar a situação conjugal atual da entrevistada.

Residência: anotar o município de residência da entrevistada.

Escolaridade e Situação escolar: assinalar o nível de escolaridade da entrevistada.

Renda: anotar a renda mensal da entrevistada (incluindo outros rendimentos).

Filhos: assinalar se a entrevistada tem filhos e o número destes.

HISTÓRIA OCUPACIONAL

TRABALHO ATUAL: bloco de perguntas com questões referentes ao setor de trabalho atual da entrevistada.

Profissão: perguntar a profissão da entrevistada.

Ocupação: anotar a ocupação exercida pela entrevistada.

Tempo na UEFS: anotar há quanto tempo a entrevistada trabalha na UEFS (quando preencher, especificar se em meses ou em anos).

Setor de trabalho: preencher com o setor de trabalho atual da entrevistada.

Tempo no setor atual: perguntar há quanto tempo a entrevistada trabalha neste setor (quando preencher, especificar se em meses ou em anos).

Carga horária semanal: anotar a carga horária semanal de trabalho da entrevistada (em horas).

Turno de trabalho: assinalar o turno e trabalho.

Vínculo de trabalho: assinalar o vínculo de trabalho com a instituição.

Outros rendimentos: perguntar se a entrevistada tem outros rendimentos além do salário recebido pelo trabalho na UEFS.

Trabalho em outros setores: perguntar se a entrevista já trabalhou em outros setores na UEFS.

Trabalho antes da UEFS: questionar se a entrevistada já trabalhou em outro local antes de vir trabalhar na UEFS.

Idade início de trabalho: anotar com que idade a entrevistada começou a trabalhar.

TRABALHOS ANTERIORES: blocos de perguntas com questões referentes ao setor de trabalho na UEFS ou outro local de trabalho que a entrevistada tenha trabalhado por mais tempo.

OBS.: Para este bloco de questões, esforçar-se ao máximo para que a entrevistada lembre-se de fatos importantes, com o cuidado para não influenciar nas respostas.

UEFS: este bloco de questões deve ser respondido caso o trabalho que a entrevistada tenha trabalhado por mais tempo foi na própria UEFS.

Setor de trabalho: questionar qual era este setor de trabalho.

Ocupação: anotar qual era a sua ocupação.

Tempo de trabalho: perguntar por quanto tempo a entrevistada trabalhou neste setor.

Carga horária semanal: anotar qual era a carga horária semanal nesta ocupação (em horas).

Turno de trabalho: assinalar qual era o turno e trabalho.

Vínculo: assinalar era o vínculo de trabalho com a instituição.

OUTRO LOCAL OU INSTITUIÇÃO: este bloco de questões deve ser respondido caso o trabalho que a entrevistada tenha trabalhado por mais tempo foi em outro local ou outra instituição.

Emprego/atividade: anotar qual era o emprego ou atividade exercida pela entrevistada.

Código do setor: este campo será posteriormente preenchido pelo avaliador

Período: questionar qual foi o período (intervalo de tempo) que ela passou neste emprego/atividade.

Lugar de trabalho: assinalar o local que a entrevistada exercia o seu emprego/atividade.

Tempo de trabalho: perguntar por quanto tempo a entrevistada trabalhou neste emprego/atividade.

Carga horária semanal: questionar qual era a carga horária semanal exercida.

Carteira assinada: perguntar se a entrevista tinha carteira assinada neste período.

Previdência: perguntar se a entrevistada contribuía coma previdência social.

Tipo de trabalho: assinalar como a entrevistada considerava esse trabalho.

Turno de trabalho: assinalar qual era o turno de trabalho.

HÁBITOS DE VIDA

Exercício físico: perguntar se a entrevistada pratica exercício físico. Se afirmativo, questionar sobre: o **tipo de exercício**, a **frequência** (x/semana), **duração** (minutos), **há quanto tempo** (meses/anos).

Fumo: perguntar se a entrevistada é fumante. Se afirmativo, questionar a **quanto tempo** e **quantos cigarros por dia**. Caso a resposta seja negativa, perguntar se a entrevistada **já fumou**. Se afirmativo, perguntar por quanto **tempo fumou**, há quanto **tempo deixou de fumar**, e quantos **cigarros fumava por dia**. Se a entrevistada **não** for fumante, questionar se é fumante passivo (explicar caso necessário) e assinalar o local mais freqüente.

Bebida alcoólica: perguntar se a entrevista faz uso de bebida alcoólica. Se afirmativo questionar a quanto tempo e preencher o bloco de questões referentes ao CAGE. Neste bloco de perguntas, deverão ser assinaladas as questões que forem respondidas de forma afirmativa. (Poderá ser uma ou todas as questões).

ANTECEDENTES FAMILIARES

Neste bloco de questões, perguntar a entrevistada sobre os antecedentes familiares para as patologias listadas e assinalar a(s) opções apresentadas.

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

Neste bloco de questões, perguntar a entrevistada se a mesma apresenta alguma das patologias listadas, assinalando a(s) opções apresentadas.

Se a entrevistada responder positivamente que tem pressão alta, questionar quem fez o diagnóstico e assinalar a opção indicada.

AVALIAÇÃO DE ESTRESSE NO TRABALHO

Perguntar a entrevistada como ela avalia o seu trabalho.

JCQ: este instrumento tem o objetivo de detectar o estresse ocupacional, e será aplicado em duas versões. Na primeira versão, com 38 questões, a entrevistada deverá ser orientada a dar a resposta que melhor corresponder, ou melhor se aproximar da sua **atual situação de trabalho**. Na segunda versão, com 14 questões, a entrevista deverá ser orientada a responder de acordo com o trabalho/atividade que permaneceu por um período maior (o mesmo emprego/atividade que respondeu no bloco sobre **trabalhos anteriores**, seja na UEFS ou em outro local/instituição).

AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)

Devem ser efetuadas **três** aferições, com um intervalo mínimo de 10 minutos entre cada aferição (a 1ª aferição no início da entrevista, a 2ª aferição no meio da entrevista – antes de responder ao JCQ, e a 3ª aferição ao final da entrevista).

A entrevistada deve ser informada sobre todos os procedimentos a serem adotados durante a medição da pressão arterial a fim de diminuir a tensão emocional que poderá ser gerada durante a entrevista.

- A avaliada deve estar sentada confortavelmente;
- Aguardar de 5 a 10 minutos para começar a mensuração da pressão arterial;
- Ter certeza de que a entrevistada não praticou exercício físico de 60 a 90 minutos antes;
- Ter certeza de que a entrevistada não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumou 30 minutos antes;
- Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado durante a aferição;
- Solicitar para que a entrevistada não fale durante a aferição.
- O braço para a verificação da PA deverá ser, preferencialmente, o direito. Este deve ser apoiado confortavelmente sobre a mesa o qual será colocado o esfigmomanômetro, devidamente calibrado. O braço deverá permanecer em nível equivalente ao do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.
- Colocar a bolsa inflável do manguito cerca de 2 a 3 cm acima da fossa cubital. A bolsa deverá estar centralizada sobre a artéria braquial, para ser inflada.
- Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva;
- Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica;
- Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo)
- Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
- Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff);

- Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
- Registrar os valores encontrados da sistólica/diastólica;
- Ao final das três aferições informar os valores encontrados para entrevistada.

