

A relação entre o suporte organizacional no trabalho e o risco para doenças crônicas não transmissíveis em um serviço de saúde

Relationship between organizational support at work and risk of non-communicable chronic diseases in a health service

Élide Sbardellotto Mariano da Costa¹, Adriano Hyeda², Eliane Mara Cesario Pereira Maluf¹

RESUMO | **Contexto:** Conhecer a relação entre o suporte organizacional e as doenças crônicas e seus fatores de risco pode contribuir no planejamento ações de prevenção e promoção à saúde integral dos trabalhadores. **Objetivo:** Avaliar a relação entre o suporte organizacional percebido (SOP) e os fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em um serviço de saúde. **Métodos:** Estudo transversal, observacional e descritivo, com delineamento correlacional e abordagem quantitativa, através de dados de um questionário de autopreenchimento. **Resultados:** A taxa de participação da pesquisa foi de 80,24%, com média etária de 36,9 anos, 52,3% com contrato de trabalho por tempo determinado, 38,5% em turno noturno e 69,3% com trabalho exclusivo no serviço. Os riscos mais prevalentes para as DCNT foram hipertensão arterial sistêmica (29,2%), tabagismo (13,8%), sedentarismo (73,8%), dislipidemia (29,2%) e mais de um fator de risco associado (61,6%). O SOP na população estudada foi favorável, principalmente devido ao salário e às relações sociais no trabalho. Não houve relação significativa do SOP, mais de um emprego, turno noturno ou contratação temporária com os riscos para DCNT. **Conclusão:** O suporte organizacional percebido não aumentou ou reduziu o risco para as DCNT na população estudada.

Palavras-chave | saúde do trabalhador; política organizacional; doença crônica.

ABSTRACT | **Background:** Accurate knowledge on the relationship between organizational support and chronic diseases and their risk factors might contribute to the planning of prevention and promotion actions focusing on the integral health of workers. **Objective:** To investigate the relationship between perceived organizational support (POS) and risk factors for chronic noncommunicable diseases (NCD) in a health service. **Methods:** The present was a cross-sectional, observational and descriptive study, with correlational design and quantitative approach that data collected by means of a self-report questionnaire. **Results:** The participation rate was 80.24%; the average age of the participants was 36.9 years old; 52.3% of the sample had temporary jobs, 38.5% worked the night shift and for 69.3% this was their only job. The most prevalent risks for NCD were systemic hypertension (29.2%), smoking (13.8%), sedentary lifestyle (73.8%), dyslipidemia (29.2%) and more than one associated risk factor (61.6%). The POS score was favorable, mainly due to the salary and social relationships at the workplace. There was no significant relation between risk for NCD and POS score, more than one job, night shift or temporary job. **Conclusion:** The perceived organizational support did not increase or reduced the risk for chronic noncommunicable diseases in the study sample.

Keywords | occupational health; organizational policy; chronic disease.

Trabalho realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil.

¹Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna, Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Medicina do Trabalho, Escola de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Curitiba (PR), Brasil.

DOI: 10.5327/Z1679443520176046

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um conjunto de enfermidades que se caracterizam, de forma geral, por período longo de latência, tempo prolongado de evolução, causa multifatorial e irreversibilidade habitual, e que resultam em graus variáveis de incapacidade ou óbito prematuro¹. As principais morbidades consideradas como DCNT pela Organização Mundial da Saúde (OMS) são doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus, que, em conjunto, são responsáveis por 82,0% das causas de morte por doenças crônicas. Aproximadamente 42,0% de todas as mortes por DCNT são prematuras (antes dos 70 anos) e evitáveis, e há estimativa de aumento no número de óbitos no mundo de 38 milhões em 2012 para 52 milhões em 2030¹.

Em relação ao trabalho, as doenças crônicas impactam na redução da participação na força de trabalho, no quantitativo de horas trabalhadas, na maior rotatividade de empregos e nas aposentadorias precoces, assim como no comprometimento dos salários, ganhos e posição alcançada². No Brasil, por exemplo, estima-se que, até 2030, o índice de envelhecimento da população e a alta incidência de DCNT alcançarão 39,0% da população economicamente ativa (PEA), representando uma perda de 8,7% do PIB, ou seja, US\$ 184 bilhões². Esses dados são preocupantes e colocam governo, empresas e sociedade em estado de atenção dada a necessidade de medidas urgentes para as implicações econômicas geradas pelo processo de envelhecimento da força de trabalho e pela mudança de perfil de saúde marcada pelo agravamento causado pelas DCNT.

