



INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

**SAÚDE DOS ENFERMEIROS: CONTRIBUTOS PARA A SUA
COMPREENSÃO
VOLUME II - ANEXOS**

Inês Santos Estevinho Fronteira

2010

ÍNDICE

ANEXO 1	6
BASES DE DADOS IDENTIFICADAS E PESQUISADAS	6
ANEXO 2	11
BASES DE DADOS PESQUISADAS: DATA, NÚMERO DE DOCUMENTOS SELECIONADOS E ESPECIFICAÇÕES DA BASE	11
ANEXO 3	17
REGISTO DE PESQUISA POR PALAVRAS-CHAVE – PORTUGUÊS E INGLÊS	17
ANEXO 4	19
DOCUMENTOS AOS QUAIS NÃO FOI POSSÍVEL APLICAR O FORMULÁRIO DE COLHEITA DE DADOS	19
ANEXO 5	30
TESTE DE RELEVÂNCIA	30
ANEXO 6	36
CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA PARA O TESTE DE RELEVÂNCIA	36
ANEXO 7	38
CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA DE REFERÊNCIAS DA RSL ANALISADAS PELO SEGUNDO REVISOR.....	38
ANEXO 8	41
FORMULÁRIO DE COLHEITA DE DADOS – VERSÃO EM PAPEL, COM INSTRUÇÕES PARA CONSTRUÇÃO DA VERSÃO ELECTRÓNICA.....	41
ANEXO 9	56
ESTUDOS EXCLUÍDOS: REFERÊNCIA E MOTIVO DE EXCLUSÃO.....	56
ANEXO 10	102
DETALHES METODOLÓGICOS DO 3º E 4º INS.....	102
ANEXO 11	107
RECODIFICAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO 3º INS UTILIZADAS NA INVESTIGAÇÃO.....	107
ANEXO 12	116
PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS DO 3º INS	116
ANEXO 13	126
RECODIFICAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO 4º INS UTILIZADAS NA INVESTIGAÇÃO.....	126
ANEXO 14	139
SINTAXE PARA ANÁLISE DOS DADOS DO 4º INS	139
ANEXO 15	161
PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS DO 4º INS	161
ANEXO 16	166
ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE	166
ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE EM PORTUGAL.....	166

ANEXO 17	189
OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO “MORTALIDADE NOS ENFERMEIROS E OUTROS PCS ENTRE JUNHO E SETEMBRO DE 2003”	189
ANEXO 18	193
ANÁLISE COMPARATIVA DE CASOS COM E SEM OMISSÃO	193
ANEXO 19	200
TABELA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS POR SUB-TEMA E TIPO DE ESTUDO	200
ANEXO 20	352
COMPARAÇÃO DA MORTALIDADE PROPORCIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DOS CUIDADOS DE SAÚDE E GRANDES GRUPOS DA CNP-94	352
1. <i>Membros das forças armadas</i>	353
2. <i>Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas</i>	354
3. <i>Especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde</i>	356
4. <i>Técnicos e profissionais de nível intermédio que não profissionais dos cuidados de saúde</i>	358
5. <i>Pessoal administrativo e similares</i>	360
6. <i>Pessoal dos serviços e vendedores</i>	362
7. <i>Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca</i>	364
8. <i>Operários, artífices e trabalhadores similares</i>	366
9. <i>Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem</i>	368
10. <i>Trabalhadores não qualificados</i>	370
ANEXO 21	372
COMPARAÇÃO DA MORTALIDADE PROPORCIONAL ENTRE ENFERMEIROS E GRANDES GRUPOS DA CNP-94	372
1. <i>Membros das forças armadas</i>	373
2. <i>Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas</i>	374
3. <i>Especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde</i>	376
4. <i>Técnicos e profissionais de nível intermédio não profissionais dos cuidados de saúde</i>	378
5. <i>Pessoal administrativo e similares</i>	380
6. <i>Pessoal dos serviços e vendedores</i>	382
7. <i>Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca</i>	384
8. <i>Operários, artífices e trabalhadores similares</i>	386
9. <i>Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem</i>	388
10. <i>Trabalhadores não qualificados</i>	390
ANEXO 22	392
COMPARAÇÃO DA MORTALIDADE PROPORCIONAL ENTRE OUTROS PCS E GRANDES GRUPOS DA CNP-94	392
1. <i>Membros das forças armadas</i>	393
2. <i>Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas</i>	393
3. <i>Especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde</i>	396
4. <i>Técnicos e profissionais de nível intermédio não profissionais dos cuidados de saúde</i>	398
5. <i>Pessoal administrativo e similares</i>	400
6. <i>Pessoal dos serviços e vendedores</i>	402
7. <i>Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas</i>	404
8. <i>Operários, artífices e trabalhadores similares</i>	406
9. <i>Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem</i>	408
10. <i>Trabalhadores não qualificados</i>	410
ANEXO 23	412
CORRESPONDÊNCIA COM O INE	412

ANEXO 24	417
CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID 10) E CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DAS PROFISSÕES, VERSÃO DE 1994 (CNP-94).....	417

ANEXO 1

Bases de dados identificadas e pesquisadas

Base de Dados	Descrição	Motivo por não ter sido pesquisada	Data da pesquisa
GRANDES BASES DE DADOS INTERNACIONAIS			
PubMed	Base de dados médica de cariz geral	-	31.07.2006 a 03.08.2006
Embase	Base de dados biomédicos internacionais	NP (não disponível on-line e coincidente com a PubMed)	
The Cochrane Library	Contém registos das revisões Cochrane e das avaliações das tecnologias em saúde que estão em curso.	-	27 e 28.09.2006
Cochrane Database of Systematic Reviews		-	
Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)	Cobre todos os aspectos da enfermagem e ciências similares	-	06.08.2006 e 18.08.2006
The British Nursing Index (BNI)	Base de dados bibliográfica com os artigos das publicações periódicas britânicas mais populares e outras publicações em inglês.	NP (não disponível gratuitamente on-line ou em qualquer instituição portuguesa tendo-se considerado que os conteúdos seriam cobertos pela base de dados CINAHL e PubMed).	
Psychological Abstracts (PsycINFO)	Literatura internacional em psicologia e ciências sociais e do comportamento (incluindo a psiquiatria). Maior base de dados mundial de referências bibliográficas sobre psicologia e psiquiatria cuja fonte de informação é a American Psychological Association. Mais de 2 milhões de registos que remontam a 1872, indexa revistas, dissertações, capítulos de livros, livros e relatórios técnicos.	-	11.12.2006
Nursing, Midwifery and Allied Health Professions (NMAP)	Portal do Reino Unido para recursos da área da enfermagem na Internet	-	15.11.2006
Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)	Base de dados de revisões sistemáticas avaliadas quanto à qualidade e avaliação crítica de revisões sistemáticas. Foca efeitos de intervenções usadas em saúde e cuidados sociais.	-	08.11.2006
Social Science Plus Text	Acesso a cerca de 500 revistas principais internacionais na área das ciências sociais das quais 250 em texto integral, desde 1994.	-	11.12.2006
BASES DE DADOS INTERNACIONAIS DE INVESTIGAÇÃO EM CURSO			
CORDIS	Informação da investigação financiada pela UE	-	22.11.2006
Computer Retrieval of Information on Scientific Projects	565 000 registos de investigações financiadas pelo US Public Health Service	-	26 e 27.12.2006

Base de Dados	Descrição	Motivo por não ter sido pesquisada	Data da pesquisa
Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA)	Resumos de áreas da sociologia aplicada	NP (não disponível gratuitamente on-line ou em qualquer instituição portuguesa). Substituída pela Social Science Plus Text	
BASES DE DADOS INTERNACIONAIS DE LITERATURA QUE NÃO ARTIGOS			
Science and Technology Poceedings (ISI proceedings)	Detalhes de 10 000 conferências/ ano desde 1990)	-	07.12.2006
Dissertation abstracts	Cobre cerca de 1,6 milhões de teses de doutoramento e mestrado dos EUA, Canadá, Grã-Bretanha e Europa	-	28.12.2006
System for Information on Grey Literature in Europe (SIGLE)	Registo dos trabalhos semi-publicados e não convencionais como relatórios técnicos e de investigação, dissertações, materiais de conferências, papers de trabalho e discussão	NP (Sem acesso on-line ou em instituições portuguesas)	
British Library Public Catalogue	Acesso gratuito a catálogos das colecções das bibliotecas britânicas	-	28.12.2006
LocatorPlus	Catálogo online da National Library of Medicine e inclui detalhes de mais de 70 000 jornais biomédicos, livros e audiovisuais	-	30.12.2006
BASE DE DADOS ELECTRÓNICAS NACIONAIS			
NetIndex (revistas médicas portuguesas)	Mais de 23.000 artigos, cerca de 600 resumos de teses de doutoramento das Escolas de Medicina de Lisboa, Porto e Coimbra e 139 publicações periódicas, com carácter prospectivo desde 1992	-	08.08.2006 E 10.08.2006
BASES DE DADOS DOS CENTROS DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO (CDI) DE INSTITUIÇÕES NACIONAIS DE REFERÊNCIA			
Escola Nacional de Saúde Pública	Registo dos documentos do CDI excepto as publicações periódicas (excepto a Revista Nacional de Saúde Pública)	-	09.08.2006
ESE de Maria Fernanda Resende	CDI	-	30.12.2006
ESE Francisco Gentil	CDI	-	31.12.2006
ESE Calouste Gulbenkian	CDI	Não pesquisada por ter sido obtida saturação de informação através da pesquisa das bases de dados de outras escolas de enfermagem e de faculdades.	
ESE de Artur Ravara	CDI	Não pesquisada por ter sido obtida saturação de informação através da pesquisa das bases de dados de outras escolas de enfermagem e de faculdades.	

Base de Dados	Descrição	Motivo por não ter sido pesquisada	Data da pesquisa
ESE Coimbra	CDI	-	01.01.2007
ESE Porto	CDI	-	14.01.2007
ESE Ponta Delgada	CDI	NP (catálogo do CDI indisponível on-line)	
ESE da Madeira	CDI	NP (catálogo do CDI indisponível on-line)	
ESE Angra Heroísmo	CDI	NP (catálogo do CDI indisponível on-line)	
Depósito de Dissertações e Teses Digitais da Biblioteca Nacional	Destina-se a gerir teses e dissertações em formato digital, entregues como depósito voluntário na biblioteca nacional.	-	16.01.2007
SIBUL (sistema integrado de bibliotecas da Universidade de Lisboa)	Inclui as bases de dados das bibliotecas do Centro de Estudos Geográficos (ULCEG), Complexo Interdisciplinar (ULCI), Centro de Linguística (ULCL), Faculdade de Belas-Artes (ULFBA), Faculdade de Ciências (ULFC), Faculdade de Direito (ULFD), Faculdade de Farmácia (ULFA), Faculdade de Letras (ULFL), Faculdade de Medicina (ULFM), Faculdade de Medicina Dentária (ULFMD), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (ULFP), Instituto Bacteriológico Câmara Pestana (ULIBCM), Instituto de Ciências Sociais (ICS), Instituto Geofísico do Infante D. Luís (ULIGIDL), Museu de Ciência (ULMC), Museu de Mineralogia e Geologia (ULMMG), Museu, Laboratório Jardim Botânico (ULMLJB), Reitoria / Centro de Documentação Europeia (ULSD/ULCDE)	-	16.01.2007
Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE)	Possibilidade de pesquisar PsycINFO e Social Sciences Plus Text	-	17 e 18.01.2007
Instituto Superior de Psicologia Aplicada	Criminologia, Reabilitação, Psicologia Ambiental, Psicologia Educacional, Comportamento Organizacional, Neurociências, Etologia, Psicossomática, Psicanálise, Psicologia Cognitiva, Psicologia Clínica, Literatura, Arte, Psicologia Comunitária são alguns dos principais domínios temáticos do fundo documental do Centro de Documentação do ISPA.	-	19.01.2007
ColCat	Universidade de Aveiro	-	19.01.2007
	Universidade de Coimbra	-	19.01.2007
	Universidade Técnica de Lisboa	-	19.01.2007
	Universidade do Minho	-	19.01.2007
	Universidade Católica (biblioteca D. João II)	-	19.01.2007
	Universidade Lusíada	-	19.01.2007

Base de Dados	Descrição	Motivo por não ter sido pesquisada	Data da pesquisa
	Universidade do Porto (faculdade de economia e medicina)	-	19.01.2007
	Universidade de Évora	-	19.01.2007
	Universidade do Algarve	-	19.01.2007
Universidade Lusófona	Base bibliográfica da Universidade Lusófona	-	03.02.2007
Universidade da Beira Interior	Pesquisado catálogo bibliográfico	-	27.01.2007
SITES DE INSTITUIÇÕES INTERNACIONAIS DE REFERÊNCIA			
World Health Organization (WHO)	-	-	02.03.07
International Labour Office (ILO) - CISDOC	A base de dados CISDOC cobre leis e regulamentos de saúde ocupacional e segurança, químicos, dados, materiais de treino, artigos, livros e convenções do ILO.	-	06.02.2007
Public Services International (PSI)	Representa 650 sindicatos de 150 países num total de mais de 20 milhões de trabalhadores do sector público que prestam serviço nos serviços governamentais centrais, nos cuidados de saúde e sociais, nos serviços municipais e comunitários e outros serviços públicos.	-	05.02.2007
International Council of Nurses (ICN) – International Centre for Human resources in Nursing	O International Centre for Human Resources in Nursing (ICHRN) foi criado em 2006 pelo International Council of Nurses Dedicar-se ao fortalecimento global da força de trabalho de enfermagem através do desenvolvimento, continua monitorização e disseminação de informação, standards e ferramentas sobre políticas de recursos humanos em enfermagem, gestão, investigação e prática.	-	05.02.2007
Occupational, safety and health administration (OSHA)	-	-	06.03.07
The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)	A NIOSCHTIC-2 é uma base de dados pesquisável de publicações, documentos, relatórios e outros produtos de comunicação sobre saúde e segurança ocupacional patrocinado no todo ou parcialmente pelo National Institute for Occupational Safety and Health	-	05.03.07
Canadian Institute of Health Research (CIHR)	Health services and policy research	-	08.03.07
Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF)	-	-	11.03.07 e 12.03.07
Department of Health NHS	-	-	12.03.07

ANEXO 2

Bases de dados pesquisadas: data, número de documentos seleccionados e especificações da base

Base de Dados	Descrição	Data da pesquisa	Registos selec		Especificações da pesquisa
			total	cruz. ¹	
GRANDES BASES DE DADOS INTERNACIONAIS					
PubMed	Base de dados médica de cariz geral	31.07.2006 a 03.08.2006	1187	1161	Any date of publications, humans, languages (Portuguese, English, French and Spanish), age (all adults + 19).
The Cochrane Library	Contém registos das revisões Cochrane e das avaliações das tecnologias em saúde que estão em curso.	27 e 28.09.2006	13	13	Advanced search. Search all text
Cochrane Database of Systematic Reviews					
Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)	Cobre todos os aspectos da enfermagem e ciências similares	06.08.2006 e 18.08.2006	567	443	Palavras-chave pesquisadas em citation and abstract
Psychological Abstracts (PsycINFO)	Literatura internacional em psicologia e ciências sociais e do comportamento (incluindo a psiquiatria). Maior base de dados mundial de referências bibliográficas sobre psicologia e psiquiatria cuja fonte de informação é a American Psychological Association. Mais de 2 milhões de registos que remontam a 1872, indexa revistas, dissertações, capítulos de livros, livros e relatórios técnicos.	11.12.2006	401	299	Advanced search, terms anywhere
Nursing, Midwifery and Allied Health Professions (NMAP)	Portal do Reino Unido para recursos da área da enfermagem na Internet	15.11.2006	11	11*	Search all fields, all resource types, nursing, midwifery and allied health, gateway not only UK resources, order alphabetical
Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)	Base de dados de revisões sistemáticas avaliadas quanto à qualidade e avaliação crítica de revisões sistemáticas. Foca efeitos de intervenções usadas em saúde e cuidados sociais.	08.11.2006	17	17*	Sem restrição de ano
Social Science Plus Text	Acesso a cerca de 500 revistas principais internacionais na área das ciências sociais das quais 250 em texto integral, desde 1994.	11.12.2006	52	29*	All dates, database selected ProQuest Social Science Journals
BASES DE DADOS INTERNACIONAIS DE INVESTIGAÇÃO EM CURSO					
CORDIS	Informação da investigação financiada pela UE	22.11.2006	17	17*	Pesquisado em advanced search projects (project status accepted, execution and completed, programme type any, contract type any, subject index any, display format detailed) exploitable

¹ Número total de registos após cruzamento dos vários registos das várias bases de dados

* Por não haver bases de dados semelhantes não foi feito cruzamento

Base de Dados	Descrição	Data da pesquisa	Registos selec		Especificações da pesquisa
			total	cruz. ¹	
					results (recent and archived results and detailed display format)
Computer Retrieval of Information on Scientific Projects	565 000 registos de investigações financiadas pelo US Public Health Service	26 e 27.12.2006	75	75*	Global logic and expansion, logic none, inicial review group all, state all, fiscal year 1972 to 2006
BASES DE DADOS INTERNACIONAIS DE LITERATURA QUE NÃO ARTIGOS					
Science and Technology Poceedings (ISI proceedings)	Detalhes de 10 000 conferências/ ano desde 1990)	07.12.2006	156	156*	Selected databases science and technology proceedings, social sciences and humanities from 1991 to 2006 (datas disponíveis)
Dissertation abstracts	Cobre cerca de 1,6 milhões de teses de doutoramento e mestrado dos EUA, Canadá, Grã-Bretanha e Europa	28.12.2006	34	34*	Pesquisados anos 2005 e 2006 pois os outros requerem assinatura da base de dados (não existe em nenhuma instituição portuguesa). Todas as palavras foram pesquisadas como key words.
British Library Public Catalogue	Acesso gratuito a catálogos das colecções das bibliotecas britânicas	28.12.2006	39	39*	Pesquisado o integrated catalogue. Advanced search – limit search to all languages, all format, search by any word
LocatorPlus	Catálogo online da National Library of Medicine e inclui detalhes de mais de 70 000 jornais biomédicos, livros e audiovisuais	30.12.2006	23	23*	Simple search, no quick limit selected, key word combination (combine terms with AND, OR NOT)
BASE DE DADOS ELECTRÓNICAS NACIONAIS					
NetIndex (revistas médicas portuguesas)	Mais de 23.000 artigos, cerca de 600 resumos de teses de doutoramento das Escolas de Medicina de Lisboa, Porto e Coimbra e 139 publicações periódicas, com carácter prospectivo desde 1992	08.08.2006 E 10.08.2006	35	33	
BASES DE DADOS DOS CENTROS DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO (CDI) DE INSTITUIÇÕES NACIONAIS DE REFERÊNCIA					
Escola Nacional de Saúde Pública	Registo dos documentos do CDI excepto as publicações periódicas (excepto a Revista nacional de Saúde Pública)	09.08.2006	32	30	Pesquisado o catálogo da ENSP
ESE de Maria Fernanda Resende	CDI	30.12.2006	65	57	Pesquisada base bibliográfica geral. Pesquisa avançada. Utilizados os descritores da própria base.
ESE Francisco Gentil	CDI	31.12.2006	87	54	Pesquisada base bibliográfica. Pesquisa simples
ESE Coimbra	CDI	01.01.2007	89	62	Pesquisada por assunto
ESE Porto	CDI	14.01.2007	39	13	Todos os termos foram pesquisados em enferm* (truncadura à direita) palavra e cruzado em palavra

Base de Dados	Descrição	Data da pesquisa	Registos selec		Especificações da pesquisa
			total	cruz. ¹	
					sem truncadura (excepto nos casos indicados)
Depósito de Dissertações e Teses Digitais da Biblioteca Nacional		16.01.2007	1	1	Selecionado catálogo – todas as bibliotecas. Dado o baixo nº de registos referentes a enferm* não foi feito cruzamento com outras palavras chave. Todos os registos foram consultados.
SIBUL (sistema integrado de bibliotecas da Universidade de Lisboa)	Inclui as bases de dados das bibliotecas do Centro de Estudos Geográficos (ULCEG), Complexo Interdisciplinar (ULCI), Centro de Linguística (ULCL), Faculdade de Belas-Artes (ULFBA), Faculdade de Ciências (ULFC), Faculdade de Direito (ULFD), Faculdade de Farmácia (ULFA), Faculdade de Letras (ULFL), Faculdade de Medicina (ULFM), Faculdade de Medicina Dentária (ULFMD), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (ULFP), Instituto Bacteriológico Câmara Pestana (ULIBCM), Instituto de Ciências Sociais (ICS), Instituto Geofísico do Infante D. Luís (ULIGIDL), Museu de Ciência (ULMC), Museu de Mineralogia e Geologia (ULMMG), Museu, Laboratório Jardim Botânico (ULMLJB), Reitoria / Centro de Documentação Europeia (ULSD/ULCDE)	16.01.2007	12	10	Dado o baixo nº de registos referentes a enferm* não foi feito cruzamento com outras palavras chave. Todos os registos foram consultados.
Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE)	Possibilidade de pesquisar PsycINFO e Social Sciences Plus Text	17 e 18.01.2007	12	11	
Instituto Superior de Psicologia Aplicada	Criminologia, Reabilitação, Psicologia Ambiental, Psicologia Educacional, Comportamento Organizacional, Neurociências, Etologia, Psicossomática, Psicanálise, Psicologia Cognitiva, Psicologia Clínica, Literatura, Arte, Psicologia Comunitária são alguns dos principais domínios temáticos do fundo documental do Centro de Documentação do ISPA.	19.01.2007	26	25	Dado o baixo nº de registos referentes a enfermagem, enfermeir* e profissionais de saúde não foi feito cruzamento com outras palavras-chave. Todos os registos foram consultados.
ColCat	Universidade de Aveiro	19.01.2007	5	5	
	Universidade de Coimbra	19.01.2007	72	35	
	Universidade Técnica de Lisboa	19.01.2007	4	3	
	Universidade do Minho	19.01.2007	3	3	
	Universidade Católica (biblioteca D. João II)	19.01.2007	3	2	
	Universidade Lusíada	19.01.2007	5	4	
	Universidade do Porto (faculdade de economia e medicina)	19.01.2007	6	5	

Base de Dados	Descrição	Data da pesquisa	Registos selec		Especificações da pesquisa
			total	crúz. ¹	
	Universidade de Évora	19.01.2007	2	2	
	Universidade do Algarve	19.01.2007	3	1	
Universidade Lusófona	Base bibliográfica da Universidade Lusófona	03.02.2007	6	3	Pesquisada em pesquisa bibliográfica Universidade Lusófona, pesquisa simples.
Universidade da Beira Interior	Pesquisado catálogo bibliográfico	27.01.2007	0	0	Dado o baixo nº de registos referentes a enfermagem, enfermeiros, enfermeiro, enfermeira e profissionais de saúde não foi feito cruzamento com outras palavras-chave. Todos os registos foram consultados.
SITES DE INSTITUIÇÕES INTERNACIONAIS DE REFERÊNCIA					
World Health Organization (WHO)	-	02.03.07	0	0	Pesquisada em search
International Labour Office (ILO) - CISDOC	A base de dados CISDOC cobre leis e regulamentos de saúde ocupacional e segurança, químicos, dados, material de treino, artigos, livros e convenções do ILO.	06.02.2007	131	101	Pesquisada em ILO Library, online information resources, ILO databases CISDOC
Public Services International (PSI)	Representa 650 sindicatos de 150 países num total de mais de 20 milhões de trabalhadores do sector público que prestam serviço nos serviços governamentais centrais, nos cuidados de saúde e sociais, nos serviços municipais e comunitários e outros serviços públicos.	05.02.2007	13	13*	Pesquisado em pesquisa simples
International Council of Nurses (ICN) – International Centre for Human resources in Nursing	O International Centre for Human Resources in Nursing (ICHRN) foi criado em 2006 pelo International Council of Nurses Dedicado ao fortalecimento global da força de trabalho de enfermagem através do desenvolvimento, contínua monitorização e disseminação de informação, standards e ferramentas sobre políticas de recursos humanos em enfermagem, gestão, investigação e prática.	05.02.2007	31	31*	Foi pesquisada (por key words) a Knowledge Library (base de dados interactive, pesquisável que agrupa uma série de informação e documentos cobrindo todos os aspectos dos recursos humanos de enfermagem incluindo trabalhos inovadores publicados pelo ICHRN)
Occupational, safety and health administration (OSHA)		06.03.07	0	0	Pesquisado em search
The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)		05.03.07	81	81*	Pesquisada em databases and information resources database nioshtic-2 basic search
Canadian Institute of Health Research (CIHR)	Health services and policy research	08.03.07	1	1*	Consultados todos os registos de health research results and related reports, reference documents and institute publications

Base de Dados	Descrição	Data da pesquisa	Registos selec		Especificações da pesquisa
			total	cruz. ¹	
Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF)		11.03.07 e 12.03.07	5	5*	Para além de pesquisa por palavras chave foram também pesquisadas as investigações em curso e os documentos publicados onde foram seleccionados os 5 registos.
Department of Health NHS		12.03.07	1	1*	Dado o baixo nº de registos referentes a enfermagem, enfermeiros, enfermeiro, enfermeira e profissionais de saúde não foi feito cruzamento com outras palavras-chave. Todos os registos foram consultados.

ANEXO 3

Registo de pesquisa por palavras-chave – Português e Inglês

Base de dados: _____ Pesquisada em (DD/MM/AA): ___/___/___

Palavra-chave	Cruzado com	Comando booleano			Nº de registros	Nº de registros seleccionados
		E	OU	“ “		

ANEXO 4

Documentos aos quais não foi possível aplicar o formulário de colheita de dados

Referência	Motivo pelo qual não foi aplicado o formulário de colheita de dados
Aiken & Sloane (1997)	Repetição
Albanesi de Nasetta & Morales de Barbenza (2002)	A British Library indicou que não conseguia fornecer este documento
Alexander (1988)	Publicou artigo que foi avaliado para inclusão/ exclusão: Alexander,L.L., & Beck,K. (1990). The smoking behaviour of military nurses: the relationship to job stress, job satisfaction and social support. <i>J Adv Nurs</i> 15(7), 843-849.
Alexandre (1994)	Repetição
Alipour (1997)	Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Andrews (2006)	Publicou artigo que foi incluído na RSL: Andrews,D., & Wan,T. (2009). The importance of mental health to the experience of job strain: an evidence-guided approach to improve retention. <i>Jornal of Nursing Management</i> 17(3), 340-351.
Barnett, Davidson & Marshall (1989)	A primeira autora foi contactada por e-mail tendo enviado 8 documentos que foram avaliados para inclusão/ exclusão: Barnett,R. (2006). When mom works evenings versus days: impact on moms, dads, and kids (personal communication). Work, stress and health 2006 making a difference in the workplace. Barnett,R., & Gareis,K. (2007). Shift work, parenting behaviors, and children's socioemotional well-being: a within family study. <i>Journal of family issues</i> 28(6), 727-748. Barnett,R., & Gareis,K. (2008). The relationship between nonstandard work schedules, well-being, and psychological distress: a within couple analysis (personal communication). The 1st International Conference: Community, Work and family change and transformation. Barnett,R., Gareis,K., & Brennan,R. (2008). Wives' shift work schedules and husbands' and wives' well-being in dual earner couples with children: a within couple analysis. <i>Journal of family issues</i> 29(3), 396-422. Barnett,R., & Hall,D. (2007). The silver lining in shift work: can your organization take advantage of it? <i>Organizational Dynamics</i> 36(4), 404-417. Gareis,K., & Barnett,R. (2005). Family work schedules and family well being (personal communication) 4th Annual invitational blue cross blue shield of Massachusetts journalism - Work/ Family Conference.
Barrett, Norton, Busam & Boyd (2000)	Apenas o resumo está disponível
Bennett, Carson, Fish, George, Puszet, Rankin et al. (1985)	Apenas o resumo está disponível
Bégat, Ellefsen & Severinsson (2005)	Repetição
Broege (1994)	Apenas o resumo está disponível
Browning (2002)	Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Buhler & Land (2004)	Documento em alemão
Burke (1997)	Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Burns (1992)	Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Cash (1996)	Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Caso Pita, Insausti Macarrón, Rodríguez de la Pinta, Lucas, Alonso Cobo & Cruzet Fernández (2004)	A British Library indicou que não conseguia fornecer este documento
Chaoping, Kan & Zhengxue (2003)	Documento em chinês
Collins (1993)	Repetição

Referência	Motivo pelo qual não foi aplicado o formulário de colheita de dados
Curci (1996)	Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Curran (2005)	Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Degiolamo (2004)	Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Deitchman & Bang (2001)	A British Library indicou que não conseguia fornecer este documento
Diogo (1996)	O documento desapareceu do acervo da biblioteca
Doebbeling, Rohrer & Kohout,(1994)	Repetição
Doebbeling (1997)	Repetição
Donovan (2003)	Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Dorritie (2006)	Contactado o autor sem resposta
Duraiappah (2000)	Só resumo disponível
Farer & Powell (1986)	Primeiro autor contactado pelo menos duas vezes sem ter sido obtido qualquer resposta
Fischer (2002)	Repetição
Garrett (1996)	Publicou artigo que foi avaliado para inclusão/ exclusão: Garrett,D., & McDaniel,A. (2001). A New Look at Nurse Burnout: The Effects of Environmental Uncertainty and Social Climate. <i>Journal of Nursing Administration</i> 31(2), 91-96.
Gerberich (2001)	Contactado o autor que enviou os seguintes documentos que foram avaliados para inclusão/ exclusão: Gerberich,S., Church,T., McGovern,P., Hansen,H., Nachreiner,N., Geisser,M., Ryan,A., Mongin,S., & Watt,G. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. <i>Occupational and Environmental Health</i> 61(6), 495-503. Gerberich,S., Church,T., McGovern,P., Hansen,H., Nachreiner,N., Geisser,M., Ryan,A., Mongin,S., Watt,G., & Jurek,A. (2005). Risk factors for work related assaults on nurses. <i>Epidemiology</i> 16(5), 704-709. Nachreiner,N., Gerberich,S., McGovern,P., Church,T., Hansen,H., Geisser,M., & Ryan,A. (2005a). Relation between policies and work related assault: Minnesota Nurses' Study. <i>Occupational and Environmental Health</i> 62(10), 675-681. Nachreiner,N., Gerberich,S., McGovern,P., Church,T., Hansen,H., Geisser,M., & Ryan,A. (2005b). Impact of training on work-related assault. <i>Research in Nursing and Health</i> 28(1), 67-78. Nachreiner,N., Gerberich,S., Ryan,A., & McGovern,P. (2007). Minnesota Nurses' Study: perceptions of violence and the work environment. <i>Industrial Health</i> 45(5), 672-678.
Gershon (2003; 2008)	Contactado o autor que enviou os seguintes documentos incluídos na RSL: Gershon,R., Qureshi,K., Gurney,C., & Rosen,J. (2002). Bloodborne pathogen exposure risk for non-hospital based healthcare workers. <i>Clinics in Occupational and Environmental Medicine</i> 2(3), 497-518. Gershon,R., Qureshi,K., Pogorzelska,M., Rosen,J., Gebbie,K., Brandt-Rauf,P., & Sherman,M. (2007). Non-hospital based registered nurses and the risk of bloodborne pathogen exposure. <i>Industrial Health</i> 45(5), 695-704.
Goldstein (1998)	Repetição
Hatch (1994)	Repetição
Henderson (1992)	Autor contactado pelo menos duas vezes sem qualquer resposta. Foi encontrado documento incluído na RSL: Fahey,B.J., Koziol,D.E., Banks,S.M., & Henderson,D.K. (1991). Frequency of nonparenteral occupational exposures to blood and body fluids before and after universal precautions training. <i>Am J Med</i> 90(2), 145-153.
Huang, Wang & Zang (2002)	Documento em chinês
Huda, Sundaru, Harsal, Karyadi & Prasetyo (2005)	A British Library indicou que não conseguia fornecer este documento

Referência	Motivo pelo qual não foi aplicado o formulário de colheita de dados
Jensen (1985; 1986b; 1986a; 1987)	O autor morreu. Encontrado documento que foi avaliado para inclusão/ exclusão: Jensen,R.C. (1987). Disabling back injuries among nursing personnel: research needs and justification. <i>Res Nurs Health</i> 10(1), 29-38.
Junlapeeya (2005)	Autor contactado pelo menos duas vezes sem qualquer resposta.
Kanste (2005)	Documento original em finlandês. Substituído pelo documento que foi avaliado para inclusão/ exclusão: Kanste,O., Kyngas,H., & Nikkila,J. (2007). The relationship between multidimensional leadership and burnout among nursing staff. <i>J Nurs Manag</i> 15(7), 731-739.
Keane, Ducette & Adler (1985)	Apenas o resumo está disponível
King (1986)	Autor contactado pelo menos duas vezes sem qualquer resposta. Foi encontrado documento que foi avaliado para inclusão/ exclusão: King,L., & King,D. (1990). Role conflict and role ambiguity: A critical assessment of construct validity. <i>Psychological Bulletin</i> 107(1), 48-64.
Kulik, Skorzynska, Rudnicka-Drozak & Pacian (2003)	A British Library indicou que não conseguia fornecer este documento
Leiss (2007)	Autor contactado pelo menos duas vezes sem qualquer resposta. Foi encontrado documento que foi avaliado para inclusão/ exclusão: Leiss,J.K., Lyden,J.T., Mathews,R., Sitzman,K.L., Vanderpuije,A., Mav,D., Kendra,M.A., Klein,C., & Humphrey,C.J. (2009). Blood exposure incidence rates from the North Carolina study of home care and hospice nurses. <i>Am J Ind Med</i> 52(2), 99-104.
Li, Chen, Li & Wang (1989a)	Documento em chinês
Li, Shen, Wan & Li (1989b)	Documento em chinês
Li, Liang & Wang (1997)	Documento em chinês
Li, Wang, Cheng & Tong (2001)	Documento em chinês
Li, Xiao & Liu (2002)	Documento em chinês
Ling (2001)	Documento em chinês
Makoto & Masao (1994)	Documento em japonês
Marshall, Barnett, Baruch & Pleck (1988)	Autor contactado tendo enviado 3 documentos que foram avaliados para inclusão/ exclusão: Barnett,R., Marshal,N., & Singer,J. (1992). Job experiences over time, multiple roles, and women's mental health: a longitudinal study. <i>Journal of Personality and Social Psychology</i> 62(4), 634-644. Marshall,N., & Barnett,R. (2006a). Variations in job strain across nursing and social work specialties. <i>Journal of Community and Applied Social Psychology</i> 3(4), 261-271. Marshall,N., & Barnett,R. (2006b). Work-related support among women in caregiving occupations. <i>Journal of Community Psychology</i> 20(1), 36-42.
Martin (1995)	Autor contactado pelo menos duas vezes sem qualquer resposta. Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Martins (1994)	A biblioteca não concedeu acesso à tese. Contactado o autor que não respondeu por motivo de doença.
Masters (1995)	Autor contactado pelo menos duas vezes sem qualquer resposta. Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Matzelle (2005)	Autor contactado pelo menos duas vezes sem qualquer resposta. Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Maze (2006)	Autor contactado pelo menos duas vezes sem qualquer resposta. Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
McCauley (1989)	Autor contactado pelo menos duas vezes sem qualquer resposta. Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo

Referência	Motivo pelo qual não foi aplicado o formulário de colheita de dados
Mcneal (1997)	Autor contactado pelo menos duas vezes sem qualquer resposta. Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Mirabelli (2009)	Autor contactado tendo enviado um documento que foi avaliado para inclusão/ exclusão: Mirabelli,M., Zock,J., Plana,E., Antó,J., Benke,G., Blanc,P., Dahlman-Höglund,A., Jarvis,D., Kromhout,H., Lillienberg,L., Norbäck,D., Olivieri,M., Randon,K., Sunyer,J., Torén,K., Sprundel,M., Villani,S., & Kogevinas,M. (2007). Occupational risk factors for asthma among nurses and related healthcare professionals in an international study. <i>Occupational and Environmental Medicine</i> 64(7), 474-479.
Mittleman (2006)	Autor contactado tendo enviado três documentos que foram avaliados para inclusão/ exclusão: Fisman,D.N., Harris,A.D., Rubin,M., Sorock,G.S., & Mittleman,M.A. (2007). Fatigue increases the risk of injury from sharp devices in medical trainees: results from a case-crossover study. <i>Infect Control Hosp Epidemiol</i> 28(1), 10-17. Fisman,D.N., Harris,A.D., Sorock,G.S., & Mittleman,M.A. (2003). Sharps-related injuries in health care workers: a case-crossover study. <i>Am J Med</i> 114(8), 688-694. Fisman,D.N., Mittleman,M.A., Sorock,G.S., & Harris,A.D. (2002). Willingness to pay to avoid sharps-related injuries: a study in injured health care workers. <i>Am J Infect Control</i> 30(5), 283-287.
Mori & Kageyama (1995)	A British Library indicou que não conseguia fornecer este documento
Nakashima, Kashiwagi, Hayashi, Noguchi, Hirata, Ikeda et al.(1993)	Apenas o resumo está disponível
Neubauer (1988)	Autor contactado pelo menos duas vezes sem qualquer resposta. Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
NIOSH (1995)	A British Library indicou que não conseguia fornecer este documento
O'Brien-Pallas, Murphy & Shamian (2007)	Autor indicou que ainda não possuía resultados
Patenaude-Jones (1988)	Autor contactado pelo menos duas vezes sem qualquer resposta. Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Peipins, Burnett, Alterman & Lalich (1995)	Repetição
Peladeau (2006)	Encontrado 1 documento que foi avaliado para inclusão/ exclusão: Maunder,R.G., Leszcz,M., Savage,D., Adam,M.A., Peladeau,N., Romano,D., Rose,M., & Schulman,B. (2008). Applying the lessons of SARS to pandemic influenza: an evidence-based approach to mitigating the stress experienced by healthcare workers. <i>Can J Public Health</i> 99(6), 486-488.
Petterson, Arnetz & Arnetz (1995)	Repetição
Pisarski, Bohle & Callan (1998)	Repetição
Pompeii (2006)	Autor contactado pelo menos duas vezes sem qualquer resposta. Encontrados 2 documentos que foram avaliados para inclusão/ exclusão: Pompeii,L.A., Lipscomb,H.J., & Dement,J.M. (2008). Surveillance of musculoskeletal injuries and disorders in a diverse cohort of workers at a tertiary care medical center. <i>Am J Ind Med</i> 51(5), 344-356. Pompeii,L.A., Lipscomb,H.J., Schoenfish,A.L., & Dement,J.M. (2009). Musculoskeletal injuries resulting from patient handling tasks among hospital workers. <i>Am J Ind Med</i> .
Pons (1996)	Autor contactado pelo menos duas vezes sem qualquer resposta. Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Price (1984)	Autor contactado enviou 2 artigos que foram avaliados para inclusão/ exclusão: Price,J.L. (2001). Reflections on the determinants of voluntary turnover. <i>International Journal of Manpower</i> 22(7), 600-624. Price,J.L. (2004). The development of a causal model of voluntary turnover. In R.Griffeth, & P.Hom (Eds.), <i>Innovative theory and empirical research on employee turnover</i> . United States of America: Information Age Publishing Inc.

Referência	Motivo pelo qual não foi aplicado o formulário de colheita de dados
Queirós (1998)	Repetição
Sá (2005)	Repetição
Skovron (1987)	Repetição
Smedley, Inskip, Cooper & Coggon (1998)	Repetição
Spurgeon (1982)	A biblioteca não concedeu acesso ao documento
Stewart (2002)	Sem contactos do autor. Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Stone (2004)	Autor contactado enviou 7 artigos que foram avaliados para inclusão/ exclusão: Gershon,R.R., Stone,P.W., Zeltser,M., Faucett,J., MacDavitt,K., & Chou,S.S. (2007). Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. <i>Ind Health</i> 45(5), 622-636. Stone,P.W., Du,Y., & Gershon,R.R. (2007). Organizational climate and occupational health outcomes in hospital nurses. <i>J Occup Environ Med</i> 49(1), 50-58. Stone,P.W., & Gershon,R.R. (2006). Nurse work environments and occupational safety in intensive care units. <i>Policy Polit.Nurs Pract</i> 7(4), 240-247. Stone,P.W., Larson,E.L., Mooney-Kane,C., Smolowitz,J., Lin,S.X., & Dick,A.W. (2006). Organizational climate and intensive care unit nurses' intention to leave. <i>Crit Care Med</i> 34(7), 1907-1912. Stone,P.W., Mooney-Kane,C., Larson,E.L., Horan,T., Glance,L.G., Zwanziger,J., & Dick,A.W. (2007). Nurse working conditions and patient safety outcomes. <i>Med Care</i> 45(6), 571-578. Stone,P., Mooney-Cane,C., Larson,E., Pastor,D., Zwanziger,J., & Dick,A. (2007). Nurse working conditions, organizational climate, and intent to leave in ICUs: an instrumental variable approach. <i>Health Research and Educational Trust</i> 42(3), 1085-1104.
Stroup Benham (1995)	Autor contactado pelo menos duas vezes sem qualquer resposta. Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Struve, Aronsson, Frenning, Forsgren & Weiland (1992)	Apenas o resumo está disponível
Tang, Hamilton & Singer (1989)	Documento em chinês
Tasto (1978)	Repetição
Trinkoff, Eaton & Anthony (1991) Trinkoff (2001; 2005)	Autor contactado enviou 6 artigos dos quais 4 não eram repetidos e foram avaliados para inclusão/ exclusão: Trinkoff,A., Geiger-Brown,J., Caruso,C., Lipscomb,J., Johantgen,M., Nelson,A., Sattler,B., & Selby,V. (2008). Personal safety for nurses. In R.Hughes (Ed.), <i>Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses: Research and Quality</i> . US Department of Health and Human Services. Trinkoff,A., Le,R., Geiger-Brown,J., & Lipscomb,J. (2007). Work schedule, needle use, and needlestick injuries among registered nurses. <i>Infection Control and Hospital Epidemiology</i> 28(2), 156-164. Trinkoff,A., Lipscomb,J., Geiger-Brown,J., Storr,C., & Brady,B. (2003). Perceived physical demands and reported musculoskeletal problems in registered nurses. <i>American Journal of Preventive Medicine</i> 24(3), 270-275. Trinkoff,A., Zhou,Q., Storr,C., & Soeken,K. (2000). Workplace access, negative proscriptions, job strain, and substance use in registered nurses. <i>Nursing Research</i> 49(2), 83-90.
Triolo (1988)	Encontrados 2 documentos que foram avaliados para inclusão/ exclusão: Triolo,P.K. (1989a). Occupational health hazards of hospital staff nurses. Part I: Overview and psychosocial stressors. <i>AAOHN.J</i> 37(6), 232-237. Triolo,P.K. (1989b). Occupational health hazards of hospital staff nurses. Part II: Physical, chemical, and biological stressors. <i>AAOHN.J</i> 37(7), 274-279.
Turnipseed (1987)	Apenas o resumo está disponível
Tyler, Carroll & Cunningham (1991)	Apenas o resumo está disponível
Ueno & Yamamoto (1996)	Documento em japonês
Valanis (1991)	Repetição

Referência	Motivo pelo qual não foi aplicado o formulário de colheita de dados
van Wijk (1997)	Apenas o resumo está disponível
Videman, Nurminen, Tola, Kuorinka, Vanharanta & Troup (1984)	Só tem o resumo no site da revista
Walker (2003)	Documento sob a forma de poster
Wamsley (1996)	Autor contactado pelo menos duas vezes sem qualquer resposta. Pedido à British Library que não conseguiu informar sobre se conseguiria obter o documento, o seu preço e o tempo que demoraria a entregá-lo
Wang, Huang & Zang (2001)	Documento em chinês
Wheeler (1994)	Repetição
Xiao-Lei & Wei-Hong (2006)	Documento em chinês
Ying, Hong & ZhiHong (2004)	Documento em chinês
Zhao & Fang (2005a)	Documento em chinês
Zhao & Fang (2005b)	Documento em chinês
Zheng-ying, Li-xian & Lun (2006)	Documento em chinês

REFERÊNCIAS

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Klocinski, J. L. (1997). Hospital nurses' occupational exposure to blood: Prospective, retrospective and institutional reports. *American Journal of Public Health, 87*, 103-107.
- Albanesi de Nasetta, S. & Morales de Barbenza, C. (2002). Burnout en el personal de enfermería de un hospital. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica, 14*, 87-101.
- Alexander, L. L. (1988). *Smoking behavior of military nurses: the impact of job stress, job satisfaction and social support*. PhD University of Maryland College Park.
- Alexandre, N. M. d. C. (1994). Considerações sobre uma avaliação específica da coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. *REVISTA da Escola de Enfermagem da USP, 28*, 293-308.
- Alipour, Z. (1997). Burnout, stress, and the occupational hazards of nursing work: a comparison of hospital nurses and agency employed nurses. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 57*, 6624.
- Andrews, D. (2006). *The effect of job strain in the hospital environment: applying Orem's theory of self-care*. University of Central Florida.
- Barnett, R., Davidson, H., & Marshall, N. (1989). *Occupational Stress and Health of Women LPN's and LSW's: Final Project Report. Working Paper No. 202*. Wellesley: Wellesley College Center for Research on Women.
- Barrett, T. W., Norton, V. C., Busam, M., & Boyd, J. (2000). Self-reported cardiac risk factors in emergency department nurses and paramedics. *Prehospital and Disaster Medicine, 15*, 86-89.
- Bé gat, I., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being -- a Norwegian study. *J Nurs Manag, 13*, 221-230.
- Bennett, N. M., Carson, J. A., Fish, B. S., George, L. J. W., Puszet, P. J., Rankin, D. W. et al. (1985). An assessment of the prevalence of hepatitis B among health care personnel in Victoria. *Medical Journal of Australia, 143*, 495-499.
- Broege, P. A. (1994). The blood pressure response to daily stress in normotensive female nurses. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 56*, -B.
- Browning, L. J. (2002). Burnout as a loss of control: A comprehensive model explaining burnout innurses. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 62*, 4258.
- Buhler, K. E. & Land, T. (2004). Burnout and personality in extreme nursing: an empirical study. *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie, 155*, 35-42.
- Burke, K. M. (1997). An investigation of burnout in New Jersey staff nurses: The effects of fear of success in nursing and narcissism. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 57*, 4974.
- Burns, M. J. (1992). *The relationship between types and sources of social support, stress and job satisfaction in head nurses*. Temple University.
- Cash, D. (1996). Levels of occupational burnout, personality type, and coping processes: Acomparison of intensive-care and nonintensive-care registered nurses in primary-care hospital settings. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 57*.

- Caso Pita, C., Insausti Macarrón, D., Rodríguez de la Pinta, M. L., Lucas, J. C., Alonso Cobo, M. T., & Cruzet Fernández, F. (2004). Viral hepatitis among health care workers: Time trends. *Medicina y seguridad del trabajo*, 5, 11-21.
- Chaoping, L., Kan, S., & Zhengxue, L. (2003). Work - Family Conflict and Job Burnout of Doctors and Nurses. *Chinese Mental Health Journal*, 17, 807-809.
- Collins, R. (1993). *Nurses' substance abuse: stress, coping & self-efficacy* New York: National Institute on Drug Abuse.
- Curci, L. J. (1996). Burnout in nurses: The effect of specific coping mechanisms. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57, -1487.
- Curran, A. (2005). *A descriptive study of perceived occupational stressors and burnout among registered nurses*. Southern Connecticut State University.
- Degiolamo, S. (2004). A comparison of daily hassles and occupational stress as correlated with coping and burnout among nurses. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65, 3135.
- Deitchman, S. & Bang, K. M. (2001). The epidemiology of occupational injuries and illnesses of health care workers. *Clin Occup Environ Med*, 1, 201-216.
- Diogo, C. (1996). *Qualidade de vida relacionada com a saúde: contributos para a compreensão da saúde e qualidade de vida dos profissionais de enfermagem*. Dissertação de mestrado em Saúde Ocupacional apresentada na Faculdade de Medicina de Coimbra. Faculdade de Medicina de Coimbra, Coimbra.
- Doebbeling, B. N. (1997). *Health care worker compliance with hepatitis B vaccine* NIOSH.
- Doebbeling, B. N., Rohrer, J. E., & Kohout, F. J. (1994). Institutional predictors of hepatitis B vaccination rates: a statewide study of health care workers. In (pp. 146).
- Donovan, J. (2003). The effect of workplace stress on job satisfaction, burnout, commitment, discouragement, and intent to leave among nurses employed in rural hospitals. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64, 635.
- Dorritie, M. (2006). *Burnout among hospice nurses: a case study*. State University of New York Empire State College.
- Duraiappah, V. (2000). Staff injuries due to patient assaults. In *3rd National Conference on Injury prevention and Control* (pp. 123-124).
- Farer, L. S. & Powell, K. E. (1986). *Tuberculosis as an Occupational Disease*. NIOSH.
- Fischer, F. M. (2002). Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem. *Cadernos de saúde pública*, 18, 1264-1269.
- Garrett, D. (1996). Burnout among professional nurses in times of environmental uncertainty (social climate). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60, 2606.
- Gerberich, S. G. (2001). Risk factors for violence among nurses. University of Minnesota.
- Gershon, R. R. (2003). BBP exposure and risk factors in non-hospital based HCWs. NIOSH.
- Gershon, R. R. (2008). Bloodborne pathogen risk in home healthcare workers. NIOSH.
- Goldstein, I. B. (1998). Ambulatory blood pressure and job stress in nurses. Los Angeles, University of California. Office of Research Administration
- Hatch, M. C. (1994). Menstrual function and physical and mental job stress. New York, Columbia University.
- Henderson, D. K. (1992). *Health care workers exposure to blood and other body substances*. Clinical Center.
- Huang, Y., Wang, G., & Zang, D. (2002). Quality of life of nurses and the influential factors. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 10, 211-212.
- Huda, H., Sundaru, H., Harsal, A., Karyadi, T. H., & Prasetyo, S. B. (2005). Latex allergen sensitization due to glove use among hospital staff in Jakarta and related factors. *Acta Med Indones.*, 37, 3-11.
- Jensen, R. C. (1985). Events that trigger disabling back pain among nurses. In *Proceedings of the Human Factors Society, 29th Annual Meeting* (pp. 799-801).
- Jensen, R. C. (1986a). *Association between frequency of patient lifting and incidence of low back injury among nursing personnel* NIOSH.
- Jensen, R. C. (1986b). Disabling back pain among nursing personnel in North Carolina. In *Living with Change and Choice in Health, Proceedings of the 1st Sigma Theta Tau, Alpha Rho Chapter National Research Conference, June 12-14* (pp. 337-340).
- Jensen, R. C. (1987). Low back pain and back injury among health care workers. *Occupational Hazards to Health Care Workers, American Conference of Governmental Industrial Hygienists* (pp. 41-50).
- Junlapeeya, P. (2005). *Model testing of exercise behavior in Thai female registered nurses in an urban hospital*. Baltimore, University of Maryland.
- Kanste, O. I. (2005). *Multidimensional nursing leadership and burnout among nurses in health care*. Oulun Yliopisto, Finland.
- Keane, A., Ducette, J., & Adler, D. C. (1985). Stress in ICU and non-ICU nurses. *Nursing Research*, 34, 231-236.

- King, L. A. (1986). *Role conflict in the nursing profession*. Central Michigan University.
- Kulik, T. B., Skorzynska, H., Rudnicka-Drozak, E., & Pacian, A. (2003). Prophylaxis of breast cancer among nurses in health care settings in the city of Lublin. *Ann Univ Mariae Curie Sklodowska*, *58*, 208-213.
- Leiss, J. K. (2007). Exposure to blood among home health care nurses. Durham, Constella Group Inc.
- Li, D. m., Chen, S. k., Li, S. x., & Wang, Q. x. (1989a). A comparative study on memory characteristics between the nurses on shiftwork and daywork. *Acta Psychologica Sinica*, *21*, 163-168.
- Li, D. m., Shen, S. k., Wan, Q. x., & Li, S. x. (1989b). A comparative study on sleep quality and sleep regularity between shift-work and day-work nurses in different ages. *Acta Psychologica Sinica*, *21*, 315-320.
- Li, L., Liang, F., & Wang, X. (1997). Quality of life in nurses in different work conditions. *Chinese Mental Health Journal*, *11*, 221-224.
- Li, P., Wang, Y., Cheng, T., & Tong, F. (2001). A study on mental health status and personality characteristics of nurses in mental and general hospitals. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, *9*, 139-140.
- Li, S., Xiao, J., & Liu, S. (2002). Comparison of nurses' depression and anxiety in Macau and Guangzhou. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, *10*, 40-41.
- Ling, L. (2001). Stress coping and mental health of nurses on emergency. *Chinese Mental Health Journal*, *15*, 303.
- Makoto, K. & Masao, T. (1994). Burnout among nurses--the relationship between stresses and burnout. *Japanese Journal of Experimental Social Psychology*, *34*, 33-43.
- Marshall, N. L., Barnett, R. C., Baruch, G. K., & Pleck, J. H. (1988). *More than a job: women and stress in care giving occupations* Massachusetts: Center for Research on Women of Wellesley College.
- Martin, B. J. (1995). *Coping, hardiness, health status, and absenteeism in staff nurses*. University of Illinois, Health Sciences Center, Chicago.
- Martins, J. G. (1994). *Stress em trabalho por turnos nos enfermeiros especialistas do Hospital Júlio de Matos. Dissertação de Mestrado*. ISPA, Lisboa.
- Masters, J. A. M. (1995). *Blood money: stress, drug use and the nursing profession*. City University of New York, New York.
- Matzelle, R. (2005). *The relationship between burnout and perceived daily hassles/uplifts in acute care nurses*. The Chicago School of Professional Psychology.
- Maze, W. A. (2006). Factors influencing social support and stress among nurses. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, *66*, 4240.
- McCauley, L. A. (1989). Menstrual function in nurses exposed to cancer drugs. Cincinnati, University of Cincinnati.
- Mcneal, L. J. (1997). The effects of perceived non-work social support and hope upon oncology nurses' occupational stress. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, *58*, -1209.
- Mirabelli, M. C. (2009). Medical workplace exposures, atopy and asthma in nurses. Fundacion IMIM, Barcelona.
- Mittleman, M. A. (31-8-2006). A case-cross over study of sharps related injuries. Boston, Beth Israel Deaconess Medical Center
- Mori, T. & Kageyama, T. (1995). Cross-sectional survey on the mental health and working environment of hospital nurses. *Journal of Occupational Health*, *37*, 135-142.
- Nakashima, K., Kashiwagi, S., Hayashi, J., Noguchi, A., Hirata, M., Ikeda, S. et al. (1993). Low prevalence of hepatitis C virus infection among hospital staff and acupuncturists in Kyushu, Japan. *J Infect*, *26*, 17-25.
- Neubauer, P. J. (1988). *The impact of stress, hardiness, home and work environment on illness, job satisfaction, and absenteeism in registered nurses*. PhD University of Missouri, Kansas City.
- NIOSH (1995). International Conference on Women's Health: Occupation and Cancer. III. Proceedings of an International Conference in Baltimore, Maryland, November 1993. *J Occup Environ Med*, *37*, 277-365.
- O'Brien-Pallas, L., Murphy, G. T., & Shamian, J. (2007). *Understanding the Costs and Outcomes of Nurses' Turnover in Canadian Hospitals*. Toronto, Faculty of Nursing.
- Patenaude-Jones, B. (1988). *Relationship of social support to burnout and attitudes toward support groups in nurses*. University of Tennessee.
- Peipins, L., Burnett, C., Alterman, T., & Lalich, N. (1995). Mortality patterns among nurses: a 28-state study (1984-1990). In American Public Health Association 123rd Annual Meeting and Exhibition, San Diego, October 29 - November 2, 1995 (pp. 47).
- Peladeau, N. M. (2006). *An empirical study of the stress-coping responses of nurses during the severe acute respiratory syndrome (SARS) outbreak*. D'Youville College.
- Petterson, I. L., Arnetz, B. B., & Arnetz, J. E. (1995). Predictors of job satisfaction and job influence-results from a national sample of Swedish nurses. *Psychother Psychosom*, *64*, 9-19.
- Pisarski, A., Bohle, P., & Callan, V. J. (1998). Effects of coping strategies, social support and work-nonwork conflict on shift worker's health. *Scand J Work Environ & Health*, *24*, 141-145.

- Pompeii, L. A. (2006). Back pain & work disability in health care workers. NIOSH.
- Pons, M. B. (1996). The relationship between stress, self-efficacy and burnout among nurses. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57, 3443.
- Price, J. (31-8-1984). Absenteeism and turnover among nursing department person. Iowa, University of Iowa
- Queirós, P. J. P. (1998). Burnout em enfermeiros: comparação de três grupos. *Sinais Vitais*, 17-21.
- Sá, L. (2005). Burnout e controlo sobre o trabalho em enfermagem oncológica. *Enfermagem Oncológica*, 8, 16-28.
- Skovron, M. L. (1987). *Epidemiology of back pain in nursing personnel*. New York, Mount Sinai School of Medicine of Cuny.
- Smedley, J., Inskip, H., Cooper, C., & Coggon, D. (1998). Natural history of low back pain. A longitudinal study in nurses. *Spine*, 23, 2422-2426.
- Spurgeon, P. (1982). Factores de absentismo e quebra de rentabilidade do pessoal de enfermagem qualificado do Serviço Nacional de Saúde. *Análise Psicológica*, 2, 239-254.
- Stewart, D. W. (2002). *The relationship of job stress to job satisfaction and the intent of Army Nurse Corps officers to stay in active military service*. George Mason University.
- Stone, P. W. (2004). *Outcomes of ICU working conditions*. Columbia University Health Sciences.
- Stroup Benham, C. A. (1995). Ambulatory blood pressure and heart rate characteristics among nurses: Relationships with anthropometric and psychosocial attributes. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 55, 3843.
- Struve, J., Aronsson, B., Frenning, B., Forsgren, M., & Weiland, O. (1992). Prevalence of hepatitis B virus markers and exposure to occupational risks likely to be associated with acquisition of hepatitis B virus among health care workers in Stockholm. *J Infect*, 24, 147-156.
- Tang, C. m., Hamilton, H., & Singer, G. (1989). Measurement and assessment of workload: The workload of nurses at intensive care units. *Acta Psychologica Sinica*, 21, 156-162.
- Tasto, D. L. (1978). *The Health Consequences of Shift Work*. NIOSH.
- Trinkoff, A. M. (2001). *MSDS in nurses - organization and physical work factors*. NIOSH
- Trinkoff, A. M. (29-9-2005). Extended work schedules and workplace injury in nurses. Baltimore, University of Maryland, Baltimore Professional School
- Trinkoff, A. M., Eaton, W. W., & Anthony, J. C. (1991). The prevalence of substance abuse among registered nurses. *Nursing Research*, 40, 172-175.
- Triolo, P. A. K. (1988). *Occupational health hazards of hospital staff nurses: implications for practice and education*. University of Iowa.
- Turnipseed, D. L. (1987). Burnout among hospice nurses: An empirical assessment. *Hospice Journal*, 3, 105-119.
- Tyler, P. A., Carroll, D., & Cunningham, S. E. (1991). Stress and well-being in nurses: A comparison of the public and privatesectors. *International Journal of Nursing Studies*, 28, 125-130.
- Ueno, T. & Yamamoto, Y. (1996). The preventive effects of social support on burnout among nurses: The relations between burnout and the number of social supports, satisfaction with supports and support resources. *Japanese Journal of Health Psychology*, 9, 9-20.
- Valanis, B. G. (1991). *Health and occupational exposure to anti-cancer drugs*. Oakland, Kaiser Foundation Research Institute.
- van Wijk, C. (1997). Factors influencing burnout and job stress among military nurses. *Mil Med*, 162, 707-710.
- Videman, T., Nurminen, T., Tola, S., Kuorinka, I., Vanharanta, H., & Troup, J. D. (1984). Low-back pain in nurses and some loading factors of work. *Spine*, 9, 400-404.
- Walker, J. T. (2003). Cancer mortality in white and black men and women in nursing and personal care facilities in four states. APHA 131st Annual Meeting and Exposition [On-line]. Available: http://apha.confex.com/apha/131am/techprogram/paper_71361.htm
- Wamsley, L. C. (1996). Stress, stress related depression, and burnout: Their effects on nurses and holistic patient care. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56, -5412.
- Wang, G., Huang, Y., & Zang, D. (2001). Quality of life of nurses in a general hospital. *Chinese Mental Health Journal*, 15, 308-311.
- Wheeler, H. H. (1994). *Occupational stress in nurses and midwives and the influence of cognitive style on nurses' perception of work stress*. University of Birmingham.
- Xiao-Lei, W. & Wei-Hong, R. (2006). The Effect of Stress Related Factors on Nurses' Quality of Life. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 14, 162-163.
- Ying, F., Hong, L., & ZhiHong, Y. (2004). Job Burnout of Nurses. *Chinese Mental Health Journal*, 18, 477-479.
- Zhao, R. & Fang, X. Y. (2005a). Nurses' Stress and Coping Style: Characteristics and its Relationship with Mental Health. *Chinese Mental Health Journal*, 19, 607-610.
- Zhao, R. & Fang, X. Y. (2005b). Nurses' Stress and Type-A Behavior: Characteristics and Its Relationship with Mental Health. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 13, 153-154-164.

Zheng-ying, L., Li-xian, B., & Lun, L. (2006). Burnout in Mental Health Nurses. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 14, 81-82.

ANEXO 5

Teste de relevância

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Teste de relevância

1. O documento foi aceite para a fase de avaliação do texto integral? (preencher apenas no final)

0. Não
 1. Sim
 2. Aguarda resumo

A. IDENTIFICAÇÃO

2. TÍTULO DO DOCUMENTO: _____

3. O DOCUMENTO TEM RESUMO?

0. Não (preencher a secção A e B e obter resumo, no caso de não ser possível, aceitar o documento para a fase de avaliação do texto integral)
 1. Sim

4. NOTAS DO REVISOR:

5. REVISOR: _____

6. DATA (indicar a data em que foi aplicado o teste de relevância) (DD/MM/AA): ___ / ___ / ___

7. NÚMERO DA REVISÃO (indicar o número de revisão, por exemplo, 1ª, 2ª, etc): _____

B. CARACTERIZAÇÃO DA PROVENIÊNCIA DO DOCUMENTO

ATENÇÃO: Esta secção só é preenchida na primeira revisão.