A pressão arterial final será determinada pela média aritmética da 2ª e 3ª medidas e será calculada pelo avaliador.

APÊNDICE B – Questionário estruturado

UEFS - Universidade Estadual de Feira de Santana – Departamento de Saúde – Mestrado em Saúde Coletiva / Núcleo de Epidemiologia
 PROJETO: Associação entre hipertensão arterial e estresse ocupacional entre mulheres empregadas em uma instituição de ensino superior

IDENT _____

Nº matrícula _____	NMAT _____
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
1. Nasc.: ____/____/____	2. Idade: ____ (anos)
3. Como você classificaria a sua cor da pele?	IDADE _____
1 () Branca 2 () Parda 3 () Preta 4 () Amarela 5 () Indígena	COR _____
4. Situação Conjugal:	SITCONJ _____
1 () Solteira 2 () Casada 3 () União estável 4 () Separada/divorciada 5 () Viúva	RES _____
5. Onde você mora?	ESCOL _____
1 () Feira de Santana 2 () Salvador 3 () Outra _____	SITESC _____
6. Qual o seu grau de escolaridade?	RESCOL _____
1 () Fundamental - 1ª a 4ª série 2 () Fundamental - 5ª a 8ª série	
3 () Ensino Médio 4 () Superior 5 () Pós-graduação	
7. Situação escolar:	RENDA _____
1 () Incompleto 0 () Completo	
8. Qual é, em média, a renda da sua família (em salários mínimos)?	PARIDADE _____
1 () 1 a 2 SM 2 () 3 a 4 SM 3 () 5 a 6 SM 4 () 7 a 10 SM 5 () >10 SM	
9. Você tem filho (s)?	NUMFIL _____
1 () Sim 0 () Não	
10. Caso afirmativo, quantos? _____ 88 () Não aplica	

HISTÓRIA OCUPACIONAL

TRABALHO ATUAL

As questões abaixo se referem ao seu setor de trabalho atual na UEFS

1. Qual a sua profissão? _____	PROF _____
2. Qual a sua ocupação? _____	OCUP _____
3. Há quanto tempo você trabalha na UEFS? _____	TEMP _____
4. Qual o seu setor de trabalho? _____	SETOR _____
5. Há quanto tempo você trabalha neste setor? _____	TEMPSET _____
6. Qual a carga horária semanal? _____	CHSEM _____
7. Qual o seu turno de trabalho?	TURNO _____
1 () Matutino 2 () Vespertino 3 () Diurno fixo 4 () Noturno fixo	
5 () Diurno e noturno (alternante) 6 () Outro (especifique) _____	
8. Qual o seu vínculo com a UEFS?	VINCLO _____
1 () UEFS 2 () Fapex 3 () REDA 4 () ACMAV /Focus 5 () Outro _____	
9. Além do trabalho na UEFS você tem outra atividade que lhe dê rendimento?	OUTREND _____
1 () Sim 0 () Não	
10. Você já trabalhou em outro(s) setor(es) na UEFS?	OUTSET _____
1 () Sim 0 () Não	
11. Antes de trabalhar na UEFS você já trabalhou em outro local?	TRABANT _____
1 () Sim 0 () Não	
12. Com que idade você começou a trabalhar? _____	IDADETRAB _____

TRABALHOS ANTERIORES			
Agora gostaríamos que você respondesse sobre o trabalho/setor que você trabalhou por mais tempo no período entre 1997 e 2007.			
		0 () Sim	1 () Não
• Se o trabalho que você ficou por um período maior foi na UEFS, informe sobre o setor que você trabalhou por mais tempo:			
		0 () Sim	1 () Não
		8 () Não se aplica	
13. Qual foi o setor? _____			SETANT _____
14. Qual era a sua ocupação? _____			OCUPANT _____
15. Por quanto tempo você trabalhou neste setor? _____			TEMPSANT _____
16. Qual era a carga horária semanal? _____			CHSEMANT _____
17. Qual era o seu turno de trabalho?			TURSANT _____
1 () Matutino	2 () Vespertino	3 () Diurno fixo	4 () Noturno fixo
5 () Diurno e noturno (alternante) 6 () Outro (especifique) _____			
18. Qual era o seu vínculo com a UEFS?			VINCANT _____
1 () UEFS 2 () Fapex 3 () REDA 4 () PREDIAL/ACMAV/FOCUS/ATIVA 5 () Outro _____			
• Se o trabalho que você ficou por um período maior foi em outro local ou instituição, informe sobre o emprego/atividade você tenha trabalhado mais tempo:			
		0 () Sim	1 () Não
		8 () Não se aplica	
19. Qual foi o Emprego/atividade? _____	20. Cod. Setor* _____		CODSET _____
21. Qual foi o período? _____			PERIOD _____
22. Em que lugar você trabalhava?			
1 () Empresa privada	2 () Repartição Pública	3 () Na rua	LOCTRAB _____
4 () Em sua própria casa	5 () Na casa de outra pessoa	6 () Outro _____	
23. Por quanto tempo você trabalhou neste emprego/atividade? _____			TEMPTRAB _____
24. Qual era a carga horária semanal? _____			CHTRAB _____
25. Você possuía carteira assinada?	0 () Sim	1 () Não	CART _____
26. Você contribuía com a previdência?	0 () Sim	1 () Não	PREV _____
27. Como você caracterizava este trabalho?	0 () Regular	1 () Temporário	TIPOTRAB _____
28. Qual era o seu turno de trabalho?			TURNTRAB _____
1 () Matutino	2 () Vespertino	3 () Diurno fixo	4 () Noturno fixo
5 () Diurno e noturno (alternante) 6 () Outro (especifique) _____			
*Código Setor: 1.serviços domésticos; 2.construção civil; 3.indústria manufatureira; 4.Comércio; 5.transporte; 6.Ensino; 7.Outros serviços			
HÁBITOS DE VIDA			
1. Você pratica exercício físico?	0 () Sim	1 () Não	EXFISIC _____
2. Qual o tipo exercício físico?		8 () Não se aplica	TIPOEF _____
1 () Caminhada 2 () Academia 3 () Natação 4 () Hidroginástica 5 () Outros _____			
3. Frequência(X por semana): _____		8 () Não se aplica	FREQEF _____
4. Duração/min: _____		888 () Não se aplica	DUR _____
5. Há quanto tempo (anos/meses): _____		888 () Não se aplica	TEMEF _____
6. Você fuma?	1 () Sim	0 () Não	TABAG _____
7. Se afirmativo, há quanto tempo: _____		888 () Não se aplica	TEMTB _____
8. Quantos cigarros você fuma por dia? _____		88 () Não se aplica	NCIG _____
9. Se não fuma, você já fumou?	1 () Sim	0 () Não	8 () Não se aplica
10. Por quanto tempo você fumou? _____		888 () Não se aplica	TEMEXTB _____
11. Há quanto tempo deixou de fumar?(anos/meses) _____		888 () Não se aplica	DEIXFU _____
12. Quantos cigarros você fumava por dia? _____		88 () Não se aplica	NCIGA _____
13. Você é fumante passivo?	1 () Sim	0 () Não	FPASSIV _____
14. Se afirmativo qual o local?	1 () Casa	2 () Trabalho	3 () Ambos
		8 () Não se aplica	FPLOC _____
15. Você faz uso de bebidas alcoólicas?	1 () Sim	0 () Não	BALC _____
16. Há quanto tempo faz uso de bebidas alcoólicas? _____ (anos)		88 () Não se aplica	TEMBAL _____

1. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	1 () Sim	0 () Não
2. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	1 () Sim	0 () Não
3. Sente-se aborrecido(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma beber?	1 () Sim	0 () Não
4. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	1 () Sim	0 () Não
8 () Não se aplica		CAGE_____

ANTECEDENTES FAMILIARES						
1. Obesidade	3 () Pai	4 () Mãe	8 () Irmãos	9 () Ninguém	13 () Não sabe	OBES_____
2. Pressão alta	3 () Pai	4 () Mãe	8 () Irmãos	9 () Ninguém	13 () Não sabe	PRESALT_____
3. Diabetes	3 () Pai	4 () Mãe	8 () Irmãos	9 () Ninguém	13 () Não sabe	DM_____
4. Colesterol alto	3 () Pai	4 () Mãe	8 () Irmãos	9 () Ninguém	13 () Não sabe	HCOL_____
5. Angina	3 () Pai	4 () Mãe	8 () Irmãos	9 () Ninguém	13 () Não sabe	ANGINA_____
6. Infarto	3 () Pai	4 () Mãe	8 () Irmãos	9 () Ninguém	13 () Não sabe	INFART_____
7. Morte súbita	3 () Pai	4 () Mãe	8 () Irmãos	9 () Ninguém	13 () Não sabe	MORSUB_____
8. Derrame	3 () Pai	4 () Mãe	8 () Irmãos	9 () Ninguém	13 () Não sabe	DERRAME_____
9. Insuficiência cardíaca	3 () Pai	4 () Mãe	8 () Irmãos	9 () Ninguém	13 () Não sabe	ICARD_____
10. Fumante	3 () Pai	4 () Mãe	8 () Irmãos	9 () Ninguém	13 () Não sabe	TABACO_____
11. Sedentarismo	3 () Pai	4 () Mãe	8 () Irmãos	9 () Ninguém	13 () Não sabe	SEDENT_____

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL			
1. Diabetes	1 () Sim	0 () Não	DMS_____
2. Colesterol alto	1 () Sim	0 () Não	HCOLS_____
3. Obesidade	1 () Sim	0 () Não	OBESS_____
4. Pressão alta	1 () Sim	0 () Não	HASS_____
5. Câncer	1 () Sim	0 () Não	CANCS_____
6. DORT	1 () Sim	0 () Não	DORTS_____
7. Angina	1 () Sim	0 () Não	ANGS_____
8. Infarto	1 () Sim	0 () Não	INFARTS_____
9. Derrame	1 () Sim	0 () Não	DERMS_____
10. Doença na tireóide	1 () Sim	0 () Não	DTIREOS_____
11. Apnéia do sono	1 () Sim	0 () Não	APNÉIAS_____
12. Se tem pressão alta, quem fez o diagnóstico?	8 () Não se aplica		DIAGNPA_____
	1 () Médico 2 () Enfermeiro 3 () Outro profissional de saúde (especificar)		4 () Outros (especificar)
13. Se for hipertenso, faz uso de medicação para pressão alta?	0 () Sim 1 () Não		MEDCPA_____
	8 () Não se aplica		
14. Nos últimos 12 meses, você faltou ao trabalho por problemas de saúde?	1 () Sim 0 () Não		FALTRAB_____
15. Caso afirmativo, quantos dias, em média, você faltou no último ano por problema de saúde?	888 () Não se aplica		DIASFAL_____
16. No último ano você teve licença médica ou foi afastado do trabalho?	1 () Sim 0 () Não		LICENTRAB_____
17. Caso afirmativo, qual o motivo da licença e/ou afastamento?	8 () Não se aplica		MOTLICEN_____
AVALIAÇÃO DE ESTRESSE NO TRABALHO			
18. Como você avalia o seu trabalho?	1 () Muito estressante 2 () Pouco estressante 3 () Não é estressante		AVTRAB_____

AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL/MENSURAÇÃO		
	PAS	PAD
PA – 1ª medida		
PA – 2ª medida		
PA – 3ª medida		
PA – Média		