O suporte organizacional das empresas está associado às expectativas do empregado acerca da retribuição e do reconhecimento que a organização oferece em relação ao seu esforço no trabalho^{3,4}. A relação de confiança, justiça, respeito, valorização, apoio emocional e social, política de gestão de pessoas, recursos disponíveis adequados, autonomia, treinamento e possibilidade de ascensão profissional favorecem os funcionários e a própria organização, fortalecendo o sentimento de obrigação dos trabalhadores de cuidar da empresa e ajudá-la a atingir seus objetivos^{3,4}. Desse modo, os trabalhadores que percebem um nível elevado de suporte organizacional sentem, possivelmente, uma obrigação de recompensar a organização com maior empenho (relação recíproca), comprometimento, satisfação e envolvimento com o trabalho. Quanto

melhor o suporte organizacional percebido pelo trabalhador, menor será o seu sofrimento ao estresse ocupacional, assim como menor será a rotatividade e o absenteísmo³⁻⁵. Assim, o suporte no trabalho, seja organizacional ou social, pode agir como um moderador na saúde dos trabalhadores e na qualidade de vida no trabalho.

Diversos fatores de risco já demonstraram ter uma relação direta com o desenvolvimento das DCNT¹. Desse modo, julga-se necessária a análise sobre o quanto o suporte organizacional no trabalho pode influenciar ou não o desenvolvimento ou o agravamento das doenças crônicas — isso porque, sendo uma variável modificável, o suporte organizacional pode ser melhorado, consequentemente reduzindo os riscos para a saúde dos trabalhadores. Assim, o objetivo principal do estudo foi analisar a relação entre o suporte organizacional percebido e o risco para DCNT em um serviço de saúde.

MÉTODOS

Este foi um estudo transversal, observacional e descritivo, com delineamento correlacional e abordagem quantitativa, através da coleta de dados a partir de um questionário de autopreenchimento. Foram utilizados questionários com a finalidade de mensurar a percepção do suporte organizacional e os fatores de risco para DCNT.

A pesquisa foi realizada em 2011, com trabalhadores da área de enfermagem de um serviço de Transplante de Medula Óssea (TMO) de um hospital público do estado do Paraná, Brasil. No período do estudo, o serviço de TMO era constituído por 20 leitos (10 adultos e 10 pediátricos) e 1 unidade vinculada de quimioterapia de alto risco com 10 leitos adultos, com um total de 81 funcionários. Considerando que cada estabelecimento do hospital estudado tinha um suporte organizacional próprio (por exemplo, estilo de gestão da chefia, suporte material no trabalho, salários e sobrecarga no trabalho), com o objetivo de evitar um viés nos resultados, optou-se por centralizar a pesquisa nos enfermeiros do TMO.

A coleta dos dados ocorreu após a aprovação desta pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos do Hospital de Clínicas (CEP/HC), por meio do parecer nº 2353.247/2010-10, no período de 2011. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi aplicado a todos os sujeitos de pesquisa que concordaram em participar do estudo em conformidade com a Resolução de Conselho

Nacional de Saúde 196/96. Foram excluídos do estudo os trabalhadores que estavam afastados por gestação, acidente ou doença no período de aplicação dos questionários.

Para aumentar a privacidade dos participantes, o investigador da equipe da pesquisa entregou para cada um deles um envelope com os questionários de autopreenchimento, reforçando que as respostas eram anônimas e mantidas em total sigilo. Nenhum questionário apresentava qualquer identificação do sujeito de pesquisa e não poderia ser acessado por qualquer outra pessoa que não fosse a equipe de pesquisa. Os dados obtidos foram usados apenas para estudo, de acordo com os preceitos éticos e legais da Resolução 196/1996.