8. BASE DE DADOS (indicar com um a base de dados onde foi identificado o documento)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. PubMed | <input type="checkbox"/> 10. Science and Technology Proceedings (ISI proceedings) |
| <input type="checkbox"/> 2. The Cochrane Library/ Cochrane Database of Systematic Reviews | <input type="checkbox"/> 11. Dissertation abstracts |
| <input type="checkbox"/> 3. Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) | <input type="checkbox"/> 12. British Library Public Catalogue |
| <input type="checkbox"/> 4. Psychological Abstracts (PsycINFO) | <input type="checkbox"/> 13. LocatorPlus |
| <input type="checkbox"/> 5. Nursing, Midwifery and Allied Health Professions (NMAP) | <input type="checkbox"/> 14. NetIndex (revistas médicas portuguesas) |
| <input type="checkbox"/> 6. Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) | <input type="checkbox"/> 15. Escola Nacional de Saúde Pública |
| <input type="checkbox"/> 7. Social Science Plus Text | <input type="checkbox"/> 16. ESE de Maria Fernanda Resende |
| <input type="checkbox"/> 8. CORDIS | <input type="checkbox"/> 17. ESE Francisco Gentil |
| <input type="checkbox"/> 9. Computer Retrieval of Information on Scientific Projects (CRISP) | <input type="checkbox"/> 18. ESE Coimbra |
| | <input type="checkbox"/> 19. ESE Porto |
| | <input type="checkbox"/> 20. Depósito de Dissertações e Teses Digitais da Biblioteca Nacional |

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 21. SIBUL (sistema integrado de bibliotecas da Universidade de Lisboa) | <input type="checkbox"/> 32. Universidade do Algarve |
| <input type="checkbox"/> 22. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE) | <input type="checkbox"/> 33. Universidade Lusófona |
| <input type="checkbox"/> 23. Instituto Superior de Psicologia Aplicada | <input type="checkbox"/> 34. International Labour Office (ILO) |
| <input type="checkbox"/> 24. Universidade de Aveiro | <input type="checkbox"/> 35. Public Services International (PSI) |
| <input type="checkbox"/> 25. Universidade de Coimbra | <input type="checkbox"/> 36. International Council of Nurses (ICN) |
| <input type="checkbox"/> 26. Universidade Técnica de Lisboa | <input type="checkbox"/> 37. The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) |
| <input type="checkbox"/> 27. Universidade do Minho | <input type="checkbox"/> 38. Canadian Institute of Health Research (CIHR) |
| <input type="checkbox"/> 28. Universidade Católica | <input type="checkbox"/> 39. Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) |
| <input type="checkbox"/> 29. Universidade Lusíada | <input type="checkbox"/> 40. Department of Health NHS |
| <input type="checkbox"/> 30. Universidade do Porto | <input type="checkbox"/> 41. Outro. Qual? _____ |
| <input type="checkbox"/> 31. Universidade de Évora | <input type="checkbox"/> 42. Não se sabe |

9. TIPO DE DOCUMENTO (indicar com um o que melhor se aplicar)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Artigo de revisão da literatura | <input type="checkbox"/> 9. Tese de doutoramento |
| <input type="checkbox"/> 2. Artigo de relato de um estudo | <input type="checkbox"/> 10. Monografia de Licenciatura |
| <input type="checkbox"/> 3. Outro tipo de artigo | <input type="checkbox"/> 11. Editorial |
| <input type="checkbox"/> 4. Relatório | <input type="checkbox"/> 12. Notícia |
| <input type="checkbox"/> 5. Livro | <input type="checkbox"/> 13. Carta |
| <input type="checkbox"/> 6. Capítulo de livro | <input type="checkbox"/> 14. Outro. Qual? _____ |
| <input type="checkbox"/> 7. Comunicação | <input type="checkbox"/> 15. Não se sabe |
| <input type="checkbox"/> 8. Tese de mestrado | |

10. ESTADO DE PUBLICAÇÃO (indicar com um o que melhor se aplicar)

1. Publicado em revista internacional
2. Publicado em revista nacional
3. Submetido para publicação em revista nacional
4. Submetido para publicação em revista internacional
5. Aceite para publicação em revista nacional
6. Aceite para publicação em revista internacional
7. Não publicado
8. Publicado (mas não em revista)
9. Outro. Qual? _____
10. Não se sabe
11. Não se aplica

C. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/ EXCLUSÃO

11. SUJEITOS EM ESTUDO (indicar com um o que melhor se aplicar)

1. Exclusivamente enfermeiros
2. Exclusivamente outros profissionais de saúde (por exemplo, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, etc)
3. Exclusivamente outros profissionais da área da enfermagem (por exemplo, auxiliares de enfermagem, assistentes de enfermagem, estudantes de enfermagem)
4. Enfermeiros e outros profissionais de saúde (por exemplo, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, etc)
5. Enfermeiros e outros profissionais da área da enfermagem (por exemplo, auxiliares de enfermagem, assistentes de enfermagem, estudantes de enfermagem)
6. Outro. Qual? _____
7. Não se sabe

Critério de inclusão/ exclusão:

Excluir se os sujeitos em estudo forem exclusivamente outros profissionais de saúde (por exemplo, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, etc) ou exclusivamente outros profissionais da área da enfermagem (por exemplo, auxiliares de enfermagem, assistentes de enfermagem, estudantes de enfermagem). **Incluir** se os sujeitos em estudo forem exclusivamente enfermeiros, enfermeiros e outros profissionais de saúde ou enfermeiros e outros profissionais da área da enfermagem. Em caso de não se saber qual o sujeito em estudo excluir. Em caso de outro excluir.

11.1. CUMPRE O CRITÉRIO DE INCLUSÃO?

0. Não (o documento foi excluído da revisão sistemática da literatura preencher questão 1 na primeira página)
1. Sim

12. ASSUNTO EM ANÁLISE (indicar com um todos os que se aplicarem)

	SIM	NÃO
1. Factores profissionais (por exemplo, anos de exercício como enfermeiro, categoria profissional, horas semanais de trabalho, prevenção/ chamada, prestação de cuidados directos, exercício de funções de gestão e gestão clínica, tipo de instituição e serviço, sector, tipo de vínculo, horário, duplo emprego, exposição a raios ionizantes, esterilização, gases anestésicos, químicos e látex, mobilização de cargas, exposição a produtos biológicos, sentimentos de controlo sobre o trabalho, nível de responsabilidade, nível de autonomia, relação esforço/ recompensa, trabalho em equipa, relações na equipa de saúde e formação)		
2. Saúde física (por exemplo, problemas músculo-esqueléticos, neoplasias, infecção por tuberculose, infecção por VIH, infecção por citomegalovirus, hepatite A e B, alergias, diabetes, hipertensão arterial, problemas cardiovasculares, índice de massa corporal, distúrbios do sono e mortalidade)		
3. Saúde mental (por exemplo, ansiedade, depressão, burnout, suicídio, satisfação profissional, absentismo, turnover, stress e baixa por doença, mobbing, bullying) dos enfermeiros		
4. Auto-percepção do estado de saúde		
5. Qualidade de vida e bem-estar		
6. Estilos de vida e comportamentos ligados à saúde (por exemplo, alimentação, consumo de		

	SIM	NÃO
<i>bebidas alcoólicas, hábitos tabágicos, prática de exercício físico, rastreios de cancro da mama, próstata, colo do útero, recto, rastreio de triglicéridos, colesterol, hipertensão arterial, tuberculose, marcadores VIH, CMV, HB, HC, consumo de drogas, consumo de indutores do sono, consumo de analgésicos, auto-medicação, hábitos de sono)</i>		
7. Outro. Qual? _____		

Critério de inclusão/ exclusão:

Excluir se o estudo não abordar nenhum dos assuntos indicados. **Incluir** se o estudo abordar pelo menos um dos assuntos indicados. Em caso de outro analisar e debater entre revisores quanto à inclusão/exclusão – fica aceite preliminarmente.

12.1. CUMPRE O CRITÉRIO DE INCLUSÃO?

- 0. Não (O documento foi excluído da revisão sistemática da literatura preencher questão 1 na primeira página)
- 1. Sim

13. TIPO DE ESTUDO (indique todos os que se aplicarem, por exemplo, em casos de projectos)

- 1. Ensaio clínico ou terapêutico (uma investigação respeitante à execução de uma dada intervenção (medicamentosa, cirúrgica, regime, etc) em seres humanos, com a finalidade de avaliar a sua eficácia e a sua segurança).
- 2. Estudo de coorte, concorrente, de follow-up, de incidências, longitudinal ou prospectivo (método de estudo epidemiológico em que grupos ou subconjuntos (coortes) de uma determinada população, bem definida, podem ser identificados, grupos esses que podem ter sido (no passado) ou ser (no futuro) expostos, em diferentes graus, a um ou mais factores hipoteticamente supostos capazes de influenciar a probabilidade de ocorrência de uma dada doença, ou outro resultado).
- 3. Estudo de caso-controlo, de comparação de casos, de casos históricos, de casos referentes, retrospectivo (um estudo que se inicia com a identificação de pessoas com a doença (ou outra variável de resultado) em causa e de um grupo de pessoas de controlo (testemunha, comparação ou referência) sem a doença). A relação de um atributo com a doença é examinada comparando a frequência do atributo nos grupos com e sem a doença, ou se se trata de um valor quantitativo, o nível ou grau de intensidade do atributo em cada grupo).
- 4. Estudo transversal, de prevalência, de frequência de doença, correlacional (um estudo que examina a relação entre doenças (ou outros problemas de saúde) e outras variáveis de interesse tais como elas existem (e se podem constatar e medir) numa população definida, num momento particular do tempo)
- 5. Série temporal (tipo de estudo em que as medições são realizadas em diferentes tempos permitindo a identificação de tendências)
- 6. Meta-análise (um processo que usa métodos estatísticos para combinar os resultados de diferentes estudos (sobre um assunto/ problema)
- 7. Revisão sistemática da literatura (integra a informação existente sobre uma temática específica através do agrupamento e análise dos resultados procedentes de estudos primários realizados em locais e momentos diferentes por grupos de pesquisa independentes, permitindo a geração de evidência científica na temática)
- 8. Outro. Qual? _____
- 9. Não se sabe (não é especificado no resumo)

Critério de inclusão/ exclusão:

Excluir se o estudo não for um ensaio clínico, estudo de coorte, estudo de caso-controlo, estudo transversal ou série temporal. **Incluir** se o estudo for um ensaio clínico, estudo de coorte, estudo de caso-controlo, estudo transversal ou série temporal.

Caso se trate de uma metanálise ou revisão sistemática da literatura deve ser excluído mas devem ser identificados os estudos que serviram para a elaboração destas.

Em caso de ter outro desenho que não os indicados o estudo deve ser analisado e debatido quanto à sua inclusão/ exclusão pelos dois revisores.

Caso não se saiba o desenho do estudo pelo resumo o texto integral deve ser analisado sendo que o documento deve ser provisoriamente aceite.

13.1. CUMPRE O CRITÉRIO DE INCLUSÃO?

0. Não (O documento foi excluído da revisão sistemática da literatura preencher questão 1 na primeira página)
1. Sim

ANEXO 6

Cálculo do tamanho da amostra para o teste de relevância

S2. SAMPLE SIZES: "YES-NO" DATA: AGREEMENT (KAPPA)

This module computes the sample size required in a study to determine *kappa* for two categories and two sets of observations.

The assumed value of *kappa*, the assumed proportion of "yes" findings (which is assumed to be similar in both sets of observations), and the required significance level must be entered. In addition, one of the following must be entered: (a) the required power; (b) the desired width of the confidence interval for *kappa* (if the significance level is set at 5%, this refers to the 95% confidence interval), or (c) the desired lower confidence limit for *kappa* (if the significance level is set at 5%, this refers to the lower 95% confidence limit).

If power is entered, the program computes the sample sizes required to determine whether a *kappa* of the specified magnitude is significantly higher than 0.4 (taken to mean fair or good agreement) or 0.6 (taken to mean good agreement).

Optionally, the program will inflate sample sizes to compensate for the probability that not all the selected observations will be included in the analysis, e.g. because of failure to locate addresses, refusal to participate, or missing data. This requires entry of the expected percentage of pairs that will be lost. This inflation does of course NOT compensate for possible selection bias. If the expected loss of observations is 1%, the expected loss of pairs may be about $2Z \cdot [Z^2 / 10000]$ %.

METHODS

If power ($1 - \beta$) is entered, the program computes the sample size required to determine whether the lower $[(1 - \alpha) \cdot 100]$ % confidence interval of the specified *kappa* exceeds 0.4 or 0.6. Computation is based on a non-centrality parameter that is derived from $(1 - \beta)$ and $(2 \times \alpha)$, and entered in the sample size formula provided by Donner and Eliasziw (1992).

If the desired width of the confidence interval or the desired lower confidence level is entered, the program uses the procedure described by Donner (1999; formula 2.7).

All sample sizes are rounded up to the next whole number.

If an expected non-inclusion rate ($R\%$) is entered, the program multiplies computed sample sizes by $1 / [1 - (R / 100)]$ before rounding them up.

90

=====
PAIRSetc Version 1.47

Monday, 24th March 2008, 15:32.
=====

Sample size for kappa (2 categories, 2 observations)

DATA:

Significance level = 5%;

Frequency of "Yes" = 40%

Assumed kappa = 0.9

Desired lower confidence limit = 0.8

RESULTS: A sample size of 102 is required to ensure that the lower 95% confidence limit will be at least 0.8

ANEXO 7

Características da amostra de referências da RSL analisadas pelo segundo revisor

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Das 112 unidades amostrais seleccionadas, 38,4% provinham da base de dados PubMed (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição das unidades amostrais (referências) por base de dados de proveniência – frequências relativas e absolutas

Base de dados	N	%
PubMed	43	38,4
Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature	20	17,9
Psychological Abstracts (PsycINFO)	15	13,4
National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)	7	6,2
Science and Technology Proceedings (ISI Proceedings)	3	2,7
The Cochrane Library e Cochrane Database of Systematic Rev	2	1,8
CORDIS	2	1,8
Computer Retrieval Information on Scientific Projects	2	1,8
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	2	1,8
International Labour Office	2	1,8
Nursing, Midwifery and Allied Health Professions	1	0,9
Social Science Plus Text	1	0,9
British Library Public Catalogue	1	0,9
LocatorPlus	1	0,9
Index – Revistas Médicas Portuguesas	1	0,9
Escola Nacional de Saúde Pública	1	0,9
Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil	1	0,9
Escola Superior de Enfermagem do Porto	1	0,9
Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de Lisboa	1	0,9
Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa	1	0,9
Universidade do Porto	1	0,9
Universidade do Algarve	1	0,9
Universidade Lusófona	1	0,9
International Council of Nurses	1	0,9
Total	112	100,0

O tipo de documento mais frequente na amostra era o artigo de relato de um estudo (Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição das unidades amostrais por tipo de documento (frequências absolutas e relativas)

Tipo de documento	N	%
Artigo de relato de um estudo	85	75,9

Tipo de documento	N	%
Artigo revisão da literatura	5	4,5
Relatório	4	3,6
Tese de mestrado	4	3,6
Projecto	4	3,6
Outro tipo artigo	3	2,7
Livro	3	2,7
Tese de doutoramento	1	0,9
Actas	1	0,9
Protocolo	1	0,9
Não se sabe	1	0,9
Total	112	100,0

Relativamente ao estado de publicação, verificou-se que o mais frequente era os documentos publicados em revistas internacionais (Quadro 3)

Quadro 3 – Distribuição das unidades amostrais por estado de publicação (frequências absolutas e relativas)

Estado de publicação	N	%
Publicado em revista internacional	90	80,4
Publicado mas não em revista	9	8,0
Publicado em revista nacional	4	3,6
não publicado	4	3,6
não se aplica	3	2,7
não se sabe	2	1,8
Total	112	100,0

ANEXO 8

Formulário de colheita de dados – versão em papel, com instruções para construção da versão electrónica

FORMULÁRIO DE COLHEITA DE DADOS

INFORMAÇÃO SOBRE REVISÃO, REVISOR E ESTUDO

- 1. IDENTIFICAÇÃO** Código com letras e números (por exemplo, ILO2)
- 2. REFERÊNCIA** texto com mais de 250 caracteres
- 3. DATA DE PUBLICAÇÃO/ ELABORAÇÃO** AAAA
- 4. NOTAS DO REVISOR** texto com mais de 250 caracteres

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/ EXCLUSÃO

7. SUJEITOS EM ESTUDO SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

- Enfermeiros
- Enfermeiros e outros profissionais de saúde
- Enfermeiros e outros profissionais da área de enfermagem
- Exclusivamente outros profissionais de saúde (por exemplo, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, etc)
- Exclusivamente outros profissionais da área da enfermagem (por exemplo, auxiliares de enfermagem, assistentes de enfermagem, estudantes de enfermagem)
- Outro. Qual? _____
- Não se sabe

7.1. CUMPRE O CRITÉRIO DE INCLUSÃO?

- Não
- Sim

8. ASSUNTO EM ANÁLISE DEVE SER POSSÍVEL INDICAR MAIS DO QUE UMA OPÇÃO

- Saúde física. Especificar _____ (campo para escrever)
- Saúde mental. Especificar _____ (campo para escrever)
- Auto-percepção do estado de saúde. Especificar _____ (campo para escrever)
- Qualidade de vida e bem-estar. Especificar _____ (campo para escrever)
- Estilos de vida e comportamentos ligados à saúde. Especificar _____ (campo para escrever)
- Outro. Especificar _____ (campo para escrever)

8.1. CUMPRE O CRITÉRIO DE INCLUSÃO?

- Não
- Sim

9. TIPO DE ESTUDO DEVE SER POSSÍVEL INDICAR MAIS DO QUE UMA OPÇÃO

- Ensaio clínico ou terapêutico
- Estudo de coorte, concorrente, de follow-up, de incidências, longitudinal ou prospectivo
- Estudo de caso-controlo, de comparação de casos, de casos históricos, de casos referentes, retrospectivo
- Estudo transversal, de prevalência, de frequência de doença, correlacional, survey
- Série temporal
- Meta-análise
- Revisão sistemática da literatura
- Outro. Especificar _____ (campo para escrever)
- Não se sabe

9.1. CUMPRE O CRITÉRIO DE INCLUSÃO?

- Não
- Sim

10. CLASSIFICAÇÃO

ESTA QUESTÃO É A ÚLTIMA QUE É COMUM A TODOS. A PARTIR DAQUI CADA CASO IRÁ TER UM FORMULÁRIO ESPECÍFICO QUE DEVERÁ TER O NOME QUE ESTÁ INDICADO À FRENTE

- Ensaio clínico [ligar a ESTUDOS EXPERIMENTAIS](#)
- Ensaio comunitário [ligar a ESTUDOS EXPERIMENTAIS](#)
- Estudo quasi-experimental) [ligar a ESTUDOS EXPERIMENTAIS](#)
- Estudo de coorte (concorrentes, de follow-up, de incidências, longitudinais ou prospectivos) [ligar a ESTUDOS COORTE](#)
- Estudo de caso-controlo (de comparação de casos, de casos históricos, de casos referentes, retrospectivos) [ligar a ESTUDOS CASO-CONTROLO](#)
- Estudo transversal (de prevalência, de frequência de doença, correlacionais, survey) [ligar a ESTUDOS TRANVERSAIS](#)
- Série temporal ininterrupta [ligar a SÉRIE TEMPORAL](#)
- Série temporal de desenho pré e pós teste [ligar a SÉRIE TEMPORAL](#)
- Série temporal múltipla [ligar a SÉRIE TEMPORAL](#)

ESTUDOS EXPERIMENTAIS**QUALIDADE DO RELATO**

Só se pode assinalar uma das opções S – Sim; N – Não e NA – Não se aplica

11. Refere o(s) objectivo(s) / hipótese(s)	S	N	NA
12. Define a população	S	N	NA
13. Refere a dimensão da amostra	S	N	NA
14. Justifica a dimensão da amostra	S	N	NA
15. Refere como seleccionou a amostra	S	N	NA
16. Enumera os critérios de elegibilidade dos participantes	S	N	NA
17. Refere como foi feita a distribuição pelos grupos de intervenção e controlo	S	N	NA
18. Refere o número de participantes que receberam a intervenção	S	N	NA
19. Refere o número de participantes que não receberam a intervenção	S	N	NA
20. Refere o número de participantes que completou o protocolo	S	N	NA
21. Refere como foi feito o follow-up	S	N	NA
22. Refere os instrumentos de colheita de dados utilizados	S	N	NA
23. Enumera os critérios para a presença/ ausência do(s) efeito(s)/ resultado(s)	S	N	NA
24. Descreve a análise dos dados	S	N	NA
25. A análise dos dados é adequada	S	N	NA
26. Refere as perdas do follow-up	S	N	NA

27. É feito algum tipo de regressão?

Não

Sim

28. Motivo da análise de dados não adequada (texto com mais de 250 caracteres)

29. O ESTUDO FOI

Incluído

Excluído

COLHEITA DE DADOS

30. LOCAL: texto com mais de 250 caracteres

31. CONTEXTO: texto com mais de 250 caracteres

32. PARTICIPANTES (Características dos participantes – demográficas, clínicas e sociais, exposição e confundimentos) texto com mais de 250 caracteres

33. INTERVENÇÃO (Descrever a intervenção, duração e local) texto com mais de 250 caracteres

34. RESULTADOS (Descrever os resultados - se possível em separado) **texto com mais de 250 caracteres**

VIÉSES

35. Foi feito concealing? SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Sim

Não

Não se aplica

36. Foi feita aleatorização? SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Sim

Não

Não se aplica

37. Qual o tipo de blinding realizado? SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Sem qualquer tipo de blinding

Apenas blinding dos participantes

Apenas blinding dos prestadores de cuidados/ intervenção

Com blinding dos participantes e dos prestadores de cuidados/ intervenção

Não se aplica

38. Percentagem de perdidos do follow-up SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Follow up completo (com todos os sujeitos)

Perda de sujeitos do follow up mas com pouca capacidade para introduzir viéses (>80% follow up ou descrição dos perdidos do follow up)

Percentagem de follow up <80% e sem descrição dos perdidos do follow up

VALIDADE EXTERNA

39. O estudo tem interesse para a população alvo? SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Sim

Parcialmente

Não

40. É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população? SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Sim

Não

41. O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis? SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Sim

Não

ESTUDOS DE COORTE**QUALIDADE DO RELATO**

Só se pode assinalar uma das opções S – Sim; N – Não e NA – Não se aplica

42. Refere o(s) objectivo(s) / hipótese(s)	S	N	NA
43. Define a população	S	N	NA
44. Refere a dimensão da amostra	S	N	NA
45. Justifica a dimensão da amostra	S	N	NA
46. Refere como seleccionou a amostra	S	N	NA
47. Enumera os critérios de elegibilidade dos participantes	S	N	NA
48. Refere a forma como os indivíduos foram avaliados relativamente à sua condição de expostos/ não expostos	S	N	NA
49. Define a exposição	S	N	NA
50. Descreve a coorte de expostos	S	N	NA
51. Descreve a coorte de não expostos	S	N	NA
52. Refere as perdas do follow-up	S	N	NA
53. Refere a duração do follow-up	S	N	NA
54. Enumera os instrumentos de colheita de dados	S	N	NA
55. Refere os critérios para a presença/ ausência do(s) efeito(s)/ resultado(s)	S	N	NA
56. Descreve a análise dos dados	S	N	NA
57. A análise dos dados é adequada	S	N	NA

58. É feito algum tipo de regressão?

Não

Sim

59. Motivo da análise de dados não adequada (texto com mais de 250 caracteres)

60. O ESTUDO FOI

Incluído

Excluído

COLHEITA DE DADOS

61. LOCAL: texto com mais de 250 caracteres

62. CONTEXTO: texto com mais de 250 caracteres

63. PARTICIPANTES (Características dos participantes – demográficas, clínicas e sociais, exposição e confundimentos)
texto com mais de 250 caracteres

64. EXPOSIÇÃO (Descrever a exposição, sua duração e local) **texto com mais de 250 caracteres**

65. RESULTADOS (Descrever os resultados - se possível em separado) **texto com mais de 250 caracteres**

VIÉSES

66. Como foi seleccionada a coorte de não expostos? **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

Retirada da mesma “base” da cohort de expostos (controlos internos)

Retirada de uma “base” diferente (controlos externos)

Sem descrição da derivação da cohort de não expostos

Não se aplica

67. Adequação do follow up das cohorts **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

Follow-up completo (com todos os sujeitos)

Perda de sujeitos do follow-up mas com pouca capacidade para introduzir viéses (>80% follow-up ou descrição dos perdidos do follow-up)

Percentagem de follow-up <80% e sem descrição dos perdidos do follow up

Não se aplica

68. Avaliação da exposição **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

Medida directa e registo

Medida directa e auto-reportada

Registo e auto-reportada

Medida directa

Registo

Auto-reportada

Não se aplica

69. Avaliação do resultado **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

Sim, com validação independente

Sim, sem validação independente

Não

VALIDADE EXTERNA

70. O estudo tem interesse para a população alvo? **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

Sim

Parcialmente

Não

71. É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população? **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

Sim

Não

72. O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Sim

Não

ESTUDOS CASO-CONTROLO

QUALIDADE DO RELATO

Só se pode assinalar uma das opções S – Sim; N – Não e NA – Não se aplica

73. Refere o(s) objectivo(s) / hipótese(s)	S	N	NA
74. Define a população	S	N	NA
75. Refere a dimensão da amostra	S	N	NA
76. Justifica a dimensão da amostra	S	N	NA
77. Refere como seleccionou a amostra	S	N	NA
78. Refere os critérios de elegibilidade dos participantes	S	N	NA
79. Define caso	S	N	NA
80. Refere as fontes e métodos de avaliação dos casos	S	N	NA
81. Define controlo	S	N	NA
82. Refere as fontes e métodos de selecção dos controlos	S	N	NA
83. Refere os critérios de emparelhamento (só para estudos com emparelhamento)	S	N	NA
84. Fornece o número de controlos por caso (só para estudos com emparelhamento)	S	N	NA
85. Define o(s) efeito(s) (outcomes)	S	N	NA
86. Define a(s) exposição(ões)	S	N	NA
87. Refere o método de avaliação do efeito	S	N	NA
88. Refere como foi feito o follow-up	S	N	NA
89. Enumera os instrumentos de colheita de dados	S	N	NA
90. Refere os critérios para a presença/ ausência do(s) efeito(s)/ resultado(s)	S	N	NA
91. Descreve a análise dos dados	S	N	NA
92. A análise dos dados é adequada			

93. É feito algum tipo de regressão?

Não

Sim

94. **Motivo da análise de dados não adequada** (texto com mais de 250 caracteres)

95. **O ESTUDO FOI** **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

Incluído

Excluído

COLHEITA DE DADOS

96. **LOCAL:** texto com mais de 250 caracteres

97. **CONTEXTO:** texto com mais de 250 caracteres

98. **PARTICIPANTES** (Características dos participantes – demográficas, clínicas e sociais, exposição e confundimentos)
texto com mais de 250 caracteres

99. **EFEITO** (Descrever o efeito) texto com mais de 250 caracteres

100. **RESULTADOS** (Descrever os resultados - se possível em separado) texto com mais de 250 caracteres

VIÉSES

101. **A definição de caso é adequada?** **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

Sim, com validação independente

Sim, sem validação independente

Não

102. **Como foram seleccionados os controlos?** **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

Controlos comunitários ou populacionais

Controlos institucionais

Controlos de vizinhança

Controlos emparelhados

Controlos mortos

Outros

103. **Taxa de participação:**

104. **A taxa de resposta é** **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

A mesma para os casos e para os controlos

Diferente para casos e controlos

Não se sabe/ não é referida para pelo menos um grupo

105. **Os não respondentes são descritos?** **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

Sim
Não
Não se aplica

106. A avaliação da exposição é feita através de SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Medida directa e registo
Medida directa e auto-reportada
Registo e auto-reportada
Medida directa
Registo
Auto-reportada
Não se aplica

107. Foi utilizado o mesmo método de avaliação da exposição para os casos e para os controlos? SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Sim
Não
Não se aplica

VALIDADE EXTERNA

108. O estudo tem interesse para a população alvo? SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Sim
Parcialmente
Não

109. É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população? SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Sim
Não

110. O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis? SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Sim
Não

ESTUDOS TRANSVERSAIS**QUALIDADE DO RELATO**

Só se pode assinalar uma das opções S – Sim; N – Não e NA – Não se aplica

111. Refere o(s) objectivo(s) / hipótese(s)	S	N	NA
112. Define a população	S	N	NA
113. Refere a dimensão da amostra	S	N	NA
114. Justifica a dimensão da amostra	S	N	NA
115. Refere como seleccionou a amostra	S	N	NA
116. Refere os critérios de elegibilidade dos participantes	S	N	NA
117. Descreve as fontes e métodos de avaliação da condição de interesse	S	N	NA
118. Descreve os critérios de diagnóstico	S	N	NA
119. Define o(s) efeito(s) (outcomes)/ condição de interesse	S	N	NA
120. Define a(s) exposição(ões)	S	N	NA
121. Descreve o método de avaliação do efeito/ condição de interesse	S	N	NA
122. Enumera os instrumentos de colheita de dados	S	N	NA
123. Refere os critérios para a presença/ ausência do(s) efeito(s)/ condição de interesse	S	N	NA
124. Descreve a análise dos dados	S	N	NA
125. A análise dos dados é adequada	S	N	NA
126. Refere a taxa de resposta	S	N	NA

127. É feito algum tipo de regressão?

- Não
 Sim

128. Motivo da análise de dados não adequada (texto com mais de 250 caracteres)

129. O ESTUDO FOI

- Incluído
 Excluído

COLHEITA DE DADOS

130. LOCAL: texto com mais de 250 caracteres

131. CONTEXTO: texto com mais de 250 caracteres

132. PARTICIPANTES (Características dos participantes – demográficas, clínicas e sociais, exposição e confundimentos)
texto com mais de 250 caracteres

133. CONDIÇÃO DE INTERESSE (Descrever) **texto com mais de 250 caracteres**

134. RESULTADOS (Descrever os resultados - se possível em separado) **texto com mais de 250 caracteres**

VIÉSES

135. Como foi seleccionado o grupo comparativo? **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

Não se aplica

Grupo comparativo comunitário ou populacional

Grupo comparativo institucional

Grupo comparativo de vizinhança

Grupo comparativo emparelhado

Grupo comparativo mortos

Outros

136. Foi feito o controlo de confundimentos? **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

Sim

Parcialmente

Não

Não se aplica

137. Taxa de participação: **número de dois dígitos**

138. Qual a taxa de resposta? **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

A mesma para os dois grupos (se se aplicar)

Diferente para os dois grupos (se se aplicar)

_____ Valor (se não houver grupo comparativo)

139. Descrição dos não participantes **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

Não se aplica

Com descrição

Sem descrição

140. Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

Medida directa e registo

Medida directa e auto-reportada

Registo e auto-reportada

Medida directa

Registo

Auto-reportada

Não se aplica

VALIDADE EXTERNA

141. O estudo tem interesse para a população alvo? SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Sim

Parcialmente

Não

142. É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população? SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Sim

Não

143. O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis? SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Sim

Não

SÉRIES TEMPORAIS

QUALIDADE DO RELATO

Só se pode assinalar uma das opções S – Sim; N – Não e NA – Não se aplica

144. Refere o(s) objectivo(s) / hipótese(s)	S	N	NA
145. Define a população	S	N	NA
146. Refere a dimensão da amostra	S	N	NA
147. Justifica a dimensão da amostra	S	N	NA
148. Refere como seleccionou a amostra	S	N	NA
149. Enumera os critérios de elegibilidade dos participantes	S	N	NA
150. Refere como foi feito o recrutamento dos participantes	S	N	NA
151. Refere os períodos de exposição	S	N	NA
152. Refere os critérios de diagnóstico	S	N	NA
153. Define o(s) efeito(s) (outcomes)/ resultados/ condições de interesse	S	N	NA
154. Define a(s) exposição(ões)	S	N	NA
155. Refere o tempo em estudo	S	N	NA
156. Refere a frequência das medições	S	N	NA
157. Descreve o método de avaliação do efeito/ resultado/ condição de interesse	S	N	NA
158. Refere os instrumentos de colheita de dados	S	N	NA
159. Enumera os critérios para a presença/ ausência do(s) efeito(s)/ resultado(s)/ condição de	S	N	NA

interesse			
160. Descreve a análise dos dados	S	N	NA
161. A análise dos dados é adequada	S	N	NA
162. Demonstra que o resultado não estava presente no início do estudo	S	N	NA

163. É feito algum tipo de regressão?

Não

Sim

164. Motivo da análise de dados não adequada (texto com mais de 250 caracteres)

165. O ESTUDO FOI **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

Incluído

Excluído

COLHEITA DE DADOS

166. LOCAL: texto com mais de 250 caracteres

167. CONTEXTO: texto com mais de 250 caracteres

168. PARTICIPANTES (Características dos participantes – demográficas, clínicas e sociais, exposição e confundimentos) texto com mais de 250 caracteres

169. CONDIÇÃO DE INTERESSE (Descrever) texto com mais de 250 caracteres

170. RESULTADOS (Descrever os resultados - se possível em separado) texto com mais de 250 caracteres

VIÉSES

171. É demonstrado que o resultado de interesse não estava presente no início do estudo? **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

Sim

Não

Não se aplica

172. Avaliação da exposição **SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO**

Medida directa e registo

Medida directa e auto-reportada

Registo e auto-reportada

Medida directa

Registo

Auto-reportada

Não se aplica

173. Há evidência de alteração da classificação da condição de interesse durante o tempo em estudo? SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Não

Sim

Não se aplica

VALIDADE EXTERNA

174. O estudo tem interesse para a população alvo? SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Sim

Parcialmente

Não

175. É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população? SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Sim

Não

176. O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis? SÓ SE PODE ASSINALAR UMA OPÇÃO

Sim

Não

ANEXO 9

Estudos excluídos: referência e motivo de exclusão

Referência	Motivo de exclusão
Abiteboul, Lolom. Lamontagne et al (2003)	Assunto
Adams & Bond (2000)	Assunto
Aguir, Pons, Echegaray et al (2000)	Não justifica o tamanho da amostra
Ahlberg-Hulten, Theorell & Sigalla (1995)	Critério sujeitos
Ahlfors, Ivarsson, Johnsson & Renmarker (1981)	Critério sujeitos
Aiken, Clarke & Sloane (2002)	Não define a população
Aiken, Clarke & Sloane (2002)	Assunto
Ajamieh, Misener, Haddock, Gleaton (1996)	Assunto
Akduman, Kim, Parks et al (1999)	Assunto
Al-Haj, Lombriguito, Lagarde et al (2003)	Assunto
Al-Ma'aitah, Cameron, Horsburgh et al (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Alanko, Susitaival, Jolanki et al (2004)	Critério sujeitos
Alarcon, Vaz, Guisado et al (2004)	Não define a população
Albion, Fogarty & Machin (2005)	Assunto
Alexander & Beck (1990)	Assunto
Alexandre & Angerami (1995)	Não justifica o tamanho da amostra
Alexandre, Henriques, Moraes (1994)	Não refere os objectivos
Alexandres & Benatti (1998)	Análise dos dados não é adequada
Alexopoulos, Burdorf & Kalokerinou (2003)	Assunto
Alimoglu & Donmez (2005)	Assunto
Allen, Mellor (2002)	Não justifica o tamanho da amostra
Alves (2005)	Assunto
Anderson (1991)	Assunto
Andrews & Wan (2008)	Assunto
Angermeyer, Bull, Bernet et al (2006)	Não refere os critérios para a presença/ ausência do(s) efeito(s) / condição de interesse
Anis-ul-Haque & Khan (2001)	Não justifica o tamanho da amostra
Anyia, Oshi, Nwosu et al (2005)	Assunto
Aquino, Magalhães, Araújo, Almeida et al (2001)	Não justifica o tamanho da amostra
Arangonés, Póllon & Gustavsson (2002)	Critério sujeitos
Armstrong-Stassen, Al-Ma'Aitah et al (1994)	Não define a população
Asari, Deguchi, Tahara et al (2003)	Critério sujeitos
Astbury & Baxter (1990)	Não define a população
Avendaño, Román (2002)	Não justifica o tamanho da amostra
Azap, Ergonul, Memikoglu et al (2005)	Não justifica o tamanho da amostra
Baba, Galperin & Lituchy (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Bacharach, Bamberger & Conley (1991)	Não justifica o tamanho da amostra
Baglioni, Cooper, Hingley (1990)	Não justifica o tamanho da amostra
Bakker, Heuven (2006)	Não justifica o tamanho da amostra

Referência	Motivo de exclusão
Bakker, Killmer, Siegrist et al (2000)	Não justifica o tamanho da amostra
Bakker, Le Blanc & Schaufeli (2005)	Assunto
Barak, Achiron, Kimh et al (1996)	Não justifica o tamanho da amostra
Barak, Achiron, Lampl et al (1995)	Não justifica o tamanho da amostra
Barnett (2006)	Critério sujeitos
Barnett & Gareis (2005)	Critério sujeitos
Barnett & Gareis (2007)	Critério sujeitos
Barnett & Hall (2007)	Critério sujeitos
Barnett, Gareis & Brennan (2008)	Assunto
Barnett, Marshal & Singer (1992)	Critério sujeitos
Barton (1994)	Análise dos dados não é adequada
Barton, Spelten, Totterdell et al (1995)	Não define a população
Bartram, Joiner & stanton (2004)	Assunto
Bartz & Maloney (1986)	Análise dos dados não é adequada
Bastani, Maxwell, Carbonari et al (1994)	Critério sujeitos
Begat, Ellefsen & Severinsson (2005)	Assunto
Behrens, Seligman, Cameron et al (1994)	Critério sujeitos
Behrman, Shofer & Green-McKenzie (2001)	Critério sujeitos
Bellani, Furlani, Gneccchi et al (1996)	Não define a população
Benhaberou-Brun, Lambert & Dumont (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Benhamou, Callais, Sancho_Garnier et al (1986)	Assunto
Bernardino, Esteves (1993)	Não justifica o tamanho da amostra
Bianchi (2000)	Não justifica o tamanho da amostra
Bianchi (2000)	Assunto
Bianchi (2004)	Assunto
Blatch (1983)	Assunto
Blazer & Mansfield (1995)	Não justifica o tamanho da amostra
Bobko & Barishpolets (2002)	Assunto
Boey, Chan, Ko et al (1997)	Assunto
Boggild & Jeppesen (2001)	Assunto
Bonny, Yéboué-Kouamé, Pillah et al (2003)	Não define a população
Borrajo de Lamas, Arribas Arribas (2004)	Não descreve a análise dos dados
Boumans & Landeweerd (1999)	Assunto
Bourbonnais, Brisson, Malenfant et al (2005)	Assunto
Bourbonnais, Comeau & Vézina (1999)	Assunto
Box & Anderson (1997)	Tipo de estudo
Bram & Katz (1989)	Não justifica o tamanho da amostra
Bratt, Broome & Kelber (2000)	Assunto

Referência	Motivo de exclusão
Brito, Bezerra & Nery (2004)	Tipo de estudo
Britto & Carvalho (2003)	Não define a população
Brooks & Anderson (2004)	Assunto
Brotherton, Bartlett, Muscatello et al (2003)	Não justifica o tamanho da amostra
Brown, James & Mills (2006)	Não justifica o tamanho da amostra
Brown, James, Nordoloh et al (2003)	Critério sujeitos
Brown, Zijlstra & Lyons (2006)	Assunto
Browning, Ryan, Greenberg et al (2006)	Assunto
Brugnami, Marabini, Siracusa & Abbritti (1995)	Tipo de estudo
Brumen & Horvat (1996)	Assunto
Bruneau & Ellison (2004)	Tipo de estudo
Budge, Carryer & Wood (2003)	Não refere os critérios para a presença/ ausência do(s) efeito(s) / condição de interesse
Budnik (2004)	Assunto
Buitrago, Lozano, Lozano et al (1993)	Análise dos dados não é adequada
Bulhões (1998)	Tipo de estudo
Burgaz, Karahalil, Bayrak et al (1999)	Assunto
Burke (2002)	Não define a população
Burke (2003)	Não define a população
Burke & Greenglass (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Burril, Enarson, Allen et al (1985)	Critério sujeitos
Bussing (1996)	Não justifica o tamanho da amostra
Butterworth, Carson, Jeacock (1999)	Não refere os critérios para a presença/ ausência do(s) efeito(s) / condição de interesse
Buunk & Schaufeli (1994)	Não justifica o tamanho da amostra
Buunk, Ybema, van-der-Zee et al (2001)	Assunto
Byrns, Reeder, Jin & Pachis (2004)	Não justifica o tamanho da amostra
Caldevilla, Silva, Torres, Paulo, Mayan (2006)	Não justifica o tamanho da amostra
Callaghan (1995)	Não justifica o tamanho da amostra
Callaghan (1999)	Análise dos dados não é adequada
Callaghan, Fun & Yee (1997)	Não justifica o tamanho da amostra
Callaghan, Tak-Ying & Wyatt (2000)	Não justifica o tamanho da amostra
Calzi, Farinelli, Ercolani et al (2006)	Não define a população
Cameron, Horsburgh & Armstrong-Stassen (1994)	Não define a população
Campos & de Martino (2004)	Não justifica o tamanho da amostra
Campos & Gutierrez (2005)	Tipo de estudo
Canning, Phillips & Allsup (2005)	Análise dos dados não é adequada
Cartier, Malo & Dolovich (1987)	Tipo de estudo
Carvalho (2005)	Análise dos dados não é adequada
Catazanro (1982)	Critério sujeitos

Referência	Motivo de exclusão
Causton, McDonald, Meyers et al (2006)	Critério sujeitos
Center for Disease Control (1985)	Não refere os objectivos
Chaiear, Jindawong, Boonsawas et al (2006)	Não justifica o tamanho da amostra
Chalmers, Bramadat, Cantin et al (2000)	Não justifica o tamanho da amostra
Chan, Leung, Tiwari et al (2005)	Assunto
Chang, Daly, Hancock et al (2006)	Não justifica o tamanho da amostra
Chen & Jenkins (2007)	Critério sujeitos
Chen, Han et Holzemer (2004)	Assunto
Chen, Hwu & Williams (2005)	Assunto
Chen, Wu, Yang et al (2005)	Assunto
Cheuk, Swearse, Wong et al (1998)	Não define a população
Chiou & Wong (1992)	Não refere a taxa de resposta
Chiriboga, Jenkins & Bailey (1983)	Não justifica o tamanho da amostra
Choc de Zanalda, Manterola, Lestrem et al (1990)	Não justifica o tamanho da amostra
Chokbunyasit, Potacharoen et al (1995)	Não define a população
Chong, Marshall, Barkin et al (1994)	Não define a exposição
Chora (2003)	Assunto
Chung, Yao & Wan (2005)	Não justifica o tamanho da amostra
Cinelli & Glover (1988)	Não justifica o tamanho da amostra
Clissold, Smith, Accutt et al (2002)	Assunto
Cloutier, David, Ledoux et al (2006)	Assunto
Coakley, Ratcliffe & Masel (1997)	Assunto
Coffey, Skipper & Jung (1988)	Assunto
Cohen, Kirchmeyer (2005)	Não justifica o tamanho da amostra
Coimbra, Carvalho & Porto (1985)	Critério sujeitos
Colligan, Frockt & Tasto (1979)	Não define a população
Colligan, Frockt & Tasto (1979)	Assunto
Collins, Golnish & Morsheimer (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Connolly, Gulanick, Keough et al (1997)	Assunto
Coogan, Clapp, Newcomb et al (1996)	Não fornece o número de controlos por caso
Cooper, Tate & Yassi (1998)	Assunto
Cordeiro (1988)	Não refere os objectivos
Correia (1999)	Critério sujeitos
Costa, Bertoldi, Kovacic et al (1997)	Assunto
Costa, Gaffuri, Ghirlanda et al (1995)	Não justifica o tamanho da amostra
Costa, Ghirlanda, Tarondi et al (1994)	Assunto
Costa, Sartori, Bertoldo et al (2005)	Assunto
Cottrel (2001)	Assunto

Referência	Motivo de exclusão
Courtney, Wellman, Lombardi et al (2004)	Não refere os objectivos
Creson, Schmitz & Smitran (2000)	Critério sujeitos
Crilly, Chaboyer & Creedy (2004)	Assunto
Crout, Chang & Cioffi (2005)	Assunto
Cruz (2000)	Assunto
Cruz (2004)	Não refere a taxa de resposta
Cuesta, Garcia, Jodra et al (1989)	Critério sujeitos
Cura & Rodriguez (1999)	Assunto
Dabney (1995)	Assunto
Dailey (1990)	Assunto
Dallender, Nolan, Soares et al (1999)	Assunto
Das, Sawant, Shirhatti et al (2002)	Assunto
Davydov, Shapiro, Goldstein & Chic-DeMet (2005)	Assunto
de Graaf, Houweling & Van Zessen (1998)	Não refere a taxa de resposta
de Groot, Groenewoud, Bijl et al (xxxx)	Critério sujeitos
De Leo, Magni & Vallerini (1982)	Não define a população
De Liefde, Miller & Salmond (1987)	Critério sujeitos
De Schryver, Glazemakers, De Bacquer et al (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Delgado & Oliveira (2005)	Não define efeito(s) / condição de interesse
Delmas & Duquette (2000)	Assunto
Demerouti, Bakker, Nachreiner, Schaufeli (2000)	Assunto
Demir, Ulusoy & Ulusoy (2003)	Assunto
Demmler, Yow, Spector et al (1987)	Critério sujeitos
Denis, Ecochard, Bernadet et al (2003)	Não refere a duração do follow-up
Denton, Zeytinoglu & Davies (2002)	Critério sujeitos
Deschamps, Marinutti-Liberge & Lamiable (2002)	Assunto
Devine & Frank (2000)	Critério sujeitos
Dickens, Sugarman & Rogers (2005)	Assunto
Dinis (1998)	Assunto
Dirkx (1993)	Assunto
Doebbeling, Bradley, Ferguson et al (1996)	Não justifica o tamanho da amostra
Doncevic, Theorell & Kallner (1992)	Assunto
Douglas, Morton, Czarny & O'Hehir (1997)	Não justifica o tamanho da amostra
Dousson, Ripault, Leblanc et al (1994)	Critério sujeitos
Dumont, Montplaisir & Infante-Rivard (1997)	Assunto
Eastburg, Williamson, Gorsuch et al (1994)	Não define a população
Edéll-Gustafsson, Kritz & Bogren (2002)	Não define a população

Referência	Motivo de exclusão
Edwards, Burnard, Coyle et al (2000)	Não define a população
Elavia & Banker (1992)	Não define a população
Elfering, Grebner, Semmer & Gerber (2002)	Não justifica o tamanho da amostra
Ellet, Fullhart & Wright (1996)	Assunto
Elliot, Hagglund, Rybarczyk, Harkins (1996)	Não justifica o tamanho da amostra
Engels, Gulden , Senden & van't Hof (1996)	Critério sujeitos
Ergun, Oran & Bender (2005)	Não define a população
Escot, Artero, Gandubert et al (2001)	Não justifica o tamanho da amostra
Escriba-Aguir, Pérez-Hoyos & Bolumar (1993)	Não justifica o tamanho da amostra
Evans & Steptoe (2001)	Assunto
Evans & Steptoe (2002)	Não justifica o tamanho da amostra
Evans, Abiteboul (1999)	Tipo de estudo
Fagin, Brown, Bartle et al (1995)	Não justifica o tamanho da amostra
Fagin,Carson, Leary et al (1996)	Não define a população
Feliculis (1999)	Tipo de estudo
Fernandez Ruiz & Sanchez Bayle (2002)	Não justifica o tamanho da amostra
Ferraras de la Fuente et al (1998)	Critério sujeitos
Ferreira (2001)	Não justifica o tamanho da amostra
Ferreira (2005)	Assunto
Ferreira (2005)	Assunto
Fielding & Tang (1995)	Não justifica o tamanho da amostra
Fields & Loveridge (1988)	Não justifica o tamanho da amostra
Filon & Radman (2006)	Não define a população
Filon, Bosco, Fiorito et al (2001)	Critério sujeitos
Fisher (1985)	Assunto
Fisher, Calame, Dettling et al (2000)	Assunto
Fisher, Teixeira, Borges, Gonçalves et al (2002)	Não refere os critérios para a presença/ ausência do(s) efeito(s) / condição de interesse
Fisman, Harris, Rubin et al (2007)	Critério sujeitos
Fisman, Harris, Sorock et al (2003)	Critério sujeitos
Fisman, Mittleman, Sorock et al (2002)	Não define a população
Flore, Gerardino, Santoliquido et al (2004)	Não justifica o tamanho da amostra
Fochsen, Josephson, Hagberg et al (2006)	Assunto
Fornés Vives (2004)	Assunto
Fornés Vives, Vicens, Sitjar (2001)	Não justifica o tamanho da amostra
Fox & Dwyer (1995)	Assunto
French, Flora, Ping et al (1997)	Não justifica o tamanho da amostra
Friis, Ekholm & Hundrup (2005)	Não refere a forma como os indivíduos foram avaliados relativamente à sua condição de expostos/ não expostos
Fukuda, Takahashi & Airtto (1999)	Assunto

Referência	Motivo de exclusão
Fuortes, Shi, Zhang et al (1994)	Critério sujeitos
Ganczak, Milona & Szych (2006)	Análise dos dados não é adequada
Garcia & Campos (2000)	Não justifica o tamanho da amostra
Gareis & Barnett (2005)	Critério sujeitos
Garret & McDaniel (2001)	Não descreve a análise dos dados
Garrett, Singiser & Banks (1992)	Critério sujeitos
Garrido (2004)	Não justifica o tamanho da amostra
Garyfallos, Adamopoulou, Moutzoukis et al (1993)	Não define a população
Gaudemaris, Blatier, Quinton et al (1986)	Critério sujeitos
Geiger-Brown, Trinkoff, Nielsen et al (2004)	Tipo de estudo
Geliebter, Gluck, Tanowitz et al (2000)	Não justifica o tamanho da amostra
Gerberich, Church, McGovern et al (2005)	Assunto
	Assunto
GERES (1991)	Assunto
Gershon, Mitchell, Sherman et al (2005)	Critério sujeitos
Gershon, Qureshi, Gurney et al (2002)	Critério sujeitos
Gershon, Qureshi, Pogorzelska et al (2007)	Assunto
Gershon, Stone, Zelster et al (2007)	Tipo de estudo
Gil & Vilarinhos (1997)	Assunto
Gil Monte, Peiro & Valcarcel (1996)	Tipo de estudo
Gillespie & Melby (2003)	Não justifica o tamanho da amostra
Gir, Costa & Silva (1998)	Não justifica o tamanho da amostra
Glass, McKnight & Valdimarsdottir (1993)	Não justifica o tamanho da amostra
Goetz, Ndimbie, Wagener et al (1995)	Não refere como seleccionou a amostra
Gold, Rogacz, Bock et al (1992)	Não justifica o tamanho da amostra
Goldman, Jarrard, Kim et al (2000)	Assunto
Goldsmith, Zakaria, Zakaria et al (1989)	Não justifica o tamanho da amostra
Goldstein, Shapiro, Chic-DeMet, Guthrie (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Gómez, Dodino, Aponte et al (2004)	Não define a população
Gonçalves, Guerra & Sabido (2004)	Não define a população
Goodfellow, Varman, Rees et al (1997)	Critério sujeitos
Gorecka & Gorski (1993)	Assunto
Goto, Yokoyama, Araki et al (1994)	Assunto
Greenglass & Burke (2001)	Não justifica o tamanho da amostra
Greenglass, Burke & Moore (2003)	Não justifica o tamanho da amostra
Greenglass, Burke & Riksenbaum (2001)	Não justifica o tamanho da amostra
Grosch, Gershon, Murphy et al (1999)	Não define a população
Grubber, Lirk, Amann et al (2002)	Assunto

Referência	Motivo de exclusão
Grummt, Grummt & Schott (1993)	Assunto
Gueritault-Chalvin, Kalichman, Demi et al (2000)	Não justifica o tamanho da amostra
Guidry & Wilson (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Gunnarsdottir, Sveinsdottir, Bernburg et al (2006)	Não justifica o tamanho da amostra
Guo, Shiao, Chuang & Huang (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Gurubacharya, Mathura & Karki (2003)	Não define a população
Há & Park (2005)	Não justifica o tamanho da amostra
Hackett, Bycio (1996)	Não justifica o tamanho da amostra
Hackett, Bycio & Guion (1989)	Não justifica o tamanho da amostra
Haines, Williams & Carson (2006)	Critério sujeitos
Hakre, Reyes, Bryan & Cruess (1995)	Não justifica o tamanho da amostra
Hall (2001)	Não justifica o tamanho da amostra
Hall (2007)	Assunto
Hammond & Cheang (1984)	Critério sujeitos
Hankey, Eley, Leslie et al (2003)	Assunto
Happell, Martin & Pinikahana (2003)	Assunto
Harbarth, Siegrist Schira et al (1998)	Critério sujeitos
Harber, Billet, Gutowski et al (1985)	Não refere os objectivos
Harber, Peña, Hsu et al (1994)	Não refere os objectivos
Harma, Ilmarinen & Knauth (1988)	Critério sujeitos
Harvey & Burns (1994)	Critério sujeitos
Hasselhorn, Tackenberg, Peter et al (2004)	Não define a população
Hatch, Figa-Talamanca & Salerno (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Hatnerley (1986)	Não define a população
Hayter (1999)	Assunto
Healy & MacKay (1999)	Assunto
Healy & McKay (2000)	Análise dos dados não é adequada
Hegney, Plank & Parker (2006)	Assunto
Hemingway & Smith (1999)	Não define a população
Hensing & Alexanderson (2004)	Não justifica o tamanho da amostra
Herschbach (1992)	Não descreve a análise dos dados
Hillairet-Hoffbeck (1991)	Não define a população
Hisashige (1991)	Não define a população
Hiscott & Connop (1990)	Não justifica o tamanho da amostra
Hochwalder, Brucefors (2005)	Não justifica o tamanho da amostra
Hofmann & Kunz (1990)	Não define a população
Hofmann, Stossel, Michaelis et al (2002)	Não justifica o tamanho da amostra
Howard (1998)	Assunto

Referência	Motivo de exclusão
Huengsberg, Vedhara, Nott et al (1998)	Análise dos dados não é adequada
Hughes & Umeh (2005)	Não justifica o tamanho da amostra
Hundrup, Thoning, Obel et al (2002)	Assunto
Hurst & Koplin-Baucum (2005)	Assunto
Hyrkäs (2005)	Não refere os critérios para a presença/ ausência do(s) efeito(s) / condição de interesse
Ifeagwazi (2005)	Assunto
Imai, Nakao, Tsuchiya et al (2004)	Análise dos dados não é adequada
Infante-Rivard, Dumont & Montplaisir (1989)	Critério sujeitos
Inoue, Kakehashi, Oomori & Koizumi (2004)	Não justifica o tamanho da amostra
Inoue, Tsukano, Muraoka et al (2006)	Assunto
Isikhan, Comez & Danis (2004)	Não justifica o tamanho da amostra
Iskra-Golec, Folkard, Marek et al (1996)	Não justifica o tamanho da amostra
Iskra-Golec, Marek & Noworol (1995)	Não define a população
Israsena, Kamolratanakul & Sakulramrung (1992)	Assunto
Ito, Nozaki, Maruyama et al (2001)	Assunto
Jamal & Baba (1997)	Não define a população
Janssen, Jonge & Bakker (1999)	Critério sujeitos
Jarke (1999)	Critério sujeitos
Jason, Taylor, Johnson et al (1993)	Assunto
Jennings (1990)	Análise dos dados não é adequada
Jereb, Klevens, Privett et al (1995)	Tipo de estudo
Jiamjarasrangsi, Hirunsuthikul et al (2005)	Critério sujeitos
Jiménez, Gutierrez, Hernández, Puente (2002)	Assunto
Johnstone (2003)	Assunto
Josephson & Vingard (2005)	Assunto
Josephson, Pernol, Ahlberg-Hulten et al (1999)	Critério sujeitos
Josten, Ng-A-Tham & Thierry (2003)	Assunto
Kabat, Tobiasz-Adamczyk & Gawel (1986)	Não justifica o tamanho da amostra
Kaerlev, Jacobsen, Olsen et al (2004)	Critério sujeitos
Kageyama, Kobayashi, Nishikido et al (2005)	Não refere como selecionou a amostra
Kageyama, Nishikido, Kobayashi et al (2001)	Não justifica o tamanho da amostra
Kalichman, Gueritault-Chalvin & Demi (2000)	Não justifica o tamanho da amostra
Kandolin (1993)	Não justifica o tamanho da amostra
Kandolin & Huida (1996)	Não justifica o tamanho da amostra
Kane (1999)	Assunto
Kanste, Kyngas & Nikkila (2007)	Não justifica o tamanho da amostra
Kaplan, Yogev, Fischer et al (2002)	Não justifica o tamanho da amostra
Karahan & Bayraktar (2004)	Análise dos dados não é adequada

Referência	Motivo de exclusão
Kario, Schwartz, Gerin et al (2002)	Critério sujeitos
Karpuch, Scapa, Eshchar et al (1993)	Não define a população
Kashiwagi, Hayashi, Ikematsu et al (1985)	Não define caso
Kastanioti & Tziallas (2006)	Assunto
Kasuba, Rozgaj & Garaj-Vrhovac (1999)	Assunto
Kavli, Angell & Moseng (1987)	Não define a população
Kawachi, Colditz, Stampfer et al (1995)	Critério sujeitos
Kawamoto, Esswein, Wallingford et al (1997)	Critério sujeitos
Kendrick (2000)	Não justifica o tamanho da amostra
Kennedy (2005)	Assunto
Kermode, Jolley, Langkham et al (2005)	Critério sujeitos
Kilfedder, Power & Wells (2001)	Não justifica o tamanho da amostra
Kilinc, Ucan, Cakan et al (2002)	Análise dos dados não é adequada
King & King (1990)	Critério sujeitos
Kirkby, Bashkawi, Drew et al (1976)	Critério sujeitos
Kivimaki, Kuisma, virtanen et al (2001)	Não descreve a análise dos dados
Kivimaki, Sutinen, Elovainio et al (2001)	Critério sujeitos
Knauth & Harma (1992)	Assunto
Knight & Bodsworth (1998)	Assunto
Kozena & Frantik (2001)	Critério sujeitos
Krstev, Perunicic & Vidakovic (2003)	Não define a população
Kruuner, Danilovitsh, Pehme et al (2001)	Critério sujeitos
Ktsanes, Williams & Boudreaux (1986)	Critério sujeitos
Kundi, Koller, Stefan et al (1995)	Assunto
Labyak, Lava, Turek et al (2002)	Assunto
Laffon, Teixeira, Silva et al (2005)	Assunto
Lam (2002)	Não justifica o tamanho da amostra
Lam, Ross, Cass et al (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Lama & Arribas (2004)	Assunto
Lambert, Lambert & Ito (2004)	Não justifica o tamanho da amostra
Lambert, Lambert, Itano et al (2004)	Não define a população
Lammintausta, Kalimo & Havu (1982)	Não define a população
Landeweerd & Boumans (1988)	Não justifica o tamanho da amostra
Lange (1995)	Critério sujeitos
Laposa, Alden & Fullerton (2003)	Assunto
Laraqui, Ottman, Ait Hammou et al (2001)	Análise dos dados não é adequada
Larese & Fiorito (1994)	Não justifica o tamanho da amostra
LaRocco, Tetrick, Meder (1989)	Não descreve a análise dos dados
Larocque (1996)	Não define a população

Referência	Motivo de exclusão
Larsen, Gregersen &; Jemec (2001)	Assunto
Larson, Friedman, Cohran et al (1997)	Análise dos dados não é adequada
Larsson &; Bjornstig (1995)	Critério sujeitos
Laschinger &; Finegan (2005)	Não justifica o tamanho da amostra
Laschinger &; Havens (1997)	Não justifica o tamanho da amostra
Laschinger, Almost, Purdy et al (2004)	Não justifica o tamanho da amostra
Lautert (1995)	Não refere os critérios para a presença/ ausência do(s) efeito(s) / condição de interesse
Lavanco (1997)	Não define a população
Lea &; Bloodworth (2003)	Assunto
Lee (1992)	Não define a população
Lee (2003)	Não justifica o tamanho da amostra
Lee &; Chiou (1994)	Não define a população
Lee &; Henderson (1996)	Não justifica o tamanho da amostra
Lee, Huang &; Kao (2005)	Não justifica o tamanho da amostra
Lee, Hwang, Kim et al (2004)	Não justifica o tamanho da amostra
Lee, Song &; Cho (2003)	Não define a população
Leguizamon &; Ortiz (2002)	Não define a população
Leighton &; Reilly (1995)	Não define a população
Lellahom, Hmida, Zakraoui et al (1990)	Assunto
Leppämäki, Partonen, Piironen et al (2003)	Assunto
Lerman, Chodik, Aloni et al (1999)	Critério sujeitos
Lert, Logeay, Chastang et al (1985)	Não justifica o tamanho da amostra
Lert, Logeay, Gueguen &; Marne (1989)	Não justifica o tamanho da amostra
LeSergent &; Haney (2004)	Não justifica o tamanho da amostra
Lever, Lucas, Ortlepp (2000)	Não justifica o tamanho da amostra
Lewis, Bonner, Campbell et al (1994)	Não define a população
Li, Wolf &; Evanoff (2004)	Critério sujeitos
Lillington, Padilla, Sayre et al (1993)	Assunto
Lin, Lambert, Schembri et al (1994)	Não justifica o tamanho da amostra
Lindholm (2006)	Não justifica o tamanho da amostra
Lindholm, Dejin-Karlsson, Ostergren et al (2003)	Não justifica o tamanho da amostra
Linn, Gong, Anderson et al (1995)	Critério sujeitos
Lipscomb, Trinkoff, Geiger-Brown et al (2002)	Não justifica o tamanho da amostra
Liu, Costa, Scallenberg et al (1994)	Tipo de estudo
Loff (1987)	Não justifica o tamanho da amostra
Loreto (2001)	Assunto
Louther, Feldman, Rivera et al (1998)	Critério sujeitos
Love (1996)	Não define a população

Referência	Motivo de exclusão
Luís (2000)	Análise dos dados não é adequada
Luthi, Dubois-Arber, Iten et al (1998)	Não define a população
Madanat & Merrill (2002)	Assunto
Mallet, Price, Jurs et al (1991)	Não justifica o tamanho da amostra
Manacci, Rogers, Martin et al (1999)	Assunto
Mandel & Lohman (1987)	Não refere os critérios para a presença/ ausência do(s) efeito(s) / condição de interesse
Manning (1996)	Assunto
Mansour (1989)	Assunto
Marcus, Culver, Bell et al (1993)	Critério sujeitos
Marques, Torres, Pereira et al (1992)	Assunto
Marsh (1998)	Assunto
Marshal & Barnett (2006)	Critério sujeitos
Marshall & Barnett (2006)	Critério sujeitos
Martinez & Garcia (1989)	Não define a população
Martinez Sande, Casariego Rosón et al (1990)	Não justifica o tamanho da amostra
Martinez, Madrigal de Torres et al (2003)	Não justifica o tamanho da amostra
Martins (1996)	Não justifica o tamanho da amostra
Martins, Martins (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Marziale & Rozestraten (1995)	Assunto
Mathur, Bhattacharya & Kashyap (1995)	Assunto
Matos, Veja & Urdaniz (1999)	Não refere os critérios para a presença/ ausência do(s) efeito(s) / condição de interesse
Matrunola (1996)	Não justifica o tamanho da amostra
Matsuoka, Kurita, Abe, Osada (2001)	Não justifica o tamanho da amostra
Maunder, Leszcz, Savage et al (2008)	Critério sujeitos
Maurier & Northcott (2000)	Não refere como seleccionou a amostra
McAbee, Gallucci & Checkoway (1993)	Não justifica o tamanho da amostra
McClanahan & Sullivan (1995)	Assunto
McCurdy, Wijnberg, Loomis et al (2001)	Assunto
McDonald & Ahern (2002)	Assunto
McFarlane, Duff & Bailey (2004)	Assunto
McGrane & Staines (2003)	Assunto
McGrath, Reid & Boore (1989)	Não refere os objectivos
McIntosh (1998)	Assunto
McIntyre, McIntyre, Silvério (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
McKenna, Slater, McCance et al (2001)	Assunto
McKenna, Smith, Poole et al (2003)	Assunto
McLaughlin & Erdman (1992)	Não justifica o tamanho da amostra
McNulty (2001)	Critério sujeitos
Melchior, van den Berg, Halfens et al (1997)	Não justifica o tamanho da amostra

Referência	Motivo de exclusão
Meltzer & Huckabay (2004)	Assunto
Merchant, Becker, Mayer et al (2003)	Análise dos dados não é adequada
Michael & Jenkins (2001)	Assunto
Milona, Ganczak & Szych (2005)	Assunto
Miranda, Maia, Lima et al (2005)	Assunto
Moens, Dohogne & Jacques (1994)	Não descreve as fontes e métodos de avaliação da condição de interesse
Mogi, Wada, Hirotsawa et al (1996)	Não refere como selecionou a amostra
Monaham & Hopkins (2002)	Critério sujeitos
Montero Mora, Barroeta Hernandez et al (1992)	Assunto
Mostardi, Noe, Kovacic et al (1992)	Critério sujeitos
Munakata, Ichii, Nunokawa et al (2001)	Tipo de estudo
Murji, Gomez, Kinghton et al (2006)	Não descreve as fontes e métodos de avaliação da condição de interesse
Murphy, Stewart, Ritchie et al (2000)	Assunto
Muscroft & Hicks (1998)	Não justifica o tamanho da amostra
Mutyaba, Mmiro & Weiderpass (2006)	Assunto
Myers, Kriebel, Karasek et al (2005)	Assunto
Nachiappan & Harrison (2005)	Assunto
Nachreiner, Gerberich, McGovern et al (2004)	Assunto
Nachreiner, Gerberich, Ryan et al (2007)	Assunto
Napholz (1991)	Assunto
Nedic, Filipovic & Solak (2001)	Critério sujeitos
Ng, Koh, Chan et al (1999)	Assunto
Niedhammer, Lert & Marne (1994)	Não justifica o tamanho da amostra
Niedhammer, Lert & Marne (1994)	Não justifica o tamanho da amostra
Niedhammer, Lert & Marne (1995)	Não justifica o tamanho da amostra
Niedhammer, Lert & Marne (1996)	Não justifica o tamanho da amostra
Niedhammer, Lert & Marne (1996)	Assunto
Nolan, Soares, Dallender et al (2001)	Assunto
Norbeck (1985)	Não justifica o tamanho da amostra
Norman, Donelan, Buerhaus et al (2005)	Não justifica o tamanho da amostra
Novak & Auvil-Novak (1996)	Tipo de estudo
Nuikka, Paunonen, Hanninen et al (2001)	Assunto
Nygren & Lundgren (1997)	Assunto
O'Brien-Pallas, Shamian, Thomson et al (2004)	Assunto
Odusanya & Tayo (2001)	Assunto
Oehler & Davidson (1992)	Assunto
Oginska-Bulik (2005)	Não define a população
Ogus (1990)	Não justifica o tamanho da amostra