PASM _____

PADM _____

____ / ____ / ____

Assinatura do entrevistador

____ / ____ / ____

Assinatura do avaliador

APÊNDICE C – Caracterização das variáveis

CARACTERÍSTICAS DAS VARIÁVEIS		
LABEL	NOME	FORMATO
Idade	IDADE	EM ANOS
Cor da pele	COR	1. Branca 2. Parda 3. Preta 4. Amarela 5. Indígena 9. Não respondeu
Situação conjugal	SITCONJ	1. Solteira 2. Casada 3. União estável 4. Separada/divorciada 5. Viúva 9. Não respondeu
Local de residência	RES	1. Feira de Santana 2. Salvador 3. Outra 9. Não respondeu
Escolaridade	ESCOL	0. Analfabeta 1. Fundamental – 1ª a 4ª série 2. Fundamental - 5ª a 8ª série 3. Ensino médio 4. Superior 5. Pós-graduação 9. Não respondeu
Situação escolar	SITESC	0. Completo 1. Incompleto 8. Não se aplica 9. Não respondeu
Renda mensal	RENDA	1. 1 a 2 SM 2. 3 a 4 SM 3. 5 a 6 SM 4. 7 a 10 SM 5. ≥ 10 SM 9. Não respondeu
Tem filhos	PARIDADE	0. Não 1. Sim 9. Não respondeu
Número de filhos	NUMFIL	CONTINUA
Profissão	PROF	
Ocupação atual	OCUP	
Tempo de trabalho na UEFS (meses)	TEMP	EM MESES
Setor de trabalho atual	SET	
Tempo de trabalho setor atual (meses)	TEMPSET	EM MESES
Carga horária semanal atual	CHSEM	EM HORAS
Turno de trabalho atual	TURNO	1. Matutino 2. Vespertino 3. Diurno fixo 4. Noturno fixo 5. Diurno e noturno (alternante) 6. Outro 9. Não respondeu
Vínculo de trabalho atual	VINCLO	1. UEFS 2. Fapex 3. REDA 4. ACMV/FOCUS 5. Outro 9. Não Respondeu
Outros rendimentos	OUTREND	0. Não 1. Sim 9. Não respondeu
Outro setor de trabalho na UEFS	OUTSET	0. Não 1. Sim 9. Não respondeu
Trabalho anterior à UEFS	TRABANT	0. Não 1. Sim 9. Não respondeu
Idade que começou a trabalhar (anos)	IDADETRA	EM ANOS
Outro trabalho por mais tempo entre 1997-2007	OUTRAB	0. Não 1. Sim 9. Não Respondeu
Trabalho por mais tempo foi na UEFS	TRAUEFS	0. Não 1. Sim 8. Não se aplica 9. Não Respondeu
Setor de trabalho anterior na UEFS	SETANT	
Ocupação anterior na UEFS	OCUPAN	
Tempo de trabalho no setor anterior (meses)	TEMPSAN	EM MESES
Carga horária semanal setor anterior	CHSEMAN	EM HORAS
Turno de trabalho no setor anterior	TURSAN	1. Matutino 2. Vespertino 3. Diurno fixo 4. Noturno fixo 5. Diurno e noturno (alternante) 6. Outro 8. Não se aplica 9. Não respondeu
Vínculo de trabalho anterior	VINCAN	1. UEFS 2. Fapex 3. REDA 4. PREDIAL/ACMAV/FOCUS/ ATIVA 5. Outro 8. Não se aplica 9. Não Respondeu
Trabalho por mais tempo foi em outro local	TRAOUT	0. Não 1. Sim 8. Não se aplica 9. Não respondeu

Qual foi emprego/atividade	EMPREG		
Código do setor de trabalho	CODSET	1. Serviços domésticos 2. Construção civil 3. Indústria manufatureira 4. Comércio	5. Transporte 6. Ensino 7. Outro 8. Não se aplica 9. Não respondeu
Período do trabalho anterior	PERIOD		
Local do trabalho anterior	LOCTRAB	1. Empresa privada 2. Repartição pública 3. Na rua 4. Em sua própria casa	5. Na casa de outra pessoa 6. Outro 9. Não respondeu
Tempo de trabalho anterior (meses)	TEMPTRAB		EM MESES
Carga horária semanal de trabalho anterior	CHTRAB		EM HORAS
Carteira assinada	CART	0. Sim 1. Não	8. Não se aplica 9. Não respondeu
Contribuição previdência	PREV	0. Sim 1. Não	8. Não se aplica 9. Não respondeu
Tipo de trabalho	TIPOTRAB	0. Regular 1. Temporário	8. Não se aplica 9. Não respondeu
Turno de trabalho	TURTRAB	1. Matutino 2. Vespertino 3. Diurno fixo 4. Noturno fixo	5. Diurno e noturno (alternante) 6. Outro 8. Não se aplica 9. Não respondeu
Exercício físico	EXFISIC	0. Sim 1. Não	9. Não respondeu
Tipo de exercício físico	TIPOEF	1. Caminhada 2. Academia 3. Natação 4. Hidroginástica	5. Outro 8. Não se aplica 9. Não respondeu
Frequência do exercício físico (X/semana)	FREQEF	CONTINUA (1 – 7)	8. Não se aplica 9. Não respondeu
Duração do exercício físico (minutos)	DUREF	EM MINUTOS	888. Não se aplica 999. Não respondeu
Tempo de exercício físico (meses)	TEMEF	EM MESES	888. Não se aplica 999. Não respondeu
Fumante	TABAG	0. Não 1. Sim	9. Não respondeu
Tempo fumante (meses)	TEMTB	EM MESES	888. Não se aplica 999. Não respondeu
Número de cigarros por dia	NCIG	CONTINUA	88. Não se aplica 99. Não respondeu
Ex-fumante	EXTB	0. Não 1. Sim	8. Não se aplica 9. Não respondeu
Tempo que deixou de fumar (meses)	DEIXFU	EM MESES	888. Não se aplica 999. Não respondeu
Por quanto tempo fumou (meses)	TEMEXTB	EM MESES	888. Não se aplica 999. Não respondeu
Número de cigarros que fumava	NCIGA	CONTINUA	88. Não se aplica 99. Não respondeu
Fumante passivo	FPASSIV	0. Não 1. Sim	9. Não respondeu
Local de fumante passivo	FPLOC	1. Casa 2. Trabalho 3. Ambos	8. Não se aplica 9. Não respondeu
Bebida alcoólica	BALC	0. Não 1. Sim	9. Não respondeu
Tempo bebida alcoólica (anos)	TEMBAL	EM ANOS	88. Não se aplica 99. Não respondeu
Diminuir a bebida ou parar de beber	PARABEBE	0. Não 1. Sim	8. Não se aplica 9. Não respondeu
Pessoas criticam modo de beber	CRITICA	0. Não 1. Sim	8. Não se aplica 9. Não respondeu
Aborrecido consigo como bebe	ABORRECE	0. Não 1. Sim	8. Não se aplica 9. Não respondeu
Bebe pela manhã para diminuir nervosismo	BEBEMAN	0. Não 1. Sim	8. Não se aplica 9. Não respondeu
CAGE	CAGE	CONTINUA (1 – 7)	8. Não se aplica 9. Não respondeu