Um dos instrumentos utilizados nesta pesquisa foi a Escala de Suporte Organizacional Percebido (ESOP) — adaptada para a língua portuguesa por Tamayo e Tróccoli⁶ —, com o objetivo de avaliar os seguintes fatores:

- Gestão da chefia: percepção dos indivíduos quanto à segurança e à capacidade do gestor em traduzir as políticas e práticas organizacionais em sua unidade, assim como analisar os objetivos e as metas, e criar planos visando atendê-los ou superá-los.
- Suporte material no trabalho: percepção dos indivíduos sobre a disponibilidade, adequação, suficiência e qualidade dos recursos materiais e financeiros fornecidos pela organização para ajudar a execução eficaz das tarefas.
- Remuneração ou pagamento: percepção do indivíduo se o salário é digno e compatível com os melhores do mercado.
- Relações sociais no trabalho: percepção dos indivíduos acerca da existência e disponibilidade do apoio social e da qualidade do relacionamento interpessoal com a chefia e com os colegas, com respeito, justiça e ética.
- Valorização profissional: refere-se ao sentimento do indivíduo em relação à valorização do seu trabalho (não financeiramente), pelos colegas, chefia e outros profissionais (por exemplo, os médicos).
- Ascensão de carreira: a percepção do indivíduo em crescimento profissional no trabalho (promoção, carreira).
- Sobrecarga no trabalho: percepção dos indivíduos quanto às demandas de produção excessivas definidas para o grupo de empregados, associada à cobrança rigorosa de resultados.
- Cultura organizacional: percepção dos indivíduos sobre as políticas e práticas organizacionais que regulam o processo de trabalho na instituição como um todo.
- Treinamento profissional: percepção do indivíduo no quanto a empresa investe em treinamento dos seus

empregados (orientação, palestra, atualização nos conhecimentos, entre outros).

O ESOP era composto por 17 questões que deveriam ser respondidas em uma escala de frequência do tipo *likert* de cinco pontos: desde 1=nunca até 5=sempre. No geral, quanto maior o escore referido pelo trabalhador, melhor é a percepção do suporte organizacional percebido. Por outro lado, para as questões que avaliam a sobrecarga no trabalho, a relação é inversa, ou seja, quanto maior o escore, maior é a percepção de excesso de atividade ocupacional.

Os fatores de risco para DCNT foram avaliados a partir de um questionário de autopreenchimento elaborado pelos autores. Foram analisados seis principais fatores de risco relacionados à DCNT, conforme a seguir:

- A presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi avaliada por meio de três perguntas do questionário “Você apresenta ou já apresentou hipertensão arterial?”, “Usa ou já usou alguma medicação para hipertensão arterial?” e “Você já apresentou hipertensão arterial igual ou maior que: 140/90, 160/100, ou nunca mediu?”. Foram considerados hipertensos aqueles que referiram ter pressão alta, fazer uso de anti-hipertensivo ou apresentar pressão arterial acima de 140/90 mmHg com ou sem tratamento medicamentoso^{7,8}.
- O índice de massa corporal (IMC) foi avaliado mediante duas perguntas “Qual o seu último peso?” e “Qual a sua última altura?”. Assim foi possível calcular o IMC pela divisão entre o peso (medido em quilogramas) e o quadrado da altura (medida em metros) para avaliação da obesidade. O sobrepeso foi caracterizado⁹ quando o IMC alcançou valor igual ou superior a 25 kg/m², enquanto a obesidade foi caracterizada a partir do IMC de 30 kg/m².
- A dislipidemia foi avaliada por meio de duas questões: “Na sua última avaliação de colesterol com exame de sangue, você apresentou: (pode marcar mais de uma alternativa) colesterol total maior que 200; triglicérides maior que 150; nunca fez exame de sangue para avaliar colesterol” e “Usa medicação para colesterol?”. Foram considerados dislipidêmicos aqueles que referiram colesterol total acima de 200 mg/dL e/ou valor de triglicérides sérico superior a 150 mg/dL, ou quando já utilizavam medicação para esse fim¹⁰.
- A alteração da glicemia foi avaliada por intermédio de duas perguntas: “Você apresenta diabetes?” e “No seu

último exame quanto foi a sua glicemia? Menos que 100; entre 100 e 125; maior ou igual a 126?; Nunca fez exame para avaliar a glicemia ou diabetes”. Foram considerados com alteração da glicemia aqueles que referiram pelo menos um resultado de glicemia sérica em jejum superior a 100 mg/dL e/ou diagnóstico de diabetes^{7,8}.

- O tabagismo foi avaliado por meio de uma pergunta: “Quantos cigarros fuma por dia? Nunca; menos de 10; 11–20; 21–30; mais de 30; Há quanto tempo fuma?”. Os sujeitos de pesquisa foram classificados em duas categorias: fumantes e não fumantes^{7,8,10}.
- A presença de sedentarismo foi avaliada por meio de uma pergunta: “Pratica alguma atividade física regularmente?”. Foram classificados como sedentários aqueles que não praticavam regularmente atividade física ou faziam atividade semanal leve por tempo inferior a 150 minutos^{7,10,11}.