Referência	Motivo de exclusão
Ogus (1992)	Não define a população
Omdahl & O'Donnell (1999)	Assunto
Orji, Fasubaa, Onwudiegwu et al (2002)	Critério sujeitos
Ostrosky-Zeichner, Rangel-Fausto et al (2000)	Critério sujeitos
Out (2005)	Assunto
Pafaro & Martino (2004)	Não define a população
Palczynski, Walusiak, Hanke et al (1999)	Não define a população
Palsson, Hallberg, Norberg & Bjorvell (1996)	Assunto
Parker & Kulik (1995)	Não define a população
Parreira, Sousa (2000)	Assunto
Payne, Lane & Leahy (1989)	Não define a população
Pechter, Davis, Tumpowsky, Flattery et al (2005)	Análise dos dados não é adequada
Péman, Martín, Ferrús, Herrero (1993)	Não justifica o tamanho da amostra
Perry (2005)	Tipo de estudo
Persson, Fredriksson, Olsen et al (1993)	Critério sujeitos
Peters (1979)	Assunto
Petralia, Vena, Freudenheim et al (1999)	Não fornece o número de controlos por caso
Petterson, Arnetz, Arnetz et al (1995)	Assunto
Pettit, Gee & Begue (1997)	Não descreve a análise dos dados
Phipps (1996)	Assunto
Piazza, Conrad & Wilbur (2001)	Não descreve a análise dos dados
Piko (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Pisarki, Bohle & Callan (1998)	Não define a população
Plant, Plant & Foster (1991)	Não justifica o tamanho da amostra
Plante & Bouchard (1995)	Não define a população
Pleszewski & FitzGerald (1998)	Critério sujeitos
Poissonnet, Iwatsubo, Cosber et al (2001)	Não justifica o tamanho da amostra
Pompeii, Lipscomb, Schoenfisch et al (2009)	Critério sujeitos
Pompili, Rinaldi, Lester et al (2006)	Não refere os critérios para a presença/ ausência do(s) efeito(s) / condição de interesse
Poole & Shakespeare (1996)	Não define a população
Portela, Rotenberg & Waissmann (2004)	Assunto
Portela, Rotenberg & Waissmann (2005)	Critério sujeitos
Pose Reino, Maceira, Sarandeses et al (1993)	Assunto
Pratt, Overfield & Hilton (1994)	Não justifica o tamanho da amostra
Price (2001)	Critério sujeitos
Price (2004)	Assunto
Proost, de Witte, de Witte et al (2004)	Assunto
Queirós (1997)	Análise dos dados não é adequada

Referência	Motivo de exclusão
Queirós (2005)	Assunto
Quine (2001)	Não refere os critérios para a presença/ ausência do(s) efeito(s) / condição de interesse
Rabaud, Zanea, Mur et al (2000)	Não refere como seleccionou a amostra
Rachiotis, Goritsas, Alikakou et al (2005)	Critério sujeitos
Raffone & Hennington (2005)	Assunto
Rainho (2005)	Assunto
Rajoo, Ping & Ali (2004)	Assunto
Rambur, McIntosh, Palumbo et al (2005)	Assunto
Ramsey & Glenn (1996)	Não justifica o tamanho da amostra
Randall & Scott (1988)	Não justifica o tamanho da amostra
Ratzon, Froom (2006)	Não justifica o tamanho da amostra
Reader (1981)	Não refere os objectivos
Ready, Boreskie, Law et al (1993)	Não justifica o tamanho da amostra
Reeve, Adams & Kouzekanani (1996)	Assunto
Reilly (2002)	Assunto
Reineck & Furino (2005)	Não justifica o tamanho da amostra
Reis (1993)	Assunto
Ribeiro (2005)	Não justifica o tamanho da amostra
Riding & Wheeler (1995)	Não define a população
Riese, Doornen, Houtman et al (2004)	Não define a população
Robinson, Roth, Keim et al (1991)	Não descreve a análise dos dados
Rohmer, Bonnefond, Muzet & Tassi (2004)	Não justifica o tamanho da amostra
Romea, Alkiza, Ramon et al (1995)	Análise dos dados não é adequada
Rose & Glass (2005)	Assunto
Rosen, Rudensky, Paz et al (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Rout (1999)	Não define a população
Rout (1999)	Não define a população
Rout (2000)	Não justifica o tamanho da amostra
Rowe & Sherlock (2005)	Assunto
Royal College of Nurses (2002)	Assunto
Royal College of Nursing (2006)	Não justifica o tamanho da amostra
Ruegg (1987)	Assunto
Ruggiero (2005)	Não justifica o tamanho da amostra
Sá (2002)	Não justifica o tamanho da amostra
Sala, Laine, Simberg et al (2001)	Critério sujeitos
Salerno, Canulla & Talamanca (2005)	Assunto
Salmond & Ropis (2005)	Não refere como seleccionou a amostra
Samuelson, Gustavsson, Petterson et al (1997)	Critério sujeitos
Sandall (1999)	Assunto

Referência	Motivo de exclusão
Sanderson, Ekholm, Hundrup et al (2005)	Assunto
Santamaria (2000)	Assunto
Sarquis & Felli (2000)	Não justifica o tamanho da amostra
Saurel-Cubizolles, Job-Spira & Estryn-Behar (1993)	Critério sujeitos
Savikko, Alexanderson, Hensing (2001)	Não define a população
Schaufeli & Janczur (1994)	Não define a população
Schencke, Espinoza, Muñoz et al (1993)	Não define a população
Schmidt & Dantas (2006)	Assunto
Schwartz-Barcott & Schwartz (1990)	Não descreve as fontes e métodos de avaliação da condição de interesse
Scott, Hwang & Rogers (2006)	Não justifica o tamanho da amostra
Selgrove (1998)	Não descreve a análise dos dados
Sencan, Sahin, Yildirim et al (2004)	Análise dos dados não é adequada
Seneviratne & Fernando (1994)	Não justifica o tamanho da amostra
Seo, Ko & Price (2004)	Assunto
Servellen & Leake (1994)	Não refere a taxa de resposta
Sessink, Cerná, Rossner et al (1994)	Assunto
Shader, Broome, Broome et al (2001)	Não justifica o tamanho da amostra
Shah (1990)	Assunto
Shah, Bonauto, Silverstein et al (2005)	Critério sujeitos
Shiao, Guo & McLaws (2002)	Não define a população
Shimizu, Eto, Horiguchi et al (2005)	Assunto
Shimizu, Feng & Nagata (2005)	Não define a população
Shortridge (1990)	Assunto
Shortridge, Lemasters, Valanis et al (1995)	Não justifica o tamanho da amostra
Shrestha & Bhattarai (2006)	Não justifica o tamanho da amostra
Silva (1994)	Assunto
Silva (2004)	Assunto
Silva Graça, Feliciano, Paralta et al (1991)	Não define a população
Sim, Chong, Chan et al (2004)	Assunto
Sims (2000)	Assunto
Singh (1990)	Não justifica o tamanho da amostra
Sisney (1993)	Assunto
Siu (2002)	Não descreve a análise dos dados
Siziya & Hakim (1996)	Assunto
Skipper, Jung & Coffey (1990)	Não justifica o tamanho da amostra
Skodric, Savic, Jovanovic et al (2000)	Critério sujeitos
Skovron, Mulvihill, Sterling et al (1987)	Não define a população
Slater, McElwee, Fleming et al (2006)	Não justifica o tamanho da amostra

Referência	Motivo de exclusão
Smedley, Inskip, Trevelyan et al (2003)	Critério sujeitos
Smedley, Trevelyan, Inskip (2003)	Critério sujeitos
Smit, Burdof & Coenraads (1993)	Não define a população
Smith (1979)	Assunto
Smith (1987)	Não define a população
Smith, Colligan, Frockt et al (1979)	Assunto
Smith, Droppleman & Thomas (1996)	Tipo de estudo
Smith, Ohmura & Yamagata (2003)	Não justifica o tamanho da amostra
Smith, Robie, Folkard et al (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Smith, Smyth, Leggat et al (2006)	Assunto
Smith, Wei & Wang (2005)	Não define a população
Smith, Wei, Kang et al (2004)	Não justifica o tamanho da amostra
Sobaszek, Fantoni-Quinton, Frimat et al (2000)	Não justifica o tamanho da amostra
Souza (2005)	Tipo de estudo
Stappaerts (1989)	Assunto
Starcciarini & Troccoli (2004)	Não justifica o tamanho da amostra
Stone & Gershon (2006)	Não justifica o tamanho da amostra
Stone, Du & Gershon (2007)	Não justifica o tamanho da amostra
Stone, Larson, Mooney-Cane et al (2006)	Assunto
Stone, Mooney-Cane, Larson et al (2007)	Assunto
Stone, Mooney-Kane, Larson et al (2007)	Assunto
Stordeur, Vandenberghe & D'hoore (1999)	Não descreve a análise dos dados
Storr, Trinkoff & Anthony (1999)	Assunto
Strobl & Latter (1998)	Assunto
Stubbs, Buckle, Hudson et al (1983)	Assunto
Stubbs, Buckle, Hudson et al (1986)	Assunto
Stubbs, Haw, Garner (2004)	Critério sujeitos
Styczynski, Koltan, Wysocki et al (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Sullivan (1987)	Assunto
Sullivan (1989)	Tipo de estudo
Suzuki, Ohida, Kaneita et al (2004)	Não define a população
Suzuki, Ohida, Kaneita et al (2005)	Não justifica o tamanho da amostra
Sveinsdóttir (2006)	Não justifica o tamanho da amostra
Swenson (1989)	Não justifica o tamanho da amostra
Swenson & Dalton (1983)	Assunto
Takahashi, Fukuda, Miki et al (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Tan, Kamarulzaman, Liam et al (2002)	Critério sujeitos
Tate, Yassi & Cooper (1999)	Tipo de estudo
Tempesta (2003)	Tipo de estudo

Referência	Motivo de exclusão
Tezel (2005)	Não define a população
Thiringer, Granung, Holmen et al (1991)	Assunto
Thompson &; Page (1992)	Assunto
Thomsen, Arnetz, Nolan et al (1999)	Assunto
Tigert &; Lashinger (2004)	Não refere como seleccionou a amostra
Tipliski (1993)	Não descreve os critérios de diagnóstico
Tompa, Major &; Jakab (1999)	Assunto
Topf &; Dillon (1988)	Não justifica o tamanho da amostra
Torre, Fernandes, Santos (2002)	Assunto
Totterdel, Spelten &; Pokorski (1995)	Assunto
Townsend, SM (2005)	Tipo de estudo
Trapé-Cardoso &; Schenck (2004)	Critério sujeitos
Trinkoff &; Storr (1998)	Não justifica o tamanho da amostra
Trinkoff, Brady &; Nielsen (2003)	Assunto
Trinkoff, Geiger-Brown, Brady et al (2006)	Assunto
Trinkoff, Geiger-Brown, Caruso et al (2008)	Assunto
Trinkoff, Le, Geiger-Brown (2006)	Não refere a dimensão da amostra
Trinkoff, Le, Geiger-Brown et al (2007)	Assunto
Trinkoff, Lipscomb, Geiger-Brown et al (2002)	Não justifica o tamanho da amostra
Trinkoff, Lipscomb, Geiger-Brown et al (2003)	Assunto
Trinkoff, Storr &; Lipscomb (2001)	Não justifica o tamanho da amostra
Trinkoff, Zhou, Storr (1999)	Não justifica o tamanho da amostra
Trinkoff, Zhou, Storr et al (2000)	Assunto
Triolo I (1989)	Assunto
Triolo II (1989)	Assunto
Tselebis, Moulou &; Ilias (2001)	Não justifica o tamanho da amostra
Tselebis, Panaghiotou, Theotka et al (2001)	Não justifica o tamanho da amostra
Tummers, Janssen, Landeweerd et al (2001)	Não justifica o tamanho da amostra
Tummers, Landerweerd, van Merode (2002)	Não justifica o tamanho da amostra
Tummers, van Merode, Landeweerd (2006)	Não justifica o tamanho da amostra
Turnbull, Dornan, Fletcher et al (1992)	Não justifica o tamanho da amostra
Tyler &; Ellison (1994)	Análise dos dados não é adequada
Tyson. Lambert &; Beattie (2002)	Assunto
Tzeng (2003)	Assunto
Ullrich &; Fitzgerald (1990)	Não define a população
Undeger, Basaran, Kars et al (1999)	Assunto
UNITE Study Group (2002)	Não justifica o tamanho da amostra
Uva, Faria (1992)	Critério sujeitos
Valanis, Vollmer &; Steele (1999)	Critério sujeitos

Referência	Motivo de exclusão
Vallès, Maté, Bronsoms et al (1997)	Critério sujeitos
VanYperen (1996)	Assunto
VanYperen, Buunk & Schaufeli (1992)	Assunto
Vasiliadou, Karvountzis, Soumilas et al (1995)	Não refere como seleccionou a amostra
Vazquez, Rodriguez, Lima et al (1991)	Assunto
Veiga (2002)	Não refere como seleccionou a amostra
Veiga & Chora (1997)	Assunto
Venning, Walter & Stitt (1987)	Critério sujeitos
Verhaegen, Cober, Smedt, Dirkx et al (1987)	Assunto
Verschuren, de Groot & Nossent (1995)	Critério sujeitos
Videman, Ojajarvi, Riihimaki et al (2005)	Não define a população
Vines (1991)	Assunto
Violante, Fiori, Fiorentini et al (2004)	Critério sujeitos
Visintini, Campanini (1996)	Não justifica o tamanho da amostra
Vranckx, Jacques, Schrijver et al (2004)	Critério sujeitos
Vrijkotte, Riese & Geus (????)	Não refere os objectivos
Wagner & Jason (1997)	Não justifica o tamanho da amostra
Walters, Lenton, French et al (1996)	Assunto
Watanabe, Akamatsu, Furui et al (2004)	Assunto
Weinberg & Creed (2000)	Não justifica o tamanho da amostra
Weyers, Peter, Boggild et al (2006)	Não justifica o tamanho da amostra
Wheeler & Riding (1994)	Não define a população
Whittington & Higgins (2002)	Assunto
Whittington, Shuttleworth & Hill (1996)	Assunto
Wilhoite, Ferguson, Soike et al (1993)	Análise dos dados não é adequada
Willet, Sampson, Bain et al (1981)	Não justifica o tamanho da amostra
Williams & Slater (2000)	Assunto
Wills (1987)	Assunto
Windsor, Arbuckle, Spencer et al (1984)	Não define a população
Wnuk (2003)	Critério sujeitos
Wold, Williams & Kobaladze (1999)	Não define a população
Xelegati, Robazzi, Marziale et al (2006)	Assunto
Yamasaki, Schwartz, Gerber et al (2008)	Critério sujeitos
Yang, Pan, Yang (2004)	Não justifica o tamanho da amostra
Yassi, Khokhar, Tate et al (1995)	Não define a população
Yassi, Ostry, Ratner et al (2002)	Critério sujeitos
Yassi, Ostry, Ratner et al (2002)	Critério sujeitos
Yeung, Genaidy, Deddens et al (2005)	Assunto
Yip (2001)	Não define a população

Referência	Motivo de exclusão
Yip (2004)	Não refere a dimensão da amostra
Young (2005)	Não justifica o tamanho da amostra
Yung, Fung, Chan et al (2004)	Assunto
Zboril-Benson (2002)	Não justifica o tamanho da amostra

Referências

- Abiteboul, D., Lolom, I., Lamontagne, F., Pellissier, G., Tarantola, A., Descamps, J. M. et al. (2003). Risk of blood exposure among hospital workers - Trends 1990-2000. *Documents pour le médecin du travail*, 447-457.
- Adams, A. & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 32, 536-543.
- Ahlberg Hulten, G. K., Theorell, T., & Sigala, F. (1995). Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 21, 435-439.
- Ahlfors, K., Ivarsson, S. A., Johnsson, T., & Renmarker, K. (1981). Risk of cytomegalovirus infection in nurses and congenital infection in their offspring. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 70, 819-823.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50, 187-194.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14, 5-13.
- Ajamieh, A. R. A., Misener, T., Haddock, K. S., & Gleaton, J. U. (1996). Job satisfaction correlates among Palestinian nurses in the West Bank. *International Journal of Nursing Studies*, 33, 422-432.
- Akduman, D., Kim, L. E., Parks, R. L., L'Ecuyer, P. B., Mutha, S., Jeffe, D. B. et al. (1999). Use of personal protective equipment and operating room behaviors in four surgical subspecialties: personal protective equipment and behaviors in surgery. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 20, 110-114.
- Alanko, K., Susitaival, P., Jolanki, R., & Kanerva, L. (2004). Occupational skin diseases among dental nurses. *Contact Dermatitis*, 50, 77-82.
- Alarcon, J., Vaz, F. J., Guisado, J. A., Benavente, M. J., Lopez, J., & Morgado, M. (2004). Relacion entre el síndrome de burnout, psicopatología y ambiente en el trabajo de enfermeras de Hospital General / Relation between burnout syndrome, psychopathology, and environment in the work of General Hospital nurses. *Archivos de Psiquiatria*, 67, 129-138.
- Albion, M. J., Fogarty, G. J., & Machin, M. A. (2005). Benchmarking occupational stressors and strain levels for rural nurses and other health sector workers. *Journal of Nursing Management*, 13, 411-418.
- Allen, J. & Mellor, D. (2002). Work context, personal control, and burnout amongst nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 24, 905-917.
- Alexander, L. L. & Beck, K. (1990). The smoking behaviour of military nurses: the relationship to job stress, job satisfaction and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 843-849.
- Alexandre, N. M. C. & Angerami, E. L. S. (1995). Lifestyle and work of nursing personnel and back pain. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 3, 117-136.
- Alexandre, N. M. C. & Benatti, M. C. C. (1998). Occupational accidents affecting the spinal vertebrae: a study among nursing workers of a university hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6, 65-72.
- Alexopoulos, E. C., Burdorf, A., & Kalokerinou, A. (2003). Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 76, 289-294.
- Al-Haj, A. N., Lobrighito, A. M., & Lagarde, C. S. (2003). Occupational doses during the injection of contrast media in paediatric CT procedures. *Radiation Protection Dosimetry*, 103, 196-172.
- Alimoglu, M. K. & Donmez, L. (2005). Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 549-555.
- Al-Ma'aitah, R., Cameron, S., Horsburgh, M. E., & Armstrong-Stassen, M. (1999). Predictors of job satisfaction, turnover, and burnout in female and male Jordanian nurses. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 31, 15-30.
- Alves, S. L. (2005). A study of occupational stress, scope of practice, and collaboration in nurse anesthetists practicing in anesthesia care team settings. *AANA Journal*, 73, 443-452.
- Anderson, J. G. (1991). Stress and burnout among nurses: A social network approach. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 6, 251-272.
- Andrews, D. & Wan, T. (2008). The importance of mental health to the experience of job strain: an evidence-guided approach to improve retention. *Journal of Nursing Management*, 17, 340-351.
- Angermeyer, M. C., Bull, N., Bernert, S., Dietrich, S., & Kopf, A. (2006). Burnout of Caregivers: A Comparison Between Partners of Psychiatric Patients and Nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20, 158-165.
- Anis-ul-Haque, M. & Khan, S. (2001). Burnout and organizational sources of social support in human service professions: a comparison of woman doctors and nurses. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 27, 57-66.
- Anya, S. E., Oshi, D. C., Nwosu, S. O., & Anya, A. E. (2005). Knowledge, attitude, and practice of female health professionals regarding cervical cancer and Pap smear. *Nigerian Journal of Medicine*, 14, 283-286.
- Aquino, E. M., Magalhães, L. B., Araújo, M. J., Almeida, M. C., & Leto, J. P. (2001). Hypertension in a female nursing staff - Pattern of occurrence, diagnosis, and treatment. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 76, 197-208.
- Aragonés, N., Pollán, M., & Gustavsson, P. (2002). Stomach cancer and occupation in Sweden: 1971-89. *Occupational and Environmental Medicine*, 59, 329-337.

- Armstrong Stassen, M., Al-Ma'Aitah, R., Cameron, S., & Horsburgh, M. (1994). Determinants and consequences of burnout: a cross-cultural comparison of Canadian and Jordanian nurses. *Health Care for Women International, 15*, 413-421.
- Asari, S., Deguchi, M., Tahara, K., & Taniike, M. (2003). Seroprevalence survey of measles, rubella, varicella, and mumps antibodies in health care workers and evaluation of a vaccination program in a tertiary care hospital in Japan. *American Journal of Infection Control, 31*, 157-162.
- Astbury, C. & Baxter, P. J. (1990). Infection risks in hospital staff from blood: hazardous injury rates and acceptance of hepatitis B immunization. *Journal of the Society of Occupational Medicine, 40*, 92-93.
- Avendano, C. & Roman, J. A. (2002). Efectos de los Roles Múltiples en el Bienestar Psicológico en Enfermeras Chilenas. *Psyche: Revista de la Escuela de Psicología, 11*, 27-41.
- Azap, A., Ergönül, Ö., Memikoglu, K. O., & Yesilkaya, A. (2005). Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey. *American Journal of Infection Control, 33*, 48-52.
- Baba, V. V., Galperin, B. L., & Lituchy, T. R. (1999). Occupational mental health: A study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies, 36*, 163-169.
- Bacharach, S. B., Bamberger, P., & Conley, S. (1991). Work-home conflict among nurses and engineers: Mediating the impact of role stress on burnout and satisfaction at work. *Journal of Organizational Behaviour, 12*, 39-53.
- Baglioni, A. J., Cooper, C. L., & Hingley, P. (1990). Job stress, mental health and job satisfaction among UK senior nurses. *Stress Medicine, 6*, 9-20.
- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., & Schaufeli, W. B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing, 31*, 884-891.
- Bakker, A. B., Le Blanc, P. M., & Schaufeli, W. B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing, 51*, 276-287.
- Bakker, A. B. & Heuven, E. (2006). Emotional Dissonance, Burnout, and In-Role Performance Among Nurses and Police Officers. *International Journal of Stress Management, 13*, 423-440.
- Barak, Y., Achiron, A., Lampl, Y., & Gilad, R. (1995). Sleep disturbances among female nurses: Comparing shift to day work. *Chronobiology International, 12*, 345-350.
- Barak, Y., Achiron, A., Kimh, R., & Lampi, Y. (1996). Health risks among shift workers: A survey of female nurses. *Health Care for Women International, 17*, 527-534.
- Barnett, R., Marshal, N., & Singer, J. (1992). Job experiences over time, multiple roles, and women's mental health: a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*, 634-644.
- Barnett, R. (2006). *When mom works evenings versus days: impact on moms, dads, and kids*. Presented at Work, stress and health 2006 making a difference in the workplace.
- Barnett, R. & Gareis, K. (2007). Shift work, parenting behaviours, and children's socioemotional well-being: a within family study. *Journal of Family Issues, 28*, 727-748.
- Barnett, R. & Hall, D. (2007). The silver lining in shift work: can your organization take advantage of it? *Organizational Dynamics, 36*, 404-417.
- Barnett, R., Gareis, K., & Brennan, R. (2008). Wives' shift work schedules and husbands' and wives' well-being in dual earner couples with children: a within couple analysis. *Journal of Family Issues, 29*, 396-422.
- Barton, J., Spelten, E., Totterdell, P., Smith, L., & Folkard, S. (1995). Is there an optimum number of night shifts? Relationship between sleep, health and well-being. *Work Stress, 9*, 109-123.
- Barton, J. (1994). Choosing to work at night: A moderating influence on individual tolerance to shift work. *Journal of Applied Psychology, 79*, 449-456.
- Bartram, T., Joiner, T. A., & Stanton, P. (2004). Factors affecting the job stress and job satisfaction of Australian nurses: implications for recruitment and retention. *Contemporary Nurse, 17*, 293-304.
- Bartz, C. & Maloney, J. P. (1986). Burnout among intensive care nurses. *Research in Nursing & Health, 9*, 147-153.
- Bastani, R., Maxwell, A. E., Carbonari, J., Rozelle, R., Baxter, J., & Vernon, S. (1994). Breast cancer knowledge, attitudes, and behaviors: a comparison of rural health and non-health workers. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 3*, 77-84.
- Begat, I., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being - a Norwegian study. *Journal of Nursing Management, 13*, 221-230.
- Behrens, V., Seligman, P., Cameron, L., Mathias, C. G., & Fine, L. (1994). The prevalence of back pain, hand discomfort, and dermatitis in the US working population. *American Journal of Public Health, 84*, 1780-1785.
- Behrman, A. J., Shofer, F. S., & Green-McKenzie, J. (2001). Trends in bloodborne pathogen exposure and follow-up at an urban teaching hospital: 1987 to 1997. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 43*, 370-376.
- Bellani, M. L., Furlani, F., Gneccchi, M., Pezzotta, P., Trotti, E. M., & Bellotti, G. G. (1996). Burnout and related factors among HIV/AIDS health care workers. *AIDS Care, 8*, 207-221.
- Ben Lellahom, L., Gharbi, R., Ben Hmida, L., Ben Hafsa, L., Zakraoui, L., Bouares, M. et al. (1990). Occupational lumbalgic hazard in the hospital - A survey in the principal hospitals of Tunis. *Archives des Maladies Professionnelles, 51*, 399-404.
- Benhaberou-Brun, D., Lambert, C., & Dumont, M. (1999). Association between melatonin secretion and daytime sleep complaints in night nurses. *Sleep, 22*, 877-885.

- Benhamou, S., Callais, F., Sancho-Garnier, H., Min, S., Courtois, Y. A., & Festy, B. (1986). Mutagenicity in urine from nurses handling cytostatic agents. *European Journal of Cancer Clinical Oncology*, 22, 1489-1493.
- Bernardino, M. E. G. & Esteves, M. R. M. (1993). As lombalgias de origem ocupacional nos profissionais de enfermagem. *Enfermagem em foco*, 3, 52-68.
- Bianchi, E. R. (2000). Hospital nurses and stress. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34, 390-394.
- Bianchi, E. R. F. (2004). Stress and coping among cardiovascular nurses: a survey in Brazil. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 737-745.
- Blatch, C. (1983). How are you, nurse? *Australian Health Review*, 6, 41-46.
- Blazer, L. K. & Mansfield, P. K. (1995). A Comparison of Substance Use Rates among Female Nurses, Clerical Workers and Blue-Collar Workers. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 305-313.
- Bobko, N. A. & Barishpolets, A. T. (2002). Work ability, age and its perception, and other related concerns of Ukraine health care workers. *Experimental Aging Research*, 28, 59-71.
- Boey, K. W., Chan, K. B., Ko, Y. C., Goh, L. G., & Lim, G. C. (1997). Work stress and psychological well-being among the nursing profession in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 38, 256-260.
- Bonny, J. S., Yéboué-Kouamé, B. Y., Pillah, M. A., Wognin, S. B., Kouassi, Y. M., & Tchicaya, A. F. (2003). Intolerance to latex gloves among healthcare workers at teaching hospitals in Abidjan. *Archives des Maladies Professionnelles et de Médecine du Travail*, 64, 329-333.
- Boumans, N. P. & Landeweerd, J. A. (1999). Nurses' well-being in a primary nursing care setting in The Netherlands. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13, 116-122.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., & Vezina, M. (1999). Job strain and evolution of mental health among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 95-107.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Malenfant, R., & Vezina, M. (2005). Health care restructuring, work environment, and health of nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 47, 54-64.
- Box, V. & Anderson, Y. (1997). Cancer beliefs, attitudes and preventive behaviours of nurses working in the community. *European Journal of Cancer Care*, 6, 192-208.
- Bøggild, H. & Jeppesen, H. J. (2001). Intervention in shift scheduling and changes in biomarkers of heart disease in hospital wards. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 27, 87-96.
- Bram, P. J. & Katz, L. F. (1989). A study of burnout in nurses working in hospice and hospital oncology settings. *Oncology Nursing Forum*, 16, 555-560.
- Bratt, M. M., Broome, M., Kelber, S., & Lostocco, L. (2000). Influence of stress and nursing leadership on job satisfaction of pediatric intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 9, 307-317.
- Brito, C. M., Bezerra, F. M., & Nery, I. S. (2004). Knowledge and practice of breast self-examination by nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57, 161-164.
- Britto, E. S. & Carvalho, A. M. (2003). Stress, coping, and general health of nurses working at a care unit for patients with AIDS and hematologic diseases. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 24, 365-372.
- Brooks, B. A. & Anderson, M. A. (2004). Nursing work life in acute care. *Journal of Nursing Care Quality*, 19, 269-275.
- Brotherton, J. M., Bartlett, M. J., Muscatello, D. J., Campbell-Lloyd, S., Stewart, K., & McNulty, J. M. (2003). Do we practice what we preach? Health care worker screening and vaccination. *American Journal of Infection Control*, 31, 144-150.
- Brown, D. E., James, G. D., Nordloh, L., & Jones, A. A. (2003). Job strain and physiological stress responses in nurses and nurse's aides: predictors of daily blood pressure variability. *Blood Pressure Monitoring*, 8, 237-242.
- Brown, H., Zijlstra, F., & Lyons, E. (2006). The psychological effects of organizational restructuring on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 344-357.
- Browning, L., Ryan, C. S., Greenberg, M. S., & Rolniak, S. (2006). Effects of cognitive adaptation on the expectation-burnout relationship among nurses. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 139-150.
- Brugnami, G., Marabini, A., Siracusa, A., & Abbritti, G. (1995). Work-related late asthmatic response induced by latex allergy. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 96, 457-464.
- Brumen, V. & Horvat, D. (1996). Work environment influence on cytostatics-induced genotoxicity in oncologic nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 30, 67-71.
- Bruneau, B. M. S. & Ellison, G. T. H. (2004). Palliative care stress in a UK community hospital: evaluation of a stress-reduction programme. *International Journal of Palliative Nursing*, 10, 296-304.
- Budge, C., Carryer, J., & Wood, S. (2003). Health correlates of autonomy, control and professional relationships in the nursing work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 260-268.
- Budnik, M. F. (2004). Emotional intelligence and burnout: Influence on the intent of staff nurses to leave nursing. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64 (9-B)
- Buitrago, F., Lozano, L., Fernandez, L. C., Bonino, F., Candela, M., & Altimiras, J. (1993). The temporary work incapacities of professional administrative workers and nurses. *Gaceta Sanitaria*, 7, 190-195.
- Bulhões, I. (1998). *Occupational hazards in nursing*. (2nd ed.) Rio de Janeiro: Júlion C.Reis Livraria.

- Burgaz, S., Karahalil, B., Bayrak, P., Taskin, L., Yavuzaslan, F., Bokesoy, I. et al. (1999). Urinary cyclophosphamide excretion and micronuclei frequencies in peripheral lymphocytes and in exfoliated buccal epithelial cells of nurses handling antineoplastics. *Mutation Research*, 439, 97-104.
- Burke, R. J. & Greenglass, E. R. (1999). Effects of hospital restructuring on full time and part time nursing staff in Ontario. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 163-171.
- Burke, R. J. (2003). Survivors and victims of hospital restructuring and downsizing: who are the real victims? *International Journal of Nursing Studies*, 40, 903-909.
- Burke, R. J. (2002). Work experiences and psychological well-being of former hospital-based nurses now employed elsewhere. *Psychological Reports*, 91, 1059-1064.
- Burrill, D., Enarson, D. A., Allen, E. A., & Grzybowski, S. (1985). Tuberculosis in female nurses in British Columbia: implications for control programs. *Cancer Medical Association Journal*, 132, 137-140.
- Bussing, A. (1996). Social tolerance of working time scheduling in nursing. *Work and Stress*, 10, 238-250.
- Butterworth, T., Carson, J., Jeacock, J., White, E., & Clements, A. (1999). Stress, coping, burnout and job satisfaction in British nurses: Findings from the Clinical Supervision Evaluation Project. *Stress Medicine*, 15, 27-33.
- Buunk, B. P., Schaufeli, W. B., & Ybema, J. F. (1994). Burnout, uncertainty, and the desire for social comparison among nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1701-1718.
- Buunk, B. P., Ybema, J. F., van-der-Zee, K., Schaufeli, W. B., & Gibbons, F. X. (2001). Affect generated by social comparisons among nurses high and low in burnout. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 1500-1520.
- Byrns, G., Reeder, G., Jin, G., & Pachis, K. (2004). Risk factors for work-related low back pain in registered nurses, and potential obstacles in using mechanical lifting devices. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 1, 11-21.
- Caldevilla, N. d., Silva, S., Torres, J. R., Paulo, J., & Mayan, O. (2006). Monitorização biológica da exposição a quimioterápicos em profissionais de enfermagem. *Enfermagem Oncológica*, 9, 25-35.
- Callaghan, P. (1995). A preliminary survey of nurses' health-related behaviours. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 1-15.
- Callaghan, P., Fun, M. K., & Yee, F. C. (1997). Hong Kong nurses' health-related behaviours: implications for nurses' role in health promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1276-1282.
- Callaghan, P. (1999). Health beliefs and their influence on United Kingdom nurses' health-related behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 28-35.
- Callaghan, P., Tak-Ying, S. A., & Wyatt, P. A. (2000). Factors related to stress and coping among Chinese nurses in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1518-1527.
- Calzi, S., Farinelli, M., Ercolani, M., & Alianti, M. (2006). Physical rehabilitation and burnout: different aspects of the syndrome and comparison between healthcare professionals involved. *Europa Medicophysica*, 42, 27-36.
- Cameron, S. J., Horsburgh, M. E., & Armstrong-Stassen, M. (1994). Job satisfaction, propensity to leave and burnout in RNs and RNAs: a multivariate perspective. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 7, 43-64.
- Campos, M. L. & De Martino, M. M. (2004). Chronobiologic aspects of sleep-wake cycle and anxiety levels of nurses working on different shifts. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 38, 415-421.
- Canning, H. S., Phillips, J., & Allsup, S. (2005). Health care worker beliefs about influenza vaccine and reasons for non-vaccination--a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 922-925.
- Cartier, A., Malo, J. L., & Dolovich, J. (1987). Occupational asthma in nurses handling psyllium. *Clin Allergy*, 17, 1-6.
- Carvalho, J. M. M. C. (2005). *(In)satisfação profissional e burnout em professores e enfermeiros*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Catanzaro, A. (1982). Nosocomial tuberculosis. *American Review of Respiratory Disease*, 125, 559-562.
- Causton, C. A., Mc Donald, G., Meyers, A., Johnston, P., & Davis, L. (2006). Tea and TLC: Nurses looking after nurses. *Biology of Blood and Marrow Transplantation* 12, 433.
- Center for Disease Control (1985). Update: prospective evaluation of health-care workers exposed via the parenteral or mucous-membrane route to blood or body fluids from patients with acquired immunodeficiency syndrome--United States. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 34, 101-103.
- Chaiear, N., Jindawong, B., Boonsawas, W., Kanchanarach, T., & Sakunkoo, P. (2006). Glove allergy and sensitization to natural rubber latex among nursing staff at Srinagarind Hospital, Khon Kaen, Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 89, 368-376.
- Chalmers, K., Bramadat, I. J., Cantin, B., Shuttleworth, E., & Scott-Findlay, S. (2000). Smoking characteristics of Manitoba nurses. *The Canadian Nurse*, 96, 31-34.
- Chang, E. M., Daly, J., Hancock, K. M., Bidewell, J. W., Johnson, A., Lambert, V. A. et al. (2006). The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of Professional Nursing*, 22, 30-38.
- Chen, C. S., Wu, H. Y., Yang, P., & Yen, C. F. (2005). Psychological distress of nurses in Taiwan who worked during the outbreak of SARS. *Psychiatric Services*, 56, 76-79.

- Chen, S., Hwu, H., & Williams, R. A. (2005). Psychiatric nurses' anxiety and cognition in managing psychiatric patients' aggression. *Archives of Psychiatric Nursing, 19*, 141-149.
- Chen, W. T., Han, M., & Holzemer, W. L. (2004). Nurses' knowledge, attitudes, and practice related to HIV transmission in northeastern China. *AIDS Patient Care and STDs, 18*, 417-422.
- Cheuk, W. H., Swearse, B., Wong, K. W., & Rosen, S. (1998). The linkage between spurned help and burnout among practicing nurses. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social, 17*, 188-196.
- Chiou, W. K. & Wong, M. K. (1992). Epidemiology of low back pain in the nurses of Chang Gung Memorial Hospital. *Changeng Yi Xue Za Zhi, 15*, 64-71.
- Chiriboga, D. A., Jenkins, G., & Bailey, J. (1983). Stress and coping among hospice nurses: test of an analytic model. *Nursing Research, 32*, 294-299.
- Chokbunyasit, N., Potacharoen, O., & Sirisanthana, T. (1995). Prevalence of HBV infection in nurses and manual workers in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand, 78*, S19-S25.
- Chong, J., Marshall, B. J., Barkin, J. S., McCallum, R. W., Reiner, D. K., Hoffman, S. R. et al. (1994). Occupational exposure to Helicobacter pylori for the endoscopy professional: a sera epidemiological study. *The American journal of gastroenterology, 89*, 1987-1992.
- Chora, M. A. F. C. (2003). *O contexto da satisfação laboral nos profissionais de enfermagem na sub-região de saúde de Évora*. Évora: Universidade de Évora.
- Chung, F. F., Yao, C. C., & Wan, G. H. (2005). The associations between menstrual function and life style/working conditions among nurses in Taiwan. *Journal of Occupational Health, 47*, 149-156.
- Cinelli, B. & Glover, E. D. (1988). Nurses' smoking in the workplace: causes and solutions. *Journal of Community Health Nursing, 5*, 255-261.
- Clissold, G., Smith, P., Accutt, B., & Di, M. L. (2002). A study of female nurses combining partner and parent roles with working a continuous three-shift roster: the impact on sleep, fatigue and stress. *Contemporary Nurse, 12*, 294-302.
- Cloutier, E., David, H., Ledoux, E., Bourdouxhe, M., Teiger, C., Gagnon, I. et al. (2005). *Importance of work organization in support of the protective strategies of family and social auxiliaries and nurses in home care and support services* Canadá: Institut de recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Coakley, K. S., Ratcliffe, J., & Masel, J. (1997). Measurement of radiation dose received by the hands and thyroid of staff performing gridless fluoroscopic procedures in children. *The British Journal of Radiology, 70*, 933-936.
- Coffey, L. C., Skipper, J. K., Jr., & Jung, F. D. (1988). Nurses and shift work: effects on job performance and job-related stress. *Journal of Advanced Nursing, 13*, 245-254.
- Cohen, A. & Kirchmeyer, C. (2005). A Cross-Cultural Study of the Work/Nonwork Interface among Israeli Nurses. *Applied Psychology: An International Review, 54*, 537-567.
- Coimbra, H. B., Carvalho, A., & Porto, A. (1985). Hepatite B - doença iatrogénica. *Coimbra Médica, 6*, 171-180.
- Colligan, M. J., Frockt, I. J., & Tasto, D. L. (1979). Frequency of sickness absence and worksite clinic visits among nurses as a function of shift. *Journal of Environmental Pathology, Toxicology and Oncology, 2*, 135-148.
- Colligan, M. J., Frockt, I. J., & Tasto, D. L. (1979). Frequency of sickness absence and worksite clinic visits among nurses as a function of shift. *Applied Ergonomics, 10*, 79-85.
- Collins, R. L., Gollnisch, G., & Morsheimer, E. T. (1999). Substance use among a regional sample of female nurses. *Drug and Alcohol Dependence, 55*, 145-155.
- Connolly, M. A., Gulanick, M., Keough, V., & Holm, K. (1997). Health practices of critical care nurses: are these nurses good role models for patients? *American Journal of Critical Care, 6*, 261-266.
- Coogan, P. F., Clapp, R. W., Newcomb, P. A., Mittendorf, R., Bogdan, G., Baron, J. A. et al. (1996). Variation in female breast cancer risk by occupation. *American Journal of Industrial Medicine, 30*, 430-437.
- Cooper, J. E., Tate, R. B., & Yassi, A. (1998). Components of initial and residual disability after back injury in nurses. *Spine, 23*, 2118-2122.
- Cordeiro, A. J. A. R. (1988). *Hábitos tabágicos em profissionais de saúde*. Lisboa: Instituto Nacional de Defesa do Consumidor.
- Correia, A. G. (1999). O burnout nos profissionais dos Centros de Atendimento de Toxicodependentes: causas e consequências. *Toxicodependências, 5*, 9-79.
- Costa, G., Gaffuri, E., Ghirlanda, G., Minors, D. S., & Waterhouse, J. M. (1995). Psychophysical conditions and hormonal secretion in nurses on a rapidly rotating shift schedule and exposed to bright light during night work. *Work and Stress, 9*, 148-157.
- Costa, G., Ghirlanda, G., Tarondi, G., Minors, D., & Waterhouse, J. (1994). Evaluation of a rapidly rotating shift system for tolerance of nurses to nightwork. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 65*, 305-311.
- Costa, G., Bertoldi, A., Kovacic, M., & Ghirlanda, G. (1997). Hormonal secretion of nurses engaged in fast-rotating shift systems. *International Journal of Occupational and Environmental Health, 3*, 35-39.
- Costa, G., Sartori, S., Bertolo, B., Olivato, D., Antonacci, G., Ciuffa, V. et al. (2005). Work ability in health care workers. *International Congress Series, 1280*, 264-269.
- Cottrell, S. (2001). Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focused interventions through evidence-based assessment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*, 157-164.

- Courtney, T., Wellman, H., Lombardi, D., Sorock, G., Collins, J., Bell, J. et al. (2004, May). Slips, trips, and falls in hospital workers - pilot outcomes. Presented at *American Industrial Hygiene Conference and Expo, 2004, Atlanta, Georgia*.
- Creson, D., Schmitz, J. M., & Smitran, M. (2000). War related changes in cigarette smoking: a follow-up survey study of health professionals in Sarajevo. *Journal of Substance Abuse Treatment, 4*, 239-241.
- Crilly, J., Chaboyer, W., & Creedy, D. (2004). Violence towards emergency department nurses by patients. *Emergency Nurse, 12*, 67-73.
- Crout, L. A., Chang, E., & Cioffi, J. (2005). Why do registered nurses work when ill? *The Journal of Nursing Administration, 35*, 23-28.
- Cruz, A. J. C. (2000). Stress em enfermeiros do bloco operatório. *Sinais Vitais, 33*, 38-40.
- Cruz, A. J. C. (2004). O desgaste profissional dos enfermeiros do bloco operatório da Região Autónoma dos Açores. *Revista de Investigação em Enfermagem, 9*, 35-44.
- Cura, M. L. & Rodrigues, A. R. (1999). Nurses' professional satisfaction. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 7*, 21-28.
- Dabney, D. (1995). Workplace deviance among nurses: the influence of work group norms on drug diversion and/or use. *The Journal of Nursing Administration, 25*, 48-55.
- Dailey, R. C. (1990). Role perceptions and job tension as predictors of nursing turnover. *Nursing connections, 3*, 33-42.
- Dallender, J., Nolan, P., Soares, J., Thomsen, S., & Arnetz, B. (1999). A comparative study of the perceptions of British mental health nurses and psychiatrists of their work environment. *Journal of Advanced Nursing, 29*, 36-43.
- Das, H. S., Sawant, P., Shirhatti, R. G., Vyas, K., Vispute, S., Dhadphale, S. et al. (2002). Efficacy of low dose intradermal hepatitis B vaccine: results of a randomized trial among health care workers. *Tropical Gastroenterology, 23*, 120-121.
- Davydov, D. M., Shapiro, D., Goldstein, I. B., & Chicz-DeMet, A. (2005). Moods in everyday situations: effects of menstrual cycle, work, and stress hormones. *Journal of Psychosomatic Research, 58*, 343-349.
- Delgado, L. M. & Oliveira, B. R. G. (2005). Perfil epidemiológico do adoecimento dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário. *Nursing, 8*, 365-370.
- Delmas, P. & Duquette, A. (2000). Hardiness coping strategy, quality of worklife in the intensive care units. *Recherche en Soins Infirmiers, 60*, 17-26.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing, 32*, 454-464.
- Demir, A., Ulusoy, M., & Ulusoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies, 40*, 807-827.
- Demmler, G. J., Yow, M. D., Spector, S. A., Reis, S. G., Brady, M. T., Anderson, D. C. et al. (1987). Nosocomial cytomegalovirus infections within two hospitals caring for infants and children. *The Journal of Infectious Diseases, 156*, 9-16.
- Denis, M. A., Ecochard, R., Bernadet, A., Forissier, M. F., Porst, J. M., Robert, O. et al. (2003). Risk of occupational blood exposure in a cohort of 24,000 hospital healthcare workers: Position and environment analysis over three years. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 45*, 283-288.
- Denton, M. A., Zeytinoglu, I. U., & Davies, S. (2002). Working in clients' homes: the impact on the mental health and well-being of visiting home care workers. *Home Health Care Services Quarterly, 21*, 1-27.
- Deschamps, F., Marinutti-Liberge, V., & Lamiable, D. (2002). Biological monitoring of occupational exposure to cytostatic drugs with platinum. *Met Ion Bio, 7*, 402-404.
- Devine, S. K. & Frank, D. I. (2000). Nurses self-performing and teaching others breast self-examination: implications for advanced practice nurses. *Clinical Excellence for Nurse Practicioners, 4*, 216-223.
- Dickens, G., Sugarman, P., & Rogers, G. (2005). Nurses' perceptions of the working environment: a UK independent sector study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*, 297-302.
- Dirkx, J. (1993). Adaptation to permanent night work: the number of consecutive work nights and motivated choice. *Ergonomics, 36*, 29-36.
- Doebbeling, B. N., Ferguson, K. J. (1996). Predictors of hepatitis B vaccine acceptance in health care workers. *Medical Care, 34*, 58-72.
- Doncevic, S., Theorell, T., & Kallner, A. (1992). Psychosocial work environment in relation to changes in selected biochemical parameters in district nurses. *Arhiv za Higijenu Rada i Toksikologiju, 43*, 349-357.
- Douglas, R., Morton, J., Czarny, D., & O'Hehir, R. E. (1997). Prevalence of IgE-mediated allergy to latex in hospital nursing staff. *The Australian and New Zealand journal of Medicine, 27*, 165-169.
- Dousson, C., Ripault, B., Leblanc, M. A., Le, S. J., Levaux, M. M., Jeanson, S. et al. (1994). Prevalence of latex allergy among personnel at a hospital. *Allergologia et immunopathologia, 26*, 367-373.
- Dumont, M., Montplaisir, J., & Infante-Rivard, C. (1997). Sleep quality of former night-shift workers... XIth International Symposium on Night and Shiftwork. Foxwoods symposium series, June 1995. *International Journal of Occupational and Environmental Health, 3*, 10-14.
- Eastburg, M. C., Williamson, M., Gorsuch, R., & Ridley, C. (1994). Social support, personality, and burnout in nurses. *Journal of Applied Social Psychology, 24*, 1233-1250.
- Edell-Gustafsson, U. M., Kritz, E. I., & Bogren, I. K. (2002). Self-reported sleep quality, strain and health in relation to perceived working conditions in females. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 16*, 179-187.

- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., & Hannigan, B. (2000). Stressor, moderators and stress outcomes: findings from the All-Wales Community Mental Health Nurse Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 529-537.
- Elavia, A. J. & Banker, D. D. (1992). Hepatitis B virus infection in hospital personnel. *The National Medical Journal of India*, 5, 265-268.
- Elfering, A., Grebner, S., Semmer, N. K., & Gerber, H. (2002). Time control, catecholamines and back pain among young nurses. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 28, 386-393.
- Ellett, M. L., Fullhart, J. W., & Wright, K. B. (1996). Society of Gastroenterology Nurses and Associates, Inc. (SGNA) Endoscopic Disinfectant Survey results compared with control group. *Gastroenterology Nursing*, 19, 210-215.
- Elliott, T. R., Shewchuck, R., Hagglund, K., Rybarczyk, B., & Harkins, B. (1996). Occupational burnout, tolerance for stress, and coping among nurses in rehabilitation units. *Rehabilitation Psychology*, 41, 267-284.
- Engels, J. A., van der Gulden, J. W., Senden, T. F., & van't Hof, B. (1996). Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of a questionnaire survey. *Occupational and Environmental Medicine*, 53, 636-641.
- Ergun, F. S., Oran, N. T., & Bender, C. M. (2005). Quality of life of oncology nurses. *Cancer Nursing*, 28, 193-199.
- Escot, C., Artero, S., Gandubert, C., Boulenger, J. P., & Ritchie, K. (2001). Stress levels in nursing staff working in oncology. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 17, 273-279.
- Escriba-Aguir, V., Perez-Hoyos, S., & Bolumar, F. (1993). Effects of work organization on the mental health of nursing staff. *Journal of Nursing Management*, 1, 3-8.
- Escriba-Aguir, V., Más Pons, R., Cárdenas Echegaray, M., Burguete Ramos, D., & Fernández Sánchez, R. (2000). The impact on psychological welfare of nurses in hospitals caused by work stress factors. *Revista Rol de Enfermería*, 23, 506-511.
- Evans, O. & Steptoe, A. (2001). Social support at work, heart rate, and cortisol: a self-monitoring study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 361-370.
- Evans, O. & Steptoe, A. (2002). The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male- and female-dominated occupational groups. *Social Science & Medicine*, 54, 481-492.
- Fagin, L., Brown, D., Bartlett, H., Leary, J., & Carson, J. (1995). The Claybury Community Psychiatric Nurse Stress Study: is it more stressful to work in hospital or the community? *Journal of Advanced Nursing*, 22, 347-358.
- Fagin, L., Carson, J., Leary, J., De, V. N., Bartlett, H., O'Malley, P. et al. (1996). Stress, coping and burnout in mental health nurses: findings from three research studies. *The International Journal of Social Psychiatry*, 42, 102-111.
- Feliculis, S. (1999). Le burnout des infirmières puéricultrices en PMI: l'identifier, le comprendre et lutter contre. *Cahiers de la puéricultrice*, 36, 30-33.
- Fernandez Ruiz, M. L. & Sanchez, B. M. (2002). Evolution of the prevalence of smoking among female physicians and nurses in the Autonomous Community of Madrid, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 17, 5-10.
- Ferraras de la Fuente, A. M., González Celador, R., Terleira Borja, M., & Saenz González, M. C. (1998). Occupational accidents and costs of temporary disability among primary health care personnel of a health care area. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, XLV, 25-34.
- Ferreira, M. M. S. V. (2001). *Riscos para a integridade física dos Enfermeiros no local de trabalho. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, na área de Especialização em Saúde Ocupacional, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Ferreira, M. M. S. V. (2005). Riscos de saúde dos enfermeiros no local de trabalho. *Revista Sinais Vitais*, 59, 29-35.
- Ferreira, N. M. O. (2005). *Síndrome de Burnout em Enfermagem*. Viseu, Escola Superior de Saúde.
- Fielding, R., Li, J., & Tang, Y. E. (1995). Health care utilization as a function of subjective health status, job satisfaction and gender among health care workers in Guangzhou, southern China. *Social Science & Medicine*, 41, 1103-1110.
- Fields, W. L. & Loveridge, C. (1988). Critical thinking and fatigue: how do nurses on 8- & 12-hour shifts compare? *Nursing Economic*, 6, 189-195.
- Filon, F. L., Bosco, A., Fiorito, A., Negro, C., & Barbina, P. (2001). Latex symptoms and sensibilization in health care workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 74, 219-223.
- Filon, F. L. & Radman, G. (2006). Latex allergy: a follow up study of 1040 healthcare workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 63, 121-125.
- Fischer, F. M., Teixeira, L. R., Borges, F. N., Goncalves, M. B., & Ferreira, R. M. (2002). How nursing staff perceive the duration and quality of sleep and levels of alertness. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1261-1269.
- Fischer, J. E., Calame, A., Dettling, A. C., Zeier, H., & Fanconi, S. (2000). Objectifying psychomental stress in the workplace--an example. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 73, 46-52.
- Fisher, C. D. (1985). Social support and adjustment to work: A longitudinal study. *Journal of Management*, 11, 39-53.
- Fisman, D. N., Mittleman, M. A., Sorock, G. S., & Harris, A. D. (2002). Willingness to pay to avoid sharps-related injuries: a study in injured health care workers. *American Journal of Infection Control*, 30, 283-287.
- Fisman, D. N., Harris, A. D., Sorock, G. S., & Mittleman, M. A. (2003). Sharps-related injuries in health care workers: a case-crossover study. *The American Journal of Medicine*, 114, 688-694.
- Fisman, D. N., Harris, A. D., Rubin, M., Sorock, G. S., & Mittleman, M. A. (2007). Fatigue increases the risk of injury from sharp devices in medical trainees: results from a case-crossover study. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 28, 10-17.

- Flore, R., Gerardino, L., Santoliquido, A., Pola, Flex, A., Di, C. C. et al. (2004). Enhanced oxidative stress in workers with a standing occupation. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 548-550.
- Fochsen, G., Josephson, M., Hagberg, M., Toomingas, A., & Lagerstrom, M. (2006). Predictors of leaving nursing care: a longitudinal study among Swedish nursing personnel. *Occupational and Environmental Medicine*, 63, 198-201.
- Fornés Vives, J. (2004). Ansiedad-estrés en enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 24, 51-56.
- Fox, M. L. & Dwyer, D. J. (1995). Stressful job demands and worker health: An investigation of the effects of self-monitoring. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1973-1995.
- French, P., Flora, L. F., Ping, L. S., Bo, L. K., & Rita, W. H. (1997). The prevalence and cause of occupational back pain in Hong Kong registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 380-388.
- Friis, K., Ekholm, O., & Hundrup, Y. A. (2005). Comparison of lifestyle and health among Danish nurses and the Danish female population: is it possible to generalize findings from nurses to the general female population? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 361-367.
- Fukuda, H., Takahashi, M., & Airtou, H. (1999). Nurses' workload associated with 16-h night shifts on the 2-shift system. I: Comparison with the 3-shift system. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53, 219-221.
- Fuortes, L. J., Shi, Y., Zhang, M., Zwerling, C., & Schootman, M. (1994). Epidemiology of back injury in university hospital nurses from review of workers' compensation records and a case-control survey. *Journal of Occupational Medicine*, 36, 1022-1026.
- Ganczak, M., Milona, M., & Szych, Z. (2006). Nurses and occupational exposures to bloodborne viruses in Poland. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 27, 175-180.
- Garcia, G. M. & Campos, F. R. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 197-213.
- Gareis, K. & Barnett, R. (2005). *Family work schedules and family well being*. Presented at the 4th Annual invitational blue cross blue shield of Massachusetts journalism - Work/ Family Conference.
- Garrett, B., Singiser, D., & Banks, S. M. (1992). Back injuries among nursing personnel: the relationship of personal characteristics, risk factors, and nursing practices. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 40, 510-516.
- Garrett, D. & McDaniel, A. (2001). A New Look at Nurse Burnout: The Effects of Environmental Uncertainty and Social Climate. *Journal of Nursing Administration*, 31, 91-96.
- Garrido, A. F. d. S. & Pereira, A. M. d. S. (2004). *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Universidade de Aveiro. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa, Aveiro.
- Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., & Panakleridou, T. (1993). Mental health status of Greek female nurses. *Personality and Individual Differences*, 15, 199-204.
- Gaudemaris, R., Blatier, J. F., Quinton, D., Piazza, E., Gallin-Martel, C., Perdrix, A. et al. (1986). Analysis of the risk of backache in the occupational environment. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 34, 308-317.
- Geiger-Brown, J., Trinkoff, A. M., Nielsen, K., Lirtmunlikaporn, S., Brady, B., & Vasquez, E. I. (2004). Nurses' perception of their work environment, health, and well-being: a qualitative perspective. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 52, 16-22.
- Geliebter, A., Gluck, M. E., Tanowitz, M., Aronoff, N. J., & Zammit, G. K. (2000). Work-shift period and weight change. *Nutrition*, 16, 27-29.
- Gerberich, S., Church, T., McGovern, P., Hansen, H., Nachreiner, N., Geisser, M. et al. (2005). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Health*, 61, 495-503.
- Gerberich, S., Church, T., McGovern, P., Hansen, H., Nachreiner, N., Geisser, M. et al. (2005). Risk factors for work related assaults on nurses. *Epidemiology*, 16, 704-709.
- Gershon, R., Qureshi, K., Gurney, C., & Rosen, J. (2002). Bloodborne pathogen exposure risk for non-hospital based healthcare workers. *Clinics in Occupational and Environmental Medicine*, 2, 497-518.
- Gershon, R., Qureshi, K., Pogorzelska, M., Rosen, J., Gebbie, K., Brandt-Rauf, P. et al. (2007). Non-hospital based registered nurses and the risk of blood borne pathogen exposure. *Industrial Health*, 45, 695-704.
- Gershon, R. R., Stone, P. W., Zeltser, M., Faucett, J., MacDavitt, K., & Chou, S. S. (2007). Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Industrial Health*, 45, 622-636.
- Gershon, R. R. M., Mitchell, C., Sherman, M. F., & Vlahov, D. (2005). Hepatitis B vaccination in correctional health care workers. *American Journal of Infection Control*, 33, 510-518.
- Gil Monte, P. R., Peiro, J. M., & Valcarcel, P. (1996). Influencia de las variables de caracter sociodemografico sobre el Síndrome de Burnout: Un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6, 43-63.
- Gil, C. & Vilarinhos, C. (1997). *Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência geral e psiquiátrica de hospitais centrais. Trabalho apresentado no 1º Curso de Estudos Superiores Especializados de Administração de Serviços de Enfermagem* Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.
- Gillespie, M. & Melby, V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 842-851.
- Gir, E., Costa, F. P. P., & Silva, A. M. d. (1998). A enfermagem frente a acidentes de trabalho com material potencialmente contaminado na era do HIV. *REVISTA da Escola de Enfermagem da USP*, 32, 262-272.

- Glass, D. C., McKnight, J. D., & Valdimarsdottir, H. (1993). Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 147-155.
- Goetz, A. M., Ndimbie, O. K., Wagener, M. M., & Muder, R. R. (1995). Prevalence of hepatitis C infection in health care workers affiliated with a liver transplant center. *Transplantation, 59*, 990-994.
- Gold, D. R., Rogacz, S., Bock, N., Tosteson, T. D., Baum, T. M., Speizer, F. E. et al. (1992). Rotating shift work, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses. *American Journal of Public Health, 82*, 1011-1014.
- Goldman, R. H., Jarrard, M. R., Kim, R., Loomis, S., & Atkins, E. H. (2000). Prioritizing back injury risk in hospital employees: application and comparison of different injury rates. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 42*, 645-652.
- Goldsmith, R. S., Zakaria, S., Zakaria, M. S., Mabrouk, M. A., Hanafy, A. M., el Kaliouby, A. H. et al. (1989). Occupational exposure to hepatitis B virus in hospital personnel in Cairo, Egypt. *Acta Tropica, 46*, 283-290.
- Goldstein, I. B., Shapiro, D., Chicz-DeMet, A., & Guthrie, D. (1999). Ambulatory blood pressure, heart rate, and neuroendocrine responses in women nurses during work and off work days. *Psychosomatic Medicine, 61*, 387-396.
- Gomez, M. M. N., Dodino, C. N., Aponte, C. F., Caycedo, C. E., Riveros, M. P., Montealegre-Martinez, M. D.-P. et al. (2005). Relacion Entre Perfil Psicologico, Calidad De Vida Y Estres Asistencial En Personal De Enfermeria / Burnout Syndrome and its Association to Psychological Profile and Quality of Life in Nurses. *Revista Universitas Psychologica, 4*, 63-75.
- Gonçalves, E., Guerra, L. M., & Sabido, M. J. (2004). Qualidade de vida dos enfermeiros que trabalham por turnos. *Nursing, 15*, 22-27.
- Goodfellow, A., Varnam, R., Rees, D., & Shelly, M. P. (1997). Staff stress on the intensive care unit: a comparison of doctors and nurses. *Anaesthesia, 52*, 1037-1041.
- Goto, T., Yokoyama, K., Araki, T., Miura, T., Saitoh, H., Saitoh, M. et al. (1994). Identical blood pressure levels and slower heart rates among nurses during night work and day work. *Journal of Human Hypertension, 8*, 11-14.
- Górecka, D. & Górski, T. (1993). The influence of cigarette smoking on sister chromatid exchange frequencies in peripheral lymphocytes among nurses handling cytostatic drugs. *Polish Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 6*, 143-148.
- Graaf, R., Houweling, H., & van Zessen, G. (1998). Occupational risk of HIV infection among western health care professionals posted in AIDS endemic areas. *AIDS Care, 10*, 441-452.
- Greenglass, E. R. & Burke, R. J. (2001). Stress and the effects of hospital restructuring in nurses. *The Canadian Journal of Nursing Research, 33*, 93-108.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Riksenbaum, L. (2001). Workload and burnout in nurses. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11*, 211-215.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Moore, K. A. (2003). Reactions to increased workload: Effects on professional efficacy of nurses. *Applied Psychology: An International Review, 52*, 580-597.
- Grosch, J. W., Gershon, R. R., Murphy, L. R., & DeJoy, D. M. (1999). Safety climate dimensions associated with occupational exposure to blood-borne pathogens in nurses. *American Journal of Industrial Medicine, Suppl 1*, 122-124.
- Groot, H., Groenewoud, G. C. M., Bijl, A. M. H., de Jong, N. W., Burdorf, A., van Toorenenbergen, A. W. et al. (2006). Prevention of occupational allergies. *Allergy Matters: New Approaches to Allergy Prevention and Management, 10*, 143-150.
- Grubber, G., Lirk, P., Amann, A., Keller, C., Schobersberger, W., Hoffmaa, G. et al. (2002). Neopterin as a marker of immunostimulation: an investigation in anaesthetic workplaces. *Anaesthesia, 57*, 747-750.
- Grupo de Estudo sobre o Risco de Exposição ao Sangue (1991). Percepção e prevenção do risco profissional associado ao HIV / GERES (Grupo de Estudo sobre o Risco de Exposição ao Sangue). *Enfermagem em foco, 1*, 53-56.
- Gueritault-Chalvin, V., Kalichman, S. C., Demi, A., & Peterson, J. L. (2000). Work-related stress and occupational burnout in AIDS caregivers: test of a coping model with nurses providing AIDS care. *AIDS Care, 12*, 149-161.
- Guidry, M. L. & Wilson, A. M. (1999). Health promoting behaviors of African-American registered nurses. *The Official Journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education, 10*, 37-42.
- Gunnarsdottir, H. K., Sveinsdottir, H., Bernburg, J. G., Fridriksdottir, H., & Tomasson, K. (2006). Lifestyle, harassment at work and self-assessed health of female flight attendants, nurses and teachers. *Work: Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation, 27*, 165-172.
- Guo, Y. L., Shiao, J., Chuang, Y. C., & Huang, K. Y. (1999). Needlestick and sharps injuries among health-care workers in Taiwan. *Epidemiology and Infection, 122*, 259-265.
- Gurubacharya, D. L., Mathura, K. C., & Karki, D. B. (2003). Knowledge, attitude and practices among health care workers on needle-stick injuries. *Kathmandu University Medical Journal, 1*, 91-94.
- Ha, M. & Park, J. (2005). Shiftwork and metabolic risk factors of cardiovascular disease. *Journal of Occupational Health, 47*, 89-95.
- Hackett, R. D., Bycio, P., & Guion, R. M. (1989). Absenteeism among hospital nurses: An idiographic-longitudinal analysis. *Academy of Management Journal, 32*, 424-453.
- Hackett, R. D. & Bycio, P. (1996). An evaluation of employee absenteeism as a coping mechanism among hospital nurses. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 69*, 327-338.
- Haines, J., Williams, C. L., & Carson, J. (2006). Workers' compensation for psychological injury: demographic and work-related correlates. *WORK: A Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation, 26*, 57-66.