Obesidade familiar	OBES	3. Pai 4. Mãe 7. Pai e Mãe 8. Irmãos 9. Ninguém	11. Pai e Irmãos 12. Mãe e Irmãos 13. Não Sabe 15. Pai, Mãe e Irmãos 99. Não respondeu
Hipertensão familiar	PRESALT	3. Pai 4. Mãe 7. Pai e Mãe 8. Irmãos 9. Ninguém	11. Pai e Irmãos 12. Mãe e Irmãos 13. Não Sabe 15. Pai, Mãe e Irmãos 99. Não respondeu
Diabetes mellitus familiar	DM	3. Pai 4. Mãe 7. Pai e Mãe 8. Irmãos 9. Ninguém	11. Pai e Irmãos 12. Mãe e Irmãos 13. Não Sabe 15. Pai, Mãe e Irmãos 99. Não respondeu
Hipercolesterolemia familiar	HCOL	3. Pai 4. Mãe 7. Pai e Mãe 8. Irmãos 9. Ninguém	11. Pai e Irmãos 12. Mãe e Irmãos 13. Não Sabe 15. Pai, Mãe e Irmãos 99. Não respondeu
Angina familiar	ANGINA	3. Pai 4. Mãe 7. Pai e Mãe 8. Irmãos 9. Ninguém	11. Pai e Irmãos 12. Mãe e Irmãos 13. Não Sabe 15. Pai, Mãe e Irmãos 99. Não respondeu
Infarto familiar	INFART	3. Pai 4. Mãe 7. Pai e Mãe 8. Irmãos 9. Ninguém	11. Pai e Irmãos 12. Mãe e Irmãos 13. Não Sabe 15. Pai, Mãe e Irmãos 99. Não respondeu
Morte súbita familiar	MORSUB	3. Pai 4. Mãe 7. Pai e Mãe 8. Irmãos 9. Ninguém	11. Pai e Irmãos 12. Mãe e Irmãos 13. Não Sabe 15. Pai, Mãe e Irmãos 99. Não respondeu
AVC familiar	DERRAME	3. Pai 4. Mãe 7. Pai e Mãe 8. Irmãos 9. Ninguém	11. Pai e Irmãos 12. Mãe e Irmãos 13. Não Sabe 15. Pai, Mãe e Irmãos 99. Não respondeu
Insuficiência cardíaca familiar	ICARD	3. Pai 4. Mãe 7. Pai e Mãe 8. Irmãos 9. Ninguém	11. Pai e Irmãos 12. Mãe e Irmãos 13. Não Sabe 15. Pai, Mãe e Irmãos 99. Não respondeu
Fumante familiar	TABACO	3. Pai 4. Mãe 7. Pai e Mãe 8. Irmãos 9. Ninguém	11. Pai e Irmãos 12. Mãe e Irmãos 13. Não Sabe 15. Pai, Mãe e Irmãos 99. Não respondeu
Sedentarismo familiar	SEDENT	3. Pai 4. Mãe 7. Pai e Mãe 8. Irmãos 9. Ninguém	11. Pai e Irmãos 12. Mãe e Irmãos 13. Não Sabe 15. Pai, Mãe e Irmãos 99. Não respondeu
Diabetes sujeito	DIAB	0. Não 1. Sim	9. Não respondeu
Hipercolesterolemia sujeito	HCOL	0. Não 1. Sim	9. Não respondeu
Obesidade sujeito	OBES	0. Não 1. Sim	9. Não respondeu
Hipertensão sujeito	HAS	0. Não 1. Sim	9. Não respondeu
Câncer sujeito	CANC	0. Não 1. Sim	9. Não respondeu
DORT	DORT	0. Não 1. Sim	9. Não respondeu
Angina sujeito	ANG	0. Não 1. Sim	9. Não respondeu
Infarto sujeito	INFART	0. Não 1. Sim	9. Não respondeu
AVC sujeito	DERM	0. Não 1. Sim	9. Não respondeu

Doença na tireóide sujeito	DTIREO	0. Não 1. Sim	9. Não respondeu
Apnéia do sono sujeito	APNÉIA	0. Não 1. Sim	9. Não respondeu
Quem fez diagnóstico de hipertensão	DIAGNPA	1. Médico 2. Enfermeiro 3. Outro profissional saúde	4. Outro 8. Não se aplica 9. Não respondeu
Uso de medicamento para hipertensão	MEDCPA	0. Sim 1. Não	8. Não se aplica 9. Não respondeu
Faltou ao trabalho (12 meses)	FALTRAB	0. Não 1. Sim	9. Não respondeu
Quantos dias faltou ao trabalho (12 meses)	DIASFAL	CONTINUA (EM MESES)	888. Não se aplica 999. Não respondeu
Licença médica ou afastamento (12 meses)	LICTRAB	0. Não 1. Sim	9. Não respondeu
Motivo licença	MOTLIC		
Avaliação do estresse no trabalho	AVTRAB	1. Muito estressante 2. Pouco estressante	3. Não é estressante 9. Não respondeu
Pressão arterial sistólica média	PASM	CONTINUA (EM mmHg)	
Pressão arterial diastólica média	PADM	CONTINUA (EM mmHg)	
Possibilita aprender coisas novas	NOVAS	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Envolve trabalho repetitivo	REPETE	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Requer que você seja criativo	CRIATIVO	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Exige um alto nível de habilidade	HABILID	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Você pode fazer muitas coisas diferentes	COISADIF	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Oportunidade de desenvolver habilidades especiais	HABESP	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Dizer o que acontece no meu trabalho é considerado	DIZER	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Permite tomar muitas decisões por sua própria conta	DECISOES	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Pouca liberdade para decidir como fazer suas próprias tarefas	POUCALIB	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Requer que você trabalhe muito duro	TRABDURO	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Requer que você trabalhe muito rapidamente	RAPIDO	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Não é solicitado a realizar volume excessivo de trabalho	VOLEXCE	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
O tempo para realizar tarefas é suficiente	TEMPSUF	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Demandas estão em conflitos umas com as outras	DCONFLIT	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Trabalha durante almoço ou pausas	TRABALM	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Emocionalmente demandante	EDEMAND	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Envolve negociação/conversa/entendimento	NEGOCIA	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu

Precisa omitir suas verdadeiras emoções	OMITE	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Exige muito esforço físico	ESFISIC	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Solicitado a mover ou levantar cargas	CARGA	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Manter o corpo em posições fisicamente incômodas	MANTER	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Manter cabeça e braços em posições incômodas	MANTCAB	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Supervisor preocupa-se com bem-estar da equipe	BEMESTAR	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 8. Não se aplica 9. Não respondeu
Supervisor ajuda a fazer o trabalho	SUPAJUDA	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 8. Não se aplica 9. Não respondeu
Supervisor trata com respeito	SUPRESP	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 8. Não se aplica 9. Não respondeu
As pessoas do trabalho são amigáveis	AMIGA	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
As pessoas ajudam-se uma as outras	AJUDAM	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Tratado com respeito pelos colegas	RESPEITO	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Dividem igualmente as tarefas no trabalho	DIVIDE	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Sentimento de união entre as pessoas	UNIAO	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Trabalho e família interferem uma na outra	TRABFAM	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Difícil encontrar alguém em que confiar	CONFIAR	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Encorajado uns aos outros a trabalhar rapidamente	ENCORAJA	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Seu trabalho é	TRABTIP	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Estabilidade no emprego é boa	ESTABIL	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Possibilidade de perder emprego atual	PERDER	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Possibilidade de desenvolver e promoções	DESENV	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Qualificações válidas em 5 anos	QUALIFICA	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Possibilitava aprender coisas novas	NOVASP	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Envolvia trabalho repetitivo	REPETEP	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Requeria que você fosse criativo	CRIATIVP	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu

Exigia um alto nível de habilidade	HABILIDP	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Você podia fazer muitas coisas diferentes	COISADIP	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Tinha oportunidade de desenvolver habilidades especiais	HABESPP	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Dizer o que acontecia no meu trabalho era considerado	DIZERP	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Permitia tomar muitas decisões por sua própria conta	DECISOEP	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Tinha pouca liberdade para decidir como fazer suas próprias tarefas	POUCLIBP	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Requeria que você trabalhasse muito duro	TRADUROP	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Requeria que você trabalhasse muito rapidamente	RAPIDOP	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Não era solicitado a realizar volume excessivo de trabalho	VOLEXCP	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
O tempo para realizar tarefas era suficiente	TEMPSUFP	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu
Demandas estavam em conflitos umas com as outras	DCONFLP	1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Concordo	4. Concordo Fortemente 9. Não respondeu