Os fatores de risco para DCNT também foram analisados por meio de um escore de associação de riscos para retratar a presença de qualquer combinação entre esses fatores. O escore variou de 0 a 3 (0=nenhum fator, 1=presença de um fator; 2=presença de dois fatores; e 3=presença de três ou mais fatores de risco)¹².

Para fins de levantamento de dados demográficos, foram incluídas no questionário perguntas sobre sexo, idade, estado civil, número de filhos, grau de escolaridade, tempo de trabalho no serviço, outros empregos, tipo contratação (temporário ou não) e turno de trabalho.

As associações entre as variáveis independentes (percepção do suporte organizacional e dados demográficos) e as variáveis dependentes (fatores de risco para DCNT) foram verificadas por meio do coeficiente de correlação de Pearson e Spearman, seguidas pela análise de regressão linear padrão. Em todos os testes adotou-se o nível de significância em 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Dos 81 funcionários enfermeiros e técnicos de enfermagem vinculados ao serviço de TMO nos diferentes turnos de trabalho, incluindo a unidade de quimioterapia e cuidados paliativos, 65 entregaram o questionário, 11 recusaram participar da pesquisa e 5 estavam de férias. Assim, a taxa de participação foi de 80,24%.

Com relação à amostra, houve um predomínio de trabalhadores do sexo feminino (95,4%), com média de idade igual a 36,9 anos (variação entre 21 e 57 anos, com mediana de 35 e $DP \pm 11,3$). A maioria tinha graduação em enfermagem (56,9%) e trabalhava exclusivamente na instituição (69,3%); o tempo de trabalho no serviço estudado variou entre 6 meses e 25 anos. Muitos trabalhadores foram contratados há dois anos ou menos para o serviço (52,3%) e com contrato de trabalho por tempo determinado (dois anos). Quanto ao turno de trabalho, 25 (38,5%) trabalhavam no turno noturno.

Os resultados do questionário de risco para DCNT estão demonstrados na Tabela 1. Foi identificado que 19

Tabela 1. Apresentação do resultado do questionário de risco para doenças crônicas não transmissíveis, Curitiba (PR), Brasil, 2011.

Fatores de risco referidos	Resultados	%
Pressão arterial sistêmica		
Normal	46	70,8
Alterado	19	29,2
Índice de massa corporal		
Normal	42	64,6
Sobrepeso	17	26,2
Obesidade	6	9,2
Atividade física		
Ativo	17	26,2
Sedentário	48	73,8
Tabagismo		
Não	56	86,2
Sim	9	13,8
Colesterol		
Normal	27	41,5
Alterado	19	29,2
Desconhece	19	29,2
Glicemia		
Normal	48	73,8
Alterado	10	15,4
Desconhece	7	10,8
Número de fatores de risco associados		
0	4	6,2
1	21	32,3
2	23	35,4
3 ou mais	17	26,2

(29,2%) trabalhadores referiram histórico de HAS e 23 (35,4%) estavam com sobrepeso ou obesidade. Quarenta e oito trabalhadores (73,8%) declararam sedentarismo, e o tabagismo estava presente em 9 casos (13,8%). Quanto ao colesterol e à glicemia, foi referido resultado alterado em 19 (29,2%) e 10 (15,4%) trabalhadores, respectivamente. Houve 26 participantes que desconheciam o resultado de sua glicemia e/ou colesterol. Quanto ao número de fatores de risco associados, a maioria dos participantes apresentava 1 (21 casos ou 32,3%) ou 2 (23 casos ou 35,4%) riscos para DCNT; apenas 4 casos (6,2%) não apresentavam nenhum risco, e houve 17 (26,2%) trabalhadores com 3 ou mais riscos para DCNT.