- Hakre, S., Reyes, L., Bryan, J. P., & Cruess, D. (1995). Prevalence of hepatitis B virus among health care workers in Belize, Central America. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 53, 118-122.
- Hall, L. (2001). Burnout: results of an empirical study of New Zealand nurses. *Contemporary Nurse*, 11, 71-83.
- Hammond, G. W. & Cheang, M. (1984). Absenteeism among hospital staff during an influenza epidemic: implications for immunoprophylaxis. *Canadian Medical Association Journal*, 131, 449-452.
- Hankey, C. R., Eley, S., Leslie, W. S., Hunter, C. M., & Lean, M. E. (2004). Eating habits, beliefs, attitudes and knowledge among health professionals regarding the links between obesity, nutrition and health. *Public Health Nutrition*, 7, 337-343.
- Happell, B., Martin, T., & Pinikahana, J. (2003). Burnout and job satisfaction: A comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 39-47.
- Harbarth, S., Siegrist, C. A., Schira, J. C., Wunderli, W., & Pittet, D. (1997). Influenza immunization: Improving compliance of healthcare workers. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 19, 337-342.
- Harber, P., Billet, E., Gutowski, M., SooHoo, K., Lew, M., & Roman, A. (1985). Occupational low-back pain in hospital nurses. *Journal of Occupational Health*, 27, 518-524.
- Harber, P., Pena, L., Hsu, L., Billet, E., Greer, D., & Kim, K. (1994). Personal history, training, and worksite as predictors of back pain of nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 25, 519-526.
- Harma, M., Ilmarinen, J., & Knauth, P. (1988). Physical fitness and other individual factors relating to the shiftwork tolerance of women. *Chronobiology International*, 5, 417-424.
- Harvey, E. & Burns, J. (1994). Staff burnout and absenteeism through service transition: From hospital to hostel. *Mental Handicap Research*, 7, 328-337.
- Hasselhorn, H. M., Tackenberg, P., Peter, R., & Next-Study Group (2004). Effort-reward imbalance among nurses in stable countries and in countries in transition. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 10, 401-408.
- Hatch, M. C., Figa-Talamanca, I., & Salerno, S. (1999). Work stress and menstrual patterns among American and Italian nurses. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 25, 144-150.
- Hatherley, L. I. (1986). Is primary cytomegalovirus infection an occupational hazard for obstetric nurses? A serological study. *Infection Control*, 7, 452-455.
- Hayter, M. (1999). Burnout and AIDS care-related factors in HIV community clinical nurse specialists in the North of England. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 984-993.
- Healy, C. & McKay, M. (1999). Identifying sources of stress and job satisfaction in the nursing environment. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 17, 30-35.
- Healy, C. M. & McKay, M. F. (2000). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 681-688.
- Hegney, D., Plank, A., & Parker, V. (2006). Extrinsic and intrinsic work values: their impact on job satisfaction in nursing. *Journal of Nursing Management*, 14, 271-281.
- Hemingway, M. A. & Smith, C. S. (1999). Organizational climate and occupational stressors as predictors of withdrawal behaviours and injuries in nurses. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 285-299.
- Henderson, D. K. (1992). Health care workers exposure to blood and other body substances. National Institutes of Health.
- Hensing, G. & Alexanderson, K. (2004). The association between sex segregation, working conditions, and sickness absence among employed women. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, e7.
- Hillairet-Hoffbeck, M. (1991). Dépression de l'infirmière en gériatrie : mythe ou réalité?. *Gestions hospitalières*, 304, 217-218.
- Hisashige, A. (1991). Burnout phenomenon and its occupational risk factors among Japanese hospital nurses. *Journal of Human Ergology*, 20, 123-136.
- Hiscott, R. D. & Connop, P. J. (1990). The health and wellbeing of mental health professionals. *Canadian Journal of Public Health*, 81, 422-426.
- Hochwalder, J. & Brucefors, A. B. (2005). Psychological empowerment at the workplace as a predictor of ill health. *Personality and Individual Differences*, 39, 1237-1248.
- Hofmann, F., Stossel, U., Michaelis, M., Nubling, M., & Siegel, A. (2002). Low back pain and lumbago-sciatica in nurses and a reference group of clerks: results of a comparative prevalence study in Germany. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 75, 484-490.
- Hofmann, H. & Kunz, C. (1990). Low risk of health care workers for infection with hepatitis C virus. *Infection*, 18, 286-288.
- Howard, M. T. (1998). Investigating the nosological network of variables impacting on burnout among nurses. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58, -5682.
- Huengsberg, M., Vedhara, K., Nott, K. H., & Bradbeer, C. (1998). An exploration into occupational stress experienced by HIV health care professionals who work within genitourinary medicine settings. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 83-89.
- Hughes, H. & Umeh, K. (2005). Work stress differentials between psychiatric and general nurses. *British Journal of Nursing*, 14, 802-808.
- Hundrup, Y. A., Thoning, H., Obel, E. B., Rasmussen, N. K., & Philip, J. (2002). Lifestyle factors and choice of hormone replacement therapy among Danish nurses. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 47-53.

- Hurst, S. & Koplín-Baucum, S. (2005). A pilot qualitative study relating to hardiness in ICU nurses: hardiness in ICU nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24, 97-100.
- Hyrkas, K. (2005). Clinical Supervision, Burnout, and Job Satisfaction Among Mental Health and Psychiatric Nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 531-556.
- Ifeagwazi, C. M. (2005). The influence of marital status on self-report of symptoms of psychological burnout among nurses. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52, 359-373.
- Imai, H., Nakao, H., Tsuchiya, M., Kuroda, Y., & Katoh, T. (2004). Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 764-768.
- Infante-Rivard, C., Dumont, M., & Montplaisir, J. (1989). Sleep disorder symptoms among nurses and nursing aides. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 61, 353-358.
- Inoue, K., Kakehashi, Y., Oomori, S., & Koizumi, A. (2004). Biochemical hypoglycemia in female nurses during clinical shift work. *Research in Nursing and Health*, 27, 87-96.
- Inoue, M., Tsukano, K., Muraoka, M., Kaneko, F., & Okamura, H. (2006). Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 29-36.
- Isikhan, V., Comez, T., & Danis, M. Z. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 234-244.
- Iskra-Golec, I., Folkard, S., Marek, T., & Noworol, C. (1996). Health, well-being and burnout of ICU nurses on 12 and 8h shifts. *Work and Stress*, 10, 251-256.
- Iskra-Golec, I., Marek, T., & Noworol, C. (1995). Interactive effect of individual factors on nurses' health and sleep. *Work and Stress*, 9, 256-261.
- Israsena, S., Kamolratanakul, P., & Sakulramrung, R. (1992). Factors influencing acceptance of hepatitis B vaccination by hospital personnel in an area hyperendemic for hepatitis B. *The American Journal of Gastroenterology*, 87, 1807-1809.
- Ito, H., Nozaki, M., Maruyama, T., Kaji, Y., & Tsuda, Y. (2001). Shift work modifies the circadian patterns of heart rate variability in nurses. *International Journal of Cardiology*, 79, 231-236.
- Jamal, M. & Baba, V. V. (1997). Shiftwork, burnout, and well-being: A study of Canadian nurses. *International Journal of Stress Management*, 4, 197-204.
- Janssen, P. P., Jonge, J. D., & Bakker, A. B. (1999). Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions: a study among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1360-1369.
- Jason, L. A., Taylor, S. L., Johnson, S., Goldston, S. E., Salina, D., Bishop, P. et al. (1993). Prevalence of chronic fatigue syndrome-related symptoms among nurses. *Evaluation & the Health Professions*, 16, 385-399.
- Jennings, B. M. (1990). Stress, locus of control, social support, and psychological symptoms among head nurses. *Research in Nursing & Health*, 13, 393-401.
- Jereb, J. A., Klevens, R. M., Privett, T. D., Smith, P. J., Crawford, J. T., Sharp, V. L. et al. (1995). Tuberculosis in health care workers at a hospital with an outbreak of multidrug-resistant Mycobacterium tuberculosis. *Archives of Internal Medicine*, 155, 854-859.
- Jiamjarasrangsi, W., Hirunsuthikul, N., & Kamolratanakul, P. (2005). Tuberculosis among health care workers at King Chulalongkorn Memorial Hospital, 1988-2002. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 9, 1253-1258.
- Jiménez, B. M., Gutiérrez, J. L. G., Hernández, E. G., & Puente, C. P. (2002). Desgaste profesional en hospitales: influencia de las variables sociodemográficas. *Revista Rol de Enfermería*, 25, 19-26.
- Johnstone, P. (2003). Nurse manager turnover in New South Wales during the 1990s. *Collegian*, 10, 8-16.
- Josephson, M., Pernold, G., Ahlberg-Hultén, G., Harenstam, A., Theorell, T., Vingard, E. et al. (1999). Differences in the association between psychosocial work conditions and physical work load in female- and male-dominated occupations. MUSIC-Norrtälje Study Group. *American Industrial Hygiene Association Journal*, 60, 673-678.
- Josephson, M. & Vingard, E. (2005). Remaining in nursing work with a sustainable health. *International Congress Series*, 1280, 89-64.
- Josten, E. J. C., Ng, A. T. J., & Thierry, H. (2003). The effects of extended workdays on fatigue, health, performance and satisfaction in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 643-652.
- Kabat, Z., Tobiasz-Adamczyk, B., & Gawel, G. (1986). Sickness absence of nurses and female doctors in Poland. *International Nursing Review*, 33, 183-185.
- Kaerlev, L., Jacobsen, L. B., Olsen, J., & Bonde, J. P. (2004). Long-term sick leave and its risk factors during pregnancy among Danish hospital employees. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 111-117.
- Kageyama, T., Nishikido, N., Kobayashi, T., Oga, J., & Kawashima, M. (2001). Cross-sectional survey on risk factors for insomnia in Japanese female hospital nurses working rapidly rotating shift systems. *Journal of Human Ergology*, 30, 149-154.
- Kageyama, T., Kobayashi, T., Nishikido, N., Oga, J., & Kawashima, M. (2005). Associations of sleep problems and recent life events with smoking behaviors among female staff nurses in Japanese hospitals. *Industrial Health*, 43, 133-141.
- Kalichman, S. C., Gueritault-Chalvin, V., & Demi, A. (2000). Sources of occupational stress and coping strategies among nurses working in AIDS care. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 11, 31-37.
- Kandolin, I. (1993). Burnout of female and male nurses in shiftwork. *Ergonomics*, 36, 141-147.

- Kandolin, I. & Huida, O. (1996). Individual flexibility: an essential prerequisite in arranging shift schedules for midwives. *Journal of Nursing Management*, 4, 213-217.
- Kane, D. (1999). Job sharing: a retention strategy for nurses. *The Canadian journal of nursing Leadership*, 12, 16-22.
- Kaplan, B., Yogev, Y., Fisher, M., Gall, B., Dekel, A., Sulkes, J. et al. (2002). Self-health attitudes and practices of obstetrics and gynecology nurses in Israel. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 29, 115-116.
- Karahan, A. & Bayraktar, N. (2004). Determination of the usage of body mechanics in clinical settings and the occurrence of low back pain in nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 67-75.
- Kario, K., Schwartz, J. E., Gerin, W., Robayo, N., Maceo, E., & Pickering, T. G. (2002). Psychological and physical stress-induced cardiovascular reactivity and diurnal blood pressure variation in women with different work shifts. *Hypertension Research*, 25, 543-551.
- Karpuch, J., Scapa, E., Eshchar, J., Waron, M., Bar-Shany, S., & Shwartz, T. (1993). Vaccination against hepatitis B in a general hospital in Israel: antibody level before vaccination and immunogenicity of vaccine. *Israel Journal of Medical Sciences*, 29, 449-452.
- Kashiwagi, S., Hayashi, J., Ikematsu, H., Nomura, H., Kajiyama, W., Ikematsu, W. et al. (1985). Prevalence of immunologic markers of hepatitis A and B infection in hospital personnel in Miyazaki Prefecture, Japan. *American Journal of Epidemiology*, 122, 960-969.
- Kastanioti, C. K. & Tziallas, D. (2006). Shift work modifies the circadian cycle in nurses. *ICUs and Nursing Web Journal*, 5p.
- Kasuba, V., Rozgaj, R., & Garaj-Vrhovac, V. (1999). Analysis of sister chromatid exchange and micronuclei in peripheral blood lymphocytes of nurses handling cytostatic drugs. *Journal of Applied Toxicology*, 9, 401-404.
- Kavli, G., Angell, E., & Moseng, D. (1987). Hospital employees and skin problems. *Contact Dermatitis*, 17, 156-158.
- Kawachi, I., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Manson, J. E., Speizer, F. E. et al. (1995). Prospective study of shift work and risk of coronary heart disease in women. *Circulation*, 92, 3178-3182.
- Kawamoto, M. M., Esswein, E. J., Wallingford, K. M., & Worthington, K. A. (1997). *Health Hazard Evaluation Report HETA 96-0012*, Brigham and Women's Hospital, Boston, Massachusetts.
- Kendrick, P. (2000). Comparing the effects of stress and relationship style on student and practicing nurse anesthetists. *AANA Journal*, 68, 115-122.
- Kennedy, B. R. (2005). Stress and Burnout of nursing staff working with geriatric clients in long-term care. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 381-382.
- Kermode, M., Jolley, D., Langkham, B., Thomas, M. S., & Crofts, N. (2005). Occupational exposure to blood and risk of bloodborne virus infection among health care workers in rural north Indian health care settings. *American Journal of Infection Control*, 33, 34-41.
- Kilfedder, C. J., Power, K. G., & Wells, T. J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 383-396.
- Kilinc, O., Ucan, E. S., Cakan, M. D., Ellidokuz, M. D., Ozol, M. D., Sayiner, A. et al. (2002). Risk of tuberculosis among healthcare workers: can tuberculosis be considered as an occupational disease? *Respiratory Medicine*, 96, 506-510.
- King, L. & King, D. (1990). Role conflict and role ambiguity: A critical assessment of construct validity. *Psychological Bulletin*, 107, 48-64.
- Kirkby, R. J., Bashkawi, E. B., Drew, C. A., & Foenander, G. P. (1976). Smoking in nurses. *The Medical Journal of Australia*, 2, 864-865.
- Kivimaki, M., Sutinen, R., Elovainio, M., Vahtera, J., Rasanen, K., Toyry, S. et al. (2001). Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occupational and Environmental Medicine*, 58, 361-366.
- Kivimaki, M., Kuisma, P., Virtanen, M., & Elovainio, M. (2001). Does shift work lead to poorer health habits? A comparison between women who had always done shift work with those who had never done shift work. *Work and Stress*, 15, 3-13.
- Knauth, P. & Harma, M. (1992). The relation of shift work tolerance to the circadian adjustment. *Chronobiology International*, 9, 46-54.
- Knight, V. M. & Bodsworth, N. J. (1998). Perceptions and practice of universal blood and body fluid precautions by registered nurses at a major Sydney teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 746-751.
- Kozena, L. & Frantik, E. (2001). Psychological and physiological response to job stress in emergency ambulance personnel. *Homeostasis in Health and Disease*, 41, 121-122.
- Krstevec, S., Perunicic, B., & Vidakovic, A. (2003). Work practice and some adverse health effects in nurses handling antineoplastic drugs. *La Medicina del Lavoro*, 94, 432-439.
- Kruuner, A., Danilovitsh, M., Pehme, L., Laisaar, T., Hoffner, S. E., & Katila, M. L. (2001). Tuberculosis as an occupational hazard for health care workers in Estonia. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 5, 170-176.
- Ktsanes, V. K., Williams, W. L., & Boudreaux, V. V. (1986). The cumulative risk of tuberculin skin test conversion for five years of hospital employment. *American Journal of Public Health*, 76, 65-67.
- Kundi, M., Koller, M., Stefan, H., Lehner, L., Kaindlstorfer, S., & Rottenbacher, S. (1995). Attitudes of nurses towards 8-h and 12-h shift systems. *Work and Stress*, 9, 134-139.
- Labyak, S., Lava, S., Turek, F., & Zee, P. (2002). Effects of shiftwork on sleep and menstrual function in nurses. *Health Care for Women International*, 23, 703-714.
- Laffon, B., Teixeira, J. P., Silva, S., Loureiro, J., Torres, J., Torres, J. et al. (2005). Genotoxic effects in a population of nurses handling antineoplastic drugs, and relationship with genetic polymorphisms in DNA repair enzymes. *American Journal of Industrial Medicine*, 48, 128-136.
- Lam, L. T., Ross, F. I., Cass, D. T., Quine, S., & Lazarus, R. (1999). The impact of work related trauma on the psychological health of nursing staff: a cross sectional study. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 16, 14-20.

- Lam, L. T. (2002). Aggression exposure and mental health among nurses. *Australian e Journal for the Advancement of Mental Health*, 1, 1-12.
- Lama, C. & Arribas, A. (2004). Self medication in nursing. *Revista de Enfermería*, 27, 6-10.
- Lama, C. & Arribas, A. (2004). Automedicación en enfermería. *Revista ROL de Enfermería*, 27, 6-10.
- Lambert, V. A., Lambert, C. E., Itano, J., Inouye, J., Kim, S., Kuniviktikul, W. et al. (2004). Cross-cultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii). *International Journal of Nursing Studies*, 41, 671-684.
- Lambert, V. A., Lambert, C. E., & Ito, M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 85-97.
- Lammintausta, K., Kalimo, K., & Aantaa, S. (1982). Course of hand dermatitis in hospital workers. *Contact Dermatitis*, 8, 327-332.
- Landeweerd, J. A. & Boumans, N. P. (1988). Nurses' work satisfaction and feelings of health and stress in three psychiatric departments. *International Journal of Nursing Studies*, 25, 225-234.
- Lange, A. (1995). Nurses' smoking and other health-related behaviours. *Collegian*, 2, 4-6.
- Laposa, J. M., Alden, L. E., & Fullerton, L. M. (2003). Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. *Journal of emergency nursing*, 29, 23-28.
- Laraoui, C. H., Ottmani, S., Hammou, M. A., Bencheikh, N., & Mahjour, J. (2001). Study of tuberculosis in health care workers in the public sector of Morocco. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 5, 939-945.
- Larese F & Fiorito A (1994). Musculoskeletal disorders in hospital nurses: a comparison between two hospitals. *Ergonomics*, 37, 1205-1211.
- LaRocco, J. M., Tetrick, L. E., & Meder, D. (1989). Differences in perceptions of work environment conditions, job attitudes, and health beliefs among military physicians, dentists, and nurses. *Military Psychology*, 1, 135-151.
- Larocque, D. (1996). Absenteeism. *The Canadian Nurse*, 92, 42-46.
- Larsen, T. H., Gregersen, P., & Jemec, G. B. (2001). Skin irritation and exposure to diisocyanates in orthopedic nurses working with soft casts. *American Journal of Contact Dermatitis*, 12, 211-214.
- Larson, E., Friedman, C., Cohran, J., Treston-Aurand, J., & Green, S. (1997). Prevalence and correlates of skin damage on the hands of nurses. *Heart Lung*, 26, 404-412.
- Larsson, T. J. & Bjornstig, U. (1995). Persistent medical problems and permanent impairment five years after occupational injury. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 23, 121-128.
- Laschinger, H. K. & Havens, D. S. (1997). The effect of workplace empowerment on staff nurses' occupational mental health and work effectiveness. *The Journal of Nursing Administration*, 27, 42-50.
- Laschinger, H. K., Almost, J., Purdy, N., & Kim, J. (2004). Predictors of nurse managers' health in Canadian restructured healthcare settings. *The Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17, 88-105.
- Laschinger, H. K. & Finegan, J. (2005). Empowering nurses for work engagement and health in hospital settings. *The Journal of Nursing Administration*, 35, 439-449.
- Lautert, L. (1995). *O desgaste profissional do enfermeiro*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca, Facultad de Psicología.
- Lavanco, G. (1997). Burnout syndrome and Type A behavior in nurses and teachers in Sicily. *Psychological Reports*, 81, 523-528.
- Lea, A. & Bloodworth, C. (2003). Modernising the 12-hour shift. *Nursing Standard*, 17, 33-36.
- Lee, H., Song, R., Cho, Y. S., Lee, G. Z., & Daly, B. (2003). A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 534-545.
- Lee, H., Hwang, S., Kim, J., & Daly, B. (2004). Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *Journal of advanced nursing*, 48, 632-641.
- Lee, J. K. L. (2003). Job stress, coping and health perceptions of Hong Kong primary care nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 86-91.
- Lee, K. A. (1992). Self-reported sleep disturbances in employed women. *Sleep*, 15, 493-498.
- Lee, V. & Henderson, M. C. (1996). Occupational stress and organizational commitment in nurse administrators. *The Journal of Nursing Administration*, 26, 21-28.
- Lee, Y., Huang, Y., & Kao, Y. (2005). Physical activities and correlates of clinical nurses in Taipei municipal hospitals. *The Journal of Nursing Research*, 13, 281-291.
- Lee, Y. H. & Chiou, W. K. (1994). Risk factors for low back pain, and patient-handling capacity of nursing personnel. *Journal of Safety Research*, 25, 135-145.
- Leguizamón, L. C. & Gomez-Ortiz, V. (2002). Condiciones laborales y de salud en enfermeras de Santafe de Bogota / Laborand health conditions in nurses from Santafe, Bogota. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 173-182.
- Leighton, D. J. & Reilly, T. (1995). Epidemiological aspects of back pain: the incidence and prevalence of back pain in nurses compared to the general population. *Occupational Medicine*, 45, 263-267.
- Leo, D., Magni, G., & Vallerini, A. (1982). Anxiety and depression in general and psychiatric nurses: A comparison. *International Journal of Nursing Studies*, 19, 173-175.

- Leppamaki, S., Piironen, P., Haukka, J., & Lonnqvist, J. (2003). Timed bright-light exposure and complaints related to shift work among women. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 29*, 22-26.
- Lerman, Y., Chodik, G., Aloni, H., Ribak, J., & Ashkenazi, S. (1999). Occupations at increased risk of hepatitis A: a 2-year nationwide historical prospective study. *American Journal of Epidemiology, 150*, 312-320.
- Lert, F., Logeay, P., Chastang, J. F., & Luce, D. (1985). Determinants of health in nurses. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique, 33*, 377-386.
- Lert, F., Logeay, P., Gueguen, A., & Marne, M. J. (1989). Devenir professionnel et sante des infirmieres des hopitaux publics. *Travail Humain, 52*, 213-230.
- LeSergent, C. M. & Haney, C. J. (2005). Rural hospital nurse's stressors and coping strategies: a survey. *International Journal of Nursing Studies, 42*, 315-324.
- Levert, T., Lucas, M., & Ortlepp, K. (2000). Burnout in psychiatric nurses: Contributions of the work environment and asense of coherence. *South African Journal of Psychology, 30*, 36-43.
- Lewis, S. L., Bonner, P. N., Campbell, M. A., Cooper, C. L., & Willard, A. (1994). Personality, stress, coping, and sense of coherence among nephrology nurses in dialysis settings. *AANA Journal, 21*, 325-335.
- Liefde, B., Miller, J. A., & Salmond, C. E. (1987). Prevalence of hepatitis B among school dental nurses. *The New Zealand Medical Journal, 100*, 545-547.
- Li, J., Wolf, L., & Evanoff, B. (2004). Use of mechanical patient lifts decreased musculoskeletal symptoms and injuries among health care workers. *Injury Prevention, 10*, 212-216.
- Lillington, L. B., Padilla, G. V., Sayre, J. W., & Chlebowski, R. T. (1993). Factors influencing nurses' breast cancer control activity. *Cancer Practice, 1*, 307-314.
- Lin, S. K., Lambert, J. R., Schembri, M. A., Nicholson, L., & Korman, M. G. (1994). Helicobacter pylori prevalence in endoscopy and medical staff. *Journal of Gastroenterology and Hepatology, 9*, 319-324.
- Lindholm, M., Dejin-Karlsson, E., Ostergren, P. O., & Uden, G. (2003). Nurse managers' professional networks, psychosocial resources and self-rated health. *Journal of Advanced Nursing, 42*, 506-515.
- Lindholm, M. (2006). Working conditions, psychosocial resources and work stress in nurses and physicians in chief managers' positions. *Journal of Nursing Management, 14*, 300-309.
- Linn, W. S., Gong, H. Jr., Anderson, K. R., Clark, K. W., & Shamoo, D. A. (1995). Exposures of health-care workers to ribavirin aerosol: a pharmacokinetic study. *Archiv Environ Health, 50*, 445-451.
- Lipscomb, J. A., Trinkoff, A. M., Geiger-Brown, J., & Brady, B. (2002). Work-schedule characteristics and reported musculoskeletal disorders of registered nurses. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 28*, 394-401.
- Liu, L. W., Costa, G., Schallenberg, G., & Trinco, R. (1994). Shiftwork and heat stress in an intensive care unit. *Journal of Tongji Medical University, 14*, 98-104.
- Loff, A. M. (1987). *Levantamento sobre situações de risco profissional no pessoal de enfermagem*. Sindicato dos Enfermeiros da Zona Sul e Região Autónoma Açores.
- Loreto, D. d. C. (2001). Síndrome de burnout em enfermeiros de oncologia. *Enfermagem Oncológica, 5*, 18-25.
- Louther, J., Feldman, J., Rivera, P., Villa, N., DeHovitz, J., & Sepkowitz, K. A. (1998). Hepatitis B vaccination program at a New York City hospital: seroprevalence, seroconversion, and declination. *American Journal of Infection Control, 26*, 423-427.
- Love, C. (1996). Injury caused by lifting: a study of the nurse's viewpoint. *Nursing Standard, 10*, 34-39.
- Luis, I. S. (2000). *Stress ocupacional em profissionais de saúde hospitalar: análise exploratória da relação entre percepção das características do trabalho, clima organizacional, satisfação, absentismo-doença, saúde e bem-estar*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Luthi, J. C., Dubois-Arber, F., Iten, A., Maziero, A., Colombo, C., Jost, J. et al. (1998). The occurrence of percutaneous injuries to health care workers: a cross sectional survey in seven Swiss hospitals. *Swiss Medical Weekly, 128*, 536-543.
- Madanat, H. & Merrill, R. M. (2002). Breast cancer risk-factor and screening awareness among women nurses and teachers in Amman, Jordan. *Cancer Nursing, 25*, 276-282.
- Mallett, K., Price, J. H., Jurs, S. G., & Slenker, S. (1991). Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychological Reports, 68*, 1347-1359.
- Manacci, C., Rogers, K., Martin, G., & Kovach, B. (1999). Efficacy of 24-hour shifts: prepared or impaired? A prospective study. *Air Medical Journal, 18*, 20-25.
- Mandel, J. H. & Lohman, W. (1987). Low back pain in nurses: the relative importance of medical history, work factors, exercise, and demographics. *Research in Nursing & Health, 10*, 165-170.
- Manning, M. L. (1996). *The relationship between risk perception and precaution adoption of pediatric nurses*. Temple University.
- Mansour, A. M. (1989). Needlestick injury in the OR: facts and prevention. *Journal of Ophthalmic Nursing & Technology, 8*, 222-224.
- Marcus, R., Culver, D. H., Bell, D. M., Srivastava, P. U., Mendelson, M. H., Zalenski, R. J. et al. (1993). Risk of human immunodeficiency virus infection among emergency department workers. *The American Journal of Medicine, 94*, 363-370.

- Marques, A., Torres, E., Pereira, H., Cerdeira, M., & Cunha, M. (1992). Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que trabalham em cuidados intensivos. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 1, 31-34.
- Marsh, V. (1998). Job stress and burnout among nurses: The mediational effect of spiritual well-being and hardiness. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58, -4142.
- Marshall, N. & Barnett, R. (2006). Variations in job strain across nursing and social work specialties. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 3, 261-271.
- Marshall, N. & Barnett, R. (2006). Work-related support among women in caregiving occupations. *Journal of Community Psychology*, 20, 36-42.
- Martinez Perez, J. A.,onso Gordo, J. M., Arribas, A. J., Sanchez, S., Higuera, P., Cuesta, M. et al. (1996). Characteristics of tobacco use among the primary health care personnel in Guadalajara. *Revista Española de Salud Pública*, 70, 51-61.
- Martinez Sande, J. L., Casariego, R., Jr., Alonso, O. N., & Rodriguez, L. A. (1990). Smoking among health professionals at hospitals in Asturias. *Revista Española de Cardiología*, 43, 219-226.
- Martinez, F. B. & Garcia, P. R. (1989). Prevalencia del hábito tabáquico en el personal hospitalario. *Todo hospital*, 57, 49-52.
- Martinez, M. R., Madrigal de Torres, F., Madrigal de Torres, F., & Salinas Marin, R. (2003). Improving the quality of work life. Awkward and strained postures among scrub nurses. *Revista de Enfermería*, 26, 50-54.
- MARTINS, J. G. (1996). *Stress em trabalho por turnos nos enfermeiros especialistas do hospital julio de matos*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Martins, P. & Martins, A. C. (1999). O regime de horario de trabalho e a vida social e domestica: Satisfação e estratégias de coping- Um estudo numa amostra de enfermeiros. *Análise Psicológica*, 17, 529-546.
- Marziale, M. H. P. & Rozestraten, R. J. A. (1995). Shift schedule: mental fatigue in nursing. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 3, 59-78.
- Matos, H., Vega, E. D., & Perez-Urdaniz, A. (1999). Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 27, 310-320.
- Mathur, K., Bhattacharya, S. K., & Kashyap, S. K. (1995). Behavioral effects and body activity level in female hospital staff nurses during work hour. *Journal of Human Ergology*, 24, 1-11.
- Matrunola, P. (1996). Is there a relationship between job satisfaction and absenteeism? *Journal of Advanced Nursing*, 23, 827-834.
- Matsuoka, K., Kurita, H., Abe, R., & Osada, H. (2001). Mental health of Japanese nurse victims of sexual harassment. *Archives of Women's Mental Health*, 4, 1-4.
- Maunder, R. G., Leszcz, M., Savage, D., Adam, M. A., Peladeau, N., Romano, D. et al. (2008). Applying the lessons of SARS to pandemic influenza: an evidence-based approach to mitigating the stress experienced by healthcare workers. *Canadian Journal of Public Health*, 99, 486-488.
- Maurier, W. L. & Northcott, H. C. (2000). Job uncertainty and health status for nurses during restructuring of health care in Alberta. *Western Journal of Nursing Research*, 22, 623-641.
- McAbee, R. R., Gallucci, B. J., & Checkoway, H. (1993). Adverse reproductive outcomes and occupational exposures among nurses: an investigation of multiple hazardous exposures. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 41, 110-119.
- McClanahan, R. P. & Sullivan, E. J. (1995). Content analysis of alcohol- and drug-dependent nurses' perceptions of the process of their dependency and recovery. *Substance Abuse*, 16, 183-193.
- McCurdy, A. L., Wijnberg, L., Loomis, D., Savitz, D., & Nylander-French, L. A. (2001). Exposure to extremely low frequency magnetic fields among working women and homemakers. *The Annals of Occupational Hygiene*, 45, 643-650.
- McDonald, S. & Ahern, K. (2002). Physical and emotional effects of whistleblowing. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 40, 14-27.
- McFarlane, D., Duff, E. M., & Bailey, E. Y. (2004). Coping with occupational stress in an accident and emergency department. *The West Indian Medical Journal*, 53, 242-247.
- McGrane, J. & Staines, A. (2003). Nursing staff knowledge of the hepatitis B virus including attitudes and acceptance of hepatitis B vaccination: development of an effective program. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 51, 347-352.
- McGrath, A., Reid, N., & Boore, J. (1989). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 26, 343-358.
- McIntosh, K. R. (1998). *Taking the blame off of health care workers: Using a systems approach to determine the contributing factors to needlestick injuries*. Presented at the 42nd Annual meeting of the humanfactors and ergonomics society. Chicago, Illinois: Human factors and ergonomics society.
- McIntyre, T. M., McIntyre, S. E., & Silverio, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 17, 513-527.
- McKenna, B. G., Smith, N. A., Poole, S. J., & Coverdale, J. H. (2003). Horizontal violence: experiences of Registered Nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 90-96.
- McKenna, H., Slater, P., McCance, T., & Bunting, B. (2001). Qualified nurses' smoking prevalence: their reasons for smoking and desire to quit. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 769-775.
- McLaughlin, A. M. & Erdman, J. (1992). Rehabilitation staff stress as it relates to patient acuity and diagnosis. *Brain Injury*, 6, 59-64.
- McNulty, P. A. F. (2001). Prevalence and contributing factors of eating disorder behaviors in a population of female navy nurses. *Military Medicine*, 162, 703-706.

- Melchior, M. E. W., van den Berg, A. A., Halfens, R., & bu Saad, H. H. (1997). Burnout and the work environment of nurses in psychiatric long-stay care settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *32*, 158-164.
- Meltzer, L. S. & Huckabay, L. M. (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*, *13*, 202-208.
- Merchant, R. C., Becker, B. M., Mayer, K. H., Fuerch, J., & Schreck, B. (2003). Emergency department blood or body fluid exposure evaluations and HIV postexposure prophylaxis usage. *Academic Emergency Medicine*, *10*, 1345-1353.
- Michael, R. & Jenkins, H. J. (2001). Work-related trauma: the experiences of perioperative nurses. *Collegian*, *8*, 19-25.
- Milona, M., Ganczak, M., & Szych, Z. (2005). Surgical nurses and their concerns of acquiring HIV infection at the workplace. *Rocz Akad Med Bialymst*, *50 suppl*, 203-206.
- Miranda, G., Maia, L. M. A., Lima, M. P., & Lopes, C. M. (2005). Nurses' sickness at Hospital Network at Rio Branco -- Acre -- Brazil. *Online Brazilian Journal of Nursing*, *4*, 40.
- Moens, G. F., Dohogne, T. H., & Jacques, P. J. (1994). Occupation and the prevalence of back pain among employees in health care. *Archives of Public Health*, *52*, 189-201.
- Mogi, T., Wada, Y., Hirokawa, I., Sasaki, M., & Koizumi, A. (1996). Epidemiological study on hypoglycemia endemic to female nurses and other workers. *Industrial Health*, *34*, 335-346.
- Monahan, D. J. & Hopkins, K. (2002). Nurses, long-term care, and eldercare: impact on work performance. *Nursing Economic*, *20*, 266-272.
- Montero Mora, P., Barroeta Hernandez, G., Lopez Duran, J. L., Espinosa Larranaga, F., & Martinez Conde, C. (1992). Occupational disease at an allergy service. *Revista Alergia*, *39*, 133-135.
- Mostardi, R. A., Noe, D. A., Kovacic, M. W., & Porterfield, J. A. (1992). Isokinetic lifting strength and occupational injury. A prospective study. *Spine*, *17*, 189-193.
- Munakata M, Ichi S, Nunokawa T, Saito Y, Ito N, Fukudo S et al. (2001). Influence of night shift work on psychologic state and cardiovascular and neuroendocrine responses in healthy nurses. *Hypertension Research*, *24*, 25-31.
- Murji, A., Gomez, M., Knighton, J., & Fish, J. S. (2006). Emotional implications of working in a burn unit. *Journal of Burn Care & Research*, *27*, 8-13.
- Murphy, G. T., Stewart, M., Ritchie, J., Viscount, P. W., & Johnson, A. (2000). Telephone support for Canadian nurses in HIV/AIDS care. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *11*, 73-88.
- Muscroft, J. & Hicks, C. (1998). A comparison of psychiatric nurses' and general nurses' reported stress and counselling needs: a case study approach. *Journal of Advanced Nursing*, *27*, 1317-1325.
- Mutyaba, T., Mmro, F. A., & Weiderpass, E. (2006). Knowledge, attitudes and practices on cervical cancer screening among the medical workers of Mulago Hospital, Uganda. *BMC Medical Education*, *1*, 13.
- Myers, D., Kriebel, D., Karasek, R., Punnett, L., & Wegman, D. (2005). Injuries and assaults in a long-term psychiatric care facility: an epidemiologic study. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, *53*, 489-498.
- Nachiappan, N. & Harrison, J. (2005). Work ability among health care workers in the United Kingdom: A pilot. *International Congress Series*, *1280*, 286-291.
- Nachreiner, N., Gerberich, S., McGovern, P., Church, T., Hansen, H., Geisser, M. et al. (2004). Impact of training on work-related assault. *Research in Nursing and Health*, *28*, 67-78.
- Nachreiner, N., Gerberich, S., Ryan, A., & McGovern, P. (2007). Minnesota Nurses' Study: perceptions of violence and the work environment. *Industrial Health*, *45*, 672-678.
- Napholz, L. (1991). Locus of control and depression as a function of sex role orientation in two age groups of mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, *12*, 303-320.
- Nedic, O., Filipovic, D., & Solak, Z. (2001). Job stress and cardiovascular diseases with health workers. *Medicinski pregled*, *54*, 423-431.
- Ng, V., Koh, D., Chan, G., Ong, H. Y., Chia, S. E., & Ong, C. N. (1999). Are salivary immunoglobulin A and lysozyme biomarkers of stress among nurses? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *41*, 920-927.
- Niedhammer, I., Lert, F., & Marne, M. J. (1994). Back pain and associated factors in French nurses. *Int Arch Occup Environ Health*, *66*, 349-357.
- Niedhammer, I., Lert, F., & Marne, M. J. (1994). Effects of shift work on sleep among French nurses. A longitudinal study. *Journal of Occupational Medicine*, *36*, 667-674.
- Niedhammer, I., Lert, F., & Marne, M. J. (1995). Psychotropic drug use and shift work among French nurses (1980-1990). *Psychological Medicine*, *25*, 329-338.
- Niedhammer, I., Lert, F., & Marne, M. J. (1996). Prevalence of overweight and weight gain in relation to night work in a nurses' cohort. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, *20*, 625-633.
- Niedhammer, I., Lert, F., & Marne, M. J. (1996). Night work and eating habits in a cohort of nurses from 1980 to 1990. *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, *57*, 176-187.
- Nolan, P., Soares, J., Dallender, J., Thomsen, S., & Arnetz, B. (2001). A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. *International Journal of Nursing Studies*, *38*, 419-426.
- Norbeck, J. S. (1985). Types and sources of social support for managing job stress in critical care nursing. *Nursing research*, *34*, 225-230.

- Norman, L. D., Donelan, K., Buerhaus, P. I., Willis, G., Williams, M., Ulrich, B. et al. (2005). The older nurse in the workplace: does age matter? *Nursing economic, 23*, 282-289.
- Novak, R. D. & Auvil-Novak, S. E. (1996). Focus group evaluation of night nurse shiftwork difficulties and coping strategies. *Chronobiology International, 13*, 457-463.
- Nuikka, M. L., Paunonen, M., Hanninen, O., & Lansimies, E. (2001). The nurse's workload in care situations. *Journal of Advanced Nursing, 33*, 406-415.
- Nygren, O. & Lundgren, C. (1997). Determination of platinum in workroom air and in blood and urine from nursing staff attending patients receiving cisplatin chemotherapy. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 70*, 209-214.
- O'Brien-Pallas, L., Shamian, J., Thomson, D., Alksnis, C., Koehoorn, M., Kerr, M. et al. (2004). Work-related disability in Canadian nurses. *Journal of Nursing Scholarship, 36*, 352-357.
- Odusanya, O. O. & Tayo, O. O. (2001). Breast cancer knowledge, attitudes and practice among nurses in Lagos, Nigeria. *Acta Oncologica, 40*, 844-888.
- Oehler, J. M. & Davidson, M. G. (1992). Job stress and burnout in acute and nonacute pediatric nurses. *American Journal of Critical Care, 1*, 81-90.
- Oginska-Bulik, N. (2005). Emotional intelligence in the workplace: exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human service workers. *International Journal of Occupational and Environmental Health, 18*, 167-175.
- Ogus, E. D. (1990). Burnout and social support systems among ward nurses. *Issues in Mental Health Nursing, 11*, 267-281.
- Ogus, E. D. (1992). Burnout and coping strategies: A comparative study of ward nurses. *Journal of Social Behavior and Personality, 7*, 111-124.
- Omdahl, B. L. & O'Donnell, C. (1999). Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing, 29*, 1351-1359.
- Orji, E. O., Fasubaa, O. B., Onwudiegwu, U., Dare, F. O., & Ogunniyi, S. O. (2002). Occupational health hazards among health care workers in an obstetrics and gynaecology unit of a Nigerian teaching hospital. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 22*, 75-78.
- Ostrosky-Zeichner, L., Rangel-Frausto, M. S., Garcia-Romero, E., Vazquez, A., Ibarra, M. J., & Ponce, d. L.-R. (2000). Tuberculosis in health personnel: importance of surveillance and control programs. *Salud Pública de México, 42*, 48-52.
- Out, J. W. (2005). *Meanings of workplace bullying: Labelling versus experiencing and the belief in a just world*. Canada: University of Windsor.
- Pafaro, R. C. & De Martino, M. M. (2004). Study on stress among nurses working in two shifts at a pediatric oncology hospital in Campinas. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 38*, 152-160.
- Palczynski, C., Walusiak, J., Hanke, W., & Gorski, P. (1999). Latex allergy in Polish nurses 1214. *American Journal of Industrial Medicine, 35*, 413-419.
- Palsson, M. B., Hallberg, I. R., Norberg, A., & Bjorvell, H. (1996). Burnout, empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematic clinical supervision. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 10*, 19-26.
- Parker, P. A. & Kulik, J. A. (1995). Burnout, self- and supervisor-rated job performance, and absenteeism among nurses. *Journal of Behavioral Medicine, 18*, 581-599.
- Parreira, P. D. (2000). Contacto com a morte e síndrome de burnout : estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia. *Investigação em Enfermagem, 1*, 17-23.
- Payne, R., Lane, D., & Leahy, M. (1989). Work and non-work factors as perceived causes of symptoms of psychological strain. *Work and Stress, 3*, 347-351.
- Pechter, E., Davis, L. K., Tumpowsky, C., Flattery, J., Harrison, R., Reinisch, F. et al. (2005). Work-related asthma among health care workers: Surveillance data from California, Massachusetts, Michigan, and New Jersey, 1993-1997. *American Journal of Industrial Medicine, 47*, 265-275.
- Péman, M. A. L., Martín, M. N. L., Ferrús, L. M. R., & Herrero, M. Á. S. (1993). Ansiedade en los profesionales de enfermería. *Revista ROL de Enfermería, 16*, 83-86.
- Perry TR (2005). The certified registered nurse anesthetist: occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. *AANA Journal, 73*, 351-356.
- Persson, B., Fredriksson, M., Olsen, K., Boeryd, B., & Axelson, O. (1993). Some occupational exposures as risk factors for malignant lymphomas. *Cancer, 72*, 1773-1778.
- Peters, D. (1979). Job perils in the nursing service. *Occupational Safety and Health, 23-24*.
- Petralia, S. A., Vena, J. E., Freudenheim, J. L., Michalek, A., Goldberg, M. S., Blair, A. et al. (1999). Risk of premenopausal breast cancer and patterns of established breast cancer risk factors among teachers and nurses. *American Journal of Industrial Medicine, 35*, 137-141.
- Petterson, I. L., Arnetz, B. B., & Arnetz, J. E. (1995). Predictors of job satisfaction and job influence--results from a national sample of Swedish nurses. *Psychother Psychosom, 64*, 9-19.
- Pettit, L. L., Gee, S. Q., & Begue, R. E. (1997). Epidemiology of sharp object injuries in a children's hospital. *The Pediatric Infectious Disease Journal, 16*, 1019-1023.
- Phipps, P. A. (1996). Shift work and job performance - workplace performance. *Monthly Labor Review, 119*, 39.
- Piazza, J., Conrad, K., & Wilbur, J. (2001). Exercise behavior among female occupational health nurses. Influence of self efficacy, perceived health control, and age. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses, 49*, 79-86.

- Piko, B. (1999). Work-related stress among nurses: a challenge for health care institutions. *Journal of the Royal Society of Health*, 119, 156-162.
- Pisarski, A., Bohle, P., & Callan, V. J. (1998). Effects of coping strategies, social support and work-nonwork conflict on shift worker's health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 24, 141-145.
- Plant, M. L., Plant, M. A., & Foster, J. (1991). Alcohol, tobacco and illicit drug use amongst nurses: A Scottish study. *Drug and Alcohol Dependence*, 28, 195-202.
- Plante, A. & Bouchard, L. (1995). Occupational stress, burnout, and professional support in nurses working with dying patients. *Omega: Journal of Death and Dying*, 32, 93-109.
- Pleszewski, B. & FitzGerald, J. M. (1998). Tuberculosis among health care workers in British Columbia. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2, 898-903.
- Poissonnet, C. M., Iwatsubo, Y., Cosquer, M., Quera Salva, M. A., Caillard, J. F., & Veron, M. (2001). A cross-sectional study of the health effects of work schedules on 3212 hospital workers in France: implications for the new French work schedules policy. *Journal of Human Ergology*, 30, 387-391.
- Pompeii, L. A., Lipscomb, H. J., Schoenfisch, A. L., & Dement, J. M. (2009). Musculoskeletal injuries resulting from patient handling tasks among hospital workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 57, 571-8.
- Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and Suicide Risk Emerge in Psychiatric Nurses Suffering From Burnout and Using Specific Defense Mechanisms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20, 135-143.
- Poole, C. J. & Shakespeare, A. T. (1996). Immunity to hepatitis A in paediatric and nursery nurses. *Occupational Medicine*, 46, 361-363.
- Portela, L. F., Rotenberg, L., & Waissmann, W. (2004). Self-reported health and sleep complaints among nursing personnel working under 12 h night and day shifts. *Chronobiology International*, 21, 859-870.
- Portela, L. F., Rotenberg, L., & Waissmann, W. (2005). Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses. *Revista de Saúde Pública*, 39, 802-808.
- Pose Reino, A., Maceira, A., Sarandeses, A., Pastor, C., Codesido, T., & Suarez, J. (1993). Comparative study of the lipid profiles in the health staff versus the non-health staff at a health center. *Anales de Medicina Interna*, 10, 159-163.
- Pratt, J. P., Overfield, T., & Hilton, H. G. (1994). Health behaviors of nurses and general population women. *Health Values: The Journal of Health Behavior, Education and Promotion*, 18, 41-46.
- Price, J. L. (2001). Reflections on the determinants of voluntary turnover. *International Journal of Manpower*, 22, 600-624.
- Price, J. L. (2004). The development of a causal model of voluntary turnover. In R. Griffeth & P. Hom (Eds.), *Innovative theory and empirical research on employee turnover*. United States of America: Information Age Publishing Inc.
- Proost, K., de-Witte, H., de-Witte, K., & Evers, G. (2004). Burnout among nurses: Extending the job demand-control-support model with work-home interference. *Psychologica Belgica*, 44, 269-288.
- Queirós, P. J. P. (2005). Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses. Coimbra: Formasau.
- Queirós, P. J. P. (2007). *Burnout em enfermeiros: comparação de três grupos*. Coimbra: Faculdade de Medicina de Coimbra.
- Quine, L. (2001). Workplace bullying in nurses. *Journal of Health Psychology*, 6, 73-84.
- Rabaud, C., Zanea, A., Mur, J. M., Blech, M. F., Dazy, D., May, T. et al. (2000). Occupational exposure to blood: search for a relation between personality and behavior. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 21, 564-574.
- Rachiotis, G., Goritsas, C., Alikakou, V., Ferti, A., & Roumeliotou, A. (2005). Vaccination against hepatitis B virus in workers of a general hospital in Athens. *La Medicina del Lavoro*, 96, 80-86.
- Raffone, A. M. & Hennington, E. A. (2005). Functional capacity evaluation of nursing professionals. *Revista de Saude Publica*, 39, 669-676.
- Rainho, C. (2005). Síndrome de burnout em enfermeiros: aplicação do questionário breve de burnout. *Nursing: revista de formação continua em enfermagem*, 16, 7-11.
- Rajoo, S., Ping, W. C., & Ali, M. I. B. (2004). Stress level of foreign nurses working in a psychiatric setting. *Singapore Nursing Journal*, 31, 15-25.
- Rambur, B., McIntosh, B., Palumbo, M. V., & Reinier, K. (2005). Education as a determinant of career retention and job satisfaction among registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 185-192.
- Ramsey, P. W. & Glenn, L. L. (1996). Nurses' body fluid exposure reporting, HIV testing, and hepatitis B vaccination rates: before and after implementing universal precautions regulations. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 44, 129-137.
- Randall, M. & Scott, W. A. (1988). Burnout, job satisfaction, and job performance. *Australian Psychologist*, 23, 335-347.
- Rani-Rout, U. (1999). Stress and job satisfaction among primary care professionals. *Journal of Interprofessional Care*, 13, 426-427.
- Ratzon, N. Z. & Froom, P. (2006). Postural control in nurses with and without low back pain. *Work: Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 26, 141-145.
- Reader, A. (1981). One environment - different sickness rates. *Occupational Health*, 33, 510-516.
- Ready, A. E., Boreskie, S. L., Law, S. A., & Russell, R. (1993). Fitness and lifestyle parameters fail to predict back injuries in nurses. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 18, 80-90.
- Reeve, K., Adams, J., & Kouzekanani, K. (1996). The nurse as exemplar: smoking status as a predictor of attitude toward smoking and smoking cessation. *Cancer Practice*, 4, 31-33.

- Reilly, T. (2002). *Investigations of Musculoskeletal Disorders in Health-related Occupations* Liverpool John Moores University .
- Reineck, C. & Furino, A. (2005). Nursing career fulfilment: statistics and statements from registered nurses. *Nursing Economic*, 23, 25-30.
- Reis, M. d. F. B. (1993). Levantamento sobre as condições de trabalho dos enfermeiros que manipulam citostáticos no Hospital de Santa Maria. *Enfermagem em Foco*, 3, 59-67.
- Ribeiro, O. d. P. (2005). *Satisfação dos profissionais de saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa,.
- Riding, R. J. & Wheeler, H. H. (1995). Occupational stress and cognitive style in nurses: 2. *British Journal of Nursing*, 24, 160-168.
- Riese, H., Van Doornen, L. J., Houtman, I. L., & De Geus, E. J. (2004). Job strain in relation to ambulatory blood pressure, heart rate, and heart rate variability among female nurses. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 30, 477-485.
- Robinson, S. E., Roth, S. L., Keim, J., Levenson, M., Flentje, J. R., & Bashor, K. (1991). Nurse burnout: work related and demographic factors as culprits. *Research in Nursing & Health*, 14, 223-228.
- Rohmer, O., Bonnefond, A., Muzet, A., & Tassi, P. (2004). Etude du Rythme Veille/Sommeil, De L'activite Motrice Generale et du Comportement Alimentaire de Travailleurs Postes Obeses: L'exemple des Infirmieres. *Travail Humain*, 67, 359-377.
- Romea, S., Alkiza, M. E., Ramon, J. M., & Oromi, J. (1995). Risk for occupational transmission of HIV infection among health care workers - Study in a Spanish hospital. *European Journal of Epidemiology*, 11, 225-229.
- Rose, J. & Glass, N. (2005). Community mental health nurses and their emotional wellbeing: is anyone listening? *Australian Journal of Holistic Nursing*, 12, 21-30.
- Rosen, E., Rudensky, B., Paz, E., Isacson, M., Jerassi, Z., Gottehrer, N. P. et al. (1999). Ten-year follow-up study of hepatitis B virus infection and vaccination status in hospital employees. *The Journal of Hospital Infection*, 41, 245-250.
- Rout, U. (1999). Job stress among general practitioners and nurses in primary care in England. *Psychological Reports*, 85, 981-986.
- Rout, U. R. (2000). Stress amongst district nurses: a preliminary investigation. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 303-309.
- Rowe, M. M. & Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management*, 13, 242-248.
- Royal College of Nursing, U. (2002). *Working Well: A Call to Employers - A summary of the RCN*. [On-line] Disponível em http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0011/78527/001595.pdf
- Royal College of Nursing (2006). *At breaking point? A survey of the well-being and work lives of nurses in 2005*. [On-line]. Disponível em http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0003/78690/003021.pdf
- Ruegg, R. L. (1987). *Reported anxiety on work shifts for coronary care nurses*. Ball State University.
- Ruggiero, J. S. (2005). Health, work variables, and job satisfaction among nurses. *The Journal of Nursing Administration*, 35, 254-263.
- Sala, E., Laine, A., Simberg, S., Pentti, J., & Suonpaa, J. (2001). The prevalence of voice disorders among day care center teachers compared with nurses: a questionnaire and clinical study. *Journal of Voice*, 15, 413-423.
- Salerno, S., Canula, M., & Talamanca, I. F. (2005). Ageing in nursing: A ten year follow up study. *International Congress Series*, 1280, 124-129.
- Salmond, S. & Ropis, P. E. (2005). Job stress and general wellbeing: a comparative study of medical-surgical and home care nurses. *Medsurg nursing*, 14, 301-309.
- Samuelsson, M., Gustavsson, J. P., Petterson, I. L., Arnetz, B., & Asberg, M. (1997). Suicidal feelings and work environment in psychiatric nursing personnel. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 391-397.
- Sandall, J. (1999). Team midwifery and burnout in midwives in the UK: practical lessons from a national study. *MIDIRS Midwifery Digest*, 9, 147-152.
- Sanderson, D. M., Ekholm, O., Hundrup, Y. A., & Rasmussen, N. K. (2005). Influence of lifestyle, health, and work environment on smoking cessation among Danish nurses followed over 6 years. *Preventive Medicine*, 41, 757-760.
- Santamaria, N. (2000). The relationship between nurses' personality and stress levels reported when caring for interpersonally difficult patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18, 20-26.
- Sanz Cuesta, M. T., Olalla Garcia, M. T., Monge, J., V, Soriano, L. C., Lopez, M. R., Pla, M. R. et al. (1989). Smoking habits: a study of hospital staff. *Rev Clin Esp.*, 185, 391-395.
- Sarquis, L. M. M. & Felli, V. E. A. (2000). The use of individual protection equipment among nursing workers injured [sic] by puncture-cutting instruments. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53, 564-573.
- Saurel-Cubizolles, M. J., Job-Spira, N., & Estry-Behar, M. (1993). Ectopic pregnancy and occupational exposure to antineoplastic drugs. *Lancet*, 341, 1169-1171.
- Savikko, A., Alexanderson, K., & Hensing, G. (2001). Do mental health problems increase sickness absence due to other diseases? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 310-316.
- Schaufeli, W. B. & Janczur, B. (1994). Burnout among nurses: A Polish Dutch comparison. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 25, 95-113.
- Schencke, M., Espinoza, S., Munoz, N., & Messing, H. (1993). Attitude and behavior regarding breast self examination among health professionals in Chile. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 114, 317-325.
- Schmidt, D. R. C. & Dantas, R. A. S. (2006). Quality of life at work among nursing professionals at surgical wards from the perspective of satisfaction. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 54-60.

- Schryver, A., Glazemakers, J., De Bacquer, D., De Backer, G., & Lust, E. (1999). Risk of cytomegalovirus infection among educators and health care personnel serving mentally disabled children. *The Journal of Infection*, 38, 36-40.
- Schwartz-Barcott, D. & Schwartz, T. P. (1990). Are nurses healthier and happier than the general public? *Nursing Forum*, 25, 19-24,34.
- Scott, L. D., Hwang, W. T., & Rogers, A. E. (2006). The impact of multiple care giving roles on fatigue, stress, and work performance among hospital staff nurses. *The Journal of nursing administration*, 36, 86-95.
- Sencan, I., Sahin, I., Yildirim, M., & Yesildal, N. (2004). Unrecognized abrasions and occupational exposures to blood-borne pathogens among health care workers in Turkey. *Occupational Medicine*, 54, 202-206.
- Seneviratne, S. R. & Fernando, D. N. (1994). Influence of work on pregnancy outcome. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 45, 35-40.
- Seo, Y., Ko, J., & Price, J. L. (2004). The determinants of job satisfaction among hospital nurses: a model estimation in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 437-446.
- Sessink, P. J., Cerna, M., Rossner, P., Pastorkova, A., Bavarova, H., Frankova, K. et al. (1994). Urinary cyclophosphamide excretion and chromosomal aberrations in peripheral blood lymphocytes after occupational exposure to antineoplastic agents. *Mutation Research*, 309, 193-139.
- Shader, K., Broome, M. E., Broome, C. D., West, M. E., & Nash, M. (2001). Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 210-216.
- Shah, M. Z. (1990). Sleep and wakefulness patterns of nurses engaged in rotational shift work. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 40, 245-246.
- Shah, S. M., Bonauto, D., Silverstein, B., & Foley, M. (2005). Workers' compensation claims for needlestick injuries among healthcare workers in Washington State, 1996-2000. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 26, 775-781.
- Shiao, J., Guo, L., & McLaws, M. (2002). Estimation of the risk of bloodborne pathogens to health care workers after a needlestick injury in Taiwan. *American Journal of Infection Control*, 30, 15-20.
- Shimizu, T., Eto, R., Horiguchi, I., Obata, Y., Feng, Q., & Nagata, S. (2005). Relationship between turnover and periodic health check-up data among Japanese hospital nurses: a three-year follow-up study. *Journal of Occupational Health*, 47, 327-333.
- Shimizu, T., Feng, Q., & Nagata, S. (2005). Relationship between turnover and burnout among Japanese hospital nurses. *Journal of Occupational Health*, 47, 334-336.
- Shortridge, L. (1990). *Menstrual Function in Nurses Exposed to Cancer Drugs*. *Cancer Nursing*, 18, 430-448.
- Shortridge, L. A., Lemasters, G. K., Valanis, B., & Hertzberg, V. (1995). Menstrual cycles in nurses handling antineoplastic drugs. *Cancer Nursing*, 18, 439-444.
- Shrestha, S. K. & Bhattarai, M. D. (2006). Study of hepatitis B among different categories of health care workers. *Journal of the College of Physicians and Surgeons-Pakistan*, 16, 108-111.
- Silva Graça, A., Feliciano, H., Paralta, M., Gargaté, F., Lourenço, R., Santos, M. et al. (1991). Prevalência dos marcadores serológicos da hepatite B no pessoal dos Hospitais Militares de Lisboa. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas*, 14, 251-255.
- Silva, A. C. J. (2004). *Satisfação profissional em enfermeiros hospitalares: que expectativas? Dissertação elaborada para a obtenção do grau de mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, ao abrigo dos artigos 11º e 16º do decreto-Lei nº216/92 de 13 de Outubro*. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Silva, M. C. C. G. F. (1994). *O stress em função da tarefa nos enfermeiros especialistas do Hospital de Júlio de Matos. Dissertação de Mestrado apresentada na área de Comportamento Organizacional do Instituto Superior de Psicologia Aplicada*. ISPA, Lisboa.
- Sim, K., Chong, P. N., Chan, Y. H., & Soon, W. S. (2004). Severe acute respiratory syndrome-related psychiatric and posttraumatic morbidities and coping responses in medical staff within a primary health care setting in Singapore. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1120-1127.
- Sims, K. M. E. (2000). Hardiness and spiritual well-being as moderators of burnout in professional nurses. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61, 1330.
- Singh, R. G. (1990). Relationship between occupational stress and social support in flight nurses. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 61, 349-352.
- Sisney, K. F. (1993). The relationship between social support and depression in recovering chemically dependent nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 25, 107-112.
- Siu, O. (2002). Predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 218-229.
- Siziya, S. & Hakim, J. G. (1996). Differential human immunodeficiency virus risk factors among female general nurses, nurse midwives and office workers/teachers in Zambia. *The Central African Journal of Medicine*, 42, 114-117.
- Skipper, J. K. Jr., Jung, F. D., & Coffey, L. C. (1990). Nurses and shiftwork: effects on physical health and mental depression. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 835-842.
- Skodric, V., Savic, B., Jovanovic, M., Pesic, I., Videnovic, J., Zucic, V. et al. (2000). Occupational risk of tuberculosis among health care workers at the Institute for Pulmonary Diseases of Serbia. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 4, 827-831.
- Skovron, M. L., Mulvihill, M. N., Sterling, R. C., & Nordin, M. (1987). Work organization and low back pain in nursing personnel. *Ergonomics*, 30, 359-366.
- Slater, P., McElwee, G., Fleming, P., & McKenna, H. (2006). Nurses' smoking behaviour related to cessation practice. *NursingTimes*, 102, 32-37.

- Smedley, J., Egger, P., Cooper, C., & Coggon, D. (1995). Manual handling activities and risk of low back pain in nurses. *Occupational and Environmental Medicine*, *52*, 160-163.
- Smedley, J., Trevelyan, F., Inskip, H., Buckle, P., Cooper, C., & Coggon, D. (2003). Impact of ergonomic intervention on back pain among nurses. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *29*, 117-123.
- Smedley, J., Inskip, H., Trevelyan, F., & Buckle, P. (2003). Risk factors for incident neck and shoulder pain in hospital nurses. *Occupational and Environmental Medicine*, *60*(11), 864-869.
- Smit, H. A., Burdorf, A., & Coenraads, P. J. (1993). Prevalence of hand dermatitis in different occupations. *International Journal of Epidemiology*, *22*, 288-293.
- Smith, C. E. (1987). A study of the prevalence of markers of hepatitis B infection in hospital staff. *The Journal of Hospital Infection*, *9*, 39-42.
- Smith, C. S., Robie, C., Folkard, S., Barton, J., Macdonald, I., Smith, L. et al. (1999). A process model of shiftwork and health. *Journal of Occupational Health Psychology*, *4*, 207-218.
- Smith, D. R., Ohmura, K., Yamagata, Z., & Minai, J. (2003). Musculoskeletal disorders among female nurses in a rural Japanese hospital. *Nursing & Health Sciences*, *5*, 185-188.
- Smith, D. R., Wei, N., Kang, L., & Wang, R. S. (2004). Musculoskeletal disorders among professional nurses in mainland China. *Journal of Professional Nursing*, *20*, 390-395.
- Smith, D. R., Wei, N., & Wang, R. S. (2005). Contemporary smoking habits among nurses in Mainland China. *Contemporary Nurse*, *20*, 258-266.
- Smith, D. R., Smyth, W., Leggat, P. A., & Wang, R. (2006). Needlestick and sharps injuries among nurses in a tropical Australian hospital. *International Journal of Nursing Practice*, *12*, 71-77.
- Smith, M., Droppleman, P., & Thomas, S. P. (1996). Under assault: the experience of work-related anger in female registered nurses. part I. *Nursing Forum*, *31*, 22-33.
- Smith, M. J., Colligan, M. J., Frockt, I. J., & Tasto, D. L. (1979). Occupational injury rates among nurses as a function of shift schedule. *Journal of Safety Research*, *11*, 181-187.
- Smith, P. (1979). A study of weekly and rapidly rotating shiftworkers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *43*, 211-220.
- Sobaszek, A., Fantoni-Quinton, S., Frimat, P., Leroyer, A., Laynat, A., & Edme, J. L. (2000). Prevalence of cytomegalovirus infection among health care workers in pediatric and immunosuppressed adult units. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *42*, 1109-1114.
- Souza, N. V. D. (2005). Work rhythm: factor of psychic consuming of the nurse. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, *9*, 229-236.
- Stacciarini, J. M. & Troccoli, B. T. (2004). Occupational stress and constructive thinking: health and job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, *46*, 480-487.
- Stappaerts, K. H. (1989). Low back pain and related sick leave in nurses. *Physiotherapy Theory and Practice*, *5*, 193-200.
- Stone, P., Mooney-Cane, C., Larson, E., Pastor, D., Zwanziger, J., & Dick, A. (2007). Nurse working conditions, organizational climate, and intent to leave in ICUs: an instrumental variable approach. *Health Research and Educational Trust*, *42*, 1085-1104.
- Stone, P. W., Larson, E. L., Mooney-Kane, C., Smolowitz, J., Lin, S. X., & Dick, A. W. (2006). Organizational climate and intensive care unit nurses' intention to leave. *Critical Care Medicine*, *34*, 1907-1912.
- Stone, P. W. & Gershon, R. R. (2006). Nurse work environments and occupational safety in intensive care units. *Policy, Politics & Nursing Practice*, *7*, 240-247.
- Stone, P. W., Du, Y., & Gershon, R. R. (2007). Organizational climate and occupational health outcomes in hospital nurses. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *49*, 50-58.
- Stone, P. W., Mooney-Kane, C., Larson, E. L., Horan, T., Glance, L. G., Zwanziger, J. et al. (2007). Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Medical Care*, *45*, 571-578.
- Stordeur, S., Vandenberghe, C., & D'hoore, W. (1999). Predictors of nurses' professional burnout: a study in a university hospital. *Recherche en soins infirmiers*, *59*, 57-67.
- Storr, C. L., Trinkoff, A. M., & Anthony, J. C. (1999). Job strain and non-medical drug use. *Drug and Alcohol Dependence*, *55*, 45-51.
- Strobl, J. & Latter, S. (1998). Qualified nurse smokers' attitudes towards a hospital smoking ban and its influence on their smoking behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, *27*, 179-188.
- Stubbs, D. A., Buckle, P. W., Hudson, M. P., Rivers, P. M., & Worringham, C. J. (1983). Back pain in the nursing profession. I. Epidemiologic and pilot methodology. II. The effectiveness of training. *Ergonomics*, *26*, 755-779.
- Stubbs, D. A., Buckle, P. W., Hudson, M. P., Rivers, P. M., & Baty, D. (1986). Backing out: nurse wastage associated with back pain. *International Journal of Nursing Studies*, *23*, 325-336.
- Stubbs, J., Haw, C., & Garner, L. (2004). Survey of staff attitudes to smoking in a large psychiatric hospital. *Psychiatric Bulletin*, *28*, 204-207.
- Styczynski, J., Koltan, S., Wysocki, M., Graczykowski, R., Narolska, E., & Balcar-Boron, A. (1999). Risk of HCV infections among children with cancer and health-care workers in children's hospitals. *Infection*, *27*, 36-38.
- Sullivan, E. J. (1989). Quem são os enfermeiros com maior probabilidade de se tornarem dependentes? *Servir*, *37*, 255-256.
- Sullivan, E. J. (1987). Comparison of chemically dependent and nondependent nurses on familial, personal and professional characteristics. *Journal of Studies on Alcohol*, *48*, 563-568.