APÊNDICE D – Grupo de Ocupações

G1 (GRUPO DE TRABALHADORAS TÉCNICAS)	G2 (GRUPO DE TRABALHADORAS ADMINISTRATIVAS)	G3 (GRUPO DE TRABALHADORAS DE SERVIÇOS)
Administradora de redes	Procuradora jurídica	Copeira / Merendeira/Cozinheira
Assistente clinica/ Atendente / Auxiliar de odontologia/Atendente de esterilização	Assessora técnica/ Assessora administrativa/ Assessora cultural /Assessora de comunicação	Servente /Auxiliar de limpeza Serviços gerais/Agente de limpeza
Assistente social	Agente de portaria	
Auxiliar de creche/ Educadora / Professora	Técnica administrativa/ Auxiliar administrativa/Assistente administrativa/Auxiliar de escritório/ Analista universitária/ Técnica universitária	
Auxiliar de laboratório	Secretaria executiva/Secretaria/ Secretaria administrativa/ Escrituraria	
Bibliotecária		
Bióloga		
Bioquímica	Coordenadora/Subgerente/ Diretora/Supervisora/ Gerente	
Cirurgia dentista		
Designer gráfico	Administradora	
Enfermeira	Auxiliar de biblioteca/ Assistente de biblioteca	
Historiadora	Telefonista/Recepcionista/ Guarda volume	
Medica	Assistente de eventos	
Odontopediatra	Contabilista	
Pedagoga	Técnica em contabilidade/ Assistente financeira	
Pesquisadora	Artífice	
Professora de musica/piano/violão	Operadora máquina copiadora	
Psicopedagoga		
Responsável técnica de laboratório		
Técnica de editoração		
Técnica de laboratório/Técnica em radiologia/		
Técnica enfermagem		
Técnica em edificações		

APÊNDICE E – Grupo de Setores

S1 (Administração)	S2 (DSAU)	S3 (DCHF)	S4 (DCIS)	S5 (DEXA/DFIS/DTEC)	S6 (DBIO)	S7 (DEDU/DLET)	S8 (Biblioteca)	S9 (Creche/CEB-UEFS)	S0 (Outras Unidades)
Almoxarifado	Almoxarifado odontologia	CEDOC	Colegiado de Administração	Colegiado de Física	Biotério	Colegiado de letras	Biblioteca	CEB/UEFS	ACMAV/escritório
ASPLAN		Colegiado de História			Colegiado de Ciências Biológicas	DEDU	COMUT	Creche	Biblioteca Monteiro Lobato
Ass. Técnica recursos humanos	Área farmácia		Colegiado de Direito	Colegiado de Engenharia Civil	Comitê Ética	DLET			Biblioteca Mosenhor Renato Galvão
Assessoria de intercambio	Área odontologia	DCHF				Mestrado em Desenho			Biblioteca Peirre Close/CUCA
Assessoria de relações institucionais	CION-UEFS	MA VII	Colegiado de Economia	Colegiado de Engenharia da Computação	DBIO				Biblioteca Peirre Close/CUCA
Assessoria informática	CME	MP VII			Departamento Ambiental	Mestrado literatura			
Assessoria jurídica	Colegiado de Educação Física	PAT VII	DCIS	DEXA	EEA				CCAM
CAU I – CAU II - CAU III			LAPH	DFIS	Herbário	MT 1			CEB/CSU
Central telefônica	Colegiado de enfermagem		MP V	DTEC	Laboratório de animais	PPGLDC			CION - Mangabeira
Cerimonial			MA V	LABEXA	peçonhentos	PAT 2			
Comissão de licitação	DSAU		PAT V	LABOTEC	Laboratório Didático biologia				CION/CSU
CPD	Esterilização			LAMASP	Laboratório Entomologia				CION-16 de julho
DAA	Laboratório de Medicina			MA IV	Laboratório Etnobiologia				CION-Maria Quitéria
GEFIN/ Tesouraria	LAPEN			MP IV	Laboratório ficologia				CUCA
Imprensa gráfica universitária	MA VI			PAT III	Laboratório Ictiologia				Experimentoteca/ CUCA
PROAD	MESAUCO				Laboratório microbiologia				
Processo técnico	SESU				Laboratório Ornitologia				Galeria Carlo Barbosa/CUCA
PROEX/ PPPG PROGRAD	Setor de farmácia				LABIO				Horto Florestal
Protocolo					LACLIN				Museu Casa do Sertão
Reitoria/Vice-reitoria									Museu Regional/CUCA
Secretaria das câmaras					MP I				Núcleo de cultura popular - CUCA
Secretária especial registro diplomas					MT 1				
Sub-gerência de materiais					NIES				
Sub-gerência de pessoal					PAT I				Observatório Antares
Transporte/ UNINFRA/UNDEC					PPGBOT				Seminário de Música/CUCA

APÊNDICE F – Cálculo do Modelo Demanda-Controlle

MODELO DEMANDA-CONTROLE

VARIÁVEL CONTROLE = USO DE HABILIDADES + AUTORIDADE DECISÓRIACONTROL1

$$\text{USO DE HABILIDADES} = [Q3+Q5+Q7+Q9+Q11+(5-Q4)]*2$$

Q3 = NOVAS

Q5 = CRIATIVO

Q7 = HABILID

Q9 = COISADIF

Q11 = HABESP

Q4 = REPETE

$$[\text{NOVAS}+\text{CRIATIVO}+\text{HABILID}+\text{COISADIF}+\text{HABESP}+(5-\text{REPETE})]*2$$

CONTROL2

$$\text{AUTORIDADE DECISÓRIA} = [Q6+Q10+(5-Q8)]*4$$

Q6 = DECISOES

Q10 = DIZER

Q8 = POUICALIB

$$[\text{DECISOES}+\text{DIZER}+(5-\text{POUCALIB})]*4$$

$$\text{CONTROLE} = \text{CONTROL1} + \text{CONTROL2}$$

CMEDIA = CONTROLE DICOTOMIZADO PELA MÉDIA

0 = ALTO (≥ 65)
1 = BAIXO (≤ 64)

CTERCIS = CONTROLE CATEGORIZADO PELOS TERCEIS

0 = ALTO (≥ 68)
1 = MÉDIO (63 - 67)
2 = BAIXO (≤ 62)

$$\text{VARIÁVEL DEMANDA} = [(Q9+Q20)*3+(15-(Q22+Q23+Q26))*2]$$

DEMANDA

Q19 = RAPIDO

Q20 = TRABDURO

Q22 = VOLEXCE

Q23 = TEMPSUF

Q26 = DCONFLIT

$$[(\text{RAPIDO}+\text{TRABDURO})*3+(15-(\text{VOLEXCE}+\text{TEMPSUF}+\text{DCONFLIT}))]*2$$