Quanto aos resultados da ESOP, observou-se que a média dos escores de todas as dimensões analisadas foi de 3,33 com $DP \pm 1,01$. O maior suporte organizacional percebido na amostra do estudo foi da dimensão do salário (média de 4,15, mediana de 4,00 e $DP \pm 0,99$), seguido por relações sociais no trabalho (média e mediana de 3,50, $DP \pm 0,77$) e suporte material (média de 3,48, mediana de 4,00 e $DP \pm 0,97$). Por outro lado, o menor suporte organizacional foi a ascensão profissional (média 2,82, mediana

3,00 e $DP \pm 1,26$), seguida pelo sentimento de valorização profissional (média de 3,10, mediana 3,0, $DP \pm 0,85$) e cultura organizacional (média de 3,14, mediana 3,0, $DP \pm 0,67$).

A Tabela 2 demonstra as correlações entre as variáveis de risco para DCNT e as variáveis de suporte organizacional percebido e os dados demográficos. Considerando o ESOP, houve uma correlação significativa e positiva entre HAS com estilo de gestão da chefia ($r=0,3251$; $p<0,01$), suporte material no trabalho ($r=0,4547$; $p<0,01$) e ascensão profissional ($r=0,2570$; $p<0,05$), assim como da alteração na glicemia com o sentimento de valorização no trabalho ($r=0,2994$; $p<0,05$). Por outro lado, houve uma correlação negativa e significativa entre o tabagismo e o suporte material no trabalho ($r=-0,2912$; $p<0,05$), entre a alteração na glicemia e o salário ($r=-0,2607$; $p<0,05$), e entre a dislipidemia e a oferta de treinamento profissional ($r=-0,2574$; $p<0,05$).

Considerando os demais dados demográficos estudados, houve uma correlação positiva e significativa entre o tempo de trabalho no serviço e a HAS ($r=0,3420$; $p<0,01$), dislipidemia ($r=0,2406$; $p<0,01$) e mais de um fator de risco referido ($r=0,3357$; $p<0,01$). Por fim, a contratação temporária demonstrou uma correlação negativa e significativa

Tabela 2. Demonstração dos coeficientes de correlação entre as variáveis da escala do suporte organizacional percebido e do perfil da população estudada com os fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis - Curitiba (PR), Brasil, 2011.

Variáveis	Hipertensão arterial sistêmica	Sedentarismo	Obesidade e sobrepeso	Dislipidemia	Alteração na glicemia	Tabagismo	Mais de um fator de risco referido
Fatores do suporte organizacional percebido							
Gestão da chefia	0,3251**	-0,1003	0,0529	0,2156	0,2247	-0,0003	0,1953
Suporte material no trabalho	0,4547**	0,0403	-0,1175	0,1881	0,1434	-0,2912*	0,1856
Remuneração ou pagamento	0,0717	-0,0852	-0,0588	-0,2258	-0,2607*	0,0280	-0,1366
Relações sociais no trabalho	0,0891	-0,1613	-0,1233	0,1722	-0,0597	0,1173	0
Treinamento profissional	0,0328	0,0784	-0,2237	-0,2574*	-0,1518	0,0735	-0,1777
Ascensão de carreira	0,2570*	-0,0318	-0,1056	0,0482	-0,0590	0,0591	0,0771
Sobrecarga no trabalho	0,1739	-0,0340	-0,1881	-0,0292	-0,1136	0,0987	-0,0352
Cultura organizacional	0,2176	0,0057	-0,2291	-0,0808	0,0259	-0,0420	-0,0283
Valorização profissional	0,1661	-0,1386	0,0880	0,1985	0,2994*	0,0416	0,1621
Tempo de trabalho no serviço	0,3420**	-0,0290	0,1222	0,4202**	0,2406	-0,2008	0,3357**
Mais de um emprego	-0,1353	0,1692	-0,0468	-0,0436	-0,0604	-0,0742	0,0350
Contratação temporária	-0,2667*	-0,0075	-0,1017	-0,3626**	-0,2763*	0,1153	-0,3083*
Turno noturno	-0,1139	0,0244	0,1238	-0,0984	0,0637	0,0092	0,1222

* $p<0,05$; ** $p<0,01$.

com a HAS ($r=-0,2667$; $p<0,05$), dislipidemia ($r=-0,3626$; $p<0,01$), alteração da glicemia ($r=-0,2763$; $p<0,05$) e mais de um fator de risco referido ($r=-0,3083$; $p<0,05$). Não houve correlação significativa da atividade física e do IMC com as demais variáveis independentes estudadas.