- Suzuki, K., Ohida, T., Kaneita, Y., Yokoyama, E., Miyake, T., Harano, S. et al. (2004). Mental health status, shift work, and occupational accidents among hospital nurses in Japan. *Journal of Occupational Health*, 46, 448-454.
- Suzuki, K., Ohida, T., Kaneita, Y., Yokoyama, E., & Uchiyama, M. (2005). Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 445-453.
- Sveinsdottir, H. (2006). Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 229-237.
- Swenson, I. & Dalton, J. A. (1983). Reasons for smoking cessation among a random sample of North Carolina nurses. *Women and Health*, 8, 33-41.
- Swenson, I. E. (1989). Smoking habits and smoking cessation among North Carolina nurses. *Women and Health*, 15, 29-48.
- Takahashi, M., Fukuda, H., Miki, K., Haratani, T., Kurabayashi, L., Hisanaga, N. et al. (1999). Shift work-related problems in 16-h night shift nurses (2): Effects on subjective symptoms, physical activity, heart rate, and sleep. *Industrial Health*, 37, 228-236.
- Tan, L., Kamarulzaman, A., Liam, C., & Lee, T. (2002). Tuberculin skin testing among healthcare workers in the University of Malaya Medical Centre, Kuala Lumpur, Malaysia. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 23, 584-590.
- Tate, R. B., Yassi, A., & Cooper, J. (1999). Predictors of time loss after back injury in nurses. *Spine*, 24, 1930-1935.
- Tempesta, C. A. (2003). Living amongst death: The constructions of bereavement and burnout in hospice nurses. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64.
- Tezel, A. (2005). Musculoskeletal complaints among a group of Turkish nurses. *The International Journal of Neuroscience*, 115, 871-880.
- Thiringer, G., Granung, G., Holmen, A., Hogstedt, B., Jarvholm, B., Jonsson, D. et al. (1991). Comparison of methods for the biomonitoring of nurses handling antitumor drugs. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 17, 133-138.
- Thompson, M. S. & Page, S. L. (1992). Psychological determinants of occupational burnout. *Stress Medicine*, 8, 151-159.
- Thomsen, S., Arnetz, B., Nolan, P., Soares, J., & Dallender, J. (1999). Individual and organizational well-being in psychiatric nursing: a cross-cultural study. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 749-757.
- Tigert, J. A. & Laschinger, H. K. (2004). Critical care nurses' perceptions of workplace empowerment, magnet hospital traits and mental health. *Dynamics*, 15, 19-23.
- Tipliski, V. M. (1993). The characteristics of recovering chemically-dependent Manitoba nurses. *International Journal of the Addictions*, 28, 711-717.
- Tompa, A., Major, J., & Jakab, M. G. (1999). Is breast cancer cluster influenced by environmental and occupational factors among hospital nurses in Hungary? *Pathology Oncology Research*, 5, 17-121.
- Topf, M. & Dillon, E. (1989). Noise-induced stress as a predictor of burnout in critical care nurses. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 17, 567-574.
- Torre, A., Fernandes, C., & Santos, F. (2002). O trabalho por turnos e a saúde dos enfermeiros. *INFORMAR*, 8, 15-21.
- Totterdell, P., Spelten, E., & Pokorski, J. (1995). The effects of nightwork on psychological changes during the menstrual cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 996-1005.
- Townsend, S. M. (2005). *Organizational correlates of secondary traumatic stress and burnout among sexual assault nurse examiners* 877. Chicago: University of Illinois.
- Trapé-Cardoso, M. & Schenck, P. (2004). Reducing percutaneous injuries at an academic health center: a 5-year review. *American Journal of Infection Control*, 32, 301-305.
- Trinkoff, A., Zhou, Q., Storr, C., & Soeken, K. (2000). Workplace access, negative proscriptions, job strain, and substance use in registered nurses. *Nursing Research*, 49, 83-90.
- Trinkoff, A., Lipscomb, J., Geiger-Brown, J., Storr, C., & Brady, B. (2003). Perceived physical demands and reported musculoskeletal problems in registered nurses. *American Journal of Preventive Medicine*, 24, 270-275.
- Trinkoff, A., Le, R., Geiger-Brown, J., & Lipscomb, J. (2007). Work schedule, needle use, and needlestick injuries among registered nurses. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 28, 156-164.
- Trinkoff, A., Geiger-Brown, J., Caruso, C., Lipscomb, J., Johantgen, M., Nelson, A. et al. (2008). Personal safety for nurses. In R. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. US Department of Health and Human Services.
- Trinkoff, A., Geiger-Brown, J., Brady, B., Lipscomb, J., & Muntaner, C. (2006). How long and how much are nurses now working? *The American Journal of Nursing*, 106, 60-71.
- Trinkoff, A. M., Storr, C. L., & Lipscomb, J. A. (2001). Physically demanding work and inadequate sleep, pain medication use, and absenteeism in registered nurses. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43, 355-363.
- Trinkoff, A. M., Lipscomb, J. A., Geiger-Brown, J., & Brady, B. (2002). Musculoskeletal problems of the neck, shoulder, and back and functional consequences in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 41, 170-178.
- Trinkoff, A. M., Brady, B., & Nielsen, K. (2003). Workplace prevention and musculoskeletal injuries in nurses. *The Journal of Nursing Administration*, 33, 153-158.
- Trinkoff, A. M., Geiger-Brown, J., Lipscomb, J., & Lang, G. (2006). Longitudinal relationship of work hours, mandatory overtime, and on-call to musculoskeletal problems in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 49, 964-971.

- Trinkoff, A. M., Zhou, Q., & Storr, C. L. (1999). Estimation of the prevalence of substance use problems among nurses using capture-recapture methods. *Journal of Drug Issues, 29*, 187-198.
- Trinkoff, A. M. & Storr, C. L. (1998). Substance use among nurses: Differences between specialties. *American Journal of Public Health, 88*, 581-585.
- Triolo, P. K. (1989). Occupational health hazards of hospital staff nurses. Part II: Physical, chemical, and biological stressors. *Journal of the American Association of Occupational Health Nurses, 37*, 274-279.
- Triolo, P. K. (1989). Occupational health hazards of hospital staff nurses. Part I: Overview and psychosocial stressors. *Journal of the American Association of Occupational Health Nurses, 37*, 232-237.
- Tselebis, A., Panaghiotou, A., Theotoka, I., & Ilias, I. (2001). Nursing staff anxiety versus smoking habits. *International Journal of Nursing Practice, 7*, 221-223.
- Tselebis, A., Moulou, A., & Ilias, I. (2001). Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff. *Nursing & Health Sciences, 3*, 69-71.
- Tummers, G. E. R., Janssen, P. P. M., Landeweerd, A., & Houkes, I. (2001). A comparative study of work characteristics and reactions between general and mental health nurses: a multi-sample analysis. *Journal of Advanced Nursing, 36*, 151-162.
- Tummers, G. E. R., Landeweerd, J. A., & van-Merode, G. G. (2002). Work organization, work characteristics, and their psychological effects on nurses in the Netherlands. *International Journal of Stress Management, 9*, 183-206.
- Tummers, G. E. R., van-Merode, G. G., & Landeweerd, J. A. (2006). Organizational Characteristics as Predictors of Nurses' Psychological Work Reactions. *Organization Studies, 27*, 559-584.
- Turnbull, N., Dornan, J., Fletcher, B., & Wilson, S. (1992). Prevalence of spinal pain among the staff of a district health authority. *Occupational Medicine, 42*, 143-148.
- Tyler, P. A. & Ellison, R. N. (1994). Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. *Journal of Advanced Nursing, 19*, 469-476.
- Tyson, G. A., Lambert, G., & Beattie, L. (2002). The impact of ward design on the behaviour, occupational satisfaction and well-being of psychiatric nurses. *International Journal of Mental Health Nursing, 11*, 94-102.
- Tzeng, H. M. (2003). SARS infection control in Taiwan: investigation of nurses' professional obligation. *Outcomes Management, 7*, 186-193.
- Ullrich, A. & FitzGerald, P. (1990). Stress experienced by physicians and nurses in the cancer ward. *Social Science & Medicine, 31*, 1013-1022.
- Undeger, U., Basaran, N., Kars, A., & Guc, D. (1999). Assessment of DNA damage in nurses handling antineoplastic drugs by the alkaline COMET assay. *Mutation Research, 439*, 277-285.
- UNITE (2002). A survey of coronary risk factors in a cohort of cardiac nurses from Europe: do nurses practise what they preach? *European Journal of Cardiovascular Nursing, 1*, 57-60.
- Uva, A. d. S. & Faria, M. H. d. (1992). *Riscos ocupacionais em hospitais e outros estabelecimentos de saúde*. Lisboa, Federação Nacional dos Médicos.
- Valanis, B., Vollmer, W. M., & Steele, P. (1999). Occupational exposure to antineoplastic agents: self-reported miscarriages and stillbirths among nurses and pharmacists. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 41*, 632-638.
- Valles, M., Mate, G., Bronsoms, J., Campins, M., Rosello, J., Torguet, P. et al. (1997). Prevalence of arterial hypertension and other cardiovascular risk factors among hospital workers. *Medicina Clínica, 108*, 604-607.
- Van Servellen, G. & Leake, B. (1994). Emotional exhaustion and distress among nurses: how important are AIDS-care specific factors? *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 5*, 11-19.
- VanYperen, N. W., Buunk, B. P., & Schaufeli, W. B. (1992). Communal orientation and the burnout syndrome among nurses. *Journal of Applied Social Psychology, 22*, 173-189.
- VanYperen, N. W. (1996). Communal orientation and the burnout syndrome among nurses: A replication and extension. *Journal of Applied Social Psychology, 26*, 338-354.
- Vasiliadou, A., Karvountzis, G. G., Soumilas, A., Roumeliotis, D., & Theodosopoulou, E. (1995). Occupational low-back pain in nursing staff in a Greek hospital. *Journal of Advanced Nursing, 21*, 125-128.
- Veiga, A. M. C. C. (2002). *Contributo para o estudo da automedicação entre os profissionais de saúde: enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica de quatro hospitais da cidade de Lisboa* 490. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Veiga, I. F. B. M. S. & Chora, J. M. L. (1997). *Nível de stress dos enfermeiros chefes de um hospital central: factores e manifestações. Trabalho apresentado no 1º Curso de Estudos Superiores Especializados em Administração dos Serviços de Enfermagem*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.
- Venning, P. J., Walter, S. D., & Stitt, L. W. (1987). Personal and job-related factors as determinants of incidence of back injuries among nursing personnel. *Journal of Occupational Medicine, 29*, 820-825.
- Verhaegen, P., Cober, R., de-Smedt, M., & Dirckx, J. (1987). The adaptation of night nurses to different work schedules. *Ergonomics, 30*, 1301-1309.
- Verschuren, R., de Groot, B., & Nossent, S. (1995). *Working conditions in hospitals in the European Union* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Videman, T., Ojajarvi, A., Riihimaki, H., & Troup, J. D. (2005). Low back pain among nurses: a follow-up beginning at entry to the nursing school. *Spine, 30*, 2334-2341.

- Vines, W. R. (1991). *Psychological stress reaction, coping strategies, and health promotion lifestyles among hospital nurses. Dissertation presented in the partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Science in Nursing in the School of Nursing in the Graduate School, the University of Alabama at Birmingham.* Birmingham: University of Alabama at Birmingham.
- Violante, F. S., Fiori, M., Fiorentini, C., Risi, A., Garagnani, G., Bonfiglioli, R. et al. (2004). Associations of psychosocial and individual factors with three different categories of back disorder among nursing staff. *Journal of Occupational Health, 46*, 100-108.
- Visintini, R., Campanini, E., Fossati, A., & Bagnato, M. (1996). Psychological stress in nurses' relationship with HIV-infected patients: The risk of burnout syndrome. *AIDS Care, 8*, 183-194.
- Vranckx, R., Jacques, P., De, S. A., & Moens, G. (2004). Hepatitis B vaccination coverage in Belgian health care workers. *Infection, 32*, 278-281.
- Vrijkotte, T. G. M., Riese, H., & De-Geus, E. J. C. (2001). Cardiovascular reactivity to work stress assessed by ambulatory bloodpressure, heart rate, and heart rate variability. In J. Fahrenberg & M. Myrtek (Eds.), *Progress in ambulatory assessment: Computer-assisted psychological and psychophysiological methods in monitoring and field studies* (pp. 345-360). Ashland, OH, US: Hogrefe & Huber Publishers.
- Wagner, L. I. & Jason, L. A. (1997). Outcomes of occupational stressors on nurses: chronic fatigue syndrome-related symptoms. *Nursing Connections, 10*, 41-49.
- Walters, V., Lenton, R., French, S., Eyles, J., Mayr, J., & Newbold, B. (1996). Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. *Social Science & Medicine, 43*, 1627-1636.
- Watanabe, M., Akamatsu, Y., Furui, H., Tomita, T., Watanabe, T., & Kobayashi, F. (2004). Effects of changing shift schedules from a full-day to a half-day shift before a night shift on physical activities and sleep patterns in single nurses and married nurses with children. *Industrial Health, 42*, 34-40.
- Weinberg, A. & Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet, 355*, 533-537.
- Weyers, S., Peter, R., Boggild, H., Jeppesen, H. J., & Siegrist, J. (2006). Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: a test of the effort-reward imbalance model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20*, 26-34.
- Wheeler, H. & Riding, R. (1994). Occupational stress in general nurses and midwives. *British Journal of Nursing, 3*, 527-534.
- Whittington, R., Shuttleworth, S., & Hill, L. (1996). Violence to staff in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing, 24*, 326-333.
- Whittington, R. & Higgins, L. (2002). More than zero tolerance? Burnout and tolerance for patient aggression amongst mental health nurses in China and the UK. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*, 37-40.
- Wilhoite, S. L., Ferguson, D. A., Jr., Soike, D. R., Kalbfleisch, J. H., & Thomas, E. (1993). Increased prevalence of Helicobacter pylori antibodies among nurses. *Archives of Internal Medicine, 153*, 708-712.
- Willett, W., Sampson, L., Bain, C., Rosner, B., Hennekens, C. H., Witschie, J. et al. (1981). Vitamin supplement use among registered nurses. *The American Journal of Clinical Nutrition, 34*, 1121-1125.
- Williams, G. & Slater, K. (2000). Absenteeism and the impact of a 38-hour week, rostered day off option. *Australian Health Review, 23*, 89-93.
- Wills, D. J. (1987). Research note: two occupational hazards... needle prick injury and assault by patients. *New Zealand Nursing Forum, 15*, 8-9.
- Windsor, I. M., Arbuckle, D. D., Spencer, I. W., Sebastian, D., Ginwala, K. N., Jinabhai, C. C. et al. (1984). Markers of hepatitis B in nurses and domestic staff in an area of high endemicity. *The Journal of Hospital Infection, 5*(suppl. A), 81-88.
- Wnuk, A. M. (2003). Occupational exposure to HIV infection in health care workers. *Medical science monitor, 9*, CR197-cr200.
- Wold, J. L., Williams, A. M., & Kobaladze, A. (1999). Health risks of health care workers: health risks appraisal results from the newly independent country of Georgia. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses, 47*, 151-155.
- Xelegati, R., Robazzi, M. L., Marziale, M. H., & Haas, V. J. (2006). Chemical occupational risks identified by nurses in a hospital environment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14*, 214-219.
- Yamasaki, F., Schwartz, J. E., Gerber, L. M., Warren, K., & Pickering, T. G. (2008). Impact of shift work and race/ethnicity on the diurnal rhythm of blood pressure and catecholamines. *Hypertension, 32*, 417-423.
- Yang, M. S., Pan, S. M., & Yang, M. J. (2004). Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 58*, 636-641.
- Yassi, A., Khokhar, J., Tate, R., Cooper, J., Snow, C., & Vallentyne, S. (1995). The epidemiology of back injuries in nurses at a large Canadian tertiary care hospital: implications for prevention. *Occupational Medicine, 45*, 215-220.
- Yeung, S. S., Genaidy, A., Deddens, J., & Sauter, S. (2005). The relationship between protective and risk characteristics of acting and experienced workload, and musculoskeletal disorder cases among nurses. *Journal of Safety Research, 36*, 85-95.
- Yip, V. Y. (2004). New low back pain in nurses: work activities, work stress and sedentary lifestyle. *Journal of Advanced Nursing, 46*, 430-440.
- Yip, Y. (2001). A study of work stress, patient handling activities and the risk of low back pain among nurses in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing, 36*, 794-804.
- Young, C. R. (2005). *The relationship of physical activity to job stress and burnout in neonatal nurses in Texas.* Capella University.
- Yung, P. M., Fung, M. Y., Chan, T. M., & Lau, B. W. (2004). Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: a controlled study. *International Journal of Mental Health Nursing, 13*, 255-261.
- Zboril-Benson, L. R. (2002). Why nurses are calling in sick: The impact of health-care restructuring. *Canadian Journal of Nursing Research, 33*, -107.

Zanaldi, B. C., Manterola, A. C., Díaz Lestrem, M., Frider, B., Zocchi, G. A., Fainboim, H. et al. (1990). Prevalence of antibodies to hepatitis B core antigen (anti-HBc) in Buenos Aires hospital personnel. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 108, 16-26.

ANEXO 10

Detalhes metodológicos do 3º e 4º INS

Foi utilizado, como instrumento de colheita de dados, um questionário de resposta obrigatória que foi aplicado entre 5 de Outubro de 1998 e 3 de Outubro de 1999 (3º INS), e entre Fevereiro de 2005 e Janeiro de 2006 (4º INS). A aplicação do questionário ocorreu através de entrevista directa com computador. Em ambos os casos, os entrevistadores foram sujeitos a acções de formação e orientação técnica ao longo do trabalho de campo (Ministério da Saúde, 1998; Instituto Nacional de Estatística, 2005).

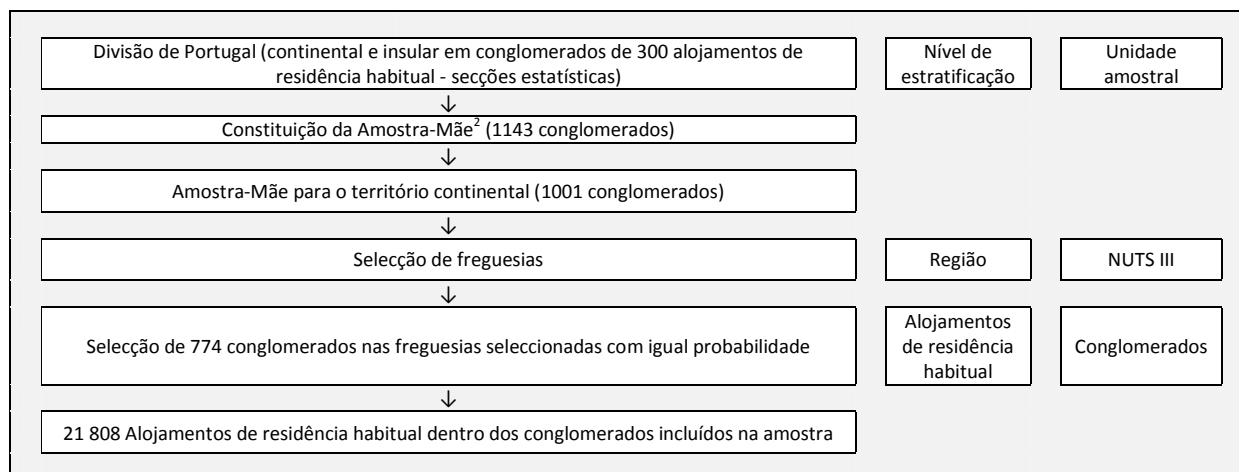
1. DESENHO DAS AMOSTRAS

1.2. 3º INS

A amostra do 3º INS incidiu apenas sobre os alojamentos de residência habitual, não colectivos, existentes em Portugal Continental, à altura do Recenseamento da População e da Habitação de 1991 (Instituto Nacional de Estatística, 1998).

A Figura 1 resume o processo de selecção da amostra do 3º INS.

Figura 1 – Processo de amostragem do 3º INS com indicação do nível de estratificação e unidade amostral por nível de estratificação



A dimensão do tamanho da amostra foi determinada pelo INE tendo por base os resultados dos INS anteriores para as variáveis incapacidade temporária, consumo de tabaco, doenças crónicas, saúde infantil e cuidados médicos e um erro relativo de amostragem em cada uma das regiões igual ou inferior a 5%, para apuramentos anuais (Instituto Nacional de Estatística, 1998).

² "...amostra de unidades de alojamento, destinada a servir de base de sondagem dos inquéritos a realizar pelo INE junto das famílias. (...) A Amostra-Mãe é uma amostra probabilística areolar (de áreas) e multietápica, construída a partir dos dados do Recenseamento da População e Habitação de 1991 (...) A Amostra-Mãe é constituída por 1143 Secções Estatísticas e é representativa ao nível II da NUTS (Nomenclatura Territorial para fins estatísticos): Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira." (Instituto Nacional de Estatística, 1998:1-2)

O Quadro 1 apresenta a dimensão global da amostra, em unidades de alojamento, e a sua distribuição por NUTS II.

Quadro 1 – Número de unidades de residências de alojamento principal de acordo com o Censos de 2001 e incluídos na amostra do INS e número de indivíduos na amostra do 4º INS por região de acordo com a NUTS II

Região de acordo com NUTS II	Amostra	
	Unidades de alojamento*	Indivíduos**
Norte	5 664	14832
Centro	4 544	9631
Lisboa e Vale do Tejo	6 360	12608
Alentejo	2 880	5853
Algarve	2 360	5682
Total	21 808	48606

NOTA: * De acordo com Instituto Nacional de Estatística (sd); ** De acordo com base de dados em SPSS do 3º INS

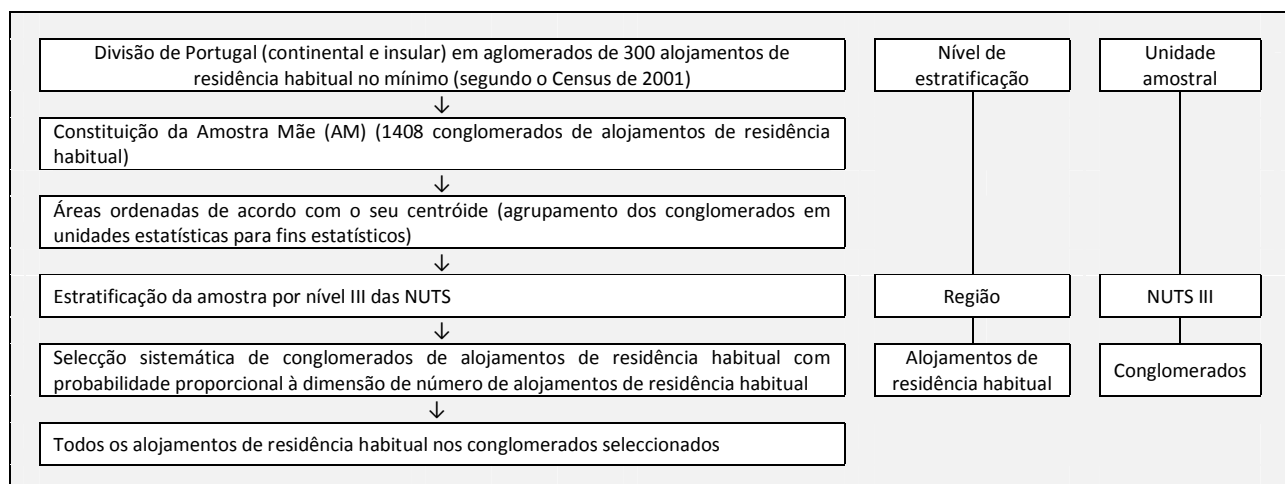
Para efeitos da análise de dados, considerou-se que a amostra do 3º INS foi obtida através de amostragem por estratificação e selecção de conglomerados com probabilidade igual sem reposição (Lohr, 1999).

1.3. 4º INS

A amostra do 4º INS disse respeito a todos os indivíduos a viver em alojamentos de residência habitual não colectivos³ no território Português (Instituto Nacional de Estatística, 2005). De acordo com os dados fornecidos pelo INE, no 4º INS utilizou-se a amostragem por clusters, estratificada por NUTS II, em duas etapas (Instituto Nacional de Estatística, 2005; Instituto Nacional de Estatística, 2006) (Figura 2).

³ Os alojamentos colectivos referem-se a hotéis e similares e convívios de apoio social, educação, militar, prisional, religiosa, saúde, trabalho e outros

Figura 2 – Processo de amostragem do 4º INS com indicação do nível de estratificação e unidade amostral por nível de estratificação



Para efeitos da análise de dados, considerou-se que a amostra do 4º INS foi obtida através de amostragem por estratificação e selecção de conglomerados com probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados sem reposição (Lohr, 1999).

A determinação do tamanho da amostra foi efectuada pelo INE, em colaboração com o INSA tendo por base os Recenseamentos da População e da Habitação de 2001 e os resultados do INS de 1998 (Instituto Nacional de Estatística, 2005). Foi também tida em linha de conta a necessidade de ter uma distribuição aproximadamente homogénea das sete regiões NUTS II (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Açores e Madeira) e de permitir o cálculo de estimativas para as regiões de saúde (Instituto Nacional de Estatística, 2005). O Quadro 2 apresenta a dimensão global da amostra, em unidades de alojamento, e a sua distribuição por NUTS II.

Quadro 2 – Número de unidades de residências de alojamento principal de acordo com o Censos de 2001 e incluídos na amostra do INS e número de indivíduos na amostra do 4º INS por região de acordo com a NUTS II

Região de acordo com NUTS II	Unidades de alojamento*	Amostra	
		Unidades de alojamento**	Indivíduos***
Norte	1 188 751	2 604	6 084
Centro	832 036	3 048	5 927
Lisboa e Vale do Tejo	982 722	3 328	5 981
Alentejo	287 663	3 045	5 764
Algarve	145 627	3 220	6 152
Açores	69 572	2 304	5 957
Madeira	72 177	2 401	5 328
Total	3 578 548	19 950	41 193

Região de acordo com NUTS II	Unidades de alojamento*	Amostra	
		Unidades de alojamento**	Indivíduos***
NOTA: * de acordo com dados do INE disponíveis em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000677&contexto=bd&selTab=tab2 ; ** De acordo com Instituto Nacional de Estatística (sd); *** De acordo com base de dados em SPSS do 4º INS			

Referências

- Instituto Nacional de Estatística (1998). *Inquérito Nacional de Saúde 98/99: nota metodológica*. INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2005). *Documento metodológico: 4º Inquérito Nacional de Saúde*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2006). *4º Inquérito Nacional de Saúde: utilização da base de dados - nota metodológica*.
- Lohr, S. (1999). *Sampling: design and analysis*. Duxbury Press.
- Ministério da Saúde (1998). *Inquérito Nacional de Saúde - 98/99: manual do entrevistador*. Portugal: Ministério da Saúde.

ANEXO 11

Recodificação e operacionalização das variáveis do 3º INS utilizadas na investigação

1. VARIÁVEL INDEPENDENTE

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação	Variáveis originais
Grupo profissional	Indica o grupo profissional a que pertence o indivíduo	Qualitativa	Nominal	1. Enfermeiros	2230 3232	p17
				2. Outros profissionais dos cuidados de saúde	2221 2222 2224 3133 3223 3224 3225 3226 3228 3229	
				3. Outros profissionais	Todos os restantes	
Profissionais dos cuidados de saúde	Indica se o indivíduo pertence aos profissionais dos cuidados de saúde	Qualitativa	Nominal	1. Sim	2230 3232 2221 2222 2224 3133 3223 3224 3225 3226 3228 3229	p17
				2. Não	Todos os restantes	

2. VARIÁVEIS DEPENDENTES

2.1. Auto-percepção do estado de saúde

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Estado de saúde	Descreve a forma como o indivíduo considera o seu estado de saúde	Qualitativa	Ordinal	1. Muito bom ou bom	1. Muito bom 2. Bom	p21
				2. Razoável	3. Razoável	
				3. Mau ou muito mau	4. Mau 5. Muito mau	
				<i>System missing</i>	7. Não se aplica 9. Não sabe	

2.2. Doença aguda

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
----------	-----------	------	--------	---------	----------------------	---------------------

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Doença aguda	Indica se o indivíduo, nas 2 últimas semanas, deixou de fazer alguma das coisas que habitualmente fazia em casa, no trabalho ou no tempo livre devido a doença, acidente, violência ou a motivos relacionados com a saúde ou se sentiu mal ou esteve adoentado	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1 a 14 dias	p31
					1. Sim	p33
				0. Não	00. Nenhum dia	p31
					2. Não	p33
				System missing	99. Não sabe	p31
					7. Não se aplica 9. Não sabe	p33

2.3. Incapacidade de longa duração

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Incapacidade de longa duração	Indica se o indivíduo tem incapacidade de longa duração	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	p41 p42 p43
					2. Mais que uns passos mas menos do que 200 metros 3. Apenas uns poucos passos 4. Não consegue andar mas desloca-se sozinho em cadeira de rodas 5. Não consegue andar mas desloca-se com ajuda de outrem em cadeira de rodas	p46
					2. Sozinho mas com dificuldade 3. Só com ajuda	p410 p411 p412
					2. Parando para descansar 3. Não consegue mesmo parando para descansar	p47
					2. Sozinho mas com dificuldade 3. Só com ajuda	p415 p416 p419 p420
					2. Só com o volume alto 3. Não consegue ouvir mesmo com o volume alto	p425
					2. A uma distância de 1 metro 3. Não consegue mesmo à distância de 1 metro	p427
					1. Sim	p429
				2. Não	2. Não	p41 p42 p43
					1. 200 metros ou mais	p46
					1. Sozinho sem dificuldade	p410 p411 p412
					1. Sem descansar	p47
					1. Sozinho sem dificuldade	p415 p416 p419 p420
					1. Num volume que não incomode as outras pessoas	p425
					1. A uma distância de 4 metros, digamos, do outro lado da rua	p427
					2. Não	p429

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
				<i>System missing</i>	7. Não se aplica 9. Não sabe	p41 p42 p43 p46 p410 p411 p412 p47 p415 p416 p419 p420 p425 p427 p429

2.4. Doença crónica

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Doença crónica	Indica se o indivíduo tem pelo menos uma doença crónica	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	p51 p55 p58 p511 p515 p518
				2. Não	2. Não	
				<i>System missing</i>	7. Não se aplica 9. Não sabe	

2.5. Cuidados médicos

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Consulta médico	Indica se o indivíduo consultou o médico nos últimos 3 meses	Qualitativa	Rácio	0. Não	0	p61
				1. Sim	≠0	
				<i>System missing</i>	99. Não sabe	
Especialidade consulta	Indica qual a especialidade	Qualitativa	Nominal	0. Outra especialidade	≠ 23	p63a
				1. Clínica geral	23	
				<i>System missing</i>	97. Não se aplica 99. Não sabe	
Motivo última consulta	Indica o motivo da última consulta no médico	Qualitativa	Nominal	1. Sentiu-se doente	2. Porque se sentiu doente	p64
				2. Exame de rotina (sem ser doença)	1. Exame de rotina (sem ser doença)	p65
				3. Exame de rotina por doença	9. Exame de rotina (motivado por doença)	p65
				4. Outros motivos	1. Para ter baixa 3. Para pedir receitas ou exames 4. Por outra razão	p64
					2. Medicina do trabalho 3. Consulta de vigilância da gravidez e do puerpério 4. Realização de exames complementares de diagnóstico 5. Realização de tratamentos 6. Medição da tensão	p65

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
					arterial 7. Obtenção de certificados 8. Mostrar resultados de exames 10. Acidente 11. Outros motivos	
				<i>System missing</i>	9. Não sabe	p64

2.6. Medicamentos

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Medicamentos dormir	Indica se o indivíduo tomou medicamentos para dormir nas duas últimas semanas	Qualitativa	Nominal	0. Não	2. Não	p631
				1. Sim	1. Sim	
				<i>System missing</i>	9. Não sabe	
Dias medicamentos dormir	Indica o número de dias, nas duas últimas semanas, que o indivíduo tomou medicamentos	Quantitativa	Rácio	Em dias	Em dias	p632
				<i>System missing</i>	97. Não se aplica 99. Não sabe	
Tempo toma	Indica há quanto tempo o indivíduo toma os medicamentos para dormir	Quantitativa	Rácio	1 ano	De 1 a 12 meses	p634a
				2 ano	De 13 a 24 meses	
				3 ano	De 25 a 36 meses	
				> 4 anos	Em anos	p634b
				<i>System missing</i>	99. Não sabe	p634a p634b

2.7. Saúde oral

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Consulta 12 meses	Indica se o indivíduo consultou, nos últimos 12 meses, um estomatologista, dentista, higienista ou outro técnico de saúde dentária	Qualitativa	Nominal	0. Não	2. Não	p73
				1.Sim	1. Sim	
				<i>System missing</i>	9. Não sabe	

2.8. Despesas com a saúde

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Gastos consultas	Indica se o indivíduo teve gastos com consultas de urgência ou outras nas últimas 2 semanas	Qualitativa	Nominal	0. Não	0	p81 p82
				1. Sim	De 1 a 9998	
				<i>System missing</i>	9999. Não sabe	
Consultas euros	Indica, em euros, quanto o indivíduo gastou, nas últimas 2 semanas, em consultas de urgência ou outras	Quantitativa	Rácio	$(Q81 + Q82) / 200,482 > 0$ euros	Em escudos	p81 p82
				<i>System missing</i>	9999. Não sabe	
Gastos Medicamentos	Indica se o indivíduo teve gastos com medicamentos nas últimas 2 semanas	Qualitativa	Nominal	1. Sim	De 1 a 9998	p818
				0. Não	0	
				<i>System missing</i>	9999. Não sabe	
Medicamentos euros	Indica, em euros, quanto o indivíduo gastou, nas últimas 2 semanas, em medicamentos	Quantitativa	Rácio	$Q818 / 200,482 > 0$ euros	Em euros	p818
				<i>System missing</i>	9999. Não sabe	

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Gastos outros	Indica se o indivíduo teve outros gastos com a saúde nas últimas 2 semanas	Qualitativa	Nominal	1. Sim	De 1 a 9998	p83 p84 p85 p86 p87 p88 p89 p810 p811 p812 p813 p814 p815 p816 p817 p819 p820 p821 p822
				0. Não	0	
				<i>System missing</i>	9999. Não sabe	
Outros euro	Indica, em euros, quanto o indivíduo gastou, nas últimas 2 semanas, em outros tratamentos	Quantitativa	Rácio	(Q83 + Q84 + Q85 + Q86 + Q87 + Q88 + Q89 + Q810 + Q811 + Q812 + Q813 + Q814 + Q815 + Q816 + Q817 + Q819 + Q820 + Q821 + Q822) / 200,482 > 0 euros	Em euros	p83 p84 p85 p86 p87 p88 p89 p810 p811 p812 p813 p814 p815 p816 p817 p819 p820 p821 p822
				<i>System missing</i>	9999. Não sabe	

2.9. Consumo de tabaco

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Hábitos tabágicos	Indica se o indivíduo foi ou é fumador ou se nunca foi fumador	Qualitativa	Nominal	1. Nunca fumou	3. Não fuma	p91
				2. Fumador	3. Não fumou	p97
				3. Ex-fumador	1. Diariamente 2. Ocasionalmente	p91
Fumador	Indica se o indivíduo fuma actualmente	Qualitativa	Nominal	1. Fumador	1. Diariamente 2. Ocasionalmente	p91
				0. Não fumador	3. Não fuma	
				<i>System missing</i>	9. Não sabe	
Cigarros dia	Indica o número de cigarros fumados por dia	Quantitativa	Rácio	Em número de cigarros	Em número de cigarros	p94
				<i>System missing</i>	0 997. Não se aplica 999. Não sabe	

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Anos fumador	Indica o número de anos em que o indivíduo é fumador (diferença entre a idade e a idade em que começou a fumar)	Quantitativa	Rácio	Em número de anos	P1 - Q95	p1 p95
				<i>System missing</i>	7. Não se aplica	
Ex-fumador	Indica se o indivíduo alguma vez fumou	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Diariamente	p97
				2. Não	2. Ocasionalmente	
				<i>System missing</i>	3. Não fumou 7. Não se aplica 9. Não sabe	
Cigarros ex fumador	Indica o número de cigarros fumados por dia do ex-fumador	Quantitativa	Rácio	Em número de cigarros	Em número de cigarros	p118
				<i>System missing</i>	0 997. Não se aplica 999. Não sabe	
Anos fumo ex-fumador	Indica o número de anos durante os quais o indivíduo foi fumador (diferença entre a idade em que deixou de fumar e a idade em que começou a fumar)	Quantitativa	Rácio	Em número de anos	Q910 – Q99	p99 p910
				<i>System missing</i>	7. Não se aplica	p1110

2.10. Consumo de bebidas alcoólicas

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Consumo bebidas	Indica se o indivíduo consumiu pelo menos uma bebida em pelo menos um dia da última semana	Qualitativa	Nominal	0. Não	0	p108 p109 p912 p1014 p1016
				1. Sim	1,2,3,4,5,6,7	
				<i>System missing</i>	9. Não sabe	
Vinho	Indica o número de dias que indivíduo bebeu vinho na última semana	Qualitativa	Ordinal	1. Não bebeu	0	p108
				2. Bebeu 1 a 2 dias	1, 2	
				3. Bebeu 3 a 6 dias	3,4,5,6	
				4. Bebeu todos os dias	7	
				<i>System missing</i>	9. Não sabe	
Cerveja	Indica o número de dias que indivíduo bebeu cerveja na última semana	Qualitativa	Ordinal	1. Não bebeu	0	p109
				2. Bebeu 1 a 2 dias	1, 2	
				3. Bebeu 3 a 6 dias	3,4,5,6	
				4. Bebeu todos os dias	7	
				<i>System missing</i>	9. Não sabe	
Beber outros	Indica o número de dias que indivíduo bebeu bagaço, aguardente, brandy, vinho do Porto, martini, licores, whisky ou gin na última semana	Qualitativa	Ordinal	1. Não bebeu	0	p912 p1014 p1016
				2. Bebeu 1 a 2 dias	1, 2	
				3. Bebeu 3 a 6 dias	3,4,5,6	
				4. Bebeu todos os dias	7	
				<i>System missing</i>	97. Não se aplica 99. Não sabe	

2.11. Actividade física

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Actividade física	Indica se o indivíduo se dedica pelo menos uma vez por semana a uma actividade física regular suficiente para sentir cansaço	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	p123
				2. Não	2. Não	
				<i>System missing</i>	9. Não sabe	

3. VARIÁVEIS DE POTENCIAL CONFUNDIMENTO

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação original	Variáveis originais
Sexo	Indica o sexo do indivíduo	Qualitativa	Nominal	1. Masculino	1. Masculino	SEXO
				0. Feminino	2. Feminino	
Idade	Indica o grupo etário a que pertence o indivíduo	Quantitativa	Rácio	≥ 21 anos	Em anos	P1
				Excluídos da análise	Idade<21 anos	
Estado civil	Indica o estado civil do indivíduo	Qualitativa	Nominal	0. Solteiro, viúvo, separado ou divorciado	1. Solteiro	Q2
				1. Casado	2. Casado	
				<i>System missing</i>	9. Não sabe	
Anos de escolaridade	Indica os anos de escolaridade completos o indivíduo	Quantitativa	Rácio	Em anos	Em anos	Q4
				<i>System missing</i>	99. Não sabe	
Trabalho 2 semanas	Indica a situação do indivíduo perante o trabalho nas duas últimas semanas	Qualitativa	Nominal	1. Trabalhou	1. Sim	Q5
				0. Não trabalhou	2. Não	
				<i>System missing</i>	9. Não sabe	
IMC	Indica o índice de massa corporal do indivíduo	Qualitativa	Ordinal	1. Baixo peso	IMC < 18,5 kg/m ²	ESC_IMC
				2. Peso Normal	IMC ≥ 18,5 Kg/m ² e < 25 kg/m ²	
				3. Excesso de peso	IMC ≥ 25 Kg/m ² e < 30 kg/m ²	
				4. Obesidade	IMC ≥ 30 kg/m ²	
				<i>System missing</i>	Não sabe	
Beneficiário	Indica de que entidade o indivíduo é beneficiário em matéria dos cuidados de saúde ⁴	Qualitativa	Nominal	1. ADSE	1. ADSE	p24
				2. SNS ou SRS	9. SNS	
				3. Outros	2. SSMJ 3. ADMA 4. ADFA 5. ADME 6. SAD/PSP 7. SAD/GNR 8. SAMS 10. Outros	
				<i>System missing</i>	99. Não sabe	
Seguro de Saúde	Indica se o indivíduo tem um seguro de saúde	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	p26
				2. Não	2. Não	
				<i>System missing</i>	9. Não sabe	
Rendimento da família	Indica o rendimento total da família do indivíduo no mês passado	Qualitativa	Nominal	1. Até 813 €	1. Até 43 600 \$ 2. De 43600 \$ a 62 899 \$ 3. De 62 900 \$ a 84 499 \$ 4. De 84500 \$ a 109 499 \$ 5. De 109 500 \$ a 135 899 \$ 6. De 135 900 \$ a 163 099 \$	p824
				2. De 813 a 1681€	7. De 163 100 \$ a 198 499 \$ 8. De 198 500\$ a 247 499 \$ 9. De 247 500 \$ a 337 100 \$	
				3. mais de 1681 €	10. Mais de 337 100€	

⁴ Para a definição de cada uma das siglas consultar lista de siglas e abreviaturas no volume I.

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação original	Variáveis originais
				<i>System missing</i>	96. Não quer responder 99. Não sabe	

ANEXO 12

Plano de análise dos dados do 3º INS

1. Grupo profissional / Profissionais dos cuidados de saúde / Enfermeiros

Frequências abosultas e relativas. Ponderador 1

1.1. Possíveis confundimentos para grupo profissional

Variável independente	Variável confundente	Ponderador
Grupo profissional / PCS	Idade	1
	Anos de escolaridade	
	Rendimento da família	
	Sexo	
	Estado civil	
	Trabalho 2 semanas	
	Beneficiário	
	Seguro de saúde	

2. Estado de saúde

Variável independente	Variável dependente	Ponderador
Grupo profissional / Profissionais dos cuidados de saúde	Estado de saúde	2

2.1. Possíveis confundimentos para estado de saúde

Variável dependente	Variável confundente	Ponderador
Estado de saúde	Idade	2
	Anos de escolaridade	
	IMC	
	Anos fumador	
	Anos fumo ex-fumador	
	Tempo medicamentos dormir	
	Dias actividade física	
	Sexo	
	Estado civil	
	Trabalho 2 semanas	
	Beneficiário	
	Seguro de saúde	
	Rendimento da família	
	Incapacidade temporária	
	Estar adoentado	
	Incapacidade de longa duração	
	Doença crónica	
	Fumador	

Variável dependente	Variável confundente	Ponderador
	Ex-fumador	
	Fumar 2 semanas	
	Medicamentos dormir	
	Vinho	
	Cerveja	
	Beber outros	
	Actividade física	
	IMC_COD	

3. Incapacidade temporária

Variável independente	Variável dependente	Ponderador
Grupo profissional / Profissionais dos cuidados de saúde / Enfermeiros	Incapacidade temporária	1
	Estar adoentado	

3.1. Possíveis confundimentos para incapacidade temporária

Variável dependente	Variável confundente	Ponderador
Incapacidade temporária / estar adoentado	Idade	1
	Anos de escolaridade	
	IMC	
	Anos fumador	
	Anos fumo ex-fumador	
	Cigarros dia	
	Sexo	
	Trabalho 2 semanas	
	Beneficiário	
	Seguro de saúde	
	Rendimento da família	
	Incapacidade temporária	
	Estar adoentado	
	Incapacidade de longa duração	
	Doença crónica	
	Fumador	
	Ex-fumador	
	Fumar 2 semanas	
Vinho		
Cerveja		

Variável dependente	Variável confundente	Ponderador
	Beber outros	
	IMC_COD	

4. Incapacidade de longa duração

Variável independente	Variável dependente	Ponderador
Grupo profissional / Profissionais dos cuidados de saúde / Enfermeiros	Incapacidade de longa duração	1

4.1. Possíveis confundimentos para incapacidade temporária

Variável dependente	Variável confundente	Ponderador
Incapacidade de longa duração	Idade	1
	Anos de escolaridade	
	IMC	
	Anos fumador	
	Anos fumo ex-fumador	
	Cigarros dia	
	Sexo	
	Trabalho 2 semanas	
	Beneficiário	
	Seguro de saúde	
	Rendimento da família	
	Incapacidade temporária	
	Estar adoentado	
	Incapacidade temporária	
	Doença crónica	
	Fumador	
	Ex-fumador	
	Fumar 2 semanas	
	Vinho	
	Cerveja	
Beber outros		
IMC_COD		

5. Doença crónica

Variável independente	Variável dependente	Ponderador
Grupo profissional / Profissionais dos cuidados de saúde / Enfermeiros	Doenças crónicas	1

5.1. Possíveis confundimentos para doenças crónicas

Variável dependente	Variável confundente	Ponderador
Doenças crónicas	Idade	1
	Anos de escolaridade	
	IMC	
	Anos fumador	
	Anos fumo ex-fumador	
	Cigarros dia	
	Cigarros ex fumador	
	Dias actividade física	
	Sexo	
	Trabalho 2 semanas	
	Beneficiário	
	Seguro de saúde	
	Rendimento da família	
	Incapacidade temporária	
	Estar adoentado	
	Incapacidade temporária	
	Doença crónica	
	Fumador	
	Ex-fumador	
	Fumar 2 semanas	
	Vinho	
	Cerveja	
	Beber outros	
IMC_COD		
Actividade física		

6. Consumo de medicamentos

Variável independente	Variável dependente	Ponderador
Grupo profissional / Profissionais dos cuidados de saúde / Enfermeiros	Medicamentos dormir	1
	Dias de medicamentos para dormir	
	Tempo toma	

6.1. Possíveis confundimentos para consumo de medicamentos

Variável dependente	Variável confundente	Ponderador
Medicamentos dormir / Dias de medicamentos para dormir / Tempo toma	Idade	1
	Anos de escolaridade	
	Dias actividade física	
	Consulta médico	
	Sexo	
	Estado civil	
	Trabalho 2 semanas	
	Beneficiário	
	Seguro de saúde	
	Rendimento da família	
	Incapacidade temporária	
	Estar adoentado	
	Incapacidade longa duração	
	Doença crónica	
	Actividade física	
Especialidade		

7. Saúde oral

Variável independente	Variável dependente	Ponderador
Grupo profissional / Profissionais dos cuidados de saúde	Consulta 12 meses	1

7.1. Possíveis confundimentos para saúde oral

Variável dependente	Variável confundente	Ponderador
Consulta 12 meses	Idade	1
	Anos de escolaridade	
	Consulta médico	
	Cigarros dia	
	Anos fumador	
	Anos fumo ex-fumador	
	Cigarros ex fumador	
	Dias actividade física	
	Consulta médico	
	Sexo	
	Estado civil	
	Trabalho 2 semanas	

Variável dependente	Variável confundente	Ponderador
	Beneficiário	
	Seguro de saúde	
	Rendimento da família	
	Estado saúde	
	Estar adoentado	
	Incapacidade temporária	
	Incapacidade longa duração	
	Doença crónica	
	Fumador	
	Ex-fumador	
	Vinho	
	Cerveja	
	Beber outros	
	Actividade física	

8. Despesas com a saúde

Variável independente	Variável dependente	Ponderador
Grupo profissional / Profissionais dos cuidados de saúde	Gastos consultas	1
	Gastos medicamentos	
	Gastos outros	
	Consultas euro	
	Medicamentos euro	
	Outros euro	

8.1. Possíveis confundimentos para despesas com a saúde

Variável dependente	Variável confundente	Ponderador
Gastos com consultas / Gastos medicamentos / Gastos outros	Idade	1
	Anos de escolaridade	
	Consulta médico	
	Dias medicamentos dormir	
	Tempo toma	
	Sexo	
	Estado civil	
	Trabalho 2 semanas	
	Beneficiário	
	Seguro de saúde	

Variável dependente	Variável confundente	Ponderador
	Rendimento da família	
	Estado saúde	
	Estar adoentado	
	Incapacidade temporária	
	Incapacidade longa duração	
	Doença crónica	
	Fumador	
	Anos fumador	
	Cigarros dia	
	Ex-fumador	
	Anos fumo ex fumador	
	Cigarros ex fumador	
	Vinho	
	Cerveja	
	Beber outros	
	Actividade física	
	IMC_COD	
	Medicamentos dormir	
Consulta 12 meses		
Especialidade consulta		
Motivo última consulta		

9. Consumo de tabaco

Variável independente	Variável dependente	Ponderador
Grupo profissional / Profissionais dos cuidados de saúde	Fumador	1
	Fumar 2 semanas	
	Ex-fumador	
	Cigarros dia	
	Cigarros ex fumador	
	Anos fumador	
	Anos fumo ex- fumador	

9.1. Possíveis confundimentos para consumo de tabaco

Variável dependente	Variável confundente	Ponderador
Fumador / Ex-fumador/ Fumar 2 semanas / Anos fumador/ Cigarros dia/ Cigarros ex-fumador / Anos fumo ex-fumador	Idade	1
	Anos escolaridade	

Variável dependente	Variável confundente	Ponderador
	Dias actividade física	
	Consulta médico	
	Sexo	
	Estado civil	
	Trabalho 2 semanas	
	Rendimento família	
	Estado saúde	
	Incapacidade temporária	
	Estar adoentado	
	Incapacidade de longa duração	
	Doença crónica	
	Motivo consulta	
	Consulta 12 meses	
	Vinho	
	Cerveja	
	Beber outros	
Actividade física		
IMC_COD		

10. Consumo de bebidas alcoólicas

Variável independente	Variável dependente	Ponderador
Grupo profissional / Profissionais dos cuidados de saúde	Vinho	1
	Cerveja	
	Beber outros	

10.1. Possíveis confundimentos para consumo de bebidas alcoólicas

Variável dependente	Variável confundente	Ponderador
Vinho / Cerveja / Beber outros	Idade	1
	Anos de escolaridade	
	Cigarros dia	
	Dias actividade física	
	Consulta médico	
	Sexo	
	Estado civil	
	Trabalho 2 semanas	

Variável dependente	Variável confundente	Ponderador
	Rendimento família	
	Estado saúde	
	Incapacidade temporária	
	Estar adoentado	
	Incapacidade longa duração	
	Doença crónica	
	Motivo consulta	
	Medicamentos dormir	
	Consulta 12 meses	
	Fumador	
	Fumar 2 semanas	
	IMC_COD	

11. Actividade física

Variável independente	Variável dependente	Ponderador
Grupo profissional / Profissionais dos cuidados de saúde	Actividade física	1
	Dias actividade física	

11.1. Possíveis confundimentos para actividade física

Variável dependente	Variável confundente	Ponderador
Actividade física 7 dias	Idade	1
	Anos de escolaridade	
	Trabalho 2 semanas	
	Rendimento da família	
	Estado de saúde	
	Fumador	
	Ex-fumador	
	Incapacidade temporária	
	Incapacidade de longa duração	
	Doença crónica	
	Cerveja	
	Vinho	
	Beber outros	

ANEXO 13

Recodificação e operacionalização das variáveis do 4º INS utilizadas na investigação

1. Variáveis independentes

Variável (notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação	Variáveis originais
Grupo profissional (GPROF)	Indica o grupo profissional a que pertence o indivíduo	Qualitativa	Nominal	1. Enfermeiros	2230 3232	Q19
				2. Outros profissionais dos cuidados de saúde	2221 2222 2224 3133 3223 3224 3225 3226 3228 3229	
				3. Outros profissionais	Todos os restantes	
				System missing	97. Não tem ou nunca teve profissão 99. Não sabe	
Profissionais dos cuidados de saúde (PCS)	Indica se o indivíduo pertence aos profissionais dos cuidados de saúde	Qualitativa	Nominal	1. Sim	2230 3232 2221 2222 2224 3133 3223 3224 3225 3226 3228 3229	Q19
				2. Não	Todos os restantes	
				System missing	97. Não tem ou nunca teve profissão 99. Não sabe	

2. Variáveis dependentes

2.1. Auto-percepção do estado de saúde

Variável (Notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Estado de saúde (ES)	Descreve a forma como o indivíduo considera o seu estado de saúde	Qualitativa	Ordinal	1. Muito bom ou bom	1. Muito bom 2. Bom	Q21
				2. Razoável	3. Razoável	
				3. Mau ou muito mau	4. Mau 5. Muito mau	
				System missing	7. Não se aplica 9. Não sabe	

2.2. Incapacidade temporária

Variável (Notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Incapacidade temporária (IncaTEMP)	Indica se o indivíduo, nas 2 últimas semanas, deixou de fazer alguma das coisas que habitualmente fazia em casa, no trabalho ou no tempo livre devido a doença, acidente, violência ou a motivos relacionados com a saúde	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1 a 14 dias	Q31
				0. Não	00. Nenhum dia	
				System missing	99. Não sabe	
Absentismo (Absentismo)	Indica se o indivíduo faltou ao trabalho devido a incapacidade temporária	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1 a 14 dias	Q32
				0. Não	00. Nenhum dia	
				System missing	97. Não se aplica	

Variável (Notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
					99. Não sabe	
Estar adoentado (Adoentado)	Indica se o indivíduo se sentiu mal ou esteve adoentado	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	Q34
				0. Não	2. Não	
				System missing	7. Não se aplica 9. Não sabe	
Recorrer (Recorrer)	Indica se o indivíduo recorreu a alguém pela incapacidade temporária	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	Q381 Q382 Q383 Q384 Q385 Q386 Q387 Q388 Q389 Q3810 Q3811 Q3812
				0. Não	1. Sim	Q3813
				System missing	7. Não se aplica 9. Não sabe	Q381 Q382 Q383 Q384 Q385 Q386 Q387 Q388 Q389 Q3810 Q3811 Q3812 Q3813
Recorrer médico, enfermeiro ou farmacêutico (RecoMED)	Indica se o indivíduo recorreu ao médico, enfermeiro ou farmacêutico devido à incapacidade temporária	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	Q381 Q382 Q383
				0. Não	2. Não	
				System missing	7. Não se aplica 9. Não sabe	
Recorrer medicações alternativas (RecoALT)	Indica se o indivíduo recorreu ao técnico de acupuntura, homeopata, osteopata, naturopata, fitoterapeuta ou técnico de quiropraxia devido à incapacidade temporária	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	Q384 Q385 Q386 Q387 Q388 Q389
				0. Não	2. Não	
				System missing	7. Não se aplica 9. Não sabe	
Recorrer outros (recoOUT)	Indica se o indivíduo recorreu ao ervanário, endireita, curandeiro, virtuoso ou outro devido à incapacidade temporária	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	Q3810 Q3811 Q3812
				2. Não	2. Não	
				System missing	7. Não se aplica 9. Não sabe	

2.3. Incapacidade de longa duração

Variável (notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Incapacidade de longa duração (IncaLONGA)	Indica se o indivíduo tem incapacidade de longa duração	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	Q41 Q43 Q44
					2. Mais que uns passos mas menos do que 200 metros 3. Apenas uns poucos passos 4. Não consegue andar mas desloca-se sozinho em cadeira de rodas 5. Não consegue andar mas desloca-se com ajuda de outrem em cadeira de rodas	Q45
					2. Sozinho mas com dificuldade 3. Só com ajuda	Q46 Q47 Q48 Q49
					2. Parando para descansar 3. Não consegue mesmo parando para descansar	Q410
					2. Sozinho mas com dificuldade 3. Só com ajuda	Q411 Q412 Q413 Q414 Q415 Q416 Q417 Q418 Q419 Q420 Q421
					2. Só com o volume alto 3. Não consegue ouvir mesmo com o volume alto	Q422
					2. A uma distância de 1 metro 3. Não consegue mesmo à distância de 1 metro	Q423
					1. Sim	Q424
				0. Não	2. Não	Q41 Q43 Q44
					1. 200 metros ou mais	Q45
					1. Sozinho sem dificuldade	Q46 Q47 Q48 Q49
					1. Sem descansar	Q410
					1. Sozinho sem dificuldade	Q411 Q412 Q413 Q414 Q415 Q416 Q417 Q418 Q419 Q420 Q421
					1. Num volume que não incomode as outras pessoas	Q422
					1. A uma distância de 4 metros, digamos, do	Q423

Variável (notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
					outro lado da rua	
					2. Não	Q424
				<i>System missing</i>	7. Não se aplica 9. Não sabe	Q41 Q43 Q44 Q45 Q46 Q47 Q48 Q49 Q410 Q411 Q412 Q413 Q414 Q415 Q416 Q417 Q418 Q419 Q420 Q421 Q422 Q423 Q424

2.4. Doenças crónicas

Variável (Notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais	
Doença crónica (Cronica)	Indica se o indivíduo tem pelo menos uma doença crónica	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	Q51 Q510 Q516 Q521 Q5241 Q5242 Q5243 Q5244 Q5245 Q5246 Q5247 Q5249 Q52410 Q52411 Q52412 Q52414 Q52415	
				0. Não	2. Não		
				<i>System missing</i>	7. Não se aplica 9. Não sabe		
Doença mental (DoençaMENTAL)	Indica se o indivíduo tem pelo menos uma doença mental	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	Q5248 Q52413	
				0. Não	2. Não		
				<i>System missing</i>	9. Não sabe		

2.5. Cuidados de saúde

Variável (Notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Consulta médico (CMedico)	Indica o número de vezes que o indivíduo consultou o médico nos últimos 3 meses	Quantitativa	Rácio	Número de vezes	Número de vezes	Q61
				<i>System missing</i>	99. Não sabe	

Variável (Notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Especialidade consulta (EspConsul)	Indica qual a especialidade	Qualitativa	Nominal	1. Clínica geral	23	Q63
				0. Outra especialidade	Todos ≠ 23	
				System missing	97. Não se aplica 99. Não sabe	
Motivo última consulta (muCONSULTA)	Indica o motivo da última consulta no médico	Qualitativa	Nominal	1. Sentiu-se doente	2. Porque se sentiu doente	Q64
				2. Exame de rotina (sem ser doença)	1. Exame de rotina (sem ser doença)	Q65
				3. Exame de rotina por doença	9. Exame de rotina (motivado por doença)	Q65
				4. Outros motivos	1. Para ter baixa 3. Para pedir receitas ou exames 4. Por outra razão	Q64
				System missing	2. Medicina do trabalho 3. Consulta de vigilância da gravidez e do puerpério 4. Realização de exames complementares de diagnóstico 5. Realização de tratamentos 6. Medição da tensão arterial 7. Obtenção de certificados 8. Mostrar resultados de exames 10. Acidente 11. Outros motivos	Q65
				9. Não sabe	Q64	

2.6. Medicamentos

Variável (Notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Medicamentos receitados (MedRec)	Indica se o indivíduo tomou medicamentos receitados pelo médico nas 2 últimas semanas	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	Q81
				0. Não	2. Não	
				System missing	9. Não sabe	
Medicamentos DCV (MedicamentosDCV)	Indica se o indivíduo tomou medicamentos receitados pelo médico para a TA ou outra doença cardiovascular	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	Q821 Q822
				0. Não	2. Não	
				System missing	7. Não se aplica 9. Não sabe	
Medicamentos dor (MedicamentosDOR)	Indica se o indivíduo tomou medicamentos receitados pelo médico ou não para as dores das articulações, dor de cabeça ou outro tipo de dor	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	Q825 Q826 Q827 Q841
				0. Não	2. Não	
				System missing	7. Não se aplica 9. Não sabe	
Medicamentos mental (MedMENTAL)	Indica se o indivíduo tomou medicamentos receitados pelo médico para a ansiedade, nervosismo ou depressão	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	Q828 Q8212
				0. Não	2. Não	
				System missing	7. Não se aplica 9. Não sabe	
Medicamentos resp (MedRESP)	Indica se o indivíduo tomou medicamentos receitados pelo médico para a asma, bronquite crónica ou enfisema	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	Q829 Q8210
				0. Não	2. Não	
				System missing	7. Não se aplica 9. Não sabe	
Outros	Indica se o indivíduo tomou	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	Q823

Variável (Notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
medicamentos (MedOUT)	outros medicamentos para baixar o nível de colesterol, diabetes, sintomas alérgicos, problemas de estômago, comprimidos para dormir, antibióticos ou outros medicamentos receitados pelo médico			2. Não <i>System missing</i>	2. Não 7. Não se aplica 9. Não sabe	Q824 Q8211 Q8213 Q8214 Q8215 Q8218
Medicamentos hormonas (MedHORMONA)	Indica se o indivíduo tomou a pílula contraceptiva ou hormonas para a menopausa ou osteoporose receitada pelo médico	Qualitativa	Nominal	1. Sim 2. Não <i>System missing</i>	1. Sim 2. Não 7. Não se aplica 9. Não sabe	Q8216 Q8217
Medicamentos não receitados (Q83)	Indica se o indivíduo tomou medicamentos não receitados pelo médico	Qualitativa	Nominal	1. Sim 2. Não <i>System missing</i>	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	Q83

2.7. Saúde oral

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Consulta 12 meses (Q92)	Indica se o indivíduo consultou, nos últimos 12 meses, um estomatologista, dentista, higienista ou outro técnico de saúde dentária	Qualitativa	Nominal	1. Sim 2. Não <i>System missing</i>	1. Sim 2. Não 7. Não se aplica 9. Não sabe	Q92

2.8. Despesas com a saúde

Variável (Notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Gastos consultas (GastoCONSUL)	Indica se o indivíduo teve gastos com consultas nas últimas 2 semanas	Qualitativa	Nominal	1. Sim 0. Não <i>System missing</i>	De 1 a 9998 0 9999. Não sabe	Q101
Consultas euros (euroCONSUL)	Indica, em euros, quanto o indivíduo gastou, nas últimas 2 semanas, em consultas de urgência ou outras	Quantitativa	Rácio	> 0 euros <i>System missing</i>	Em euros 9999. Não sabe	Q101
Gastos Medicamentos (gastoMED)	Indica se o indivíduo teve gastos com medicamentos nas últimas 2 semanas	Qualitativa	Nominal	1. Sim 0. Não <i>System missing</i>	De 1 a 9998 0 9999. Não sabe	Q103
Medicamentos euro (euroMED)	Indica, em euros, quanto o indivíduo gastou, nas últimas 2 semanas, em medicamentos	Quantitativa	Rácio	> 0 euros <i>System missing</i>	Em euros 9999. Não sabe	Q103
Gastos outros (gastoOUT)	Indica se o indivíduo teve outros gastos com a saúde nas últimas 2 semanas	Qualitativa	Nominal	1. Sim 0. Não <i>System missing</i>	De 1 a 9998 0 9999. Não sabe	Q102 Q104 Q105
Outros euro (OUTROSeuro)	Indica, em euros, quanto o indivíduo gastou, nas últimas 2 semanas, em outros tratamentos	Quantitativa	Rácio	> 0 euros <i>System missing</i>	Em euros 9999. Não sabe	Q102 Q104 Q105

2.9. Consumo de tabaco

Variável (Notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Fumador (Fumador)	Indica se o indivíduo fuma actualmente	Qualitativa	Nominal	1. Fumador 0. Não fumador <i>System missing</i>	1. Diariamente 2. Ocasionalmente 3. Não fuma 9. Não sabe	Q111a
Fumar 2 semanas (Fu2SEM)	Indica se o indivíduo fumou nas 2 últimas semanas	Qualitativa	Nominal	1. Sim 0. Não <i>System missing</i>	1. Diariamente 2. Ocasionalmente 3. Não fumou 7. Não se aplica 9. Não sabe	Q112a
Cigarros dia (CigarrosD)	Indica o número de cigarros fumados por dia	Quantitativa	Rácio	Em número de cigarros <i>System missing</i>	Em número de cigarros 997. Não se aplica 999. Não sabe	Q114a
Anos fumador (AnosFU)	Indica o número de anos em que o indivíduo é fumador (diferença entre a idade e a idade em que começou a fumar)	Quantitativa	Rácio	Em anos	(Idade – idade de fumar)	Idade Q115a
Ex-fumador (EXfumador)	Indica se o indivíduo alguma vez fumou	Qualitativa	Nominal	1. Sim 0. Não <i>System missing</i>	1. Diariamente 2. Ocasionalmente 3. Não fumou 7. Não se aplica 9. Não sabe	Q117
Cigarros ex fumador (CIGARex)	Indica o número de cigarros fumados por dia do ex-fumador	Quantitativa	Rácio	Em número de cigarros <i>System missing</i>	Em número de cigarros 997. Não se aplica 999. Não sabe	Q118
Anos fumo ex-fumador (AnosFUex)	Indica o número de anos durante os quais o indivíduo foi fumador (diferença entre a idade em que deixou de fumar e a idade em que começou a fumar)	Quantitativa	Rácio	Em anos <i>System missing</i>	(idade deixou de fumar - idade começou a fumar) 7. Não se aplica	Q119a Q1110 Q1110
Deixar fumar (DeixarFUMO)	Indica se o indivíduo já alguma vez tentou deixar de fumar	Qualitativa	Nominal	1. Sim 0. Não <i>System missing</i>	1. Sim 2. Não 7. Não se aplica 9. Não sabe	Q1111
Fumador passivo (FumoPASS)	Indica se o indivíduo é fumador passivo	Qualitativa	Nominal	1. Sim 0. Não	1. Sempre 2. A maior parte do tempo 3. Bastante tempo 4. Algum tempo 5. Pouco tempo 6. Nunca	Q1114

2.10. Consumo de bebidas alcoólicas

Variável (Notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Vinho (Vinho)	Indica o número de dias que indivíduo bebeu vinho na última semana	Qualitativa	Ordinal	1. Não bebeu 2. Bebeu 1 a 2 dias 3. Bebeu 3 a 6 dias 4. Bebeu todos os dias <i>System missing</i>	0 1, 2 3,4,5,6 7 99. Não sabe	Q127
Cerveja (Cerveja)	Indica o número de dias que indivíduo bebeu cerveja na última semana	Qualitativa	Ordinal	1. Não bebeu 2. Bebeu 1 a 2 dias 3. Bebeu 3 a 6 dias 4. Bebeu todos os dias <i>System missing</i>	0 1, 2 3,4,5,6 7 97. Não se aplica 99. Não sabe	Q129

Variável (Notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Beber outros (BebeOUT)	Indica o número de dias que indivíduo bebeu bagaço, aguardente, brandy, vinho do Porto, martini, licores, whisky, gin ou vodka na última semana	Qualitativa	Ordinal	1. Não bebeu	0	Q1211 Q1213 Q1215
				2. Bebeu 1 a 2 dias	1, 2	
				3. Bebeu 3 a 6 dias	3,4,5,6	
				4. Bebeu todos os dias	7	
				<i>System missing</i>	97. Não se aplica 99. Não sabe	
Beber sozinho (Q12171a)	Indica se o indivíduo bebeu sozinho	Qualitativa	Nominal	0. Não bebeu sozinho	0	Q12171a
				1. Bebeu sozinho	1,2,3,4,5,6,7	
				<i>System missing</i>	97. Não se aplica 99. Não sabe	
Beber estabelecimento (Q12171b)	Indica se indivíduo bebeu num bar, taberna ou café	Qualitativa	Nominal	0. Não bebeu num bar, taberna ou café	0	Q12171b
				1. Bebeu num bar, taberna ou café	1,2,3,4,5,6,7	
				<i>System missing</i>	97. Não se aplica 99. Não sabe	
Beber num evento (Q12171c)	Indica se o indivíduo bebeu num evento desportivo ou outra diversão	Qualitativa	Nominal	0. Não bebeu num evento desportivo ou outra diversão	0	Q12171c
				1. Bebeu num evento desportivo ou outra diversão	1,2,3,4,5,6,7	
				<i>System missing</i>	97. Não se aplica 99. Não sabe	
Beber almoço (Q12171d)	Indica o número de dias, na última semana, que o indivíduo bebeu ao almoço	Qualitativa	Ordinal	0. Não bebeu ao almoço	0	Q12171d
				1. 1 a 2 dias	1,2	
				2. 3 a 6 dias	3,4,5,6	
				3. Todos os dias	7	
				<i>System missing</i>	97. Não se aplica 99. Não sabe	
Beber jantar (Q12171e)	Indica o número de dias, na última semana, que o indivíduo bebeu ao jantar	Qualitativa	Ordinal	0. Não bebeu ao jantar	0	Q12171e
				1. 1 a 2 dias	1,2	
				2. 3 a 6 dias	3,4,5,6	
				3. Todos os dias	7	
				<i>System missing</i>	97. Não se aplica 99. Não sabe	
Beber conduzir (Q12171f)	Indica se o indivíduo bebeu antes de conduzir um carro ou uma mota	Qualitativa	Nominal	0. Não bebeu antes de conduzir	0	Q12171f
				1. Bebeu antes de conduzir	1,2,3,4,5,6,7	
				<i>System missing</i>	97. Não se aplica 99. Não sabe	
Beber como fds (Q1218)	Indica como o indivíduo bebeu ao fim de semana	Qualitativa	Ordinal	1. Bebeu menos	1. Bebeu menos	Q1218
				2. Bebeu o mesmo	2. Bebeu o mesmo	
				3. Bebeu mais	3. Bebeu mais	
				0. Não bebeu ao fim de semana	4. Não bebeu ao fim de semana	
				<i>System missing</i>	7. Não se aplica 9. Não sabe	

2.11. Saúde sexual e reprodutiva

Variável (Notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Consulta pré-natal (Q133)	Indica se a mulher já foi a alguma consulta pré-natal antes de engravidar	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	Q133
				0. Não	2. Não	
				<i>System missing</i>	7. Não se aplica 9. Não sabe	
Amamentação	Indica o tempo que a mulher		Ordinal	1. Menos de 1 mês	1. Até 7 dias	Q134

Variável (Notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
(Amamentação)	amamentou em exclusivo o seu bebé	Qualitativa			2. Até 1 mês	
				2. Entre 1 a 3 meses	3. Até 2 meses	
				3. Mais de 3 meses	4. Até 3 meses	
				0. Não amamentou	5. Até 6 ou mais meses	
				System missing	6. Não amamentou	
					7. Não se aplica	
					9. Não responde	
Contraceção (Q137)	Indica se a mulher ou o marido estão a fazer algum método contraceptivo	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	Q137
				2. Não	2. Não	
				System missing	7. Não se aplica	
					9. Não sabe	
Método ⁵	Indica o tipo de método utilizado	Qualitativa	Nominal	1. Métodos tradicionais (abstinência periódica e coito interrompido)	1.Sim	Q13810
					1. Sim	Q13811
					1. Sim	Q13812
					1. Sim	Q13813
					1. Sim	Q13814
				2, Métodos hormonais	1. Sim	Q1381
					1. Sim	Q1386
					1. Sim	Q1387
				3. Métodos de barreira (preservativo, diafragma e espermicida)	1. Sim	Q1383
					1. Sim	Q1384
					1. Sim	Q1385
				4. Outros (laqueação de trompas, vasectomia, DIU e outros)	1. Sim	Q1388
					1. Sim	Q1389
					1. Sim	Q13815

2.12. Actividade física

Variável (Notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Actividade física 7 dias (ActFISICA)	Indica o número de dias em que o indivíduo fez actividades físicas rigorosas	Qualitativa	Ordinal	0. Não fez actividades físicas rigorosas	0	Q141
				1. 1 a 2 dias	1,2	
				2. 3 a 6 dias	3,4,5,6	
				3. Todos os dias	7	
				System missing	97. Não se aplica	
					99. Não sabe	

2.12. Saúde mental

Variável (Notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
MHI-5 (MHI)	Indica a pontuação no <i>Mental-Health Inventory</i> 5 ⁶ obtida através da soma das pontuações obtidas em	Quantitativa	Numérica	Em números	1.Sempre	Q151
					2. A maior parte do tempo	Q152
					3. Bastante tempo	Q153
					4. Algum tempo	Q154
					5. Pouco tempo	Q155
					6. Nunca	

⁵ Graça, L. M. (2005). Medicina materno-fetal. (3ª ed.) Lisboa: Lidel

⁶ A pontuação no MHI é calculada através do somatório dos pontos (1. Sempre; 2. A maior parte do tempo; 3. Bastante tempo; 4. Algum tempo; 5. Pouco tempo; 6. Nunca) nas questões “Nas últimas 4 semanas, quanto tempo se sentiu muito nervoso?”; “Nas últimas 4 semanas, quanto tempo se sentiu tão deprimido que nada o animava?”; “Nas últimas 4 semanas quanto tempo se sentiu triste/ desanimado e em baixo/ abatido” e (6. Sempre; 5. A maior parte do tempo; 4. Bastante tempo; 3. Algum tempo; 2. Pouco tempo; 1. Nunca) nas questões “Nas últimas 4 semanas quanto tempo se sentiu calmo e tranquilo?” e “Nas últimas 4 semanas, quanto tempo se sentiu feliz?” [Ribeiro, L. P. (2001). *Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. Psicologia, Doenças & Saúde*, 2, 77-99.]