DMEDIA = DEMANDA DICOTOMIZADA PELA MÉDIA

0 = BAIXA (≤ 28)
1 = ALTA (≥ 29)

DTERCIS = DEMANDA CATEGORIZADA PELOS TERCEIS

0 = ALTO (≥ 29)
1 = MÉDIO (27 - 28)
2 = BAIXO (≤ 26)

VARIÁVEL MODELO DEMANDA-CONTROLEMDC = CONTROLE E DEMANDA PELA MÉDIA

C = 0 ; D = 0 -> BAIXA EXIGÊNCIA = 1

C = 0 ; D = 1 -> TRABALHO ATIVO = 2

C = 1 ; D = 0 -> TRABALHO PASSIVO = 3

C = 1 ; D = 1 -> ALTA EXIGÊNCIA = 4

VARIÁVEL DEMANDA FÍSICA = (Q21+Q24+Q30+Q31)DFISIC

Q21 = ESFISIC

Q24 = CARGA

Q30 = MANTER

Q31 = MANTCAB

(ESFISIC+CARGA+MANTER+MANTCAB)

DFISIC1 = DEMANDA FÍSICA DICOTOMIZADA PELA M0 = BAIXA (≤ 8)
1 = ALTA (≥ 9)**VARIÁVEL SUPORTE SOCIAL SUPERVISOR**SUPSSUP

(BEMESTAR+SUPAJUDA+SUPRESP)

SSUPDIC = SUPORTE SOCIAL SUPERVISOR DICOTOMIZADO PELA M0 = ALTO (≥ 9)
1 = BAIXO (≤ 8)**VARIÁVEL SUPORTE SOCIAL COLEGAS**SUPCOL

(UNIAO+RESPEITO+AMIGA+AJUDAM)

SCOLDIC = SUPORTE SOCIAL COLEGAS DICOTOMIZADO PELA M0 = ALTO (≥ 13)
1 = BAIXO (≤ 12)**VARIÁVEL SUPORTE SOCIAL GLOBAL**SGLOBAL = SUPSSUP + SUPCOLSGLOBDIC = SUPORTE SOCIAL GLOBAL DICOTOMIZADO PELA M0 = ALTO (≥ 22)
1 = BAIXO (≤ 21)**VARIÁVEL INSEGURANÇA NO TRABALHO**INSEGURA

(ESTABIL+PERDER+(5-TRABTIP))

INSEGDIC = INSEGURANÇA NO TRABALHO DICOTOMIZADO PELA M0 = BAIXA (≤ 8)
1 = ALTA (≥ 9)

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE ESDADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Associação entre hipertensão arterial e estresse ocupacional entre mulheres empregadas em uma instituição de ensino superior

A hipertensão arterial é uma das doenças que mais acometem a população, e o estresse ocupacional (no trabalho) vem sendo apontado como importante fator de risco. O objetivo deste estudo é avaliar a associação entre Hipertensão Arterial e Estresse Ocupacional entre mulheres empregadas em uma instituição de ensino superior. Para tanto, gostaríamos de medir a sua pressão arterial e fazer algumas perguntas importantes, através de um questionário, sobre você, a sua saúde e sobre a sua história ocupacional, que são necessárias para entender melhor sobre a ocorrência da hipertensão arterial e do estresse ocupacional. Caso concorde em participar da pesquisa, respondendo ao questionário e permitindo a verificação da sua pressão arterial, serão tomados todos os cuidados necessários, porém você poderá sentir desconforto ao medir a sua pressão e/ou se sentir constrangida ao responder o questionário, caso isso aconteça, você poderá deixar a qualquer momento de responder as questões e de medir a sua pressão. Todas as informações fornecidas terão caráter sigiloso. A chefia do seu setor de trabalho será previamente comunicada sobre a entrevista. Após o término das análises de todos os dados, você receberá os resultados da sua avaliação e será orientada quanto às medidas necessárias à promoção da sua saúde. A sua participação nessa pesquisa é voluntária e poderá ser interrompida quando você desejar. Se você concordar em participar, deverá assinar este termo que foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com você. Esta pesquisa será realizada sob a responsabilidade da **Profª Drª Maura Maria Guimarães de Almeida** e da fisioterapeuta e mestranda **Cristina de Sousa Borges Goes**. Qualquer esclarecimento que desejar poderá entrar em contato conosco através dos telefones citados ou da coordenação do curso de Mestrado em Saúde Coletiva pelo telefone 3224-8095. A execução desta pesquisa busca como:

Resultados:

- Determinar os potenciais fatores de riscos relacionados ao estresse ocupacional e a sua associação com a hipertensão arterial;
- Dar subsídios para que medidas de promoção à saúde dos trabalhadores possam ser estabelecidas.

Benefícios:

- Melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores;
- Minimizar e/ou reduzir os riscos de hipertensão arterial;
- Promover o controle da hipertensão arterial.

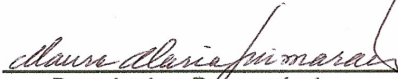
Produtos:

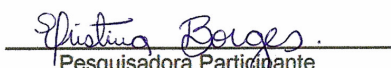
- Elaboração de uma dissertação de mestrado;
- Confeção de um manual de orientações sobre redução de riscos e controle da hipertensão arterial.

() concordo em participar () não concordo em participar

Feira de Santana, Bahia, ____/____/____.

Assinatura do Sujeito da pesquisa (voluntária)


Pesquisadora Responsável
Maura Maria Guimarães de Almeida


Pesquisadora Participante
Cristina de Sousa Borges Goes

Endereço profissional Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Mestrado em Saúde Coletiva. BR116-Km03, s/n Campus Universitário. CEP 44100-000-Feira de Santana, BA – Brasil
Telefone: (75) 2248095 / 3224-8320 (Núcleo de Epidemiologia)

Nossos números telefônicos são: Maura Maria Guimarães de Almeida (75) 32248095
Cristina de Sousa Borges Goes (75) 9131-3262

ANEXO

ANEXO 1 – Job Content Questionnaire (JCQ)

Abaixo estão descritas algumas características de trabalho. Considerando seu trabalho e suas funções atuais, por favor, indique o seu grau de concordância ou discordância com essas características no seu trabalho.