A Tabela 3 demonstra os coeficientes de regressão múltipla padrão entre as variáveis da ESOP e do perfil da população estudada com os fatores de risco para DCNT. Entre as nove variáveis do suporte organizacional, cinco delas contribuíram significativamente com 21,9% de explicação da HAS, quatro com 7,0% do IMC, uma com 11,6% da alteração da glicemia e uma com 9,9% do tabagismo. Não houve significância estatística entre o suporte organizacional percebido e a atividade física, dislipidemia e os fatores de risco associados. O tempo de trabalho no serviço explicou significativamente 10,2% da HAS, 9,0% da dislipidemia, 9,9% da alteração da glicemia e 9,8% dos fatores de risco associados (relação direta ou positiva).

A intenção de mudar de profissão explicou significativamente 13,6% da HAS, 6,12% da alteração da glicemia e 5,6% dos fatores de risco associados (relação inversa ou negativa). A contratação temporária explicou significativamente 5,6% da HAS, 7,8% da alteração de glicemia e 8,0% dos fatores de risco associados (relação inversa ou negativa). Não houve relação com significância estatística entre a existência de outros vínculos empregatícios ou turno de trabalho noturno e as variáveis de risco para DCNT.

DISCUSSÃO

Considerando o perfil epidemiológico da população brasileira, a amostra do estudo apresentou maior prevalência de HAS e tabagismo (29,2 versus 24,3% e 13,8 versus 12,1%, respectivamente), menor sobrepeso e obesidade (26,2 versus 51% e

Tabela 3. Demonstração dos coeficientes de regressão múltipla padrão entre as variáveis da escala do suporte organizacional percebido e do perfil da população estudada com os fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis - Curitiba (PR), Brasil, 2011.

Variáveis	Hipertensão arterial sistêmica	Sedentarismo	Obesidade e sobrepeso	Dislipidemia	Alteração na glicemia	Tabagismo	Mais de um fator de risco referido
Fatores do suporte organizacional percebido							
Gestão da chefia	0,0430	-0,0108	0,0330	0,0574	0,0522	0,0309	0,0602
Suporte material no trabalho	0,1974**	0,0968	-0,1151	0,0608	-0,0128	-0,2021**	0,1596
Remuneração ou pagamento	0,0753	-0,0722	0,0181	0,0115	-0,1221*	0,0031	-0,0436
Relações sociais no trabalho	16,0567*	-7,8998	24,2089*	4,0198	10,6145	-5,6962	26,8268
Treinamento profissional	16,0133*	-7,6472	24,0474*	3,8780	10,6385	-5,7750	26,5748
Ascensão de carreira	16,1364*	-7,7947	24,2411*	4,0735	10,5490	-5,7204	27,0433
Sobrecarga no trabalho	-48,2995*	23,2462	-72,5967*	-12,1780	-31,9006	17,3383	-80,7557
Cultura organizacional	0,0939	0,0334	-0,1492	0,0374	0,0658	-0,0444	-0,0419
Valorização profissional	-0,0236	-0,0883	0,2091	0,1792	0,1481	0,0375	0,2416
R2 ajustado	0,2198	-0,0247	0,0707	0,0418	0,1164	0,0991	0,0097
Tempo de trabalho no serviço	0,0196**	-0,0016	0,0101	0,0197**	0,0543**	-0,0087	0,0527**
R2 ajustado	0,1029	-0,0150	-0,0007	0,0905	0,0990	0,0251	0,0986
Mais de um emprego	-0,1333	0,1611	-0,0667	0,2304	0,8066	-0,0556	0,0944
R2 ajustado	0,0027	0,0132	-0,0136	0,0204	-0,0168	-0,0103	-0,0146
Contratação temporária	-0,2429*	-0,0066	-0,1338	-0,2885	-0,7931*	0,0797	-0,7694*
R2 ajustado	0,0564	-0,0158	-0,0054	0,0635	0,0780	-0,0024	0,0807
Turno noturno	-0,0425	0,0175	0,0925	0,0892	0,2207	0,0175	0,2075
R2 ajustado	-0,0075	-0,0143	0,0032	0,0068	0,0096	-0,0134	0,0108

* $p<0,05$; ** $p<0,01$.