2.13. Cuidados preventivos

Variável (Notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Vacina (Vacina)	Indica se o indivíduo alguma vez se vacinou contra a gripe	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Em 2005 2. Em 2004 3. Em 2003 ou antes	Q161
				0. Não	4. Nunca se vacinou contra a gripe	
				System missing	7. Não se aplica 9. Não sabe	
Medir TA (Q163)	Indica quando foi a última vez que o indivíduo mediu a tensão arterial	Qualitativa	Ordinal	1. Há menos de 3 meses	1. Há menos de 3 meses	Q163
				2. Entre 3 e 5 meses	2. Entre 3 e 5 meses	
				3. Entre 6 e 11 meses	3. Entre 6 e 11 meses	
				4. Entre 1 e 3 anos	4. Entre 1 e 3 anos	
				5. Há mais de três anos	5. Há mais de três anos	
				0. Nunca mediu a tensão arterial	6. Nunca mediu a tensão arterial	
				System missing	7. Não se aplica 9. Não sabe	
Medir colesterol (Q164)	Indica quando foi a última vez que o indivíduo mediu o colesterol	Qualitativa	Ordinal	1. Há menos de 3 meses	1. Há menos de 3 meses	Q164
				2. Entre 3 e 5 meses	2. Entre 3 e 5 meses	
				3. Entre 6 e 11 meses	3. Entre 6 e 11 meses	
				4. Entre 1 e 3 anos	4. Entre 1 e 3 anos	
				5. Há mais de três anos	5. Há mais de três anos	
				0. Nunca mediu a tensão arterial	6. Nunca mediu o colesterol	
				System missing	7. Não se aplica 9. Não sabe	
Mamografia (Mamografia)	Indica se a mulher com 20 ou mais nos já alguma vez fez uma mamografia	Qualitativa	Nominal	1. Sim	#0	Q165
				0. Não	0	
				System missing	9997. Não se aplica	
Tempo mamografia (Q165)	Indica há quantos anos a mulher com 20 ou mais anos fez a última mamografia (2005-ano)	Quantitativa	Rácio	Em anos	Em anos	Q165
Citologia (Citologia)	Indica se a mulher com 20 ou mais nos já alguma vez fez uma citologia	Qualitativa	Nominal	1. Sim	#0	Q166
				2. Não	0	
				System missing	9997. Não se aplica	
Tempo citologia (Q166)	Indica há quanto tempo o indivíduo tinha feito a última citologia (2005-ano)	Quantitativa	Rácio	Em anos	Em anos	Q166

2.14. Qualidade de vida

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
Qualidade de vida (QdV)	Indica a forma como o indivíduo classifica a sua qualidade de vida	Qualitativa	Ordinal	1. Muito má ou má	1. Muito má 2. Má	Q171
				2. Nem má nem boa	3. Nem má nem boa	
				3. Boa ou muito boa	4. Boa 5. Muito boa	
Satisfação saúde (SatisfSAUDE)	Indica até que ponto o indivíduo está satisfeito com a sua saúde	Qualitativa	Ordinal	1. Muito má ou má	1. Muito má 2. Má	Q172
				2. Nem má nem boa	3. Nem má nem boa	
				3. Boa ou muito boa	4. Boa 5. Muito boa	
Energia	Indica se o indivíduo tem	Qualitativa	Ordinal	1. Não tem nenhuma ou tem	1. Não tenho nenhuma	Q173

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação anterior	Variáveis originais
(Energia)	energia suficiente para o seu dia-a-dia			muito pouca 2. Tem alguma 3. Tem geralmente ou tem toda a energia	2. Tenho muito pouca 3. Tenho alguma 4. Tenho geralmente 5. Tenho toda a energia	
Capaz AVD (AVD)	Indica se o indivíduo se sente capaz para realizar as suas actividades de vida diária	Qualitativa	Ordinal	1. Muito insatisfeito ou insatisfeito 2. Nem satisfeito nem insatisfeito 3. Satisfeito ou muito satisfeito	1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito 4. Satisfeito 5. Muito satisfeito	Q174
Satisfação próprio (SatisPP)	Indica até que ponto o indivíduo está satisfeito consigo próprio	Qualitativa	Ordinal	1. Muito insatisfeito ou insatisfeito 2. Nem satisfeito nem insatisfeito 3. Satisfeito ou muito satisfeito	1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito 4. Satisfeito 5. Muito satisfeito	Q175
Satisfação pessoais (SatisPESSOA)	Indica até que ponto o indivíduo está satisfeito com as suas relações pessoais	Qualitativa	Ordinal	1. Muito insatisfeito ou insatisfeito 2. Nem satisfeito nem insatisfeito 3. Satisfeito ou muito satisfeito	1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito 4. Satisfeito 5. Muito satisfeito	Q176
Dinheiro (Dinheiro)	Indica se o indivíduo considera ter dinheiro suficiente para enfrentar as suas necessidades	Qualitativa	Ordinal	1. De modo nenhum ou um pouco 2. Tenho algum 3. Geralmente tenho ou tenho completamente	1. De modo nenhum 2. Um pouco 3. Tenho algum 4. Geralmente tenho 5. Tenho completamente	Q177
Satisfeito local (SatisLOCAL)	Indica até que ponto o indivíduo está satisfeito com as condições do local onde vive	Qualitativa	Ordinal	1. Muito insatisfeito ou insatisfeito 2. Nem satisfeito nem insatisfeito 3. Satisfeito ou muito satisfeito	1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito 4. Satisfeito 5. Muito satisfeito	Q178

3. Variáveis de potencial confundimento

Variável (notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação original	Variáveis originais
Sexo (SEXO)	Indica o sexo do indivíduo	Qualitativa	Nominal	1. Masculino 2. Feminino	1. Masculino 2. Feminino	SEXO
Idade (Idade)	Indica o grupo etário a que pertence o indivíduo	Quantitativa	Rácio	≥ 21 anos Excluídos da amostra	Em anos Idade<21 anos	Q13
Viver conjugalmente (q15)	Indica se o indivíduo vive conjugalmente com alguém	Qualitativa	Nominal	1. Sim 2. Não System missing	1. Sim 2. Não 9. Não sabe	q15
Anos de escolaridade (Escolaridade)	Indica os anos de escolaridade completos o indivíduo	Qualitativa	Nominal	1. 9 ou menos anos 2. 10 a 12 anos 3. 13 ou mais anos System missing	1. Menos de 5 anos de escolaridade 2. 5-6 anos de escolaridade 3. 7-9 anos de escolaridade 4. 10-12 anos de escolaridade 5. 13 e mais anos de escolaridade 99. Ignorado	Q17_COD
Trabalho 2 semanas (Trabalho)	Indica a situação do indivíduo perante o trabalho nas duas últimas semanas	Qualitativa	Nominal	1. Trabalhou 0. Não trabalhou	1. Trabalhadores activos 2. Desempregados 3. Reformados	Q18_COD

Variável (notação)	Descrição	Tipo	Escala	Domínio	Codificação original	Variáveis originais
					4. Estudantes 5. Donas de Casa 6. Permanentemente incapacitado 7. Estágio não remunerado 8. Outra situação	
Horas semanais de trabalho (q112)	Indica o número habitual de horas semanais de trabalho	Quantitativa	Rácio	Em horas	Em horas	q112
				<i>System missing</i>	99. Não sabe	
Residência (q115)	Indica se o indivíduo sempre residiu em Portugal	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	q115
				0. Não	2. Não	
				<i>System missing</i>	9. Não sabe	
IMC ⁷ (IMC_cod)	Indica o índice de massa corporal do indivíduo	Qualitativa	Ordinal	1. Baixo peso	IMC < 18,5 kg/m ²	Variável não fornecida
				2. Peso Normal	IMC ≥ 18,5 Kg/m ² e < 25 kg/m ²	
				3. Excesso de peso	IMC ≥ 25 Kg/m ² e < 30 kg/m ²	
				4. Obesidade	IMC ≥ 30 kg/m ²	
				<i>System missing</i>	Não sabe	
Beneficiário (Beneficiário)	Indica de que entidade o indivíduo é beneficiário em matéria dos cuidados de saúde ⁸	Qualitativa	Nominal	1. ADSE	1. ADSE	Q24
				2. SNS ou SRS	9. SNS 12. SRS	
				3. Outros	2. SSMJ 3. ADMA 4. ADFA 5. ADME 6. SAD/PSP 7. SAD/GNR 8. SAMS 10. Outros	
				<i>System missing</i>	99. Não sabe	
Seguro de Saúde (Q26)	Indica se o indivíduo tem um seguro de saúde	Qualitativa	Nominal	1. Sim	1. Sim	Q26
				0. Não	2. Não	
				<i>System missing</i>	9. Não sabe	
Rendimento da família (Rendimento)	Indica o rendimento total da família do indivíduo no mês passado	Qualitativa	Nominal	1. Até 900 €	1. Até 150 € 2. De 151 a 250 € 3. De 251 a 350 € 4. De 351€ a 500€ 5. De 501 a 700 € 6. De 701 a 900 €	Q107
				2. De 901 a 2000€	7. De 901 a 1200 € 8. De 1201 a 1500 € 9. De 1501 a 2000 €	
				3. Mais de 2000€	10. Mais de 2000 €	
				<i>System missing</i>	96. Não quer responder 99. Não sabe	

⁷ Calculado a partir da altura e do peso utilizando a fórmula $\frac{\text{peso}}{(\text{altura} \times 100)^2}$

⁸ Para a definição de cada uma das siglas consultar lista de siglas e abreviatura

ANEXO 14

Sintaxe para análise dos dados do 4º INS

```

DATASET ACTIVATE DataSet1.
RECODE Q192 ('2230'=1) ('3232'=1) ('2221'=2) ('2222'=2) ('2224'=2) ('3133'=2) ('3223'=2) ('3224'=2) ('3225'=2) ('3226'=2) ('3228'=2) ('3229'=2)
('97'=SYSMIS) ('99'=SYSMIS) (ELSE=3) INTO
  GPROF.
VARIABLE LABELS GPROF 'Grupo profissional'.
EXECUTE.
* DATASET ACTIVATE DataSet1.
* RECODE Q192 ('2230'=1) ('3232'=1) ('2221'=1) ('2222'=1) ('2224'=1) ('3133'=1) ('3223'=1) ('3224'=1) ('3225'=1) ('3226'=1) ('3228'=1) ('3229'=1)
('97'=SYSMIS) ('99'=SYSMIS) (ELSE=2) INTO
  PCS.
* VARIABLE LABELS PCS 'Profissionais dos cuidados de saúde'.
* EXECUTE.
DATASET ACTIVATE DataSet1.
RECODE Q192 ('2230'=1) ('3232'=1) ('2221'=1) ('2222'=1) ('2224'=1) ('3133'=1) ('3223'=1) ('3224'=1) ('3225'=1) ('3226'=1) ('3228'=1) ('3229'=1)
('97'=SYSMIS) ('99'=SYSMIS) (ELSE=2) INTO
  PCS.
VARIABLE LABELS PCS 'Profissionais dos cuidados de saúde'.
EXECUTE.
RECODE Q21 (1=1) (2=1) (3=2) (4=3) (5=3) (7=SYSMIS) (9=SYSMIS) INTO ES.
VARIABLE LABELS ES 'Estado de saúde'.
EXECUTE.
RECODE Q31 (1 thru 14=1) (99=SYSMIS) INTO IncaTEMP.
VARIABLE LABELS IncaTEMP 'Incapacidade temporária'.
EXECUTE.
RECODE Q32 (1 thru 14=1) (99=SYSMIS) (97=SYSMIS) INTO Absentismo.
VARIABLE LABELS Absentismo 'Absentismo por incapacidade temporária'.
EXECUTE.
* RECODE Q34 (1 thru 14=1) (7=SYSMIS) (9=SYSMIS) INTO Adoentado.
* VARIABLE LABELS Adoentado 'Estar adoentado'.
* EXECUTE.
RECODE Q34 (1=1) (2=0) (7=SYSMIS) (9=SYSMIS) INTO Adoentado.
VARIABLE LABELS Adoentado 'Estar adoentado'.
EXECUTE.
IF (Q381 = 1 | Q381 = 2 | Q382 = 1 | Q382 = 2 | Q383 = 1 | Q383 = 2 | Q384 = 1 | Q384 = 2 | Q385 = 1 | Q385 = 2 | Q386 = 1 | Q386 = 2 | Q387 = 1
| Q387 = 2 | Q388 = 1 | Q388 = 2 | Q389 = 1 | Q389 = 2 | Q3810 = 1 | Q3810 = 2 | Q3811 = 1 | Q3811 = 2 | Q3812 = 1 | Q3812 = 2 | Q3813 = 1 |
Q3813 = 2)
  Recorrer=0.
VARIABLE LABELS Recorrer 'Recorreu a alguém por incapacidade temporária'.
EXECUTE.
DO IF (Q381 = 1 | Q382 = 1 | Q383 = 1 | Q384 = 1 | Q385 = 1 | Q386 = 1 | Q387 = 1 | Q388 = 1 | Q389 = 1 | Q3810 = 1 | Q3811 = 1 | Q3812 = 1).
RECODE Recorrer (0=1).
END IF.
EXECUTE.
IF (Q381 = 1 | Q381 = 2 | Q382 = 1 | Q382 = 2 | Q383 = 1 | Q383 = 2 ) RecoMED=0.
VARIABLE LABELS RecoMED 'Recorreu a médico, enfermeiro ou farmacêutico'.
EXECUTE.
DO IF (Q381 = 1 | Q382 = 1 | Q383 = 1).
RECODE RecoMED (0=1).
END IF.
EXECUTE.

```

```

IF (Q384 = 1 | Q384 = 2 | Q385 = 1 | Q385 = 2 | Q386 = 1 | Q386 = 2 | Q387 = 1 | Q387 = 2 | Q388 = 1 | Q388 = 2 | Q389 = 1 | Q389 = 2 )
RecoALT=0.
VARIABLE LABELS RecoALT 'Recorreu a medicinas alternativas'.
EXECUTE.
DO IF (Q384 = 1 | Q385 = 1 | Q386 = 1 | Q387 = 1 | Q388 = 1 | Q389 = 1).
RECODE RecoALT (0=1).
END IF.
EXECUTE.
IF (Q3810 = 1 | Q3810 = 2 | Q3811 = 1 | Q3811 = 2 | Q3812 = 1 | Q3812 = 2 ) RecoOUT=0.
VARIABLE LABELS RecoOUT 'Recorreu a outros por incapacidade temporária'.
EXECUTE.
DO IF (Q3810 = 1 | Q3811 = 1 | Q3812 = 1).
RECODE RecoOUT (0=1).
END IF.
EXECUTE.
IF (Q41 = 1 | Q43 = 1 | Q44 = 1 | Q45 = 2 | Q45 = 3 | Q45 = 4 | Q45 = 5 | Q46 = 2 | Q46 = 3 | Q47 = 2 | Q47 = 3 | Q48 = 2 | Q48 = 3 | Q49 = 2 | Q49
= 3 | Q410 = 2 | Q410 = 3 | Q411 = 2 | Q411 = 3 | Q412 = 2 | Q412 = 3 | Q413 = 2 | Q413 = 3 | Q414 = 2 | Q414 = 3 | Q415 = 2 | Q415 = 3 | Q416 = 2
| Q416 = 3 | Q417 = 2 | Q417 = 3 | Q418 = 2 | Q418 = 3 | Q419 = 2 | Q419 = 3 | Q420 = 2 | Q420 = 3 | Q421 = 2 | Q421 = 3 | Q422 = 2 | Q422 = 3 |
Q423 = 2 | Q423 = 3 | Q424 = 1 | Q41 = 2 | Q43 = 2 | Q44 = 2 | Q45 = 1 | Q46 = 1 | Q47 = 1 | Q48 = 1 | Q49 = 1 | Q410 = 1 | Q411 = 1 | Q412 = 1 |
Q413 = 1 | Q414 = 1 | Q415 = 1 | Q416 = 1 | Q417 = 1 | Q418 = 1 | Q419 = 1 | Q420 = 1 | Q421 = 1 | Q422 = 1 | Q423 = 1 | Q424 = 2 ) IncaLONGA=0.
VARIABLE LABELS IncaLONGA 'Incapacidade longa duração'.
EXECUTE.
DO IF (Q41 = 1 | Q43 = 1 | Q44 = 1 | Q45 = 2 | Q45 = 3 | Q45 = 4 | Q45 = 5 | Q46 = 2 | Q46 = 3 | Q47 = 2 | Q47 = 3 | Q48 = 2 | Q48 = 3 | Q49 = 2 |
Q49 = 3 | Q410 = 2 | Q410 = 3 | Q411 = 2 | Q411 = 3 | Q412 = 2 | Q412 = 3 | Q413 = 2 | Q413 = 3 | Q414 = 2 | Q414 = 3 | Q415 = 2 | Q415 = 3 |
Q416 = 2 | Q416 = 3 | Q417 = 2 | Q417 = 3 | Q418 = 2 | Q418 = 3 | Q419 = 2 | Q419 = 3 | Q420 = 2 | Q420 = 3 | Q421 = 2 | Q421 = 3 | Q422 = 2 |
Q422 = 3 | Q423 = 2 | Q423 = 3 | Q424 = 1).
RECODE IncaLONGA (0=1).
END IF.
EXECUTE.
RECODE Q51 Q510 Q516 Q521 Q5241 Q5242 Q5243 Q5244 Q5245 Q5246 Q5247 Q5248 Q5249 Q52410 Q52411 Q52412 Q52413 Q52414 q52415
(9=SYSMIS) (7=SYSMIS).
EXECUTE.
IF (Q51 = 1 | Q51 = 2 | Q510 = 1 | Q510 = 2 | Q516 = 1 | Q516 = 2 | Q521 = 1 | Q521 = 2 | Q5241 = 1 | Q5241 = 2 | Q5242 = 1 | Q5242 = 2 | Q5243
= 1 | Q5243 = 2 | Q5244 = 1 | Q5244 = 2 | Q5245 = 1 | Q5245 = 2 | Q5246 = 1 | Q5246 = 2 | Q5247 = 1 | Q5247 = 2 | Q5249 = 1 | Q5249 = 2 |
Q52410 = 1 | Q52410 = 2 | Q52411 = 1 | Q52411 = 2 | Q52412 = 1 | Q52412 = 2 | Q52414 = 1 | Q52414 = 2 | q52415 = 1 | q52415 = 2 ) Cronica=0.
VARIABLE LABELS Cronica 'doença crónica'.
EXECUTE.
DO IF (Q51 = 1 | Q510 = 1 | Q516 = 1 | Q521 = 1 | Q5241 = 1 | Q5242 = 1 | Q5243 = 1 | Q5244 = 1 | Q5245 = 1 | Q5246 = 1 | Q5247 = 1 | Q5249 = 1
| Q52410 = 1 | Q52411 = 1 | Q52412 = 1 | Q52414 = 1 | q52415 = 1).
RECODE Cronica (0=1).
END IF.
EXECUTE.
IF (Q5248 = 1 | Q5248 = 2 | Q52413 = 1 | Q52413 = 2 ) DoencaMENTAL=0.
VARIABLE LABELS DoencaMENTAL 'Doença mental'.
EXECUTE.
DO IF (Q5248 = 1 | Q52413 = 1).
RECODE DoencaMENTAL (0=1).
END IF.
EXECUTE.
RECODE Q61 (99=SYSMIS) (ELSE=Copy) INTO CMedico.
VARIABLE LABELS CMedico 'número de consultas médicas nos últimos 3 meses'.

```

```

EXECUTE.
RECODE Q631 ('23'=1) ('97'=SYSMIS) ('99'=SYSMIS) (ELSE=0) INTO EspConsul.
VARIABLE LABELS EspConsul 'Especialidade da consulta'.
EXECUTE.
RECODE Q64 (9=SYSMIS).
EXECUTE.
RECODE Q65 (97=SYSMIS).
EXECUTE.
IF (Q64 = 2 | Q65 = 1 | Q65 = 9 | Q64 = 1 | Q64 = 3 | Q64 = 4 | Q65 = 2 | Q65 = 3 | Q65 = 4 | Q65 = 5 | Q65 = 6 | Q65 = 7 | Q65 = 8 | Q65 = 10 | Q65 = 11) muCONSULTA=0.
VARIABLE LABELS muCONSULTA 'Motivo da última consulta'.
EXECUTE.
DO IF (Q64 = 2).
RECODE muCONSULTA (0=1).
END IF.
EXECUTE.
DO IF (Q65 = 1).
RECODE muCONSULTA (0=2).
END IF.
EXECUTE.
DO IF (Q65 = 9).
RECODE muCONSULTA (0=3).
END IF.
EXECUTE.
DO IF (Q64 = 1 | Q64 = 3 | Q64 = 4 | Q65 = 2 | Q65 = 3 | Q65 = 4 | Q65 = 5 | Q65 = 6 | Q65 = 7 | Q65 = 8 | Q65 = 10 | Q65 = 11).
RECODE muCONSULTA (0=4).
END IF.
EXECUTE.
RECODE Q81 (9=SYSMIS) (2=0) (ELSE=Copy) INTO MedRec.
VARIABLE LABELS MedRec 'Tomou medicamentos receitados nas 2 ultimas semanas'.
EXECUTE.
RECODE Q821 Q822 Q823 Q824 Q825 Q826 Q827 Q828 Q829 Q8210 Q8211 Q8212 Q8213 Q8214 Q8215 Q8216 Q8217 Q8218 (9=SYSMIS).
EXECUTE.
RECODE Q821 Q822 Q823 Q824 Q825 Q826 Q827 Q828 Q829 Q8210 Q8211 Q8212 Q8213 Q8214 Q8215 Q8216 Q8217 Q8218 (7=SYSMIS).
EXECUTE.
COMPUTE MedicamentosDCV=0.
VARIABLE LABELS MedicamentosDCV 'Tomou medicamentos R para TA e outras DCV'.
EXECUTE.
DO IF (Q821 = 1 | Q822 = 1).
RECODE MedicamentosDCV (0=1).
END IF.
EXECUTE.
COMPUTE MedicamentosDOR=0.
VARIABLE LABELS MedicamentosDOR 'Tomou medicamentos R para dor'.
EXECUTE.
DO IF (Q825 = 1 | Q826 = 1 | Q827 = 1).
RECODE MedicamentosDOR (0=1).
END IF.
EXECUTE.

```

```

COMPUTE MedMENTAL=0.
VARIABLE LABELS MedMENTAL 'Tomou medicamentos R para ansiedade, nervosismo ou depressão'.
EXECUTE.
DO IF (Q828 = 1 | Q8212 = 1 ).
RECODE MedMENTAL (0=1).
END IF.
EXECUTE.
COMPUTE MedRESP=0.
VARIABLE LABELS MedRESP 'Tomou medicamentos R para asma, bronquite crónica ou enfisema'.
EXECUTE.
DO IF (Q829 = 1 | Q8210 = 1).
RECODE MedRESP (0=1).
END IF.
EXECUTE.
COMPUTE MedOUT=0.
VARIABLE LABELS MedOUT 'Tomou outros medicamentos'.
EXECUTE.
DO IF (Q823 = 1 | Q824 = 1 | Q8211 = 1 | Q8213 = 1 | Q8214 = 1 | Q8215 = 1 | Q8218 = 1).
RECODE MedOUT (0=1).
END IF.
EXECUTE.
COMPUTE MedHORMONA=0.
VARIABLE LABELS MedHORMONA 'Tomou pílula contraceptiva ou hormonas R'.
EXECUTE.
DO IF (Q8216 = 1 | Q8217 = 1).
RECODE MedHORMONA (0=1).
END IF.
EXECUTE.
RECODE Q83 (9=SYSMIS).
EXECUTE.
RECODE Q83 (7=SYSMIS) (2=0) (1=1).
EXECUTE.
RECODE Q92 (9=SYSMIS).
EXECUTE.
RECODE Q92 (7=SYSMIS).
EXECUTE.
RECODE Q101 Q102 Q103 Q104 Q105 Q106 (SYSMIS=SYSMIS) (9999=SYSMIS).
EXECUTE.
RECODE Q101 (1 thru 9998=1) (0=0) INTO gastoCONSUL.
VARIABLE LABELS gastoCONSUL 'Teve gastos com consultas nas 2 últimas semanas'.
EXECUTE.
RECODE Q103 (1 thru 9998=1) (0=0) INTO gastoMED.
VARIABLE LABELS gastoMED 'Teve gastos com Medicamentos'.
EXECUTE.
COMPUTE gastoOUTRO=0.
VARIABLE LABELS gastoOUTRO 'Teve outras despesas com saúde'.
EXECUTE.
RECODE Q101 (0=SYSMIS) (ELSE=Copy) INTO euroCONSUL.

```

VARIABLE LABELS euroCONSUL 'Euros gastos com consultas'.
EXECUTE.
RECODE Q103 (0=SYSMIS) (ELSE=Copy) INTO euroMED.
VARIABLE LABELS euroMED 'Euros gastos com Medicamentos'.
EXECUTE.
RECODE Q102 Q104 Q105 (SYSMIS=0) (ELSE=Copy) INTO Q102a Q104a Q105a.
EXECUTE.
COMPUTE OUTROSeuro=Q102 + Q104 + Q105.
VARIABLE LABELS OUTROSeuro 'Euros gastos Outras despesas'.
EXECUTE.
RECODE OUTROSeuro (0=SYSMIS).
EXECUTE.
RECODE Q111a (2=1) (3=0) (9=SYSMIS) (1=1) INTO Fumador.
VARIABLE LABELS Fumador 'Fumador'.
EXECUTE.
RECODE Q112a (2=1) (3=0) (9=SYSMIS) (7=SYSMIS) (1=1) INTO Fu2SEM.
VARIABLE LABELS Fu2SEM 'Fumar 2 semanas'.
EXECUTE.
RECODE Q114a (997=SYSMIS) (999=SYSMIS) (ELSE=Copy) INTO CigarrosD.
VARIABLE LABELS CigarrosD 'Cigarros/dia'.
EXECUTE.
COMPUTE AnosFU=q131 - Q115a.
VARIABLE LABELS AnosFU 'Anos de fumador'.
EXECUTE.
RECODE Q115a (97=SYSMIS) (99=SYSMIS) (ELSE=Copy).
EXECUTE.
COMPUTE AnosFU=(q131 - Q115a).
VARIABLE LABELS AnosFU 'Número de anos de fumador'.
EXECUTE.
RECODE Q117a (1=1) (2=1) (3=0) (7=SYSMIS) (9=SYSMIS) INTO EXfumador.
VARIABLE LABELS EXfumador 'Ex-fumador'.
EXECUTE.
RECODE Q118a (997=SYSMIS) (999=SYSMIS) (ELSE=Copy) INTO CIGARex.
VARIABLE LABELS CIGARex 'Cigarros/ dia ex-fumador'.
EXECUTE.
RECODE Q119a Q1110 (97=SYSMIS) (99=SYSMIS).
EXECUTE.
COMPUTE AnosFUex=Q1110 - Q119a.
VARIABLE LABELS AnosFUex 'Anos de fumo do ex-fumador'.
EXECUTE.
RECODE AnosFUex (Lowest thru -1=SYSMIS).
EXECUTE.
RECODE Q1111 (1=1) (2=0) (7=SYSMIS) (9=SYSMIS) INTO DeixarFUMO.
VARIABLE LABELS DeixarFUMO 'Deixar de fumar'.
EXECUTE.
RECODE Q1114 (9=SYSMIS) (6=0) (1 thru 5=1) INTO FumoPASS.
VARIABLE LABELS FumoPASS 'Fumador passivo'.
EXECUTE.

```

RECODE Q127 (7=4) (99=SYSMIS) (97=SYSMIS) (1 thru 2=2) (3 thru 6=3) (0=1) INTO Vinho.
VARIABLE LABELS Vinho 'Dias em que bebeu vinho'.
EXECUTE.
RECODE Q129 (7=4) (99=SYSMIS) (97=SYSMIS) (1 thru 2=2) (3 thru 6=3) (0=1) INTO Cerveja.
VARIABLE LABELS Cerveja 'Dias em que bebeu cerveja'.
EXECUTE.
IF ((0 <= Q1211 <= 7) | (0 <= Q1213 <= 7) | (0 <= Q1215 <= 7)) BebeOUT=0.
VARIABLE LABELS BebeOUT 'Dias em que bebeu outras bebidas alcoólicas'.
EXECUTE.
DO IF (Q1211 = 0 | Q1213 = 0 | Q1215 = 0).
RECODE BebeOUT (0=1).
END IF.
EXECUTE.
DO IF (Q1211 = 1 | Q1213 = 1 | Q1215 = 1 | Q1211 = 2 | Q1213 = 2 | Q1215 = 2).
RECODE BebeOUT (0=2).
END IF.
EXECUTE.
DO IF (Q1211 = 3 | Q1213 = 3 | Q1215 = 3 | Q1211 = 4 | Q1213 = 4 | Q1215 = 4 | Q1211 = 5 | Q1213 = 5 | Q1215 = 5 | Q1211 = 6 | Q1213 = 6 | Q1215 = 6).
RECODE BebeOUT (0=3).
END IF.
EXECUTE.
DO IF (Q1211 = 7 | Q1213 = 7 | Q1215 = 7).
RECODE BebeOUT (0=4).
END IF.
EXECUTE.
RECODE BebeOUT (0=SYSMIS).
EXECUTE.
RECODE Q12171a Q12171b Q12171c (97=SYSMIS) (99=SYSMIS) (0=0) (1 thru 7=1).
EXECUTE.
RECODE Q12171d Q12171e (97=SYSMIS) (99=SYSMIS) (0=0) (7=3) (1 thru 2=1) (3 thru 6=2).
EXECUTE.
RECODE Q12171f (97=SYSMIS) (99=SYSMIS) (0=0) (1 thru 7=1).
EXECUTE.
RECODE Q1218 (97=SYSMIS) (99=SYSMIS) (5=SYSMIS).
EXECUTE.
RECODE Q1218 (7=SYSMIS) (9=SYSMIS).
EXECUTE.
value labels Q1218
1 'Bebeu menos'
2 'Bebeu o mesmo'
3 'Bebeu mais'
4 'Não bebeu ao fim-de-semana'
5 'Só bebeu ao fim-de-semana'.
RECODE Q133 (1=1) (2=0) (7=SYSMIS) (9=SYSMIS).
EXECUTE.
RECODE Q134 (7=SYSMIS) (5=3) (6=0) (9=SYSMIS) (1 thru 2=1) (3 thru 4=2) (0=1) INTO Amamentação.
VARIABLE LABELS Amamentação 'Tempo de amamentação exclusiva'.
EXECUTE.

```

```

RECODE Q137 (1=1) (2=0) (7=SYSMIS) (9=SYSMIS).
EXECUTE.
IF (Q1381 = 1 | Q1382 = 1 | Q1383 = 1 | Q1384 = 1 | Q1385 = 1 | Q1386 = 1 | Q1387 = 1 | Q1388 = 1
  | Q1389 = 1 | Q13810 = 1 | Q13811 = 1 | Q13812 = 1 | Q13813 = 1 | Q13814 = 1 | Q13815 = 1) Metodo=0.
VARIABLE LABELS Metodo 'Tipo de metodo contraceptivo'.
EXECUTE.
DO IF (Q13810 = 1 | Q13811 = 1 | Q13812 = 1 | Q13813 = 1 | Q13814 = 1).
RECODE Metodo (0=1).
END IF.
EXECUTE.
DO IF (Q1381 = 1 | Q1386 = 1 | Q1387 = 1).
RECODE Metodo (0=2).
END IF.
EXECUTE.
DO IF (Q1383 = 1 | Q1384 = 1 | Q1385 = 1).
RECODE Metodo (0=3).
END IF.
EXECUTE.
DO IF (Q1388 = 1 | Q1389 = 1 | Q1382 = 1 | Q13815 = 1).
RECODE Metodo (0=4).
END IF.
EXECUTE.
RECODE Metodo (0=SYSMIS).
EXECUTE.
RECODE Q141_VALIDADAFINAL (99=SYSMIS) (97=SYSMIS) (0=0) (7=3) (3=2) (4=2) (5=2) (6=2) (1 thru 2=1)
  INTO ActFISICA.
VARIABLE LABELS ActFISICA 'Actividade fisica'.
EXECUTE.
RECODE Q153 Q155 (7=SYSMIS) (1=6) (2=5) (3=4) (4=3) (5=2) (6=1).
EXECUTE.
RECODE Q151 Q152 Q154 (7=SYSMIS).
EXECUTE.
COMPUTE MHI=Q151 + Q152 + Q153 + Q154 + Q155.
VARIABLE LABELS MHI 'MHI'.
EXECUTE.
RECODE Q161 (7=SYSMIS) (9=SYSMIS) (1 thru 3=1) (4=0) INTO Vacina.
VARIABLE LABELS Vacina 'Vacina'.
EXECUTE.
RECODE Q163 Q164 (7=SYSMIS) (9=SYSMIS).
EXECUTE.
RECODE Q165 (9997=SYSMIS) (9999=SYSMIS) (0=0) (ELSE=1) INTO Mamografia.
VARIABLE LABELS Mamografia 'Mamografia'.
EXECUTE.
RECODE Q165 (9997=SYSMIS) (9999=SYSMIS).
EXECUTE.
RECODE Q166 (9997=SYSMIS) (9999=SYSMIS) (0=0) (ELSE=1) INTO Citologia.
VARIABLE LABELS Citologia 'Citologia'.
EXECUTE.

```

```

RECODE Q166 (9997=SYSMIS) (9999=SYSMIS).
EXECUTE.
RECODE Q165 (0 thru 75=SYSMIS) (ELSE=Copy) INTO Q165_COD.
EXECUTE.
RECODE Q166 (0 thru 96=SYSMIS) (ELSE=Copy) INTO Q166_cod.
EXECUTE .
COMPUTE tMamo=2005 - Q165_COD.
VARIABLE LABELS tMamo 'Número de anos desde última mamografia'.
EXECUTE.
COMPUTE tCito=2005 - Q166_COD.
VARIABLE LABELS tCito 'Número de anos desde última citologia'.
EXECUTE.
RECODE Q171 Q172 Q173 Q174 Q175 Q176 Q177 Q178 (9=SYSMIS) (7=SYSMIS) (1=1) (2=1) (3=2) (4=3) (5=3) INTO QdV Satisfsaúde Energia AVD
SatisPP
SatisPESSOA Dinheiro SatisfLOCAL.
VARIABLE LABELS QdV 'Qualidade de vida' /Satisfsaúde 'Satisfação com a saúde' /Energia 'Energia'
/AVD 'Capacidade para realizar as AVD' /SatisPP 'Satisfação com o próprio' /SatisPESSOA
'Satisfação com rel. pessoais' /Dinheiro 'Satisfação com o dinheiro' /SatisfLOCAL 'Satisfação '+
'com as condições do local onde vive'.
EXECUTE.
RECODE Q17_COD (1 thru 3=1) (4=2) (5=3) (99=SYSMIS) (97=SYSMIS) INTO Escolaridade.
VARIABLE LABELS Escolaridade 'Escolaridade'.
EXECUTE.
RECODE Q18_COD (1=1) (2 thru 8=0) INTO Trabalho.
VARIABLE LABELS Trabalho 'Trabalho nas duas últimas semanas'.
EXECUTE.
RECODE q15 (1=1) (2=0) (ELSE=SYSMIS).
EXECUTE.
RECODE q112 (97=SYSMIS) (99=SYSMIS).
EXECUTE.
RECODE q115 (9=SYSMIS) (7=SYSMIS) (2=0).
EXECUTE.
RECODE Q22 Q23 (999=SYSMIS).
EXECUTE.
COMPUTE IMC=Q23 / (Q22/100) ** 2.
VARIABLE LABELS IMC 'Índice de Massa Corporal'.
EXECUTE.
RECODE Q24 (97=SYSMIS) (1=1) (9=2) (11=2) (99=SYSMIS) (2 thru 8=3) (10=3) INTO Beneficiário.
VARIABLE LABELS Beneficiário 'Beneficiário'.
EXECUTE.
RECODE Q26 (9=SYSMIS) (7=SYSMIS) (2=0).
EXECUTE.
RECODE Q107 (97=SYSMIS) (96=SYSMIS) (99=SYSMIS) (1 thru 6=1) (7 thru 9=2) (10=3) INTO Rendimento.
VARIABLE LABELS Rendimento 'Rendimento da família'.
EXECUTE.
RECODE IMC (Lowest thru 18.5=1) (18.5 thru 25=2) (25 thru 30=3) (30 thru Highest=4) INTO IMC_COD.
EXECUTE.
RECODE sexo (1=1) (2=0).
EXECUTE.

```

```

USE ALL.
COMPUTE filter_$(q131 >= 21).
VARIABLE LABEL filter_$(q131 >= 21 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$(0 'Not Selected' 1 'Selected').
FORMAT filter_$(f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
FREQUENCIES VARIABLES=GPROF
  /ORDER=ANALYSIS.
EXAMINE VARIABLES=q131 q112 IMC BY GPROF
  /PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
  /PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
  /STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
  /CINTERVAL 95
  /MISSING LISTWISE
  /NOTOTAL.
CROSSTABS
  /TABLES=GPROF BY sexo q15 Escolaridade Trabalho q115 Beneficiário Q26 Rendimento
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
CROSSTABS
  /TABLES=GPROF BY ES
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
CROSSTABS
  /TABLES=GPROF BY IncaTEMP Absentismo Adoentado Recorrer RecoMED RecoALT RecoOUT
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
CROSSTABS
  /TABLES=GPROF BY IncaLONGA
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
CROSSTABS
  /TABLES=GPROF BY Cronica DoencaMENTAL
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
CROSSTABS
  /TABLES=GPROF BY MedicamentosDCV MedicamentosDOR MedMENTAL MedRESP MedOUT MedHORMONA MedRec Q83
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
CROSSTABS
  /TABLES=GPROF BY Q92

```

```
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
CROSSTABS
/TABLES=GPROF BY gastoCONSUL gastoMED gastoOUTRO
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
EXAMINE VARIABLES=euroCONSUL euroMED OUTROSeuro BY GPROF
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
CROSSTABS
/TABLES=GPROF BY Fumador Fu2SEM EXfumador DeixarFUMO FumoPASS
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
EXAMINE VARIABLES=CigarrosD BY GPROF
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
EXAMINE VARIABLES=CIGARex BY GPROF
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
EXAMINE VARIABLES=AnosFUex BY GPROF
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
EXAMINE VARIABLES=AnosFU BY GPROF
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
```

```
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
CROSSTABS
/TABLES=GPROF BY Vinho Cerveja BebeOUT Q12171a Q12171b Q12171c Q12171d Q12171e Q12171f Q1218
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
CROSSTABS
/TABLES=GPROF BY Q133 Amamentação Q137 Metodo
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
EXAMINE VARIABLES=MHI BY GPROF
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
CROSSTABS
/TABLES=GPROF BY Vacina Mamografia Citologia Q163 Q164
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
EXAMINE VARIABLES=tMamo tCito BY GPROF
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
CROSSTABS
/TABLES=GPROF BY QdV Satisfsaúde Energia AVD SatisPP SatisPESSOA Dinheiro SatisfLOCAL
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
DATASET ACTIVATE DataSet1.
FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE.
USE ALL.
COMPUTE filter_$=(q131 >= 21).
VARIABLE LABEL filter_$ 'q131 >= 21 (FILTER)'.
```

```
VALUE LABELS filter_ $ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_ $ (f1.0).
FILTER BY filter_ $.
EXECUTE.
WEIGHT BY POND1.
FREQUENCIES VARIABLES=GPROF
  /ORDER=ANALYSIS.
EXAMINE VARIABLES=q131 q112 IMC BY GPROF
  /PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
  /PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
  /STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
  /CINTERVAL 95
  /MISSING LISTWISE
  /NOTOTAL.
CROSSTABS
  /TABLES=GPROF BY sexo q15 Escolaridade Trabalho q115 Beneficiário Q26 Rendimento
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
WEIGHT BY POND2.
CROSSTABS
  /TABLES=GPROF BY ES
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
WEIGHT BY POND1.
CROSSTABS
  /TABLES=GPROF BY IncaTEMP Absentismo Adoentado Recorrer RecoMED RecoALT RecoOUT
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
WEIGHT BY POND3.
CROSSTABS
  /TABLES=GPROF BY IncaLONGA
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
WEIGHT BY POND1.
CROSSTABS
  /TABLES=GPROF BY Cronica DoencaMENTAL
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
CROSSTABS
  /TABLES=GPROF BY MedicamentosDCV MedicamentosDOR MedMENTAL MedRESP MedOUT MedHORMONA MedRec Q83
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
```

WEIGHT BY POND5.

CROSSTABS

/TABLES=GPROF BY Q92

/FORMAT=AVALUE TABLES

/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL

/COUNT ROUND CELL.

WEIGHT BY POND1.

CROSSTABS

/TABLES=GPROF BY gastoCONSUL gastoMED gastoOUTRO

/FORMAT=AVALUE TABLES

/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL

/COUNT ROUND CELL.

EXAMINE VARIABLES=euroCONSUL euroMED OUTROSeuro BY GPROF

/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT

/COMPARE GROUPS

/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE

/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME

/CINTERVAL 95

/MISSING LISTWISE

/NOTOTAL.

WEIGHT BY POND1.

CROSSTABS

/TABLES=GPROF BY Fumador Fu2SEM EXfumador DeixarFUMO FumoPASS

/FORMAT=AVALUE TABLES

/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL

/COUNT ROUND CELL.

EXAMINE VARIABLES=CigarrosD BY GPROF

/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT

/COMPARE GROUPS

/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE

/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME

/CINTERVAL 95

/MISSING LISTWISE

/NOTOTAL.

EXAMINE VARIABLES=CIGARex BY GPROF

/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT

/COMPARE GROUPS

/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE

/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME

/CINTERVAL 95

/MISSING LISTWISE

/NOTOTAL.

EXAMINE VARIABLES=AnosFUex BY GPROF

/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT

/COMPARE GROUPS

/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE

/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME

/CINTERVAL 95

```
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
EXAMINE VARIABLES=AnosFU BY GPROF
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
WEIGHT BY POND1.
CROSSTABS
/TABLES=GPROF BY Vinho Cerveja BebeOUT Q12171a Q12171b Q12171c Q12171d Q12171e Q12171f Q1218
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
WEIGHT BY POND2.
CROSSTABS
/TABLES=GPROF BY Q133 Amamentação Q137 Metodo
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
WEIGHT BY POND2.
EXAMINE VARIABLES=MHI BY GPROF
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
WEIGHT BY POND5.
CROSSTABS
/TABLES=GPROF BY Vacina Mamografia Citologia Q163 Q164
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
EXAMINE VARIABLES=tMamo tCito BY GPROF
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
WEIGHT BY POND7.
CROSSTABS
/TABLES=GPROF BY QdV Satisfsaúde Energia AVD SatisPP SatisPESSOA Dinheiro SatisfLOCAL
```

```
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
USE ALL.
COMPUTE filter_$=(q131 >= 21).
VARIABLE LABEL filter_$ 'q131 >= 21 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
FREQUENCIES VARIABLES=PCS
/ORDER=ANALYSIS.
EXAMINE VARIABLES=q131 q112 IMC BY PCS
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY sexo q15 Escolaridade Trabalho q115 Beneficiário Q26 Rendimento
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY ES
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY IncaTEMP Absentismo Adoentado Recorrer RecoMED RecoALT RecoOUT
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY IncaLONGA
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY Cronica DoencaMENTAL
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY MedicamentosDCV MedicamentosDOR MedMENTAL MedRESP MedOUT MedHORMONA MedRec Q83
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
```

```

/COUNT ROUND CELL.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY Q92
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY gastoCONSUL gastoMED gastoOUTRO
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
EXAMINE VARIABLES=euroCONSUL euroMED OUTROSeuro BY PCS
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY Fumador Fu2SEM EXfumador DeixarFUMO FumoPASS
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
EXAMINE VARIABLES=CigarrosD BY PCS
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
EXAMINE VARIABLES=CIGARex BY PCS
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
EXAMINE VARIABLES=AnosFUex BY PCS
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.

```

```
EXAMINE VARIABLES=AnosFU BY PCS
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY Vinho Cerveja BebeOUT Q12171a Q12171b Q12171c Q12171d Q12171e Q12171f Q1218
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY Q133 Amamentação Q137 Metodo
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
EXAMINE VARIABLES=MHI BY PCS
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY Vacina Mamografia Citologia Q163 Q164
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
EXAMINE VARIABLES=tMamo tCito BY PCS
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY QdV Satisfsaúde Energia AVD SatisPP SatisPESSOA Dinheiro SatisfLOCAL
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
DATASET ACTIVATE DataSet1.
FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE.
```

```

USE ALL.
COMPUTE filter_$(q131 >= 21).
VARIABLE LABEL filter_$(q131 >= 21 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$(0 'Not Selected' 1 'Selected').
FORMAT filter_$(f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
WEIGHT BY POND1.
FREQUENCIES VARIABLES=PCS
  /ORDER=ANALYSIS.
EXAMINE VARIABLES=q131 q112 IMC BY PCS
  /PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPPLOT
  /PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
  /STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
  /CINTERVAL 95
  /MISSING LISTWISE
  /NOTOTAL.
CROSSTABS
  /TABLES=PCS BY sexo q15 Escolaridade Trabalho q115 Beneficiário Q26 Rendimento
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
WEIGHT BY POND2.
CROSSTABS
  /TABLES=PCS BY ES
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
WEIGHT BY POND1.
CROSSTABS
  /TABLES=PCS BY IncaTEMP Absentismo Adoentado Recorrer RecoMED RecoALT RecoOUT
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
WEIGHT BY POND3.
CROSSTABS
  /TABLES=PCS BY IncaLONGA
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
WEIGHT BY POND1.
CROSSTABS
  /TABLES=PCS BY Cronica DoencaMENTAL
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
WEIGHT BY POND1.
CROSSTABS

```

```
/TABLES=PCS BY MedicamentosDCV MedicamentosDOR MedMENTAL MedRESP MedOUT MedHORMONA MedRec Q83
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
WEIGHT BY POND5.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY Q92
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
WEIGHT BY POND1.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY gastoCONSUL gastoMED gastoOUTRO
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
EXAMINE VARIABLES=euroCONSUL euroMED OUTROSeuro BY PCS
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
WEIGHT BY POND1.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY Fumador Fu2SEM EXfumador DeixarFUMO FumoPASS
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
EXAMINE VARIABLES=CigarrosD BY PCS
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
EXAMINE VARIABLES=CIGARex BY PCS
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
EXAMINE VARIABLES=AnosFUex BY PCS
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
```

```
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
EXAMINE VARIABLES=AnosFU BY PCS
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
WEIGHT BY POND1.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY Vinho Cerveja BebeOUT Q12171a Q12171b Q12171c Q12171d Q12171e Q12171f Q1218
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
WEIGHT BY POND2.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY Q133 Amamentação Q137 Metodo
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
WEIGHT BY POND2.
EXAMINE VARIABLES=MHI BY PCS
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
WEIGHT BY POND5.
CROSSTABS
/TABLES=PCS BY Vacina Mamografia Citologia Q163 Q164
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
EXAMINE VARIABLES=tMamo tCito BY PCS
/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/PERCENTILES(5,10,25,50,75,90,95) HAVERAGE
/STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
```

/NOTOTAL.

WEIGHT BY POND7.

CROSSTABS

/TABLES=PCS BY QdV Satisfsaúde Energia AVD SatisPP SatisPESSOA Dinheiro SatisfLOCAL

/FORMAT=AVALUE TABLES

/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL

/COUNT ROUND CELL.

ANEXO 15

Plano de análise dos dados do 4º INS

1. Grupo profissional / PCS

Frequências absoletas e relativas, observadas e esperadas. Ponderador 1

Variável independente		Variável confundente		Ponderador
Grupo profissional / PCS		Idade		POND 1
	-	Horas semanais	-	POND 1
	L	Sexo	C	POND 1
	L	Viver conjugalmente	C	POND 1
	L	Anos de escolaridade	C	POND 1
	L	Trabalho 2 semanas	C	POND 1
	L	Residência	C	POND 1
	L	Índice de massa corporal	C	POND 1
	L	Beneficiário	C	POND 1
	L	Seguro de saúde	C	POND 1
	L	Rendimento da família	C	POND 1

2. Auto-percepção do estado de saúde

Variável independente		Variável dependente		Ponderador
Grupo profissional/ PCS	L	Estado de saúde	C	POND2

3. Doença aguda

Variável independente		Variável dependente		Ponderador
Grupo profissional / PCS	L	Doença aguda	C	POND1
	L	Absentismo	C	POND1
	L	Estar adoentado	C	POND1
	L	Recorrer	C	POND1
	L	Recorrer médico enfermeiro ou farmacêutico	C	POND1
	L	Recorrer a medicina alternativas	C	POND1
	L	Recorrer outros	C	POND1

4. Incapacidade de longa duração

Variável independente		Variável dependente		Ponderador
Grupo profissional / PCS	L	Incapacidade de longa duração	C	POND3

5. Doenças crónicas

Variável independente		Variável dependente		Ponderador
Grupo profissional / PCS	L	Doenças crónicas	C	POND1
	L	Doença mental	C	POND1

6. Consumo de medicamentos

Variável independente		Variável dependente		Ponderador
Grupo profissional / PCS	L	Medicamentos receitados	C	POND1

Variável independente		Variável dependente		Ponderador
	L	Medicamentos DCV	C	POND1
	L	Medicamentos dor	C	POND1
	L	Medicamentos mental	C	POND1
	L	Medicamentos resp	C	POND1
	L	Outros medicamentos	C	POND1
	L	Medicamentos hormonas	C	POND1
	L	Medicamentos não receitados	C	POND1

7. Saúde oral

Variável independente		Variável dependente		Ponderador
Grupo profissional / PCS	L	Saúde oral	C	POND5

8. Despesas com a saúde

Variável independente		Variável dependente		Ponderador
Grupo profissional / PCS	L	Gastos consultas	C	POND1
	L	Gastos medicamentos	C	POND1
	L	Gastos outros	C	POND1
		Consultas euro		POND1
		Medicamentos euro		POND1
		Outros euro		POND1

9. Consumo de tabaco

Variável independente		Variável dependente		Ponderador
Grupo profissional / PCS	L	Fumador	C	POND1
	L	Fumar 2 semanas	C	POND1
	L	Ex-fumador	C	POND1
	L	Deixar fumar	C	POND1
	L	Fumador passivo	C	POND1
	L	Cigarros dia	C	POND1
	L	Cigarros ex fumador	C	POND1
	L	Anos fumador	C	POND1
	L	Anos fumo ex- fumador	C	POND1

10. Consumo de bebidas alcoólicas

Variável independente		Variável dependente		Ponderador
Grupo profissional / PCS	L	Vinho	C	POND1
	L	Cerveja	C	POND1
	L	Beber outros	C	POND1
	L	Beber sozinho	C	POND1

Variável independente		Variável dependente		Ponderador
	L	Beber estabelecimento	C	POND1
	L	Beber num evento	C	POND1
	L	Beber almoço	C	POND1
	L	Beber jantar	C	POND1
	L	Beber conduzir	C	POND1
	L	Beber como fds	C	POND1

11. Saúde sexual e reprodutiva (só mulheres dos 15 aos 55 anos)

Variável independente		Variável dependente		Ponderador
Grupo profissional / PCS	L	Consulta pré-natal	C	POND2
	L	Amamentação	C	POND2
	L	Contraceção	C	POND2
	L	Método	C	POND2

12. Actividade física

Variável independente		Variável dependente		Ponderador
Grupo profissional / PCS	L	Actividade física 7 dias	C	POND4

13. Saúde mental

Variável independente	Variável dependente	Ponderador
Grupo profissional / PCS	MHI-5	POND2

14. Cuidados preventivos

Variável independente		Variável dependente		Ponderador
Grupo profissional / PCS	L	Vacina	C	POND5
	L	Medir TA	C	POND5
	L	Medir colesterol	C	POND5
	L	Mamografia	C	POND5
	L	Citologia	C	POND5
Grupo profissional / PCS	Tempo mamografia			POND5
	Tempo citologia			POND5

15. Qualidade de vida

Variável independente		Variável dependente		Ponderador
Grupo profissional / PCS	L	Qualidade de vida	C	POND7
	L	Satisfação saúde	C	POND7
	L	Energia	C	POND7
	L	Capaz AVD	C	POND7
	L	Satisfação próprio	C	POND7
		Satisfação pessoais	C	POND7
		Dinheiro	C	POND7

Variável independente		Variável dependente		Ponderador
		Satisfeito local	C	POND7

ANEXO 16

Estatísticas de Mortalidade

Estatísticas de Mortalidade em Portugal

ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE

Irgens (2001) acredita que o futuro da epidemiologia será traçado em dois caminhos, complementares mas simultaneamente distintos: a epidemiologia baseada em registos (como os registos de óbitos, de nascimentos, de cancro) e a epidemiologia genética.

O mesmo autor defende que a epidemiologia baseada em registos será catalisadora da epidemiologia genética uma vez que fornece números com poder para avaliar os efeitos e as modificações dos efeitos; usa dados já existentes, na maioria dos casos, colhidos e relatados para outros fins (o que representa uma abordagem de custo-efectividade); e é um pré-requisito da vigilância epidemiológica.

Prevê-se, deste modo, e apesar dos impressionantes avanços em termos de informação em saúde, que as estatísticas vitais, e mais especificamente as estatísticas de mortalidade, continuem a ter um papel preponderante na epidemiologia – continuam a ser uma das poucas fontes de dados disponíveis aos níveis local, regional e nacional e que satisfazem os critérios de cobertura e continuidade (Glasser, 1981).

De toda a informação relacionada com a saúde, as estatísticas de mortalidade são as mais antigas (Ashley, Cole, & Kilbane, 1991).

Actualmente, são importantes pilares da investigação epidemiológica (Bowling, 2000; Johansson, Westerling, & Rosenberg, 2005). Permitem identificar subgrupos da população com pesos desproporcionais de doença, generalizar hipóteses sobre os factores de risco de uma doença, determinar as prioridades relativas à distribuição de recursos em saúde e monitorizar o progresso da prossecução dos objectivos de saúde para uma dada população (Greenberg, Daniels, Flanders, Eley, & Boring III, 2005; Johansson et al., 2005; Myers & Farquhar, 1998; Tangcharoensathien, Faramnuayphol, Teokul, Bundhamcharoen, & Wibulpholprasert, 2006).

Mausley & Williams (1996) referem que, embora sejam consideradas imprescindíveis para algumas áreas da saúde pública (por exemplo, decisão sobre a política de saúde pública, avaliação das necessidades em saúde, estabelecimento de prioridades, entre outras), raramente são suficientes ou completas e pouco específicas no que concerne à medição de resultados em saúde.

Apesar disso, o uso de estatísticas de mortalidade continua a ser imprescindível reconhecendo-se, no entanto, que devem de integrar sistemas de vigilância epidemiológica mais compreensivos, permanentes, sistemáticos, de base populacional, com um sistema de análise de dados eficiente, que estimule a investigação etiológica e que informe sobre os riscos em saúde e sobre situações de emergência (Choi & Pak, 2001).

1. BREVE RESENHA HISTÓRICA

A necessidade de ter registos de base populacional é ancestral. Há registo de tentativas de contabilizar e recensear o número de indivíduos no Egipto, na China, na Mesopotâmia.

Cerca de 1000 a.C. o Rei David recenseou a sua população tendo em vista fins militares. Mais tarde César Augusto, recenseia a população das diferentes províncias do Império Romano, após publicação de decreto reconhecendo que todos os cidadãos do Império Romano necessitavam de ser taxados (Irgens, 2001). É a nesta altura que se realiza o primeiro censo na província romana de Lusitânia (que mais tarde viria a corresponder ao território de Portugal (INE, 2009).

A preocupação com o recenseamento das mortes surge mais tarde mercê, também, mas não só, das inúmeras dificuldades logísticas ao tempo. Esta preocupação com os registos das mortes aparece fortemente ligada a epidemias que foram, ao longo dos séculos, afectando a população mundial (Alter & Carmichael, 1999). São exemplos, a Praga de Justiniano⁹ (541-591) e a Peste Negra (1190 a.C. e 1348-1351) (Choi et al., 2001).

Embora os óbitos fossem registados de forma dispersa e, na maioria dos casos, nas alturas das epidemias (em Itália, com maior ênfase a partir de 1348) (Alter et al., 1999), os primeiros esforços de registo sistemático surgem em França, mais especificamente em Grivy, no século XIV (Marcilio, 2004). Existem também registos de óbitos anuais, patrocinados pelo Ducado de Milão (*Necrologi* de Milão), no séc. XV (Alter et al., 1999).

Mais tarde, e embora existam registos paroquiais pré-Reforma, é com o movimento da Contra Reforma na Europa que se criou a necessidade de distinguir e monitorizar a fidelidade religiosa dos membros da Igreja Católica¹⁰ (Alter et al., 1999; Alter & Carmichael, 1996). Assim, com o Concílio de Trento (1563) foi decretado que cabia à Cura o registo do baptismo e do matrimónio. Pouco tempo mais tarde, tornou-se óbvia a necessidade de registar, igualmente, os óbitos¹¹ pelo que, em 1614, o Papa Paulo V, no *Rituale Romanum* o torna obrigatório (Marcilio, 2004).