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO (OCUPAÇÃO PRINCIPAL)			
1. Seu trabalho lhe possibilita aprender coisas novas?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
2. Seu trabalho envolve muito trabalho repetitivo?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
3. Seu trabalho requer que você seja criativo?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
4. Seu trabalho exige um alto nível de habilidade?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
5. Em seu trabalho, você pode fazer muitas coisas diferentes?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
6. No seu trabalho, você tem oportunidade de desenvolver suas habilidades especiais?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
7. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
8. Seu trabalho lhe permite tomar muitas decisões por sua própria conta?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
9. Em seu trabalho, você tem pouca liberdade para decidir como fazer suas próprias tarefas?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
10. Seu trabalho requer que você trabalhe muito duro?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
11. Seu trabalho requer que você trabalhe muito rapidamente?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
12. Você não é solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
13. O tempo para realização das suas tarefas é suficiente?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
14. Algumas demandas que você tem que atender no seu trabalho estão em conflito umas com as outras?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
15. Você freqüentemente trabalha durante o seu almoço ou durante as pausas para terminar seu trabalho?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
16. Seu trabalho é emocionalmente demandante?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
17. Seu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
18. Em seu trabalho, você precisa omitir suas verdadeiras emoções?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
19. Seu trabalho exige muito esforço físico?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
20. Você é freqüentemente solicitado a mover ou levantar cargas pesadas no seu trabalho?			
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente

21. Frequentemente, seu trabalho exige que você mantenha seu corpo, por longos períodos, em posições fisicamente incômodas?				
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente	
22. Seu trabalho exige, por longos períodos, que você mantenha sua cabeça ou seus braços em posições fisicamente incômodas?				
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente	
23. Seu supervisor preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho?				
8 () não se aplica	1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
24. Seu supervisor lhe ajuda a fazer seu trabalho?				
8 () não se aplica	1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
25. Seu supervisor lhe trata com respeito?				
8 () não se aplica	1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
26. As pessoas com quem você trabalha são amigáveis?				
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente	
27. As pessoas com quem você trabalha ajudam-se umas às outras para fazer o trabalho?				
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente	
28. Você é tratado/a com respeito pelos seus colegas de trabalho?				
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente	
29. Onde você trabalha, vocês tentam dividir igualmente as dificuldades do trabalho?				
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente	
30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem você trabalha?				
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente	
31. A sua vida no trabalho e na família interfere uma na outra?				
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente	
32. Tem sido cada vez mais difícil encontrar, no trabalho, alguém em quem você possa confiar?				
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente	
33. Seus colegas de trabalho têm frequentemente encorajado uns aos outros a trabalharem mais e mais rapidamente?				
1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente	
34. Seu trabalho é (escolha uma alternativa):				
1() Regular e estável	2() Sazonal	3() Temporário	4() Temporário e Sazonal	
35. Sua estabilidade no emprego é boa?				
1 () Discordo fortemente	2 () Discordo	3 () Concordo	4 () Concordo fortemente	
36. Algumas pessoas perdem permanentemente os empregos que gostariam de manter. Qual a possibilidade de, nos próximos 2 anos, você vir a perder seu emprego atual?				
1() Muito improvável	2() Pouco provável	3() Provável	4() Muito provável	
37. Suas possibilidades de desenvolvimento na carreira e de promoções são boas?				
1 () Discordo fortemente	2 () Discordo	3 () Concordo	4 () Concordo fortemente	
38. Em 5 anos, suas qualificações ainda continuarão válidas?				
1 () Discordo fortemente	2 () Discordo	3 () Concordo	4 () Concordo fortemente	

ANEXO 2 – Job Content Questionnaire (JCQ)

Gostaríamos de saber agora sobre algumas características do seu trabalho anterior. Considerando o trabalho e as funções que você permaneceu por um período maior, por favor, indique o seu grau de concordância ou discordância com essas características neste seu trabalho.

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO (OCUPAÇÃO ANTERIOR)	8() Não se aplica			
1. Seu trabalho lhe possibilitava aprender coisas novas?	1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
2. Seu trabalho envolvia muito trabalho repetitivo?	1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
3. Seu trabalho requeria que você fosse criativo?	1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
4. Seu trabalho exigia um alto nível de habilidade?	1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
5. Em seu trabalho, você podia fazer muitas coisas diferentes?	1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
6. No seu trabalho, você tinha oportunidade de desenvolver suas habilidades especiais?	1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
7. O que tinha a dizer sobre o que acontecia no meu trabalho era considerado?	1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
8. Seu trabalho lhe permitia tomar muitas decisões por sua própria conta?	1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
9. Em seu trabalho, você tinha pouca liberdade para decidir como fazer suas próprias tarefas?	1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
10. Seu trabalho requeria que você trabalhasse muito duro?	1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
11. Seu trabalho requeria que você trabalhasse muito rapidamente?	1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
12. Você não era solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho?	1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
13. O tempo para realização das suas tarefas era suficiente?	1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente
14. Algumas demandas que você tinha que atender no seu trabalho estavam em conflito umas com as outras?	1() Discordo fortemente	2() Discordo	3() Concordo	4() Concordo fortemente

ANEXO 3 – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Universitária, S/N - Módulo I - 44.031-460 - Feira de Santana-BA
Fonc: (75) 224-8124 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep@uefs.br

Feira de Santana, 20 de junho de 2007
Of. CEP-UEFS nº 187/2007

Senhora Pesquisadora: Maura Maria Guimarães Almeida

Tenho satisfação em informar-lhe que o seu Projeto de Pesquisa intitulado “**Associação entre hipertensão arterial e estresse ocupacional em mulheres empregadas em uma instituição de ensino superior**”, registrado sob nº 071/2007 (CAAE 0071.0.059.000-07), satisfaz às exigências da Res. 196/96. Assim, seu projeto foi **Aprovado com recomendação(ões)**, (vide parecer anexo), podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.


Esclareço que a(s) recomendação(ões) deve(m) ser atendida(s) **antes** do início da coleta de dados e encaminhada(s) ao CEP para anexar ao protocolo.

Na oportunidade informo que, qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a Res. 196/96, *Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que, conforme instrui a Res. 196/96, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Cumprimento Vossa Senhoria em nome dos membros do CEP-UEFS, desejando-lhe pleno êxito no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano **(20/06/2008)**, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Atenciosamente,


P/Eliane Elisa de Souza e Azevêdo
Coordenadora CEP-UEFS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS

Av. Universitária, S/N - Módulo I - 44.031-460 - Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep@uefs.br

Feira de Santana, 25 de julho de 2007

Of. CEP-UEFS nº 221/2007

Senhora Pesquisadora: Maura Maria Guimarães de Almeida

Recebemos o atendimento à recomendação do seu Projeto de Pesquisa intitulado **“Associação entre hipertensão arterial e estresse ocupacional em mulheres empregadas em uma instituição de ensino superior”** (Protocolo N.º 071/2007 / CAAE – 0071.0.059.000-07).

Com votos de bom trabalho, nossos cumprimentos.

Atenciosamente,


Eliane Elisa de Souza e Azevêdo
Coordenadora CEP-UEFS