9,2 versus 17,4%, respectivamente) e maior número de sedentários (73,8 versus 66,5%, respectivamente)¹¹. De acordo com os dados epidemiológicos da população norte-americana, segundo a *American Heart Association*, a alteração referida da glicemia foi menor na população estudada (15,4 versus 38%) e a dislipidemia foi maior (29,2 versus 13,8%)¹³. Quando comparada com a amostra de outro estudo que utilizou a mesma metodologia, foi identificado que a ausência de fatores de risco para DCNT foi menor na população estudada (6,2 versus 18%) e houve um maior número de casos com dois ou mais riscos (61,6 versus 47,49%, respectivamente)¹². A partir dessa análise, pode-se concluir que a população estudada apresentou alguns fatores de risco para DCNT mais prevalentes do que na população em geral, entre eles a HAS, o tabagismo, o sedentarismo, a dislipidemia e mais de um fator de risco associado.

Para analisar o escore médio encontrado nos fatores do ESOP, recorreremos a outros estudos que utilizaram a mesma metodologia^{6,14}. O escore médio dos fatores que compõem o ESOP na população estudada estava dentro do intervalo médio observado em outros grupos de trabalhadores quanto ao apoio de chefia, suporte material, sobrecarga no trabalho e cultura organizacional. Três fatores se destacaram como favoráveis e apresentaram valores acima do intervalo médio, entre eles a remuneração e o pagamento, as relações sociais no trabalho e a ascensão de carreira na instituição. Não houve fatores do ESOP com escore abaixo da média, considerando os resultados de outros estudos^{6,14}. É importante considerar que cada organização e suas unidades, seja da área de saúde ou não, tem uma característica própria quanto às estratégias negócio, políticas de gestão e cultura organizacional. Assim, o suporte organizacional percebido pode ser avaliado dentro de um contexto geral da organização, mas é importante que cada unidade seja vista individualmente, buscando-se identificar os pontos fortes e fracos, e as oportunidades de melhorias. No caso dos enfermeiros do transplante de medula óssea, pôde-se concluir que o suporte organizacional percebido foi favorável em todos os aspectos.

Considerando a hipótese de associação entre o suporte organizacional percebido e os fatores de risco para DCNT, esperava-se encontrar correlações significativas e negativas (ou inversas), ou seja, quanto menor o suporte percebido, maior seriam os riscos para as doenças crônicas. Neste estudo houve poucos fatores do suporte organizacional percebido que tiveram relação significativa com os riscos para DCNT.

Encontrou-se uma associação negativa ou inversa apenas em situações pontuais, como tabagismo e suporte material no trabalho, alteração da glicemia e salário, alteração no colesterol e treinamento profissional. A associação entre a HAS e o suporte organizacional foi diferente do esperado (positiva), ou seja, quanto melhor o suporte percebido, maior foi o risco de HAS. O poder explicativo das variáveis do suporte organizacional em relação aos fatores de risco para DCNT também foi relativamente baixo. Portanto, pode-se concluir que o suporte organizacional percebido não apresentou relação favorável ou desfavorável com os riscos para DCNT, na população estudada.

Com relação às outras variáveis, o maior tempo de trabalho no serviço mostrou uma relação significativa com HAS, dislipidemia e fator de risco associado. Entretanto, o poder explicativo dessa relação foi baixo (variando entre 9,0 e 10,29%), o que demonstra que o suporte organizacional não foi um fator importante de risco para DCNT, mesmo na população com maior tempo de trabalho no serviço. Além disso, esperava-se encontrar uma relação entre os riscos para DCNT com uma maior carga horária de trabalho, em razão de outros empregos, assim como o trabalho noturno¹⁵. Contudo, neste estudo também não houve correlação significativa entre essas variáveis.

Esperava-se uma relação negativa entre a contratação temporária e os fatores de risco para DCNT, em razão das consequências desfavoráveis aos trabalhadores, como instabilidade no emprego, estresse e perda de direitos trabalhistas¹⁶. Mais da metade dos trabalhadores do estudo (52,3%) tinham contrato de trabalho por tempo determinado (até dois anos). Porém, observou-se uma relação inversa e significativa entre a contratação temporária e alguns riscos para DCNT (HAS, dislipidemia, alteração da glicemia e fatores de risco associados), com poder explicativo baixo, variando entre 5,6 e 8,0%. Portanto, pode-se concluir que não houve relação importante entre a contratação temporária e os riscos de DCNT.

Observou-se que o ESOP é um instrumento importante na gestão do suporte organizacional, que pode contribuir na avaliação e identificação e melhorias na saúde e bem-estar dos trabalhadores. Entretanto, deve-se ressaltar que ele não é um instrumento suficiente para avaliar todos os aspectos das condições do trabalho e não exclui a necessidade de considerar outros fatores, como os riscos ambientais, ergonômicos, individuais e psicossociais.