Nesta altura, os registos de óbito incluíam, por decreto papal, a data do óbito, o nome do falecido e o estado civil. No caso dos indivíduos solteiros devia referir o nome dos pais e no dos casados, o nome do cônjuge. Podia ser também indicado (embora não obrigatoriamente) a naturalidade, idade, actividade, causa de morte, existência de testamento, local e condições do enterro (Marcilio, 2004).

⁹ Uma das maiores epidemias que alguma vez assolou a humanidade. Durou 50 anos e estima-se que tenha matado 50% da população do Império Bizantino (Marks & Beatty, 1976)

¹⁰ O movimento da Reforma Católica surgiu em resposta à Reforma iniciada por Lutero que levou ao aparecimento dos ramos protestantes da Igreja.

¹¹ Que correspondem ao ritual do funeral

Por volta desta altura as autoridades civis reconhecem, também, a importância da informação sobre os óbitos para o controlo de pragas (Alter et al., 1999).

Em Portugal, o registo de óbitos dos membros da igreja católica torna-se obrigatório em 1591 com a publicação das *Constituições synodales do Bispado de Coimbra* (Marcilio, 2004).

A partir dos sécs. XVI e XVII, surgem relatos do registo de óbitos em toda a Europa (Wall, 2004; Alter et al., 1999). Em Londres, embora de forma inconsistente, as mortes eram registadas nas paróquias (Elliot, Cuzick, English, & Stern, 1996). Em alguns casos, os registos das mortes (habitualmente só com o nome do falecido e data do óbito) eram acompanhados pela idade do falecido, a causa de morte e alguma informação sobre o seu estatuto legal (Forbes, 1971).

O sistema de registo e classificação das causas de morte tal como se conhece hoje, começou-se a desenvolver durante o séc. XIX (Alter et al., 1999). É neste século que, em alguns países da Europa (Noruega, Reino Unido, Portugal), o registo dos óbitos passa a ser civil. Em Portugal, acontece na sequência do Decreto de 16 de Maio de 1832 no qual o Estado reconhece

“... a vantagem de tornar extensiva a todos os indivíduos a prática da Igreja (...) bem como a necessidade de aproveitar a sua iniciativa, subordinando a realização do registo a princípios jurídicos uniformes, que assegurassem a sua regularidade e fiscalização.” (Instituto dos Registos e Notariado, 2003).

Após algumas dificuldades verificadas no terreno, em 1878, através do Decreto de 28 de Novembro de 1878, o Estado mantém o registo paroquial e confia aos administradores do concelho o registo dos óbitos dos portugueses não católicos.

Em 1911, em Portugal, com a publicação do Decreto de 18 de Fevereiro de 1911 é instituída a obrigatoriedade de inscrição no registo civil dos óbitos independentemente da confissão religiosa.

1.1. CERTIFICAÇÃO DO ÓBITO E CAUSAS DE MORTE

Cada morte é única. No entanto, existem aspectos comuns às mortes “únicas” que lhes permite serem classificadas em categorias de similitude (Davis, 1997).

O registo da causa de morte não foi, na sua origem, uma preocupação médica. A necessidade de saber porque morrem os indivíduos foi, inicialmente, do Estado e o envolvimento dos médicos no processo variou ao longo dos séculos. Tal criou um viés institucional nos primeiros registos das causas de morte que se conhecem (Alter et al., 1999). A indicação da causa de morte de forma constante e pelo médico é, assim, um facto relativamente recente.

De acordo com Alter et al. (1999) a necessidade do registo da causa de morte resultou de preocupações com a burocracia e com a necessidade de controlar problemas sociais (lembre-se o caso das várias epidemias que foram afectando o Mundo).

Quer na Idade Antiga quer no início da Idade Média, a causa de morte interessava apenas a nível individual. A forma como os indivíduos morriam (e não tanto de que morriam) era encarada como uma premonição da vida que levariam depois da morte. Procuravam-se sinais de pecado ou de santidade, combinando as características físicas do cadáver e o juízo moral sobre o indivíduo (Alter et al., 1999).

Mais tarde, na Idade Média, a morte começou a interessar ao Estado pelos aspectos ligados aos testamentos e heranças e como forma de calcular a remuneração justa dos coveiros, padres e outro pessoal, embora a causa de morte continuasse a não ser um dado importante (Alter et al., 1999).

É por volta do séc. XV que surgem os primeiros registos de causas de morte: os ligados à Igreja (para os membros) e os ligados ao Estado (Alter et al., 1999; Davis, 1997). A obra *London Bills of Mortality*¹², do séc. XVII, é, talvez, o registo de causas de morte mais conhecido mercê do trabalho desenvolvido por John Graunt para avaliar o crescimento populacional de Londres e calcular o custo de determinadas doenças (Alter et al., 1999).

De realçar, contudo, que apesar da evolução no registo dos óbitos, o registo das causas de morte era mais falível sendo que podia, ou não, estar contido na informação que acompanhava o primeiro. É com o Iluminismo que começa a ser reconhecido o valor e a utilidade do registo da causa de morte. (Alter et al., 1999)

Com o reconhecimento da importância da causa de morte começa a tornar-se óbvia a necessidade de criar um sistema para a sua classificação.

Até aos finais do séc. XVII, a causa de morte baseava-se em explicações fisiológicas (herança greco-romana de Galeno) não sendo nomeadas entidades particulares (Alter et al., 1999). Aliás, a relação, apelidada por Alter et al (1999) de problemática, entre as causas de morbilidade e as causas de morte encontra aqui as suas origens revelando as barreiras ideológicas de estaticistas e clínicos.

Até esta data, a certificação médica da morte era espúria, destinada apenas aos doentes que tinham sido acompanhados pelo médico durante a última fase da sua doença ou em que o médico tinha assistido à morte.

¹² De realçar que esta obra, embora resultante dos registos paroquiais dos óbitos, tinha como modelo a prática desenvolvida com a vigilância de epidemias desenvolvida em Itália (Alter et al., 1999).

No séc. XVIII aparecem as primeiras preocupações com a criação de uma classificação sistemática das doenças, tendo sido publicado a obra *Nosologia methodica* de Sauvages.

Paralelamente, na Europa e na América do Norte, a pressão cresce para que o Estado assuma a responsabilidade pela colheita de dados sobre as causas de morte (Alter et al., 1999; Hanzlick, 1997; Davis, 1997).

É por volta do séc. XIX que começam a surgir as primeiras referências à obrigatoriedade da certificação médica da morte, nomeadamente em Inglaterra e no País de Gales. Inicialmente, a informação sobre a causa de morte era transmitida verbalmente no momento do registo sendo que por volta de 1845 houve, em Inglaterra, a emissão de livros de certificados, entregues, apenas, aos médicos diplomados, sendo que os funcionários do registo eram obrigadas a reconhecer como certificadas apenas as mortes declaradas por estes clínicos (Alter et al., 1996). Esta melhoria (queda acentuada das mortes não certificadas) permitiu a William Farr desenvolver o seu trabalho.

No séc. XIX, a classificação de doenças mais utilizada era a *Synopsis nosologiae methodicae* por William Cullen. No entanto, esta não traduzia os avanços da medicina. Ainda neste século, Farr apresenta, em 1855, uma classificação de doenças dividida em cinco grupos (doenças epidémicas, doenças generalizadas¹³, doenças locais por local anatómico, doenças do desenvolvimento¹⁴ e doenças que resultam directamente de violência) que veio a ser a base da Lista Internacional de Causas de Morte (World Health Organization, sd; Alter et al., 1999) Esta lista sofreu cinco revisões entre 1855 e 1938 (World Health Organization, sd).

Em 1945 o *United States Committee on Joint Causes of Death* reconheceu que a classificação das doenças e lesões está intrinsecamente ligada à das causas de morte pelo que sugeriu a criação de uma lista única. Foi então preparada uma proposta de Classificação das Doenças, Traumatismos e Causas de Morte que foi aprovada em 1946, juntamente com o Formulário Internacional de Certificação Médica da Causa de Morte (World Health Organization, sd; Alter et al., 1999).

A Classificação das Doenças, Traumatismos e Causas de Morte foi revista em 1955 (CID-7), 1975 (CID-8) e em 1989 (CID-9). Actualmente, encontra-se, em vigor, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª versão (CID-10).

¹³ Em inglês *constitutional diseases*

¹⁴ Em inglês *developmental diseases*

Hoje, na Europa, todas as mortes são registadas e, salvo raras exceções, a causa de morte é certificada por um médico de acordo com regras e procedimentos estabelecidos internacionalmente (Elliot et al., 1996).

As estatísticas de mortalidade baseiam-se num registo médico básico, o certificado de óbito, que é preenchido pelo médico. Tendo por base a informação contida no certificado de óbito, a causa básica de morte é codificada de acordo com a revisão da CID em vigor. Esta tarefa pode ser realizada a nível central ou local, com ou sem mecanismos que assegurem a consistência entre codificadores e podem ou não existir controlos de qualidade e mecanismos de seguimento em casos de dúvida (Elliot et al., 1996).

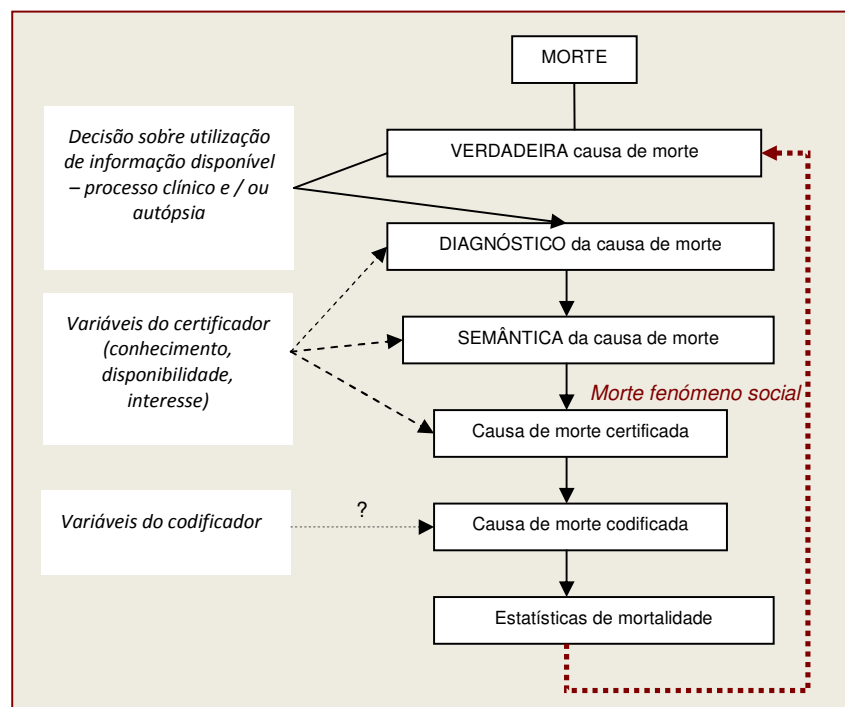
2. VALIDADE DAS ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE

Os dados de mortalidade apresentam algumas vantagens que os tornam “epidemiologicamente atractivos”: a disponibilidade (pelo menos anual), a cobertura (universal), a aplicação de uma nomenclatura estandardizada comum (CID) e o baixo custo.

Bowling (2000), contudo, alerta para a possibilidade de poderem surgir problemas ligados aos critérios de diagnóstico e classificação das doenças/ problemas de saúde e para o carácter incompleto dos registos de nascimento e óbito, especialmente nos países de baixo rendimento.

Ashley et al (1991) referem que qualquer sistema regular de colheita de informação está sujeito a inconsistências pelo que as estatísticas de mortalidade não são excepção. Os problemas com as estatísticas de mortalidade podem surgir no diagnóstico, preenchimento do certificado de óbito, transcrição, classificação e codificação dos dados, processamento, análise ou interpretação das estatísticas (Johansson & Westerling, 2002) (Figura 1).

Figura 1 – Relação entre a verdadeira causa de morte e a codificação da causa de morte (adaptado de (Maudsley & Williams, 1996)



A similitude das estatísticas de mortalidade, nomeadamente das causas descritas, com a verdadeira causa de morte dos indivíduos que contribuíram para esta depende, na maioria dos casos, de:

- Utilização de informação disponível para diagnosticar a causa de morte, isto é, do uso ou não de dados constantes, por exemplo, na história clínica do falecido ou dos resultados da autópsia (sempre que estes estejam disponíveis) (Maudsley et al., 1996);
- Pouco conhecimento do certificador sobre o falecido (Greenberg et al., 2005);
- Falta de formação e informação dos certificadores relativamente ao preenchimento dos certificados de óbito (Greenberg et al., 2005);
- Uso, nas estatísticas de mortalidade oficiais, de uma só causa de morte (o que conduz a uma imagem incompleta da contribuição das diferentes condições para a mortalidade) (Greenberg et al., 2005);
- Preocupação acerca da confidencialidade sobre o falecido o que pode levar à omissão de diagnósticos “mais sensíveis” – peso social da morte (Greenberg et al., 2005);
- Modificações e actualizações nos sistemas de classificação das causas de morte (Greenberg et al., 2005).

De seguida são analisados alguns destes aspectos sendo dado maior ênfase às questões relacionadas com o diagnóstico/ certificação da morte.

2.1. CAUSAS DE MORTE E PRECISÃO DO DIAGNÓSTICO DE MORTE

O certificado de óbito tem como objectivos documentar o óbito, fornecer dados sobre a causa da morte, as circunstâncias como ocorreu e a forma como se deu a morte (de modo a esclarecer qualquer dúvida quando às circunstâncias da morte), fornecer informação estatística e epidemiológica que permita conhecer o estado de saúde da população e que possa ser utilizada *ante mortem* (por exemplo, correlações entre causa de morte e ocupação) e não representar dificuldade acrescida para a família em luto (Hanzlick, 1997; Hanzlick, 2005; Jewell, 2007; Klatt & Noguchi, 1989).

O certificado de óbito tem, também, outros benefícios: ser a prova legal da morte e um entrave ao crime (Swift & West, 2002). Maudsley et al (1996) acrescentam que os certificados de óbito representam uma “rede de segurança” para os registos oncológicos.

No entanto, sabe-se que os certificados de óbito encerram alguns problemas que condicionam, com maior ou menor extensão, a qualidade das estatísticas de mortalidade, nomeadamente no que diz respeito às causas de morte. Estes problemas parecem ser transversais a todos os países do mundo, embora em diferentes graus de gravidade (Maudsley et al., 1996; Lu et al., 2001; Barros, Ximenes, & Lima, 2001; Lozano, Murray, Lopez, & Satoh, 2001). Suspeita-se, também, que tenham implicações extensas, mas ainda não calculadas, no que diz respeito à comparabilidade internacional dos dados (Maudsley et al., 1996).

Num estudo realizado por Sington & Cottrell (2002) foram comparados os resultados de 440 autópsias de adultos (de Janeiro de 1999 a Agosto de 2000) realizadas, consecutivamente, num hospital de Inglaterra, com as causas de morte declaradas no certificado de óbito. Verificou-se que a sensibilidade dos certificados de óbito era de 0,47 (variando entre 0,28 e 0,90 conforme se tratasse do sistema nervoso ou cardiovascular, respectivamente).

Vários estudos quantificam os erros existentes nos certificados de óbito (Quadro 1).

Quadro 1 – Resumo dos resultados de alguns estudos sobre a qualidade dos certificados de óbito

Autor (ano)	Descrição	Resultados
Swift et al (2002)	Análise 1 000 da cópia dos certificados de óbito de um hospital universitário (Outubro de 1999 a Junho de 2000) do Reino Unido	55% completados de forma lógica e completa 24,8% com dados incompletos 10,9% com má utilização da parte II 9,3% sem lógica ou desapropriados
Johansson et al (2002)	Através da conjugação dos números de identificação pessoal, foram comparados dados de altas hospitalares com os dados de	37,2% das causas antecedentes básicas deferiam da condição final principal

Autor (ano)	Descrição	Resultados
	causa de morte do ano de 1995 do Registo Nacional de Causas de Morte da Suécia.	Quando se acrescentava ao certificado de óbito a informação proveniente dos registos de alta era atribuída uma nova causa de morte em 10,6% dos casos. Em 77% dos novos diagnósticos a causa antecedente básica de morte não tinha sido mencionada no certificado
Sehdev & Hutchins (2001)	Comparação, entre Junho de 1995 e Fevereiro de 1997, de 494 certificados de óbito preenchidos com base em autópsia ou dados clínicos, relativamente ao relato apropriado e à precisão do diagnóstico.	41% dos certificados não estavam devidamente preenchidos. Destes 24% apresentavam grandes discrepâncias entre o clínico e o patologista relativamente à causa de morte. Os erros mais frequentes dos clínicos eram a utilização de mecanismos como <i>immediate cause of death</i> , não codificação de processos inespecíficos, listagem da causa básica de <i>immediate cause of death</i> e causa de morte básica na ordem errada
Myers et al (1998)	Avaliação de uma intervenção educacional com o objectivo de melhorar a precisão do preenchimento do certificado de óbito por internos de medicina interna.	Antes da intervenção, foram detectados 32,9% dos certificados de óbito com erros graves.
Jordan & Bass (1993)	Revisão dos certificados de óbito de um hospital universitário do Canadá com o objectivo de identificar erros para além dos ligados à precisão do diagnóstico	68,1% dos certificados estavam preenchidos de forma satisfatória (tendo em conta as orientações da OMS)
Pritt, Hardin, Richmond & Shapiro (2005)	Determinar a frequência e o tipo de erros dos certificados de óbitos preenchidos por médicos não patologistas de um centro médico universitário dos Estados Unidos da América	34% dos certificados tinha erros na classificação da causa de morte 82% dos certificados tinham algum tipo de erro
Armour & Bharucha (1997)	Foram analisados os certificados de óbito das mortes que ocorreram em 4 semanas de Outubro de 2004 (período escolhido aleatoriamente).	33,4% dos certificados apresentava um ou mais erros. Os erros mais frequentes eram a terminologia utilizada, os erros de sequência e a não qualificação.
Lu et al (2001)	Análise, por dois revisores independentes, dos erros de uma amostra sistemática de todos os certificados de óbitos emitidos na Tailândia em 1994 (excepto as mortes não naturais)	39% dos certificados completados de forma incorrecta Identificados 4 tipos de erros: ser indicado, apenas o mecanismo da morte, múltiplas sequências causais, uma só sequência causal mas não específica, uma só sequência causal mas na ordem incorrecta. Os erros aumentavam à medida que aumentava a idade do falecido, diminuía a idade do certificador e o nível do hospital

Vários autores têm avançado com explicações para as inconsistências e problemas encontrados na certificação dos óbitos.

Morton et al (2000) referem que, em última análise, o processo de certificação do óbito é individual e fortemente influenciado pelo conhecimento do certificador em relação ao procedimento de certificação.

Klatt et al (1989) referem que, muitas vezes, o médico não tem uma ideia clara sobre o motivo que levou à morte. Por outro lado, o mesmo autor refere que, ao determinar a causa de morte podem não existir achados suficientes que permitam fazê-lo de forma inequívoca. Outras vezes, a sequência de eventos que levou à morte pode não estar definida de forma lógica. A falta de tempo para preencher o certificado detalhadamente parece ser, igualmente, uma importante condicionante deste processo (Swift et al., 2002).

Por outro lado, Swift et al (2002) referem que é frequente os médicos terem pouca formação e treino na certificação de mortes ou em procedimentos de codificação de doença. Um estudo realizado por Myers et al (1998), que se debruçou sobre o resultado de uma intervenção educacional para melhorar a precisão do preenchimento do certificado de óbito por internos de medicina interna, revelou que antes da intervenção, 32,9% dos certificados de óbito continham erros graves. Após a intervenção a percentagem diminuiu para 15,7% ($p=0,01$).

À medida que aumenta a idade do falecido, os erros associados ao preenchimento do certificado de óbito parecem aumentar. Lu et al (2001) avançam com a explicação de que com a idade há um aumento dos processos mórbidos o que dificulta o diagnóstico da causa de morte.

Também a idade do certificador parece influenciar a qualidade dos certificados de óbito: certificadores mais novos e, por isso, menos experientes, tendem a errar mais (Lu et al., 2001). O nível de prestação de cuidados é também descrito como condicionando a qualidade dos certificados de óbito (quanto mais diferenciado o nível de cuidados menor o número ou a gravidade dos erros do certificador de óbito) (Lu et al., 2001).

Outro dos problemas encontrados prende-se com a falta de referenciação para autópsia de alguns casos (Armour & Bharucha, 1997)

2.2. CODIFICAÇÃO DAS CAUSAS DE MORTE

Acredita-se que a codificação das causas de morte é relativamente precisa (embora dependa da informação fornecida pelo médico certificador). No entanto, há necessidade de mais estudos, principalmente, no que concerne à concordância intra-codificador (Barros et al., 2001).

Um estudo realizado por Barros et al (2001), no Brasil, em 1995, e que visou a validação da causa básica de morte dos certificados de óbito por causas externas em menores de 20 anos residentes no Recife, revelou uma concordância (índice de *kappa*) entre investigadores e codificadores para o agrupamento de 0,98 e uma percentagem global de concordância de 92%.

3. A PROFISSÃO NAS ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE

A análise dos padrões de mortalidade dos diferentes grupos profissionais reveste-se de extrema importância na identificação de riscos potenciais e na protecção do trabalhador e do empregador.

Adicionalmente, fornece um índice do estado de saúde do sector activo da população (Melius, Sestito, & Seligman, 1989).

São vários os estudos que se têm debruçado sobre o estudo da mortalidade nas diferentes profissões e sobre as eventuais relações entre o trabalho e a mortalidade. De uma maneira geral, todos eles procuram, também, analisar e discernir sobre a qualidade dos dados que utilizam.

Alguns destes estudos são unânimes em declarar que ocorrem imprecisões e incorrecções na declaração da ocupação/ profissão que tornam difícil a descrição exacta dos padrões de mortalidade dos diferentes grupos profissionais e a estimação dos riscos de morte e/ou doença ocupacional. Heasman, Lidell & Reid (1958) esclarecem que os problemas de codificação das profissões podem resultar de descrição incorrecta ou pouco precisa.

Melius et al (1989:47) explicam que os procedimentos de categorização das profissões influenciam a interpretação dos dados:

“Uma assunção subjacente é que a profissão ou os títulos profissionais são indicadores razoáveis de exposições e riscos ocupacionais. As categorias profissionais alargadas podem dificultar a identificação de aumentos de mortalidade devido a exposições específicas em profissões ou sectores da indústria específicos. De forma idêntica, uma exposição específica ou um risco ocupacional pode causar um aumento de mortalidade e não ser reconhecida porque os títulos profissionais ou o setting industrial estão agrupados de forma a reflectirem o sistema de classificação e não a exposição potencial”

Os erros das estatísticas de mortalidade ligadas à profissão podem ocorrer quer a nível do numerador quer do denominador e resultam de:

- Erros na descrição da ocupação pelos informantes/ declarantes (Heasman, Lidell, & Reid, 1958);
- O efeito do trabalhador saudável (“*healthy worker effect*”) (Rumel, 1988);
- Erros de codificação relativos a desempregados ou reformados (Swanson, Schwartz, & Burrows, 1984);
- Alterações na ocupação sem que tal seja declarado (Alderson, 1972)

REFERÊNCIAS

- Alderson, M. (1972). Some sources of error in British occupational mortality data. *British Journal of Industrial Health*, 29, 245-254.
- Alter, G. & Carmichael, A. (1999). Classifying the dead: toward a history of the registration of causes of death. *Journal of History of Medicine*, 54, 114-132.
- Alter, G. & Carmichael, A. (1996). Studying causes of death in the past: problems and methods. *Historical Methods*, 29, 44-48.
- Armour, A. & Bharucha, H. (1997). Nosological inaccuracies in death certification in Northern Ireland. A comparative study between hospital doctors and general practitioners. *The Ulster medical journal*, 66, 13-17.
- Ashley, J., Cole, S., & Kilbane, P. (1991). Health information resources: United Kingdom - social and health factors. In W.Holland, R. Detels, & G. Knox (Eds.), *Oxford Textbook of Public Health* (2nd Edition ed., pp. 30-53). United States of America: Oxford University Press.
- Barros, M., Ximenes, R., & Lima, M. (2001). Causa básica da morte por causas externas: validação dos dados oficiais em Recife, Pernambuco, Brasil. *Pan American Journal of Public Health*, 9, 84-93.

- Bowling, A. (2000). *Research methods in health: investigating health and health services*. Buckingham: Oxford University Press.
- Choi, B. & Pak, A. (2001). Lessons for surveillance in the 21st century: a historical perspective from the past five millennia. *Soz Präventivmed*, 46, 361-368.
- Davis, G. G. (1997). Mind your manners. Part I: History of death certification and manner of death classification. *Am J Forensic Med Pathol*, 18, 219-223.
- Elliot, P., Cuzick, J., English, D., & Stern, R. (1996). *Geographical and environmental epidemiology: methods for small-area studies*. Open University Press.
- Forbes, T. R. (1971). Mortality books for 1774-1793 and 1833-1835 from the Parish of St. Giles, Cripplegate, London. *Bull N Y Acad Med*, 47, 1524-1536.
- Glasser, J. H. (1981). The quality and utility of death certificate data. *Am J Public Health*, 71, 231-233.
- Greenberg, R. S., Daniels, S. R., Flanders, W. D., Eley, J. W., & Boring III, J. R. (2005). *Medical Epidemiology*. (2nd Edition ed.) United States of America: Languet Medical Books / McGraw-Hill.
- Hanzlick, R. (1997). Death registration: history, methods, and legal issues. *J Forensic Sci*, 42, 265-269.
- Hanzlick, R. (2005). Quality assurance review of death certificates: a pilot study. *Am J Forensic Med Pathol*, 26, 63-65.
- Heasman, M., Lidell, F., & Reid, D. (1958). The accuracy of occupational vital statistics. *British Journal of Industrial Health*, 15, 141-146.
- INE (2009). Censos em Portugal. Instituto Nacional de Estatística [On-line]. Disponível em: <http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos-pt-mundo>. Último acesso a 30.10.2009
- Instituto dos Registos e Notariado (2003). Enquadramento histórico-legislativo [On-line]. Disponível em: www.dgrn.mj.pt/civil/hist_civ.asp. Último acesso em 30.10.2009
- Irgens, L. (2001). Challenges to registry-based epidemiology in post-modernistic civilization. *Norsk Epidemiologi*, 11, 127-131.
- Jewell, D. (2007). Death certification. *Br J Gen Pract*, 57, 583.
- Johansson, L. A. & Westerling, R. (2002). Comparing hospital discharge records with death certificates: can the differences be explained? *J Epidemiol Community Health*, 56, 301-308.
- Johansson, L. A., Westerling, R., & Rosenberg, H. M. (2005). *In evaluating cause of death on death certificates, methods and criteria are often insufficiently described*. World Health Organization.
- Jordan, J. M. & Bass, M. J. (1993). Errors in death certificate completion in a teaching hospital. *Clin Invest Med*, 16, 249-255.
- Klatt, E. C. & Noguchi, T. T. (1989). Death certification. Purposes, procedures, and pitfalls. *West J Med*, 151, 345-347.
- Lozano, R., Murray, C., Lopez, A., & Satoh, T. (2001). *Miscoding and misclassification of ischaemic heart disease mortality* SI: Global Programme on Evidence for Health Policy: World Health Organization.
- Lu, T. H., Shau, W. Y., Shih, T. P., Lee, M. C., Chou, M. C., & Lin, C. K. (2001). Factors associated with errors in death certificate completion. A national study in Taiwan. *J Clin Epidemiol*, 54, 232-238.
- Marcilio, M. (2004). Os registos paroquiais e a história do Brasil. *Vária História*, 31, 13-20.
- Marks, G. & Beatty, W. (1976). *Epidemics*. New York: Charles Scribners Sons.
- Maudsley, G. & Williams, E. M. (1996). 'Inaccuracy' in death certification - where are we now? *J Public Health Med*, 18, 59-66.
- Melius, J., Sestito, J., & Seligman, P. (1989). Occupational disease surveillance with existing data sources. *Am J Public Health*, 79, 46-52.
- Morton, L., Omar, R., Carroll, S., Beirne, M., Halliday, D., & Taylor, K. M. (2000). Incomplete and inaccurate death certification - the impact on research. *J Public Health Med*, 22, 133-137.
- Myers, K. A. & Farquhar, D. R. (1998). Improving the accuracy of death certification. *CMAJ*, 158, 1317-1323.
- Pritt, B. S., Hardin, N. J., Richmond, J. A., & Shapiro, S. L. (2005). Death certification errors at an academic institution. *Arch Pathol Lab Med*, 129, 1476-1479.
- Rumel, D. (1988). Razões de mortalidade frente ao efeito desigualdade em estudos de mortalidade associada a categorias ocupacionais e níveis sociais. *Rev Saúde Pública*, 22, 335-340.
- Sehdev, A. & Hutchins, G. (2001). Problems with proper completion and accuracy of the cause of death statement. *Arch Intern Med*, 161, 277-284.
- Sington, J. D. & Cottrell, B. J. (2002). Analysis of the sensitivity of death certificates in 440 hospital deaths: a comparison with necropsy findings. *J Clin Pathol*, 55, 499-502.
- Swanson, G., Schwartz, G., & Burrows, R. (1984). An assessment of occupation and industry data from death certificates and hospital medical records for population-based cancer surveillance. *American Journal of Public Health*, 74, 464-467.
- Swift, B. & West, K. (2002). Death certification: an audit of practice entering the 21st century. *J Clin Pathol*, 55, 275-279.
- Tangcharoensathien, V., Faramnuayphol, P., Teokul, W., Bundhamcharoen, K., & Wibulpholprasert, S. (2006). A critical assessment of mortality statistics in Thailand: potential for improvements. *Bull World Health Organ*, 84, 233-238.
- Wall, R. (2004). English population statistics before 1800. *History of the family*, 9, 81-95.
- World Health Organization. (sd). History of the development of the ICD. [On line] Disponível em <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>. Último acesso em 5-8-2008.

ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE EM PORTUGAL

Em Portugal, as estatísticas de mortalidade, cujo formato actual remonta a 1935, são uma componente base das estatísticas vitais e

“...desenvolvem-se através da utilização para fins estatísticos de factos obrigatoriamente sujeitos ao registo civil [óbitos]...”(Instituto Nacional de Estatística, 2008:2)

Têm como objectivo a

“...produção de dados estatísticos que permitam conhecer e caracterizar o fenómeno demográfico da mortalidade nas componentes geral (...), neonatal (...) e fetal.” (Instituto Nacional de Estatística, 2008:2)

e pretendem não só contabilizar o número de óbitos em Portugal mas também colher dados relativamente ao óbito e às características socio-demográficas do falecido ou do pai e da mãe (quando o falecido tem menos de 1 ano de idade).

As estatísticas de mortalidade em Portugal baseiam-se na causa básica de morte.

1. O PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Todos os óbitos gerais (indivíduos com mais de 28 dias), fetais ou neonatais (indivíduos com menos de 28 dias) que ocorrerem em território português (independentemente da nacionalidade do falecido) são de registo obrigatório. O registo civil dos óbitos é da responsabilidade do Ministério da Justiça, através da Direcção Geral dos Registos e do Notariado.

O óbito deve ser declarado à Direcção Geral dos Registos e Notariado, mais especificamente às Conservatórias do Registo Civil, do concelho onde ocorreu o óbito, no prazo de 48 horas a partir da data do falecimento, data em que foi encontrado ou autopsiado o cadáver ou em que a autópsia foi dispensada.

De acordo com o Decreto-Lei nº131/95 de 6 de Junho, o óbito pode ser declarado pelo parente capaz mais próximo ou outros familiares que estiverem presentes na ocasião do falecimento, pelos donos da casa onde o óbito ocorreu, pelo director ou administrador do estabelecimento onde o óbito tiver ocorrido, tiver sido verificado ou no qual o cadáver tenha sido autopsiado, pelo ministro de qualquer culto presente no momento do falecimento, pela pessoa ou entidade encarregada do funeral ou pelas autoridades administrativas ou policiais no caso de abandono de cadáver.

A declaração do óbito é confirmada pela apresentação do certificado de óbito passado, gratuitamente, pelo médico que o verificou. O certificado de óbito deve ser passado em impresso fornecido pela Direcção Geral

da Saúde. No entanto, em casos em que haja falta de impressos, pode ser passado em papel comum (nº1 do art. 195º do Decreto-Lei nº131/95 de 6 de Junho).

Em casos de impossibilidade absoluta de verificação do óbito por um médico, o certificado pode ser substituído por um auto lavrado pela autoridade administrativa competente, na presença de duas testemunhas, na qual o autuante declara que verificou o óbito e a presença, ou não, de sinais de morte violenta ou de qualquer suspeita de crime. Este auto deve ser feito em duplicado e uma das cópias deve ser remetida ao médico assistente do falecido ou à respectiva autoridade sanitária para que esta possa classificar a causa de morte e passar o certificado de óbito, sendo que este, é remetido, posteriormente, à conservatória que lavrou o assento do óbito (art. 195º do Decreto-Lei nº131/95 de 6 de Junho).

Nos casos em que existem indícios de morte violenta, suspeita de crime ou em que se ignore a causa de morte, o médico certificador deve solicitar a realização de autópsia.

No momento da declaração do óbito o declarante é questionado sobre as variáveis de observação (Quadro 1) que, juntamente, com os dados constantes do certificado de óbito são introduzidas no verbete de óbito.

Quadro 1 – Variáveis de observação no verbete para óbito (28 ou mais dias) (Instituto Nacional de Estatística, 2008)

Causa de morte	Residência habitual	Grau de instrução completo da mãe
Tipo de morte	Condição perante o trabalho	Grau de instrução completo do pai
Tipo de óbito não natural	Profissão	Condição perante o trabalho da mãe
Data de falecimento	Situação na profissão	Condição perante o trabalho do pai
Local	Ramo de actividade	Profissão da mãe
Base sobre a qual foi indicada a causa de morte	Data do último casamento	Profissão do pai
Sexo	Idade do cônjuge sobrevivente	Situação na profissão da mãe
Data de nascimento	Filiação	Situação na profissão do pai
Estado civil	Data do nascimento da mãe	Ramo de actividade da mãe
Naturalidade	Data de nascimento do pai	Ramo de actividade do pai
Nacionalidade		

Importa aqui diferenciar três períodos no que concerne ao processo de introdução dos dados nos verbetes e posterior codificação das causas de morte¹⁵ (Figura 1):

- Antes de 2005 as variáveis de observação e os dados constantes do certificado de óbito eram transcritos, pelo funcionário da Conservatória do Registo Civil, para os verbetes de óbito. Estes eram, posteriormente, enviados para o Instituto Nacional de Estatística (INE) que, por sua vez, enviava os verbetes para a Direcção Geral da Saúde (DGS) onde, técnicos treinados para o feito, procediam à codificação da causa básica de morte de acordo com a versão da CID em vigor. Após a codificação da

¹⁵ Conforme informação oral fornecida, telefonicamente, pela Drª Maria dos Anjos Campos, do Instituto Nacional de Estatística, no dia 14.08.2008.

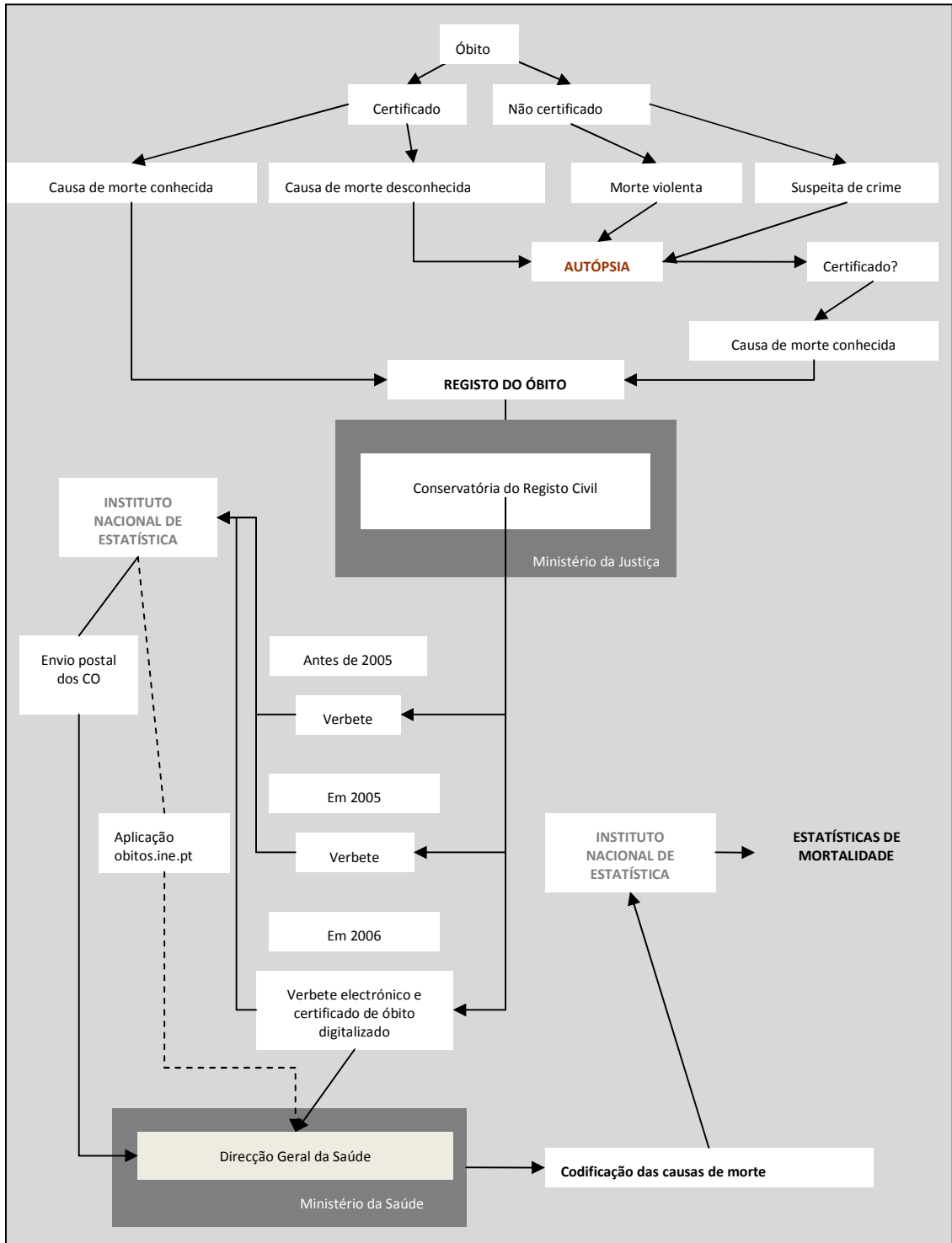
causa básica de morte no verbete, estes eram enviados novamente para o INE onde os dados eram introduzidos em base de dados electrónica.

- Em 2005 deixou de haver envio dos verbetes do INE para a DGS. Os verbetes passaram a ser “digitalizados” e, através da aplicação *óbitos.ine.pt* a DGS passou a ter acesso a uma versão digital dos mesmos onde passou a fazer a codificação. Os dados constantes do certificado e as respectivas codificações eram, posteriormente, inseridos em base de dados pelo INE. Evitou-se, assim, o envio dos verbetes em formato de papel entre as duas instituições. Esta aplicação veio também diminuir o número de transcrições da causa básica de morte diminuindo, conseqüentemente, a probabilidade de erro.
- Em 2006, e com a informatização das Conservatórias do Registo Civil, deixaram de existir verbetes de óbito em formato de papel. Foi criada uma base de dados digital onde passaram a constar as variáveis de observação outrora constantes do verbete de óbito. Actualmente, os dados dos certificados de óbito são transcritos directamente, pelo funcionário da Conservatória do Registo Civil, para a base de dados. A base de dados é enviada ao INE. O Instituto das Tecnologias de informação da Justiça disponibiliza-a, juntamente com a digitalização dos certificados de óbito (apenas desde 2007), à DGS que procede à codificação da causa básica de morte. Com a assinatura do “Protocolo entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde para a comunicação de dados sobre os certificados de óbito” prevê-se a introdução de um certificado de óbito digital.

A codificação da causa básica de morte é realizada a central (DGS), por vários codificadores, treinados durante pelo menos 6 meses, que se dedicam exclusivamente a esta actividade e a outras relacionadas, igualmente, com a codificação. Existe um médico, especialista em codificação, na Direcção Geral da Saúde. A codificação não é verificada através de recodificação independente pelo que se desconhece o erro de codificação¹⁶.

¹⁶ Estas informações foram fornecidas pelo Dr. Jaime Botelho, da Direcção Geral da Saúde, através de conversa telefónica no dia 6 de Agosto de 2008.

Figura 1 – Fluxograma para o procedimento de obtenção das estatísticas de mortalidade em Portugal



2. CERTIFICADOS DE ÓBITO

Em Portugal, existem 2 tipos de certificados de óbito – um para os indivíduos falecidos com idade inferior a 28 dias e outro para aqueles falecidos com idade igual ou superior a 28 dias. No presente estudo, referir-se-á apenas o certificado de óbito dos indivíduos falecidos com idade igual ou superior a 28 dias.

A codificação das causas de morte, constantes no certificado de óbito, preenchido pelo médico certificador, é feita pela DGS utilizando a Classificação Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Morte (CID-10):

O certificado de óbito segue as recomendações internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Carichas, 1996) e foi revisto pela última vez em 2002, altura em que foi introduzida uma quarta linha na parte I.

Relativamente à causa da morte, está dividido em duas partes (parte I e parte II). A parte I, constituída por quatro linhas, é onde é registada a cadeia de acontecimentos que levaram à morte sendo que na última linha deve ser colocada a causa básica de morte. À frente de cada linha, onde, idealmente, deve ser identificada uma só doença, existe um campo para o tempo aproximado entre o início da doença e a morte (Ministério da Saúde, sd).

A parte II permite a indicação de outras doenças que tendo levado à morte não pertencem à actual cadeia de acontecimentos. Também aqui se pode indicar o tempo aproximado entre o início da doença e a morte (Ministério da Saúde, sd).

Para além destes campos, existem outros que visam a identificação do falecido, a caracterização do evento óbito, a caracterização do certificador e os dados administrativos referentes ao registo civil (Ministério da Saúde, sdb; Ministério da Saúde, sd).

Em Portugal a morte, independentemente da sua categoria, é certificada pelo médico sendo que 100% das mortes são certificadas (Eurostat, 2008).

O correcto preenchimento do certificado de óbito inclui o registo e a ordenação da causa de morte sendo que destes depende o diagnóstico de morte e logo a qualidade das estatísticas de mortalidade (Carichas, 1996).

Em Portugal, a certificação das causas de morte é ensinada aos estudantes de medicina na disciplina de medicina legal e saúde comunitária sendo a duração total da formação 3 horas. No entanto, os médicos não

recebem treino em certificação dos óbitos. As competências de certificação não são avaliadas no exame final do curso (European Commission, 2001).

Como orientação ao preenchimento do certificado de óbito existe o documento “Regras para o preenchimento dos Certificados de Óbito”, desenvolvido pela Direcção de Serviços de Informação e Análise da Direcção Geral da Saúde¹⁷ com o intuito de melhorar o relato da cadeia de acontecimentos que levou à morte e das causas que não fazendo parte desta cadeia de eventos contribuiu para tal (Ministério da Saúde, sd).

3. QUALIDADE DAS ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE EM PORTUGAL

Em Portugal, as estatísticas de mortalidade partilham muitos dos problemas descritos no capítulo

2. VALIDADE DAS ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE:

“As estatísticas de mortalidade continuam a ter uma fraca qualidade, cujas causas estão identificadas...”
(Portugal, 2002: 202).

No entanto, têm sido largamente utilizadas. Salienta-se, entre outros, (Santana, 2005; Rabais, Branco, & Falcão, 2004; Portugal, 1987; Portugal, 2002; Nogueira, Paixão, & Rodrigues, 2006; Lima, Coutinho, Abade, Vasconcelos, & Mayer, 1998; Branco & Nogueira, 2003; Botelho, 1993).

Em Portugal, a qualidade das estatísticas de mortalidade não tem sido avaliada sistematicamente. No entanto as fontes de erros estão bem identificadas (Portugal, 1987; Portugal, 2002): acto de certificação, transcrição das causas de morte do certificado de óbito para os verbetes e codificação das causas de morte. Falta, contudo, quantificar o peso de cada tipo de erro na qualidade global destas estatísticas.

Independentemente desta falta de quantificação do erro, existem estudos que se debruçam sobre alguns aspectos da qualidade dos dados de mortalidade portugueses, nomeadamente precisão do diagnóstico de morte e quantificação da percentagem de óbitos devidos a sinais, sintomas e afecções mal definidas¹⁸. Apresentam-se, de seguida, alguns desses estudos.

Mathers, Fat, Inoue, Rao & Lopez (2005), analisaram, em 2003, a qualidade dos dados de mortalidade enviados à Organização Mundial da Saúde (OMS) por 153 países membros (nas vertentes exaustividade dos

¹⁷ Já em 1979, aquando da introdução de um novo modelo de certificado de óbito, tinha sido publicado pela DGS o documento “Certificados de óbito: seu correcto preenchimento” em que se reconhecia como indispensável o preenchimento correcto dos certificados de óbito para que os dados de mortalidade tivessem valor para a saúde pública (Portugal, 1979).

¹⁸ As causas de morte codificadas como sinais, sintomas e afecções mal definidas são, frequentemente, consideradas como um indicador da qualidade do diagnóstico de morte (D'Amico, Agozzino, Biagino, Simonetti, & Marinelli, 1999)

dados, cobertura e qualidade da informação das causas de morte). Estes autores classificaram Portugal como tendo dados de mortalidade de baixa qualidade, isto é, com mais de 20% de causas de morte codificadas como sinais, sintomas e afecções mal definidas, lesões e sequelas de intenção indeterminada, doenças cardiovasculares sem significado diagnóstico ou mortes por cancro codificadas em categorias para locais secundários ou não especificados. O mesmo estudo revelou que os dados de mortalidade, em Portugal são completos, isto é, o registo funciona em todo o país, cobrindo 100% de todos os óbitos que ocorrem em Portugal.

O número de mortes codificadas como sinais, sintomas e afecções mal definidas (códigos R00 a R99 da CID-10) é considerado, pela OMS, como um indicador da qualidade das estatísticas de mortalidade (Carichas, 1996), uma vez que inclui condições e sintomas mal definidos que, sem o necessário estudo para o estabelecimento de um diagnóstico final, apontam para duas ou mais doenças ou dois ou mais sistemas do corpo (World Health Organization, 2002).

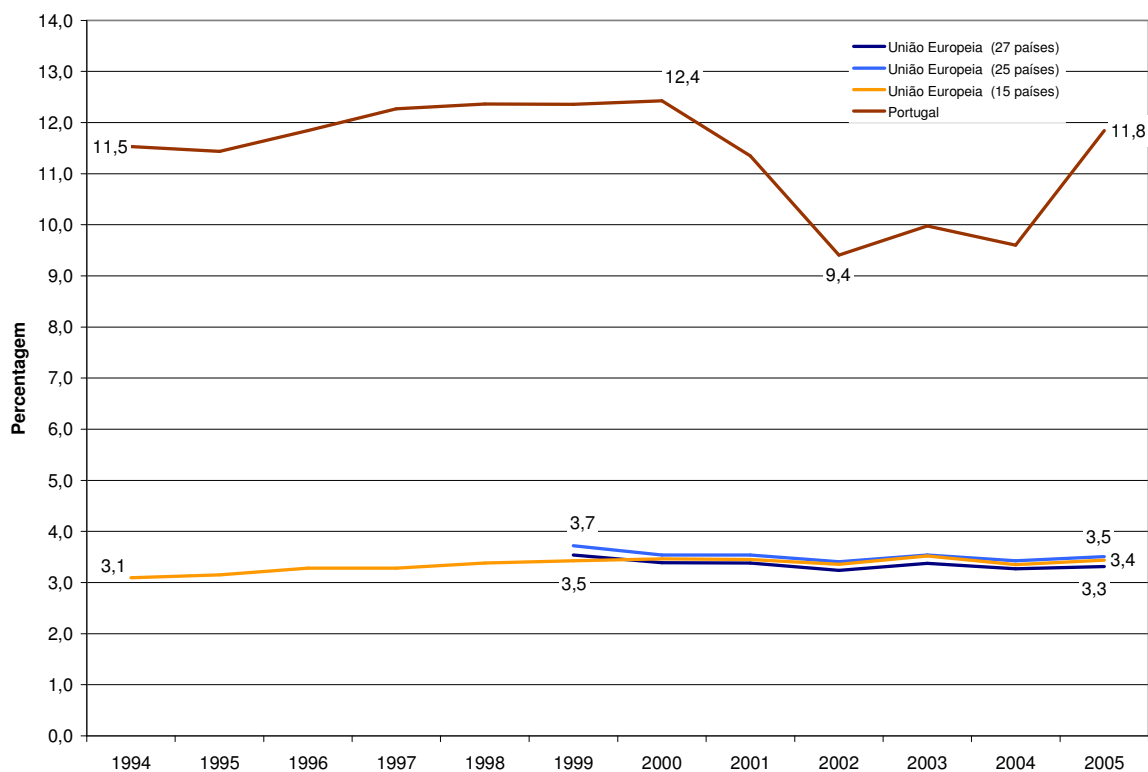
O documento *Ganhos em Saúde em Portugal* refere

“No que toca às principais causas de morte registadas, são de destacar os elevados valores sob “sinais, sintomas e afecções mal definidas”, em todos os grupos etários analisados, mais uma vez realçando a necessidade de aumentar colaboração de todos os profissionais de saúde, nomeadamente dos médicos, para melhorar a qualidade dos registos de óbitos.” (Portugal, 2002: 31, 32).

Um estudo realizado por Carichas (1996) sobre os óbitos registados, em 1992, na Conservatória do Registo Civil de Cascais, revelou que 3% se encontravam classificados como sinais, sintomas e afecções mal definidas sendo que após recodificação (com consulta a processo clínico, familiares e médico assistente), 7% encontravam outro diagnóstico de causa de morte.

Recorrendo à base de dados sobre mortalidade do Eurostat (2008a), é possível verificar que, em Portugal, a percentagem de óbitos codificados como sinais, sintomas e afecções mal definidas (códigos R00 a R99 da CID10) é superior quando comparada com a média da Europa dos 15, 25 ou 27 (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Percentagem de óbitos com causa de morte codificada como sinais, sintomas e afecções mal definidas (R00-R99 do CID 10) em Portugal e na Europa dos 15, 25 e 27 países (de 1990 a 2006)



Num estudo piloto, Alves et al (1993) propuseram-se a determinar a exactidão dos diagnósticos e da codificação dos certificados de óbito passados, durante o ano de 1991, na zona do Grande Porto, a doentes supostamente falecidos com asma brônquica. Recorreram, para isso, aos certificados de óbito e utilizaram a família do falecido e o médico certificador como fontes de dados adicionais. Verificaram, deste modo, que os erros de certificação eram em maior número do que os verificados noutros países onde tinham sido realizados estudos semelhantes (apenas 19% dos diagnósticos de morte eram correctos). Constataram, igualmente, que até aos 35 anos o rigor dos certificados era relativamente elevado (75% de diagnósticos de morte correctos) sendo que no grupo etário dos maiores de 70 anos a correcção do diagnóstico apenas se verificava em 12.5% dos casos.

A replicação a nível nacional deste estudo revelou que a taxa de diagnósticos de morte por asma correctos era de 14% no total de certificados de óbito analisados, 44% no grupo etário até aos 35 anos e de 8% em idades superiores a 70 anos. Por outro lado, 47% dos certificados de óbito continham a palavra asma sem que os doentes alguma vez tivessem tido esta patologia. Este estudo revelou, também, importantes assimetrias

regionais no diagnóstico de morte por asma. Coimbra, Aveiro e Madeira apresentavam uma percentagem de erro de diagnóstico de morte por asma superior a 80% (Alves et al., 1996).

Gabriel, Silva & Neves (2006) confrontaram os certificados de óbitos com causa de morte Doença de Parkinson, entre 1996 e 2003, dos doentes que frequentavam as consultas de neurologia na região de Vila Real, com o processo clínico dos doentes e o registo de certificados de óbito da Administração Regional de Saúde. Verificaram que em 13% dos casos não havia referência a doença neurológica e em 17% dos casos a Doença de Parkinson era referida no certificado sendo que na verdade se tratavam de síndromas parkinsónicas.

Outro estudo, realizado por Correia, Silva, Matos, Magalhães & Silva (2006), teve como objectivo validar a causa de morte por acidente vascular cerebral (AVC) registada nos certificados de óbito. Assim, foram seleccionados os certificados dos óbitos que ocorreram entre 1998 e 2000 nos indivíduos que integravam um estudo de incidência de AVC de base populacional e cuja causa de morte incluía AVC, trombose cerebral, enfarte/embolia cerebral, hemorragia cerebral, derrame cerebral e hemorragia subaracnoideia (considerado como morte por AVC) ou aterosclerose cerebral, demência senil, senilidade, indeterminada e sem informação (considerado como morte por não AVC). Para validar a causa de morte declarada no certificado de óbito foram utilizados os registos clínicos, a entrevista (familiares e médico assistente) e/ou exame de autópsia. Os autores puderam concluir que nos certificados de óbito com causa de morte AVC apenas em 27% dos casos a causa de morte se confirmou. Já nos certificados de óbitos com causa de morte não AVC 4% foram recodificados com causa de morte AVC.

Lima et al (1998), ao realizarem um estudo sobre as causas de morte na Doença de Machado Joseph (DMJ), com o objectivo de determinar a precisão dos certificados de óbito na enumeração da DMJ nos doentes com doença diagnosticada clinicamente, concluíram que a causa de morte estava de acordo com a presença da doença em apenas 40% dos casos de DMJ pelo que desaconselham o uso dos certificados de óbito como meio de identificar doentes com DMJ.

Em suma, a qualidade dos dados de mortalidade em Portugal é fortemente influenciada pela percentagem de óbitos codificados em sinais, sintomas e afecções mal definidas. Parece existir, igualmente, alguma deficiência na certificação do óbito, nomeadamente no diagnóstico da causa de morte. Não são conhecidos estudos sobre a qualidade da codificação das causas de morte.

Concorre, também, para a qualidade dos dados de mortalidade a natureza do procedimento que leva à elaboração das estatísticas de mortalidade. Trata-se do aproveitamento de dados que são gerados para outro fim. Por outro lado, realça-se a possível heterogeneidade dos declarantes do óbito o que, não afectando,

directamente, a qualidade do diagnóstico de morte, pode afectar a colheita de dados no que concerne às demais variáveis (de onde se exclui a idade e o sexo e se salienta, tendo em conta os objectivos do presente estudo, a profissão e a condição perante o trabalho).

Importa, também, referir a possibilidade do certificado do óbito poder ser substituído por auto lavrado pela autoridade administrativa competente. Terá esta “abertura” legislativa expressão no cômputo geral? E nas mortes por sinais, sintomas e afecções mal definidas?

Reconhecendo estas limitações, tem sido envidados esforços no sentido de as contrariar destacando-se: a adopção da CID-10 em detrimento da CID-9 (em 2002), introdução de um novo modelo de certificado de óbito (em 2002), promoção do acesso por parte dos codificadores aos certificados de óbito (desde 2007) e introdução de um certificado de óbito electrónico.

REFERÊNCIAS

- Alves, J., Lima, B., Ferreira, J., Santos, A., Almeida, J., & Marques, J. (1993). Mortalidade por asma. Rigor dos certificados de óbito no Grande Porto. *Arquivos da sociedade portuguesa de patologia respiratória*, 10, 23-27.
- Alves, J., Pégado, D., Esteves, M., Rocha, L., Almeida, J., & Marques, J. (1996). Rigor das taxas portuguesas de mortalidade por asma em 1991. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 2, 95-105.
- Botelho, J. (1993). *Atlas da mortalidade evitável em Portugal: 1980-1989*. Lisboa: DEPS: DGCSF.
- Branco, M. & Nogueira, P. (2003). *De que se morre mais em Portugal: as principais causas de morte em Portugal de 1990-1999*. Lisboa: ONSA.
- Carichas, M. F. (1996). Mortalidade por sintomas, sinais e afecções mal definidas no concelho de Cascais no ano de 1992. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 14, 37-52.
- Correia, M., Silva, M., Matos, I., Magalhães, R., & Silva, M. (2006). Validação da causa de morte por acidente vascular cerebral registada nos certificados de óbito: dados de um estudo de incidência de acidente vascular cerebral de base populacional. *Sinapse*, 2, 94.
- D'Amico, M., Agozzino, E., Biagino, A., Simonetti, A., & Marinelli, P. (1999). Ill-defined and multiple causes on death certificates—a study of misclassification in mortality statistics. *Eur J Epidemiol*, 15, 141-148.
- European Commission (2001). *Quality and improvement of European causes of death statistics - Final Report* Health and Consumer Protection Directorate General.
- Eurostat (2008a). Eurostat database. [On-line]. Disponível em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=0,1136184,0_45572592&_dad=portal&_schema=PORTAL. Último acesso 05.08.2008
- Eurostat (2008b). *Eurostat task force on cause of death statistics. Final report on automated coding in member states*. Luxembourg: Eurostat.
- Gabriel, J., Silva, M., & Neves, G. (2006). Validade dos certificados de óbito nos estudos de mortalidade por Doença de Parkinson. *Sinapse*, 6, 117.
- Instituto Nacional de Estatística (2008). Estatísticas de óbitos: documento metodológico versão 1.0. Instituto Nacional de Estatística - Departamento de estatísticas sociais [On-line]. Disponível em http://metaweb.ine.pt/SIM/OPERACOES/DOCMET_PDF/DOCMET_PDF_109_1_0.pdf Último acesso em 29.10.2009
- Lima, M., Coutinho, P., Abade, A., Vasconcelos, J., & Mayer, F. (1998). Causes of death in Machado-Joseph Disease. A case-control study in Azores (Portugal). *Arch Neurol*, 55, 1341-1344.
- Mathers, C., Fat, D., Inoue, M., Rao, C., & Lopez, A. (2005). Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bull World Health Organ*, 83, 171-177.
- Ministério da Saúde (SDB). Regras para o preenchimento das causas de morte. SI, Direcção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (SDa). Certificado de óbito modelo nº 1752. Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Nogueira, P., Paixão, E., & Rodrigues, E. (2006). Periodicidade na mortalidade «todas as causas» entre 1980 e 2000 em Portugal: resultados do projecto ISADORA. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24, 25-40.
- Portugal (1979). *Certificados de óbito: seu correcto preenchimento* Lisboa: Ministério dos Assuntos Sociais. Direcção Geral da Saúde.
- Portugal (1987). *Risco de morrer em Portugal: 1985: óbitos por causas, sexo, idade e distrito: taxas gerais, especificadas e padronizadas pela idade*. Lisboa: Ministério da Saúde. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.
- Portugal (2002). *Ganhos em saúde em Portugal: ponto da situação* Lisboa: Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde.
- Rabais, S., Branco, M., & Falcão, J. M. (2004). *Atlas de mortalidade por doenças não neoplásicas em Portugal: 1999 - 2001*. Lisboa: ONSA.
- Santana, P. (2005). *Geografias da saúde e do desenvolvimento: evolução e tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina.
- World Health Organization (2002). *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems (The) ICD-10*. (Vol. I) Geneva: World Health Organization.

ANEXO 17

Operacionalização das variáveis do estudo “Mortalidade nos enfermeiros e outros PCS entre Junho e Setembro de 2003”

1. Variável Dependente

Variável	Definição	Tipo	Escala	Domínio
Causa de morte	Indica a causa base de morte de acordo com os capítulos da CID-10	Qualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Algumas doenças infecciosas e parasitárias 2. Tumores 3. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e algumas alterações do sistema imunitário 4. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas 5. Perturbações mentais e de comportamento 6. Doenças do sistema nervoso 7. Doenças do olho e anexos 8. Doenças do ouvido e da apófise mastoideia 9. Doenças do aparelho circulatório 10. Doenças do aparelho respiratório 11. Doenças do aparelho digestivo 12. Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo 13. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo 14. Doenças do aparelho geniturinário 15. Gravidez, parto e puerpério 16. Malformações congénitas e anomalias cromossómicas 17. Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte 18. Lesões traumáticas, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas 19. Causas externas de morbilidade e de mortalidade

2. Variáveis Independentes

Variável	Definição	Tipo	Escala	Domínio
Grande grupo profissional	Categorização de acordo com os grandes grupos da CNP-94	Qualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 0. Membros das forças armadas 1. Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas 2. Especialistas das profissões intelectuais e científicas 3. Técnicos e profissionais de nível intermédio 4. Pessoal administrativo e similares 5. Pessoal dos serviços e vendedores 6. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas 7. Operários, artifices e trabalhadores similares 8. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem 9. Trabalhadores não qualificados 999. Dado omissio
Profissão por grupos	Categorização de acordo com os grandes grupos da CNP-94 incluindo a discriminação dos profissionais dos cuidados de saúde	Qualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas 2. Especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde 3. Técnicos e profissionais de nível intermédio não profissionais dos cuidados de saúde 4. Pessoal administrativo e similares 5. Pessoal dos serviços e vendedores 6. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas 7. Operários, artifices e trabalhadores similares 8. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem 9. Trabalhadores não qualificados 10. Membros das forças armadas 11. Profissionais dos cuidados de saúde

Variável	Definição	Tipo	Escala	Domínio
				999. Dado omissso
Grupo profissional	Categorização dos indivíduos relativamente às profissões dos cuidados de saúde	Qualitativa	Nominal	1. Enfermeiros 2. Outros profissionais dos cuidados de saúde 3. Não profissionais dos cuidados de saúde

3. Variáveis de potencial confundimento

Variável	Definição	Tipo	Escala	Domínio
Sexo	Sexo do falecido	Qualitativa	Nominal	1. Masculino 2. Feminino 3. Ignorado 8. Não preenchido
Idade	Idade do falecido	Quantitativa	Numérica	Em anos
Grupo etário	Intervalo de idade, em anos, no qual o indivíduo se enquadra, de acordo com o momento do óbito	Qualitativa	Nominal	1. Menos de 25 anos 2. 25-34 anos 3. 35- 44 anos 4. 45-54 anos 5. 55-64 anos 6. 65-74 anos 7. Mais de 74 anos
Nacionalidade	Nacionalidade do falecido	Qualitativa	Nominal	1. Português 2. Estrangeiro 3. Ignorado 4. Não preenchido
Estado civil	Estado civil do falecido	Qualitativa	Nominal	1. Solteiro 2. Casado 3. Viúvo 4. Divorciado 5. Separado 6. Ignorado 8. Não preenchido

4. Variáveis de caracterização do óbito

Variável	Definição	Tipo	Escala	Domínio
Tipo de óbito	Classifica o tipo de óbito	Qualitativa ¹⁹	Nominal ²⁰	1. Natural 2. Não natural 3. Sob investigação 8. Não preenchido
Óbito não natural	Classifica o tipo de óbito não natural	Qualitativa	Nominal	1. Acidente de trânsito 2. Acidente de trabalho 3. Suicídio 4. Homicídio 5. Outro acidente 6. Ignorado 8. Não preenchido
Base em que	Indica em que base é que foi indicada a causa de morte	Qualitativa	Nominal	1. Elementos de ordem clínica 2. Autópsia, resultado disponível 3. Autópsia, resultado não disponível 4. Auto lavrado por autoridade administrativa 5. Outros documentos oficiais 8. Não preenchido

¹⁹ As variáveis qualitativas ou não métricas são "... atributos, características ou propriedades categóricas que identificam ou descrevem um objecto." (Hair et al., 2005:27)

²⁰ "As escalas nominais (...) fornecem o número de ocorrências em cada classe ou categoria da variável em estudo" (Hair et al., 2005:27)

Variável	Definição	Tipo	Escala	Domínio
Local	Indica o local onde ocorreu o óbito	Qualitativa	Nominal	1. No domicílio 2. No hospital/ clínica 3. Outro local 8. Não preenchido

ANEXO 18

Análise comparativa de casos com e sem omissão

ESTUDO DOS DADOS OMISSOS

Independentemente dos cuidados tomados na colheita de dados e preenchimento das bases de dados, é frequente existirem dados omissos (Buhi et al., 2008; Enders, 2006; Streiner, 2002; D'Agostino, 2007; Strauss et al., 2001) que podem ter grande impacto nos resultados em termos dos viéses introduzidos (Verbeke & Molenberghs, 2000), afectando a validade do estudo (Streiner, 2002; Chen & Astrebo, 2003; Enders, 2006).

Buhi et al. (2008) apenas consideram inconsequentes aqueles viéses que resultam de menos de 5% dos dados omissos, caso contrário recomenda a tomada de precauções, de preferência *a priori*, para lidar com os dados omissos. Roth (1994), por exemplo, refere que é relativamente consensual que a escolha de uma técnica de tratamento de dados omissos não é crucial quando a quantidade de dados omissos é pequena, acrescentando que parecem existir diferenças mínimas entre as estimativas dos parâmetros e as respostas às questões quando os dados omissos representam menos de 10%.