Quanto ao questionário de avaliação de risco para DCNT, recomendam-se algumas melhorias para os estudos futuros. Para avaliação adequada da dislipidemia no risco cardiovascular é importante considerar a inclusão do HDL-C e do LDL-C, pois o colesterol total isolado pode gerar resultados enganosos¹⁰. A identificação do sedentarismo e do nível de atividade física pode ser mais bem avaliada por meio de instrumentos quantitativos de capacidade aeróbica, por exemplo, o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)¹⁷. Além disso, a coleta dos exames de sangue (glicemia e perfil lipídico) e o exame físico, com verificação da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, podem contribuir para a obtenção de dados mais fidedignos⁷⁻¹⁰. Recomenda-se

considerar a inclusão de outros fatores no questionário de risco para DCNT, como consumo alimentar e uso de bebidas alcoólicas¹¹.

CONCLUSÃO

O suporte organizacional percebido, o excesso de trabalho em razão de outros empregos, o turno noturno e a contratação temporária não apresentaram relação, favorável ou não, com o risco para DCNT na amostra deste estudo. O fato de não haver relação entre as variáveis do estudo pode estar associado à amostra relativamente jovem e com pouco tempo de trabalho no serviço

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization [Internet]. Global status report on noncommunicable diseases. Geneve: WHO; 2014 [acesso em 2016 mar 01]. Disponível em: <apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf>.
2. Rasmussen B, Sweeny K, Sheehan P [Internet]. Economic Costs of Absenteeism, Presenteeism and Early Retirement Due to Ill Health: A Focus on Brazil. Report to the Brazil-U.S. Business Council, the US Chamber of Commerce, VISES. Melbourne; 2015 [acesso em 2016 mar 01]. Disponível em: <http://www.brazilcouncil.org/wp-content/uploads/2016/04/Econ.-Cost-of-Absenteeism-Presenteeism-and-Early-Retirement-due-to-ill-health-Brazil.pdf>.
3. Eisenberger R, Malone GP, Presson WD [Internet]. Optimizing Perceived Organizational Support to Enhance Employee Engagement. Society for Human Resource Management and Society for Industrial and Organizational Psychology. Bowling Green, OH, EUA; 2016 [acesso em 2016 set 01]. Disponível em: <www.siop.org/SIOP-SHRM/SHRM-SIOP%20POS.pdf>.
4. Rhoades L, Eisenberger R. Perceived organizational support: a review of the literature. *J Appl Psychol*. 2002;87(4):698-714.
5. Siqueira MMM, Gomide-Junior S. Vínculos do indivíduo com a organização e com o trabalho. In: Zanelli JC, Borges-Andrade JE, Bastos AVB, editors. *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Artmed: Porto Alegre; 2004. p.300-328.
6. Tamayo MR, Tróccoli BT. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. *Est Psicol*. 2002;7(1):37-46.
7. Tavares A, Brandão AA, Sanjuliani AF, Nogueira AR, Machado CA, Poli-de-Figueiredo CE, et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, publicadas como suplemento da edição de julho dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(1 Suppl.1):1-51.
8. Simão AF, Precoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(6 Suppl.2).
9. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report a WHO Consultation on Obesity. Geneva:WHO; 2000.
10. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(4 Suppl.1).
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigilante Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
12. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMDA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. *Pan American Health Organization (PAHO). Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(6):491-8.
13. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Baha MJ, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2014 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;129:e28-e292.
14. De Oliveira PR, Tristão RM, Neiva ER. Burnout e suporte organizacional em profissionais de UTI-Neonatal. *Edu Pro: C e T*. 2006;1(1):27-37.
15. Santana-Herrera J, Escobal-Machado A, Alfano T. Turnos de trabalho, um factor de riesgo cardiovascular? *Med Segur Trab*. 2014;60(234):179-97.
16. Martins MIC, Molinario A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(6):1667-76.
17. Hallal PC, Dumith SC, Bastos JP, Reichert FF, Siqueira FV, Azevedo MR. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saude Pública*. 2007;41(3):453-60.

Endereço para correspondência: Élide Sbardelotto Mariano da Costa - Rua José Loureiro, 195, 12º andar - Centro - CEP: 80010-000 - Curitiba (PR), Brasil - E-mail: elide@onda.com