No presente estudo começou-se por fazer o diagnóstico dos dados relativamente à presença/ ausência de dados omissos. Para tal optou-se por analisar o número de casos omissos por variável, o número de variáveis omissas por caso e o padrão de correlações entre variáveis criadas para representar os dados omissos e os dados válidos.

1. CASOS OMISSOS POR VARIÁVEL

O Quadro 1 descreve a percentagem de dados válidos e dados omissos para cada uma das variáveis.

Quadro 1 – Dados válidos e omissos (números absolutos e relativos) por variável e motivo para a existência de dados omissos

Variável	Dados válidos	Dados omissos	Motivo
Sexo	32 288 (100%)	0	-
Idade	32 288 (100%)	0	-
Nacionalidade	32 245 (99,9%)	43 (0,1%)	Indicado na base de dados como não preenchido
Estado civil	31 080 (96,3%)	1208 (3,7%)	Indicado na base de dados como não preenchido e sem quaisquer dados
Grande grupo profissional	11 256 (34,9%)	21 032 (65,2%)	Sem quaisquer dados, com profissões que não foi possível codificar de acordo com a CNP, com indicações como inválido, deficiente, reformado ou doméstica
Sub grande grupo profissional	10 882 (33,7%)	21 406 (66,3%)	
Sub grupo profissional	10 770 (33,4%)	21 518 (66,6%)	
Grupo base profissional	10 080 (31,2%)	22 208 (68,8%)	
Profissão CNP-94	10 077 (31,2%)	22 211 (68,8%)	
Base	29 486 (91,3%)	2802 (8,7%)	Indicado na base de dados como não preenchido e sem quaisquer dados
Local	31 885 (98,7%)	433 (1,3%)	Indicado na base de dados como não preenchido
Tipo de óbito	28 707 (88,9%)	3 581 (11,1%)	Indicado na base de dados como não preenchido e sem quaisquer dados
Óbito não natural	Por se tratar de uma variável resultante de uma pergunta filtro não é possível a sua caracterização relativamente aos dados omissos		

Variável	Dados válidos	Dados omissos	Motivo
Causa de morte	32 287 (≈100%)	1 (≈0%)	Não correspondência de K999 a qualquer capítulo da CID-10

Constatou-se a existência de três grupos de variáveis. O primeiro, composto pelas variáveis sexo, idade e causa de morte, não apresentava quaisquer valores omissos. O segundo grupo, constituído pelas variáveis nacionalidade, estado civil e local, apresentava dados omissos em percentagem inferior a 5%. Por último, o grupo integrado pelas variáveis grande grupo profissional, sub grande grupo profissional, sub grupo profissional, grupo base profissional, profissão CNP-94, base e tipo de óbito cujos dados omissos ultrapassavam os 5% sendo que, no caso das variáveis ligadas à profissão ultrapassavam os 65%.

2. VARIÁVEIS COM DADOS OMISSOS POR CASO

Foi calculado o número de variáveis omissas por caso. Utilizando a função NMISS do SPSS foi criada uma variável de modo a que fosse possível contabilizar o número de variáveis omissas por cada caso²¹.

O Quadro 2 resume os resultados obtidos.

Quadro 2 – Número de variáveis omissas por caso

Número de variáveis omissas por caso	N	%	% Acumulada
0	9223	28,2	28,2
1	18637	56,9	85,0
2	3947	12,0	97,1
3	811	2,5	99,6
4	130	0,4	100,0
5	9	0,0	100,0
6	1	0,0	100,0
Total	32758	100,0	

3. PADRÕES DE CORRELAÇÃO

De modo a analisar os padrões de correlação, começou-se por recodificar as variáveis em análise de modo a transformá-las em variáveis dicotómicas com os domínios dados válidos e dados omissos. Posteriormente calculou-se o coeficiente de correlação entre cada uma das variáveis de modo a avaliar se se poderia ou não ignorar os dados omissos.

A análise dos padrões de correlação mostrou a existência de correlações espúrias mas estatisticamente significativas entre as variáveis estado civil e nacionalidade; grande grupo profissional e nacionalidade, estado civil e tipo de óbito; tipo de óbito e nacionalidade e estado civil; local e estado civil e CNP grande

²¹ Foram incluídas as variáveis nacionalidade, estado civil, grande grupo profissional, base, local e tipo de óbito.

grupo. A mesma análise apontou a existência de correlações positivas fracas entre as variáveis local e tipo de óbito e base (Quadro 3).

Quadro 3 – Matriz de correlações (correlação de Pearson) entre as variáveis recodificadas em dados válidos e dados omissos

Variável	Nacionalidade	Estado civil	CNP grande grupo	Tipo de óbito	Base
Estado civil	0,019				
CNP grande grupo	0,013	0,029			
Tipo de óbito	0,016	0,039	0,018		
Base	-0,006	0,007	-0,008	0,211	
Local	0,003	0,013	-0,013	0,133	0,236

Perante os resultados obtidos pode-se concluir que os dados omissos não devem ser ignorados.

De acordo com Hair et al (2005:50) os dados omissos (ou perdidos) dizem respeito a “*informação não disponível de um indivíduo (ou caso) sobre o qual outra informação está disponível*” sendo que o processo que deu origem ao seu aparecimento é

“...qualquer evento sistemático externo ao respondente (como erros na entrada de dados ou problemas na colheita de dados) ou acção por parte do respondente (como a recusa em responder) que conduz a valores perdidos.”

A presença, quase inevitável, de dados omissos afecta o tamanho da amostra e a validade do estudo (Streiner, 2002; Chen & Astrebo, 2003; Enders, 2006). Cumulativamente, a presença de dados omissos pode quebrar o pressuposto de que os dados são aleatórios o que pode enviesar as estimativas dos parâmetros (Verbeke & Molenberghs, 2000), inflacionar os erros tipo I²² e tipo II²³ e afectar o desempenho dos intervalos de confiança (Chen & Astrebo, 2003). Roth (1994) acrescenta que os dados omissos podem afectar, igualmente, as medidas de tendência central.

Vários autores referem que a melhor forma possível de lidar com os dados omissos é evitar que estes ocorram (Roth, 1994; Streiner, 2002; Buhí et al., 2008) devendo-se, para tal, planear de forma cuidadosa a colheita dos dados. No entanto, e como referido anteriormente, a quase inevitabilidade dos dados omissos leva a que seja necessário desenvolver técnicas que permitam lidar com este tipo de situações.

De acordo com Paulino & Singer (2006:449) existem vários motivos para que um “*...processo amostral seja incompletamente observado ou classificado*”.

²² Por erro tipo I entende-se “o erro de rejeitar uma verdadeira «hipótese nula ou de nulidade».” (Last, 1995:79)

²³ Por erro tipo II entende-se “o erro de não rejeitar uma falsa «hipótese de nulidade».” (Last, 1995:79)

Buhi et al (2008) defendem a importância de compreender o que levou à omissão dos dados e que este passo é crucial para a escolha das técnicas para lidar com os dados omissos. Ainda de acordo com o mesmo autor, os dados omissos podem resultar de diferentes factores entre os quais a perda de dados, as recusas em responder, o esquecimento relativamente a algumas questões, os erros de procedimento ou as respostas.

A classificação dos dados omissos, a partir das causas que tiveram na base do aparecimento deste tipo de dados, constitui um passo importante sendo que ajuda a determinar se se deve, ou não, proceder à sua análise e qual o tipo de análise a efectuar (Streiner, 2002; Chen & Astrebo, 2003; D'Agostino, 2007).

Strauss et al. (2001) defendem que o nível de enviesamento dos dados resultante da omissão depende dos mecanismos que conduziram a esta. De acordo com Buhi et al (2008) quando existem dados em falta, existem três causas possíveis: aleatoriedade condicional (*conditional randomness*), aleatoriedade completa e viéses ou “motivos” sistemáticos. São estas causas que permitem classificá-los em dados omissos aleatórios (*missing at random* – MAR), dados omissos completamente aleatórios (*missing completely at random* – MCAR) ou dados omissos não aleatórios (*missing not at random* - MNAR).

Ainda de acordo com o mesmo autor, é possível que, na maioria dos casos, o investigador não seja capaz de saber verdadeiramente qual a natureza dos dados omissos e que, em muitos casos exista uma mistura dos três tipos.

No presente estudo, os dados omissos podem ser classificados de MCAR uma vez que parecem resultar do próprio procedimento de colheita de dados, não se encontrando relacionados nem com as variáveis para as quais existem dados nem com as variáveis com dados omissos (Buhi et al., 2008; D'Agostino, 2007; Rindskoff, 1992). Paulino et al (2006:453) definem MCAR

“... as probabilidades condicionais de omissão não dependem em nenhum aspecto das categorias de pertença das unidades, i.e., dos resultados (observados ou omissos) do processo de categorização...”

Assumi-se, assim, que os procedimentos de colheita de dados são ignoráveis e conhecidos, ou seja, os dados omissos não são intencionais (Chen & Astrebo, 2003). Se se tiver em conta o processo, por exemplo, que conduz à colheita de dados sobre o óbito de um indivíduo é possível descrever alguns dos mecanismos conducentes ao aparecimento de dados omissos: (1) não preenchimento do formulário ou (2) preenchimento incorrecto do formulário.

Tomando por exemplo a profissão. Os dados omissos desta variável podem ter a sua origem nos seguintes mecanismos: (1) esquecimento de preenchimento do campo no certificado de óbito; (2) definição incorrecta

da profissão (por exemplo, utilização de uma palavra que não consta do léxico português, preenchimento com outra informação que não a concernente à profissão - situação perante o trabalho ou uma situação física específica); (3) incorrecta codificação por parte do codificador; (4) incapacidade por parte do declarante em fornecer dados sobre a profissão do falecido.

Roth (1994) refere que a escolha de técnicas de análise de dados omissos torna-se mais importante à medida que a quantidade de dados omissos aumenta (por exemplo para os 15-20%) e ainda mais fundamental quando atinge os 30 a 40%. Elucida que “*A este nível a escolha da [técnica de análise de dados omissos] pode levar a resultados diferentes...*” (Roth, 1994:551)

Assim, e partilhando a opinião de Streiner (2002) de que os dados não faltam por motivos triviais corroborada por Paulino & Singer (2006) que acrescentam que a análise da sub-amostra totalmente constituída apenas pelos dados válidos introduz distorção da informação, para além da óbvia perda de informação (se se optar por métodos de eliminação de dados não completos) (Verbeke & Molenberghs, 2000), compreendeu-se a necessidade de realizar análise de dados com omissão.

De acordo com Paulino & Singer (2006:450):

“A análise deste tipo de dados [omissos] visa geralmente os mesmos objectivos que no caso do problema padrão de dados completos em que não existem observações omissas nem se admite a possibilidade da sua ocorrência. Ou seja, pretende-se traçar inferências sobre a distribuição conjunta das variáveis...”

A análise de dados omissos realizada permitiu concluir que estes MCAR o que, aliado ao facto de não se pretender fazer análise inferencial justificou não ser necessário este tipo de análise dados os objectivos do presente estudo. Reconhece-se, ainda, que quando os dados omissos são MCAR é possível realizar análises usando técnicas de dados completos e, ainda assim, obter resultados consistentes embora exista uma perda de poder e de informação (em muito devido ao aumento da variabilidade resultante de tamanhos de amostra mais pequenos) (D'Agostino, 2007).

REFERÊNCIAS

- Buhi, E. R., Goodson, P., & Neilands, T. B. (2008). Out of sight, not out of mind: strategies for handling missing data. *Am J Health Behav*, 32, 83-92.
- Chen, G. & Astrebo, T. (2003). How to deal with missing categorical data: a test of a simple bayesian method. *Organizational Research Methods*, 6, 309-327.
- D'Agostino, R. B. (2007). Overview of missing data techniques. *Methods Mol. Biol*, 404, 339-352.
- Enders, C. K. (2006). A primer on the use of modern missing-data methods in psychosomatic medicine research. *Psychosom Med*, 68, 427-436.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (2005). *Análise multivariada de dados*. (5ª Edição ed.) Porto Alegre: Bookman.
- Last, J. M. (1995). *Um dicionário de Epidemiologia*. (2 ed.) Lisboa: Departamentos de Estudos e Planeamento da Saúde.
- Paulino, C. D. & Singer, J. d. M. (2006). *Análise de dados categorizados*. São Paulo: Edgard Blucher.

- Rindskopf, D. (1992). A general approach to categorical data analysis with missing data, using generalized linear models with composite links. *Psychometrika*, *57*, 29-42.
- Roth, P. (1994). Missing data: a conceptual review for applied psychologists. *Personnel Psychology*, *47*, 537-560.
- Strauss, S. M., Rindskopf, D. M., & Falkin, G. P. (2001). Modeling Relationships between two categorical variables when data are missing: examining consequences of the missing data mechanism in an HIV data set. *Multivariate Behavioral Research*, *26*, 471-500.
- Streiner, D. L. (2002). The case of the missing data: methods of dealing with dropouts and other research vagaries. *Can J Psychiatry*, *47*, 68-75.
- Verbeke, G. & Molenberghs, G. (2000). *Linear Mixed Models for Longitudinal Data*. (vols. 16) New York: Verlag.

ANEXO 19

Tabela dos estudos incluídos por sub-tema e tipo de estudo

Índice

Quadro 1 – Evidências sobre problemas músculo-esqueléticos resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	204
Quadro 2 - Evidências sobre problemas músculo-esqueléticos resultantes de estudos de caso-controlo – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	206
Quadro 3 - Evidências sobre problemas músculo-esqueléticos resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	209
Quadro 4 - Evidências sobre exposição a agentes patogênicos sanguíneos resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	223
Quadro 5 - Evidências sobre exposição a agentes patogênicos sanguíneos resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	229
Quadro 6 - Evidências sobre neoplasias em enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	234
Quadro 7 - Evidências sobre neoplasias em enfermeiros resultantes de estudos de caso-controlo – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	240
Quadro 8 - Evidências sobre hipertensão arterial em enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	241
Quadro 9 - Evidências sobre tuberculose em enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	243
Quadro 10 - Evidências sobre tuberculose em enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	248
Quadro 11 - Evidências sobre mortalidade dos enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	250
Quadro 12 - Evidências sobre mortalidade dos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	253
Quadro 13 - Evidências sobre alergias de origem ocupacional nos enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	254
Quadro 14 - Evidências sobre alergias de origem ocupacional nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	256
Quadro 15 – Evidências sobre obesidade em enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	259
Quadro 16 - Evidências sobre asma de origem ocupacional em enfermeiros resultantes de estudos caso-controlo – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	261
Quadro 17 - Evidências sobre asma de origem ocupacional em enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	262
Quadro 18 – Evidências sobre hábitos e problemas de sono em enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	263
Quadro 19 - Evidências sobre hábitos e problemas de sono em enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	264

Quadro 40 - Evidências sobre absentismo nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	308
Quadro 41 - Evidências sobre abuso de substâncias nos enfermeiros resultantes de estudos de caso-controlo – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	318
Quadro 42 - Evidências sobre abuso de substâncias nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	319
Quadro 43 - Evidências sobre ingestão de bebidas alcoólicas nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	321
Quadro 44 - Evidências sobre vacinação nos enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	325
Quadro 45 - Evidências sobre vacinação nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	326
Quadro 46 - Evidências sobre hábitos tabágicos dos enfermeiros resultantes de estudos de caso-controlo – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	327
Quadro 47 - Evidências sobre hábitos tabágicos dos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	328
Quadro 48 - Evidências sobre auto-exame da mama nas enfermeiras resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	336
Quadro 49 - Evidências sobre consumo de medicamentos nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	338
Quadro 50 - Evidências sobre auto-exame da mama nas enfermeiras resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	340
Quadro 51 - Evidências sobre rastreio do cancro nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	343
Quadro 52 - Evidências sobre prática de exercício físico nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	344
Quadro 53 - Evidências sobre alimentação dos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	346
Quadro 54 - Evidências sobre outros comportamentos ligados à saúde dos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	348
Quadro 55 - Evidências sobre auto-percepção do estado de saúde dos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	349
Quadro 56 - Evidências sobre qualidade de vida e bem-estar dos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)	351

Quadro 4 – Evidências sobre problemas músculo-esqueléticos resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade Interna				Validade externa		
					Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	Sujeitos em estudo e a população alvo pertencem à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Abenheim, Suissa & Rossignol (1988)	Canada	Quebec Workers' Compensation Board	2 342 Indivíduos com dorsalgia, 84,3% homens, 50,0% com idades entre os 25 e os 44 anos, 70,1% sofriam de problema lombar.	Taxa de recorrência de dorsalgia = 39,6% (só a dos motoristas era superior) Número médio de recorrências = 3,03 (dp=0,18) recorrências Os enfermeiros tinham um risco duas vezes superior de recorrência quando comparados com os trabalhadores de colarinho branco (RR=2,62; IC=[1,80;3,82].	NA	Follow-up completo	Registo	N	S	S	N
Bourbonnais & Mondor (2001)	Canadá	Hospital	1 793 Enfermeiros com idades entre os 22 e os 65 anos e idade média de 39,6 anos.	Prevalência de problemas músculo-esqueléticos = 21,6%.	NA	NA	Registo	N	P	N	N
Foley & Cole (1995)	Australia	Commonwealth, State and Territory compensation claims ano fiscal 1992-1993	Enfermeiros (Australian Standard Industrial Classification 1993)	71,5% dos acidentes sofridos pelos enfermeiros em 1992/1993 devia-se a distensões, 4,7% a contusões e 4,6% a fracturas	NA	NA	Registo	Sim, sem validação independente	S	S	N
Fuortes, Shi, Zhang et al (1994)	EUA (?)	Hospital	Workers compensation claims.	Incidência de lesões dorsais = 1,42 lesões por 100 empregados (a incidência deste tipo de lesões apenas era superior no pessoal de limpeza e manutenção) Média de dias de trabalho perdidos devido a lesões dorsais = 16,5 dias de trabalho perdidos (contra 10,8 dias nos restantes trabalhadores)	NA	NA	Registo	N	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade Interna				Validade externa		
					Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	Sujeitos em estudo e a população alvo pertencem à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Jensen (1985)	EUA	Wisconsin workers' compensation claims 1980	62 Casos em enfermeiros de um total de 1 387 casos	Incidência de dorsalgia = 2,34 episódios por 1 000 empregados (os enfermeiros, juntamente com as auxiliares de enfermagem eram os profissionais, do sector da saúde, com maior incidência de dorsalgia)	NA	NA	Registo	Sim, sem validação independente	P	N	N
Maul, Laubli, Klipstein et al (2003)	Suíça (?)	Hospital	269 Participantes (1992-1999) 94% do sexo feminino, idade média 37 anos (dp=9) 68% suíços, empregados há 14 anos (dp=8) no emprego actual.	Prevalência de lombalgia ligeira (1 a 7 dias) nos últimos 12 meses = 35% Prevalência de lombalgia severa ou moderada (mais de 8 dias) nos últimos 12 meses =33%	NA	<80% e sem descrição dos perdidos para o follow up	Auto-reportada	N	P	N	N
Pompeii, Lipscomb & Dement (2008)	EUA, Carolina do Norte	Centro Médico Universitário (profissionais com registo na Workers Compensation Claims de 1997 a 2003)	102 669 ETI dos quais 14 917 ETI de enfermagem (internamento e ambulatório). 89% dos enfermeiros do internamento e 94% dos do ambulatório eram mulheres sendo que no internamento os enfermeiros tinham uma idade média de 38,5 anos (mediana=38,0) e no ambulatório 44,2 anos (mediana=45,0). A mediana dos anos a trabalhar no hospital era de 4,6 anos para os enfermeiros do internamento e 10,3 anos para aqueles do ambulatório	RR de lesões músculo-esqueléticas ajustado para a idade e sexo para as enfermeiras do internamento = 9,3 (IC= [8,6;10,1]) RR de lesões músculo-esqueléticas ajustado para a idade e sexo para as enfermeiras do ambulatório = 3,2 (IC= [2,8;3,6])	NA	NA	NA	Sim, sem validação independente	P	N	N
Smedley, Egger, Cooper et al (1997)	Reino Unido	Hospital geral	838 Enfermeiras	Prevalência de lombalgias (24 meses) = 38% Incidência lombalgia = 33,1 novos episódios por 100 enfermeiras	NA	<80% e sem descrição dos perdidos para o follow up	Auto-reportada	N	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade Interna				Validade externa		
					Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	Sujeitos em estudo e a população alvo pertencem à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Yip (2002)	Hong Kong	Hospital	236 Enfermeiros, idade média 31,37 anos (<i>baseline</i>), 84,7% mulheres, 48,7% casadas e a viver com o marido, 69,5% trabalhavam numa enfermaria de medicina e 30,5% numa enfermaria de cirurgia. 47,9% tinham trabalhado 5 anos ou menos, 24,6% entre 6 a 10 anos e 27,5% mais de 10 anos.	Prevalência de lombalgias (pela 1ª vez) nos últimos 12 meses = 39% Prevalência de lombalgias recorrentes nos enfermeiros do sexo feminino = 62% Prevalência de mais de 5 episódios por enfermeiro nos últimos 12 meses = 60,2%	NA	<80% e sem descrição dos perdidos para o <i>follow up</i>	Registo	Sim, sem validação independente	S	S	N

Quadro 5 - Evidências sobre problemas músculo-esqueléticos resultantes de estudos de caso-controlo – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna					Validade externa		
					A definição de caso é adequada?	Como foram seleccionados os controlos?	Taxa de participação (%)	Taxa de resposta (%)	Os não respondentes são descritos?	Avaliação da exposição	Foi utilizado o mesmo método de avaliação da exposição para os casos e para os controlos?	O estudo tem interesse para a população alvo?

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna					Validade externa				
					A definição de caso é adequada?	Como foram seleccionados os controlos?	Taxa de participação (%)	Taxa de resposta (%)	Os não respondentes são descritos?	Avaliação da exposição	Foi utilizado o mesmo método de avaliação da exposição para os casos e para os controlos?	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Burgmeier, Blindauer, Hecht (1988)	França (Estrasburgo)	Hospital	5 941 Profissionais dos quais 29,8% (N=1769) eram enfermeiros ou parteiras. Destes 88,2% eram mulheres	Prevalência de lombalgias nos profissionais de saúde = 6,0% Incidência de lombalgias nos profissionais de saúde = 2,4% Prevalência de lombalgias nos enfermeiros = 6,4% Incidência de lombalgias nos enfermeiros = 3,0%. Os auxiliares (8,5%), os maqueiros e pessoal de ambulância (8,9%) e os agentes de serviço (7,4%) eram os grupos profissionais com maior prevalência de lombalgias. Os enfermeiros (3,0%) eram, juntamente com os auxiliares (3,7%) e os fisioterapeutas (3,3%) os grupos profissionais que apresentavam maior incidência de lombalgias	N	Outros	NA	Não se sabe/ não é referida para pelo menos um grupo	N	Registo e auto-reportada	S	S	N	N
Engkvist, Hjelm, Hagberg, Menckel et al (2000)	Suécia (Estocolmo)	Hospitais do condado de Estocolmo	292 Casos e 877 controlos	Não existiam diferenças entre os enfermeiros e auxiliares de enfermagem relativamente ao risco de lesão dorsal. O trabalho em clínicas de ortopedia, mais de 35 horas por semana, a realização de transferência de doentes mais do que uma vez por turno e a história anterior de lesões dorsais aumentavam a probabilidade de lesões dorsais.	Sim, sem validação independente	Controlos emparelhados	N	Diferente para casos e controlos	N	Registo	S	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna					Validade externa				
					A definição de caso é adequada?	Como foram seleccionados os controlos?	Taxa de participação (%)	Taxa de resposta (%)	Os não respondentes são descritos?	Avaliação da exposição	Foi utilizado o mesmo método de avaliação da exposição para os casos e para os controlos?	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Josephson & Vingard (1998)	Suécia (Estocolmo)	Base populacional	333 Casos e 733 controlos dos quais 82 e 245 eram enfermeiros, respectivamente. A mediana de horas semanais de trabalho era de 34 para os controlos e 30 para os casos	As enfermeiras tinham menor probabilidade de procurar cuidados por lombalgia do que as mulheres que não eram enfermeiras nem tinham uma profissão ligada à enfermagem (OR=0,2; IC= [0,1;0,5])	Sim, sem validação independente	Controlos institucionais	31	Não se sabe/ não é referida para pelo menos um grupo	N	Registo e auto-reportada	S	P	N	N
Owen, Daron (1984)	EUA	Hospital universitário	64 Enfermeiros (casos voluntários) Idades variaram entre 21 e 64 anos de idade (média de 36 anos nos casos e 28 nos controlos). O número médio de anos de trabalho em unidades com levantes frequentes era de 8 nos casos e 4,5 nos controlos. 53% dos casos e 18% dos controlos tinha 2 ou mais familiares com problemas lombares. Os casos eram mais velhos, trabalhavam há mais anos em unidades em que os levantes eram frequentes e tinham mais familiares com problemas lombares	A análise discriminante mostrou que o excesso de carga (0,557), a flexibilidade (0,472), a propriocepção (0,417), a história familiar (0,402), as diferenças entre o cumprimento das pernas (0,398), os anos de trabalho nas unidades onde os levantes eram frequentes (0,272) e o número de cigarros fumados (0,193) identificavam o grupo de pertença dos indivíduos (previam 90% dos casos e 84% dos controlos)	Sim, sem validação independente	Controlos de vizinhança	60	Não se sabe/ não é referida para pelo menos um grupo	N	Medida directa e auto-reportada	NA	S	N	N

Quadro 6 - Evidências sobre problemas músculo-esqueléticos resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna					Validade externa			
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação (%)	Taxa de resposta (%)	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Arafa, Nazel, Ibrahim et al (2003)	Egipto	Hospital	412 Enfermeiros com idade média de 27,7 anos (dp=7,5 anos), 52,7% solteiros, 71,1% graduados de escolas técnicas os restantes graduados de enfermagem. Tinham em média 8,68 anos (dp=7,24) médios de experiência, 59,7% trabalhavam em turnos alternados, 17,2% não trabalhavam por turnos	29% dos enfermeiros que relatavam sintomas físicos referiram artrite	NA	S	N	67	N	Auto-reportada	P	N	N
Batt, Le Duff & Trouve (1999)	França	Instituição de formação de enfermeiros	233 Enfermeiros dos quais 222 mulheres, idade média de 46 anos. O mais frequente era os enfermeiros terem entre 20 e 24 anos de antiguidade na profissão.	36% tinham, por vezes, problemas de costas	NA	N	N	81	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna					Validade externa			
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação (%)	Taxa de resposta (%)	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Canadian Institute of Health Information (2006)	Canada	Base populacional	314 900 Enfermeiros das quais 94,5% mulheres, 60% a trabalhar em hospitais, com idade média de 44,3 anos e o número de anos na profissão de 18,3 anos, 84% tinham trabalho fixo, 60% trabalhavam em tempo integral, 30% recebia horas extra sendo a média de trabalho extra por semana 5,4 horas. Quase 50% trabalhava horas extra sem receber sendo a média de horas por semana de 4 horas. 19% trabalhavam em duplo.	25% das enfermeiras tinham problemas de costas e artrite (19% na população em geral). Nos enfermeiros não foram encontradas diferenças. Nos 12 meses anteriores ao estudo, 37% dos enfermeiros tinham tido dor suficientemente grave para os impedir de executar as suas actividades diárias. Mais de 10% referiram ter tido dor severa ou insuportável e cerca de 25% referiu que a dor afectou a sua capacidade de desempenhar as suas funções.	Grupo comparativo comunitário ou populacional	P	N	NA	N	Auto-reportada	S	S	N
Cato, Olson & Studet (1989)	EUA(?)	Hospital (unidade de ortopedia/ reabilitação)	53 Enfermeiros dos quais 50 mulheres. A média de idades era de 35 anos e a média de anos de experiência de 7,7 equivalentes a tempo inteiro. Em média trabalhavam em ortopedia/ reabilitação há 3,4 anos.	29% Referiram rigidez dos músculos do pescoço 26% Tinham história familiar de lombalgias. 38% Referiram ter tido dorsalgias sendo que 53% tinham-na tido nos último 6 meses 62% Referiram que já tinham tido dorsalgia relacionada com o seu posto de trabalho 50% Tinham tomado medicação para este problema Em 78% dos casos a dor tinha durado mais de 30 minutos sendo que 68% afirmavam ter tido esta dor mais de 30 minutos e atribuíam-na ao trabalho	NA	N	N	79	N	Auto-reportada	N	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna					Validade externa			
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação (%)	Taxa de resposta (%)	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Cheung, Gillen, Faucett et al (2006)	Hong Kong	Comunidade	411 enfermeiros, 87% mulheres, 70,9% casados, 47,7% com licenciatura, 58,9% generalistas, 75,9% trabalhavam em serviços de enfermagem comunitária e 24,1% em serviços de enfermagem psiquiátrica comunitária.	<p>Prevalência de dor no pescoço = 62,9%</p> <p>Prevalência de dor nos ombros = 73,1%</p> <p>Prevalência de cervicálgias = 51,2%</p> <p>Prevalência de lombálgias = 55,9%</p> <p>Prevalência de dorsálgias = 71,2%</p> <p>Prevalência de dor nos cotovelos = 17,3%</p> <p>Prevalência de dor nos punhos ou mãos = 30,3%</p> <p>Prevalência de dor nos joelhos = 65,1%</p> <p>Prevalência de dor nos tornozelos ou pés = 53,4%</p> <p>Dos enfermeiros que referiam dor dorsal 86,4% acreditavam que a dor era provocada ou agravada pelo trabalho</p> <p>A prevalência de dorsalgia era superior nos enfermeiros comunitários (76,4%) do que nos enfermeiros de psiquiatria comunitária (54,5%) (p=0,01).</p> <p>Os enfermeiros com dorsálgias tinham maior probabilidade de serem jovens, mulheres e trabalhar em enfermagem comunitária. Depois de ajustar para a idade, sexo, factores físicos e psicológicos e tipo de serviço, os factores de risco no local de trabalho, as posturas estáticas e as exigências psicológicas do trabalho aumentavam a probabilidade de dorsalgia.</p>	NA	S	N	83	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna					Validade externa			
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação (%)	Taxa de resposta (%)	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Chiou, Wong & Lee (1994)	China	Hospital	3159 Enfermeiras com 25,2 anos e a trabalhar há 3,9 anos, 75,5% trabalhavam em departamentos gerais	Prevalência de ponto de dorsalgias = 13,9% Prevalência de 1 mês de dorsalgias = 24,0% Prevalência de 6 meses de dorsalgias = 42,0% Prevalência de um ano de dorsalgias = 69,7% Prevalência durante a vida de dorsalgias = 77,9% Relativamente à etiologia verificou-se que em 43% dos casos se devia a distensão do músculo. A severidade da dorsalgia dependia dos hábitos de trabalho, da duração do trabalho e da estatura.	NA	P	N	98	N	Auto-reportada	P	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna					Validade externa			
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação (%)	Taxa de resposta (%)	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Cohen-Mansfield, Culpepper & Carter (1996)	EUA (23 estados)	Lares de idosos (pessoal de enfermagem que apresentou relato de lesão no Supplemental Data Set em 1987)	214 enfermeiras (RN), 549 enfermeiras especialistas (LPN) e 10 537 auxiliares (aides). Dos 214 enfermeiros, 96,3% eram mulheres, 60,2% com idades entre os 20 e os 44 anos, 23,2% estavam no 2-3º ano de emprego e 20,8% estavam empregados há mais de 5 anos, 97,7% trabalhavam em instituições privadas. Relativamente aos enfermeiros especialistas (LPN) 96,5% eram mulheres, 75,1% tinham entre 20 e 44 anos, 41,7% estavam no primeiro ano de emprego e 94,9% trabalhavam no sector privado.	Os enfermeiros tinham sofrido, em 1987, 22 lesões por 1 000 empregados e os enfermeiros especialistas tinham sofrido 32 lesões por 1 000 empregados, valores inferiores aos das auxiliares e aos das outras profissões. 48,2% das lesões dos enfermeiros tinham acontecido no tronco, nos enfermeiros especialistas a percentagem era de 53,1%. Estes valores eram inferiores das auxiliares mas superiores aos das outras ocupações. 37,7% das lesões nos enfermeiros e 41,6% nos enfermeiros especialistas eram dorsais. Estes valores eram inferiores das auxiliares mas superiores aos das outras ocupações.	NA	N	N	NA	N A	Registo	S	S	N
Engels, van der Beek, van der Gulden (1998)	Alemanha	Lares	718 Enfermeiros, 90% mulheres, 29,0 (dp=7,8) anos de idade, há 9,0 (dp=6,7) anos na profissão, em média trabalhavam 33,0 (dp=8,6) horas por semana.	As posturas adoptadas durante o trabalho estavam relacionadas com as queixas musculoesqueléticas ($p<0,01$) e as exigências psico-sociais do trabalho com as queixas psicossomáticas ($p<0,01$)	NA	P	95	85	N	Auto-reportada	S	S	S

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna					Validade externa			
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação (%)	Taxa de resposta (%)	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Fonseca (2005)	Portugal (porto e Matosinhos)	Hospitais (centrais, maternidades e pediátricos)	507 Enfermeiros, 84% mulheres, 86% trabalhavam por turnos, 24% trabalhavam num serviço de medicina, 18% num serviço de cirurgia e 8% em pediatria, 35% estavam em regime de acumulação, 92% não tinham outra actividade para além da enfermagem. A mediana de idades era 31 anos. A mediana de horas de trabalho dos enfermeiros era 40 horas. A mediana do tempo de exercício da actividade de enfermagem era 92 meses	<p>Prevalência de sintomatologia ME nos últimos 12 meses = 84%</p> <p>As principais áreas referidas com presença de sintomas de desconforto, fadiga ou dor durante os últimos 12 meses foram a região lombar (65%), a região cervical (55%), a região dorsal (37%), ombros (34%), punho/mão (30%), tornozelos/ pés (20%), joelhos (19%), coxas (14%) e cotovelos (6%).</p> <p>Prevalência de sintomatologia ME nos últimos 7 dias: 71% nos tornozelos/pés, 62% na região dorsal, 61% na região lombar, 56% nos joelhos, 54% nas coxas, 53% no punho/mão, 33% nos cotovelos.</p> <p>A sintomatologia cervical era a mais prevalente nos serviços de medicina (67%) e neonatologia (66%)</p> <p>A dos punhos era mais frequente nos serviços de neonatologia (40%) e medicina (38%), a lombar em medicina (74%) e neonatologia (71%).</p> <p>A dos ombros na medicina (37%) e pediatria (37%) e a das coxas, tornozelos/pés e joelhos nos serviços de neonatologia (20%, 26% e 31% respectivamente).</p> <p>189 dos enfermeiros tinha tido problemas lombares durante 1 a 7 dias e 11 por mais de 30 dias.</p> <p>155 Tiveram de reduzir a sua actividade diária.</p> <p>66% Enfermeiros sentiram fadiga, desconforto ou dor na região cervical, 6% tinham sido hospitalizados por problemas cervicais, 4% tinham mudado de emprego ou alterado a sua tarefa/ actividade por problemas cervicais</p> <p>51% Tinham tido sintomas ME cervicais entre 1 a 7 dias</p> <p>27% Tinham sido observados por um profissional de saúde.</p> <p>OMBRO: 44% sentiu fadiga, desconforto ou dor, 10% tinham mudado de emprego ou alterado a sua tarefa/ actividade, 75% tinham tido problemas nos ombros nos últimos 12 meses (37% nos dois ombros), 485 tinham sentido problemas durante 1 a 7 dias, 38% tinham sido observados por um profissional de saúde. A dor lombar (N=337) e a cervical (259) eram os sintomas mais frequentes</p>	NA	N	N	56	N	Auto-reportada	S	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna					Validade externa			
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação (%)	Taxa de resposta (%)	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Gomes (2004)	Portugal (Coimbra)	Centros de saúde	200 Enfermeiros, 87,5% do sexo feminino, com idade média 37,4 anos (dp=8,26), 51% tinham bacharelato, a antiguidade na função pública era de 16,1 anos (dp=8,43) e a antiguidade na categoria era de 7,4 anos (dp=6,18)	12,9% dos enfermeiros referiram ter tido dores nas costas/coluna/zona lombar relacionadas (ou agravadas) pelo trabalho 6,9% referiram dores no pescoço relacionadas (ou agravadas) pelo trabalho	NA	N	N	55	N	Auto-reportada	P	N	N
Gonçalves, Fischer, Lombardi et al (2001)	Brasil	Hospital	29 Enfermeiros dos quais 26 do sexo feminino. A idade média era de 38,2 anos (dp=10,5). Trabalhavam no hospital há 6,4 anos (dp=5,9).	62% referiram problemas nas costas 52% referiram problemas nos membros superiores 45% referiram na zona cervical.	NA	N	N	39	N	Auto-reportada	N	N	N
Gunnarsdottir, Tomasson & Rafnsdottir (2004)	Islândia	Lares de idosos, hospitais geriátricos	1 515 Participantes dos quais 242 enfermeiros	Não foram encontradas diferenças no que diz respeito à ocorrência mialgia, dores lombares entre os enfermeiros e os outros trabalhadores	NA	P	N	80	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna					Validade externa			
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação (%)	Taxa de resposta (%)	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Guo, Tanaka, Cameron et al (1995)	EUA	<i>Occupational health Supplement</i> do Inquérito Nacional de Saúde de 1988	30 074 Entrevistados dos quais 5256 referiram dorsalgias (prevalência anual estimada = 17,6%; se=0,3%)	Prevalência de dorsalgia nas enfermeiras = 10,4% (se=1,8%) As enfermeiras (RN) encontravam-se entre as 15 profissões de dorsalgia de origem ocupacional (11º lugar) As enfermeiras apresentavam um risco de dorsalgias 1,5 vezes superior ao das mulheres trabalhadoras em geral. Prevalência de dorsalgias nas enfermeiras especialistas = 16,3% (se=3,5%) As enfermeiras especialistas (LPN) encontravam-se na 2ª posição RR de 2,4 quando comparadas com as restantes mulheres trabalhadoras.	NA	N	N	91	N	Auto-reportada	S	S	N
Jensen (1987)	EUA (Colorado, Idaho, Nova Iorque, Carolina do Norte e Wisconsin)	Compensations claims 1980	Pedidos de compensação de 1980	Os enfermeiros ocupavam o sexto lugar das profissões com maior RR de lesão dorsal sendo o primeiro lugar ocupado pelos auxiliares de enfermagem (nursing aides, ordelies e attendants). Relativamente às profissões ligadas à enfermagem, os enfermeiros (RN) em lares e hospitais ocupavam o 6º lugar relativamente ao maior número de pedidos de indemnização por total de empregados	NA	N	N	NA	N A	Registo	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna					Validade externa			
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação (%)	Taxa de resposta (%)	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Knibbe & Friele (1996)	Holanda	Instituição de cuidados domiciliários	355 mulheres das quais 189 eram enfermeiras comunitárias. As enfermeiras comunitárias tinham idade média 33,8 anos (dp=9,7) com uma experiência média de trabalho no sector da saúde de 12,3 anos (dp=9,4) e trabalhavam 30,7 horas por semana (dp=9,1).	19% Nunca tinham tido dorsalgias antes de começarem a sua carreira como enfermeiras. Prevalência de dorsalgias ao longo da vida = 88,8%. Prevalência de dorsalgias nos últimos 12 meses = 71,4% Prevalência de dorsalgias nos últimos 3 meses = 54,5% Prevalência de dorsalgias nos últimos 7 dias = 19,6% As enfermeiras tinham maior prevalência de dorsalgia ao longo da vida, nos últimos 12 e nos últimos 3 meses do que as auxiliares comunitárias. A prevalência de dorsalgias nos últimos 7 dias era inferior à da auxiliares	NA	S	N	94	N	Auto-reportada	N	N	N
Letvak (2005)	EUA	Enfermeiras com mais de 50 anos	308 Enfermeiros, 96% mulheres, 88% caucasianos, idade média de 57,2 anos, 74% casados, 64,5% trabalhavam a tempo inteiro, 47% trabalhavam num hospital e 67% trabalhavam de dia. O número médio de horas diárias de trabalho era de 9,3 horas e de trabalho semanal de 36,4 horas.	25% tinha sofrido uma distensão ou torção e 16,7% outro problema músculo-esquelético Os problemas de saúde mais prevalentes eram as dorsalgias (45,0%) e a dor nos membros inferiores (9,2%).	NA	P	N	53	N	Auto-reportada	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna					Validade externa			
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação (%)	Taxa de resposta (%)	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Retsas & Pinikahana (2000)	Australia (Melbourne)	Hospital universitário	269 Enfermeiros, 87,7% mulheres, idade média 34.9 anos (dp=5,9), tempo médio de experiência em enfermagem 12 anos (dp=3,5)	40,2% Tinham ficado lesionados na sequência de actividades de mobilização: 53,7% nas enfermarias médias, 33,3% nas cirúrgicas e 13% no ambulatório ou outros.	NA	N	N	51	N	Auto-reportada	N	N	N
Smedley, Egger, Cooper et al (1995)	Reino Unido	Hospital	1 659 Enfermeiros dos quais 97% eram mulheres, 50% trabalhavam a tempo inteiro, tinham, em média, 38 anos	Prevalência de lombalgias (alguma vez teve) nos enfermeiros = 56% Prevalência de lombalgias (alguma vez teve) nas enfermeiras = 60 Prevalência de ciática nos enfermeiros = 23% Prevalência de ciática nas enfermeiras =25% 5% dos homens e 9% das mulheres tinham lombalgias com mais de 1 ano de duração Prevalência de lombalgias nos últimos 12 meses nos enfermeiros = 39% Prevalência de lombalgias nos últimos 12 meses nas enfermeiras = 45% Não foi encontrada nenhuma associação entre o número de horas de trabalho, o tipo de turnos ou a graduação dos enfermeiros e o risco de lombalgias. Nas enfermeiras as lombalgias estavam associadas a cefaleias frequentes, fadiga e mau humor. Encontrada associação entre tarefas de mobilização e transferência de doentes e a ocorrência de lombalgias.	NA	S	N	69	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna					Validade externa			
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação (%)	Taxa de resposta (%)	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Smith, Choe, Jean et al (2005)	Coreia do Sul	Hospital	330 Enfermeiros	<p>Prevalência de problemas músculo-esqueléticos = 93,6%</p> <p>Prevalência de problemas músculo-esqueléticos nos enfermeiros da UCI = 92,8%</p> <p>Prevalência de problemas músculo-esqueléticos nos enfermeiros das unidades de internamento = 92,6%</p> <p>Prevalência de problemas músculo-esqueléticos nos enfermeiros de outros departamentos = 96,0%</p> <p>O local mais frequente dos problemas músculo-esqueléticos era os ombros (74,5%), seguido da zona lombar (72,4%), pescoço (62,7%), pernas (52,1%) e mão/pulso (46,7%)</p> <p>Os problemas dos ombros eram mais prevalentes nas UCI (83,1%), seguido dos outros departamentos (77,8%) e das unidades de internamento (67,6%). O mesmo se verificava para os problemas das mãos e pulsos que na UCI atingiam 57,8% dos enfermeiros, nos outros departamentos 46,5% e nas unidades de internamento 40,5% (p<0,05).</p> <p>Os problemas dos antebraços eram referidos como aqueles que mais afectavam a vida diária (62,5% de todos os casos) seguidos dos da zona lombar (59,0%).</p> <p>A maior proporção de casos com mais de 1 semana de duração encontrava-se nos problemas lombares (49,0%) e dos ombros (40,7%).</p> <p>O tratamento médico era mais procurado nos casos dos ombros (28,6%) e da zona lombar (21,3%).</p> <p>A mobilização manual diária dos doentes estava associada com problemas músculo-esqueléticos (OR=7,2) assim como sofrer de depressão (OR=3,3).</p>	NA	P	N	98	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna					Validade externa			
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação (%)	Taxa de resposta (%)	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Smith, Mihashi, Adachi et al (2006)	Japão	Hospital	860 Enfermeiros com 32,9 anos (dp=8,8), 30,1% casados, 25,65 com filhos, trabalhavam, em média, 39,6 horas por semana (dp=6,6) e eram enfermeiros há 10,0 anos (dp=8,8)	Prevalência de problemas músculo-esqueléticos nos 12 meses = 85,5% O local mais comum era os ombros (71,9%), a zona lombar (71,3%), o pescoço (54,7%) e a região superior do dorso (33,9%)	NA	N	N	74	N	Auto-reportada	N	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna					Validade externa			
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação (%)	Taxa de resposta (%)	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Smith, Ohmura, Yamagata et al (2003)	Japão	Hospital	305 Enfermeiros com idade média de 2,0 anos (dp=7,3), horas semanais de trabalho de 48,6 horas (dp=35,1) e empregados no hospital há 7,1 anos (dp=7,1). Os locais de trabalho mais frequentes eram a cirurgia (23,0%), os cuidados intensivos (22,0%) e a medicina interna (21,0%)	<p>Prevalência nos últimos 12 meses de problemas músculo-esqueléticos nos enfermeiros da UCI = 67,2%</p> <p>Prevalência nos últimos 12 meses de problemas músculo-esqueléticos nos enfermeiros da cirurgia = 87%</p> <p>Prevalência nos últimos 12 meses de problemas músculo-esqueléticos = 78,4%.</p> <p>As lombalgias eram o tipo de problema musculo-esquelético mais reportado (59%), seguindo-se os ombros (46,6%), pescoço (27,9%) e a parte superior do dorso (10,2%).</p> <p>A prevalência de problemas músculo-esqueléticos era de:</p> <p>11,8% na coxa 16,4% no joelho 8,5% na perna 7,5% no tornozelo</p> <p>Nos membros superiores, o mais frequente era os problemas músculo-esqueléticos ocorrerem no pulso (4,3%), antebraço (2,6%), cotovelo (2,0%) e braço (1,6%).</p> <p>Os enfermeiros que trabalhavam em cirurgia tinham um risco maior de problemas músculo-esqueléticos (RR=2,7) quando comparados com os enfermeiros que trabalhavam noutros serviços.</p>	NA	S	N	84	N	Auto-reportada	N	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna					Validade externa			
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação (%)	Taxa de resposta (%)	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Smith, Wei, Zhao et al (2004)	China	Hospital	282 Enfermeiras, com 34 anos de idade (sd=9,2), que trabalhavam cerca de 42,1 horas por semana (dp3,6) e eram enfermeiras há 13,8 anos (dp=9,5)	Prevalência de problemas músculo-esqueléticos = 70% A localização mais comum era a região lombar (56%) seguida do pescoço (84,5%), ombros (40%) e região dorsal superior (37%). A elevada pressão mental e a falta de suporte no trabalho aumentavam o risco de problemas músculo-esqueléticos (OR de 1,79 e 2,52, respectivamente). A realização de tarefas entediadas era factor de risco para problemas músculo-esqueléticos da região superior do dorso (OR=1,97).	NA	S	N	92	N	Auto-reportada	N	N	N
Varela & Ferreira (2004)	Brasil	Trabalhadoras de enfermagem com diagnóstico de lesões por esforços repetidos seguida no Centro de Estudos do Trabalhador	79 Trabalhadoras da área enfermagem entre 1998 e 2002	5% dos trabalhadores da área de enfermagem atendidos por lesões por esforços repetidos eram enfermeiros	NA	NA	N	NA	N A	Medida directa	N	N	S

Quadro 7 - Evidências sobre exposição a agentes patogênicos sanguíneos resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna				Validade externa		
					Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Abiteboul, Antona, Fourrier et al (1992)	França	Hospital	518 Enfermeiros sendo que 227 trabalhavam na reanimação e 294 na medicina. Idade média dos enfermeiros de reanimação era de 31 anos (dp=7) e dos da medicina 33 anos (dp=7). 40% dos enfermeiros de reanimação e 28% dos de medicina tinham menos de 5 anos de antiguidade.	Entre Janeiro e Dezembro de 1990 houve 187 exposições acidentais ao sangue o que equivale a uma incidência de 0,35 exposições por enfermeiro.	NA	NA	Registo	N	N	N	N
Chen & Jenkins (2007)	EUA	National Electronic Injury Surveillance (amostra estratificada dos serviços de urgência dos hospitais)	Sem descrição	Entre 1998 e 2000, ocorreram 234 400 exposições (IC = [172 700; 296 000]) a agentes patogênicos sanguíneos sendo que destas 75% diziam respeito aos trabalhadores dos Hospitais. Taxa de exposição a agentes patogênicos sanguíneos nos hospitais (estimativa nacional) = 11,3 exposições por 1 000 ETI. 36% das exposições a agentes patogênicos sanguíneos ocorreram em enfermeiros. Taxa de exposição a agentes patogênicos sanguíneos nos enfermeiros (estimativa nacional) = 15,3 exposições por 1 000 ETI. 47% do total de exposições a agentes patogênicos nos hospitais ocorreram nos enfermeiros Taxa de incidência de exposição a agentes patogênicos sanguíneos nos enfermeiros dos hospitais em 2000 = 22,4 por 1 000 ETI	NA	NA	Registo	N	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna				Validade externa		
					Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Dement, Hunt, Epling et al (2004)	EUA	Todos	24 425 Trabalhadores da saúde , 64,4% do sexo feminino, 68% de raça branca, idade média no início do follow-up 36,1 anos, a trabalhar no actual local há 5,1 anos	<p>Taxa de exposição a agentes patogénicos sanguíneos nos enfermeiros anestesistas = 12,6 exposições por 100 ETI (IC= [8,2;17,0])</p> <p>Taxa de exposição percutânea a agentes patogénicos sanguíneos nos enfermeiros anestesistas = 9,8 exposições percutâneas por 100 ETI (IC= [6,0;13,7])</p> <p>Taxa de exposição mucocutânea a agentes patogénicos sanguíneos nos enfermeiros anestesistas = 2,8 exposições mucocutâneas por 100 ETI (IC= [0,7;4,8]).</p> <p>Os enfermeiros anestesistas eram, entre os enfermeiros, os que apresentavam maiores taxas de exposição a agentes patogénicos sanguíneos.</p> <p>Taxa de exposição a agentes patogénicos sanguíneos nos enfermeiros do internamento = 11,6 exposições por 100 ETI (IC=[10,8;12,4])</p> <p>Taxa de exposição percutânea a agentes patogénicos sanguíneos nos enfermeiros do internamento = 6,9 exposições percutâneas por 100 ETI (IC=[6,3;7,5])</p> <p>Taxa de exposição mucocutânea a agentes patogénicos sanguíneos nos enfermeiros do internamento = 4,4 exposições mucocutâneas por 100 ETI (IC=[3,9;4,9])</p> <p>Taxa de exposição a agentes patogénicos sanguíneos nos enfermeiros da administração e ambulatório = 3,7 exposições a por 100 ETI (IC=[3,0;4,5])</p> <p>Taxa de exposição percutânea a agentes patogénicos sanguíneos nos enfermeiros do internamento = 3,0 exposições percutâneas por 100 ETI (IC=[2,5;3,7])</p> <p>Taxa de exposição mucocutânea a agentes patogénicos sanguíneos nos enfermeiros do internamento = 0,6 exposições mucocutâneas por 100 ETI (IC=[0,3-0,9])</p> <p>Os técnicos e pessoal cirúrgico da sala de operações e o pessoal da limpeza eram os grupos profissionais com maiores taxas de exposição, independentemente do tipo de exposição.</p>	NA	NA	Registo	N	P	S	Não

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna				Validade externa		
					Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Ippolito, Puro & Carli (1993)	Itália	Hospital	1 592 Exposições em 1 534 trabalhadores da saúde: 64% ocorreram em mulheres. A idade média dos trabalhadores era de 28 anos (dp=16,2 anos)	Os enfermeiros eram o grupo profissional mais frequentemente exposto (67,2% dos casos) a agentes patogénicos sanguíneos. A principal causa de exposição era as picadas com agulhas (64,8%), soluções continuidade na pele (22,0%), contacto com mucosa (8,8) e corte (4,4%). A taxa de seroconversão ao VIH era de 0,10% (IC=[0,006;0,55]) por exposição percutânea e de 0,63% (IC=[0,018; 3,47]) por exposição da mucosa.	NA	NA	Registo	Sim, sem validação independente	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna				Validade externa		
					Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Ippolito, Puro, Petrosillo, de Carli et al (1999)	Itália	55 Hospitais	19 860 Exposições ocupacionais a agentes patogénicos sanguíneos entre Janeiro de 1994 e Junho de 1 998: 77% percutâneas e 23% mucocutâneas.	<p>57% das exposições a agentes patogénicos sanguíneos tinham ocorrido nos enfermeiros, 8% nos cirurgiões, 7% no pessoal doméstico, 5% nos médicos 5%.</p> <p>Taxa de exposição a agentes patogénicos sanguíneos nos enfermeiros = 11,0 exposições por 100 ETI</p> <p>Taxa de exposição a agentes patogénicos sanguíneos nas parteiras = 11,33 exposições por 100 ETI</p> <p>Estes valores apenas foram ultrapassados pelos cirurgiões (12,06 exposições por 100 ETI).</p> <p>Taxa de exposição percutânea a agentes patogénicos sanguíneos nos enfermeiros = 8,42 exposições por 100 ETI</p> <p>Taxa de exposição percutânea a agentes patogénicos sanguíneos nas parteiras = 6,59 exposições por 100 ETI</p> <p>Estes valores apenas foram ultrapassados pelos cirurgiões (10,12 exposições percutâneas por 100 ETI).</p> <p>Taxa de exposição mucocutânea a agentes patogénicos sanguíneos nos enfermeiros = 2,58 exposições por 100 ETI</p> <p>Taxa de exposição mucocutânea a agentes patogénicos sanguíneos nas parteiras = 4,74 exposições por 100 ETI</p> <p>As parteiras eram o grupo profissional com maior taxa de exposição mucocutânea seguido dos enfermeiros</p> <p>Taxa de exposição a fonte infectada por agentes patogénicos sanguíneos nos enfermeiros = 3,29 exposições por 100 ETI</p> <p>Taxa de exposição a fonte infectada por agentes patogénicos sanguíneos nas parteiras = 3,44 exposições por 100 ETI</p> <p>Taxa de exposição a fonte infectada por VIH nos enfermeiros = 0,66 exposições por 100 ETI</p> <p>Taxa de exposição a fonte infectada por VIH nas parteiras = 0,44 exposições por 100 ETI</p>	NA	NA	Medida directa	Sim, sem validação independente	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna				Validade externa		
					Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Leszczyszyn-Pynka, Klys-Rachwalska et al (2004)	Polónia	Hospital	189 Profissionais de saúde que entre Janeiro de 1999 e Setembro de 2003 que tinham sofrido exposição a agentes patogénicos sanguíneos	56,6% (107) dos profissionais de saúde expostos a agentes patogénicos sanguíneos eram enfermeiros.	NA	NA	Registo	validação	N	N	N
Machado, Costa, Gir et al (1992)	Brasil (São Paulo)	Hospital universitário	36 Profissionais de saúde que, entre Junho de 1987 e Agosto de 1990, sofreram um acidente de trabalho com material potencialmente contaminado pelo VIH	19,45% dos 36 profissionais de saúde que, entre Junho de 1987 e Agosto de 1990, sofreram um acidente de trabalho com material potencialmente contaminado por VIH eram enfermeiros.	NA	NA	Medida directa e registo	Sim, sem validação independente	N	N	N
McEvoy, Porter, Mortimer et al (1987)	Inglaterra	Hospital	150 Trabalhadores da saúde a exercer no hospital e expostos acidentalmente ao VIH	61% (91) das 150 exposições entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 1986 ocorreram em enfermeiros. Não houve nenhuma seroconversão para VIH	NA	Follow-up completo (com todos os sujeitos)	Medida directa e registo	Sim, sem validação independente	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna				Validade externa		
					Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Morrondo (1995)	Multicêntrico (Espanha, Reino Unido, Grécia, Dinamarca)	Hospital	477 Exposições acidentais ao VIH das quais 269 em Espanha, 140 no Reino Unido, 40 na Grécia e 8 na Dinamarca.	54,9% das exposições tinham ocorrido em enfermeiros. 56,2% de todas as exposições percutâneas tinham ocorrido em enfermeiros 51,7% das exposições mucocutâneas tinham ocorrido em enfermeiros	NA	NA	Registo	Sim, sem validação independente	P	S	N
Tarantola, Golliot, Astagneau et al (2003)	França	Hospital (sistema de vigilância epidemiológica, voluntário, de exposição a agentes patogénicos sanguíneos)	7649 Exposições a agentes patogénicos sanguíneos entre Janeiro de 1995 e Dezembro de 1998	Taxa de exposição a agentes patogénicos sanguíneos nos enfermeiros em 1995 = 10,8 exposições por 100 ETI Taxa de exposição a agentes patogénicos sanguíneos nos enfermeiros em 1998 = 7,7 exposições por 100 ETI	NA	NA	Registo	N	N	N	N

Quadro 8 - Evidências sobre exposição a agentes patogénicos sanguíneos resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna						Validade externa		
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	E provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Ayranci & Kosgeroglu (2004)	Turquia	Hospital	139 Enfermeiros, com 30,6 anos, em média	1,4% HBsAg positivo após acidente com corto-perfurante 74% anti-HBs positivo após acidente com corto-perfurante 7,9% anti-HCV positivo após acidente com corto-perfurante Todos os que tinham hepatite tinham 30 ou menos anos enquanto que os que tinham hepatite C tinham mais de 30 anos. Todos os que tinham HBsAg positivo trabalhavam nas unidades há menos de 3 anos. 72,7% com anti-HCV positivo tinham pouco tempo de serviço (0-7 anos)	NA	P	N	88	N	Medida directa e auto-reportada	P	N	N
Bilski, Wysicki & Hemerling (2002)	Polónia	Informação do sistema de certificação de doenças ocupacionais	161 Casos de hepatite de origem ocupacional entre 1996 e 2000.	Prevalência de hepatite de origem ocupacional nos enfermeiros = 60%	NA	N	N	NA	NA	Registo	S	N	N
Blásquez, Moreno, Menasalvas et al (2001)	Espanha	Hospital	407 Exposições a agentes patogénicos sanguíneos nos trabalhadores de saúde entre 1996 e 1999	Taxa de exposição ocupacional a agentes patogénicos sanguíneos = 19,2% em 1996, 14,3% em 1997, 23,3% em 1998 e 22,3% em 1999. (os enfermeiros apresentavam a maior taxa de exposição a agentes patogénicos sanguíneos). Taxa de exposição a fluidos positivos para HBV, HCB e/ou VIH = 13,9% Taxa de exposição a fluidos positivos para HBV, HCB e/ou VIH = 17,0% em 1996, 2,7% em 1997, 16,9% em 1998 e 15,3% em 1999 (valores inferiores aos dos médicos e superiores aos dos auxiliares de enfermagem e dos técnicos)	NA	N	N	NA	NA	Registo	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna						Validade externa		
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	E provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Domart, Mlika-Cabanne, Henzel et al (1999)	França (Paris)	Hospital	1 516 Trabalhadores dos quais 926 trabalhadores da saúde, 45,4% eram enfermeiros	Seroprevalência de hepatite A nos enfermeiros = 39,8% [valor inferior ao dos auxiliares de enfermagem (51,3%), ao dos trabalhadores da saúde como um todo (56,4%) e ao dos administrativos (46,3%)]	NA	P	N	NA	NA	Medida directa e auto-reportada	S	N	N
Dworsky, Welch, Cassady & Stagno (1983)	EUA	Hospital (serviços de neonatologia - intensivos, intermédios e puérperas)	179 Enfermeiros com idade média de 29 anos, 99% mulheres, 77% brancas e 59% seropositivas para CMV	61 Enfermeiros estavam susceptíveis à infecção por citomegalovirus. A taxa de conversão para CMV = 3,3% a mais elevada quando comparada com os estudantes de medicina e o pessoal de limpeza.	Grupo comparativo institucional	P	N	NA	NA	Medida directa	P	N	N
Fernandes, Braz, Neto et al (1999)	Brasil	Hospital	210 Trabalhadores, 127 do sexo feminino, idade entre os 20 e os 65 anos, tempo de exercício profissional entre 1 e 25 anos. Utilizado como grupo de controlo amostras de soro de 45 doadores voluntários de sangue.	A seroprevalência de Hepatite B era de 20,5% nos profissionais de saúde contra 6,6% no grupo controlo. A prevalência isolada de cada um dos marcadores do vírus (anti-HBc), anti-HBs e AgHBs) foi de 8,1%, 5,2% e 2,9%. Os enfermeiros apresentavam uma taxa de positividade para hepatite B de 23,6%. O anticorpo anti-HBc foi detectado em 13,2% do pessoal de enfermagem.	NA	N	N	NA	NA	Medida directa	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna						Validade externa		
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	E provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Forseter, Wormser, Adler, Lebovics et al (1993)	EUA	Hemodiálise	51 Amostras de soro pertencentes a 51 enfermeiros	1 enfermeiro tinha os anticorpos de hepatite C positivos	NA	NA	NA	NA	NA	Medida directa	P	N	N
Hunt & Murphy (2004)	Australia (Sydney)	Bloco operatório, cirurgia ambulatória, unidade de anestesia e recobro de um hospital não lucrativo	Entre 1999 e 2001 existiram 61 exposições ocupacionais a agentes patogénicos sanguíneos	32 Exposições a agentes patogénicos sanguíneos nos enfermeiros do bloco operatório, 23 na cirurgia ambulatória e 6 na unidade de anestesia e recobro. A taxa de exposição a agentes patogénicos sanguíneos no bloco operatório era de 2,53 exposições por 1 000 procedimentos em 1999, 2,04 por 1 000 em 2000 e 1,11 por 1 000 em 2001. Na cirurgia ambulatória era de 1,84 em 1999, 1,34 em 2000 e de 1,27 por 1 000 em 2001.	NA	NA	N	NA	NA	Registo	N	N	N
Janzen, Tripatzis, Wagner et al (1978)	Alemanha	Hospital	1 825 Trabalhadores da saúde dos quais 469 enfermeiros	Os enfermeiros estavam entre os profissionais mais frequentemente infectados (20,5%). A prevalência de HBsAg ou anti-HBS era de 17,9% nos enfermeiros, percentagem superior à dos empregados administrativos que não contactavam com sangue ou doentes (7,5%) (p <0,01)	NA	N	N	NA	NA	Medida directa	N	N	N
Kershenobich, Hurtado, Collawn et al (1990)	México	Hospital (multicéntrico)	1 017 Participantes, 365 enfermeiros, 31,4 anos e 7,8 anos de antiguidade no trabalho.	Os enfermeiros eram o segundo grupo com maior frequência de marcadores virais positivos: 0,6% (IC= [0,1; 2,0]) tinham antigénio de superfície (HBsAg) positivo e 10,7% (IC= [7,7; 14,3]) anticorpo Anti-HBs positivo.	NA	N	NA	NA	NA	Medida directa	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna						Validade externa		
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	E provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Leiss, Lyden, Mathews et al (2009)	EUA (Carolina do Norte)	Cuidados Domiciliários	833 Enfermeiros, 96% mulheres, 63% com idade entre 36 e 55 anos, 75% enfermeiros há 10 ou mais anos, 40% com 5 anos ou menos de experiência em cuidados domiciliários e 77% trabalhavam a tempo inteiro	A proporção de enfermeiros que tinham tido pelo menos uma exposição ao sangue durante o ano anterior ao estudo era de 8,9% (IC= [7,6;10,2]). A taxa de incidência era de 24,7 exposições por 100 000 visitas domiciliárias (IC= [20,2;34,6])	NA	N	N	57	N	Auto-reportada	S	S	N
Migneco, Valentino, Tripi et al (1987)	Itália	Hospital	509 Profissionais de saúde dos quais 99 eram enfermeiros	48 (48,5%) Enfermeiros estavam positivos para hepatite B	NA	N	N	84	N	Medida directa	P	N	N
Pasquini, Kahn, Pileggi et al (1983)	Itália	Hospital	1 212 Trabalhadores do hospital dos quais 335 eram enfermeiros	124 Enfermeiros, 30,3% com pelo menos um marcador da hepatite B positivo. Os enfermeiros que trabalhavam em enfermarias de elevado risco tinham OR de 2,3 (IC=[1,5;3,5]) quando comparados com os estudantes de enfermagem.	NA	N	N	80	N	Medida directa	N	N	N
Rito (1995)	Portugal (Braga)	Centros de saúde	114 Enfermeiros, 97% do sexo feminino, 54% tinha entre 40 e 49 anos de idade, idade média 45,8 anos	14% dos enfermeiros tinham tido infecção anterior pelo vírus da hepatite B	NA	N	N	NA	NA	Medida directa e reactiva	P	N	N
Strickler & Bradshaw (1987)	Canadá	Enfermeiros de saúde ocupacional que se encontravam num congresso	151 Enfermeiros dos quais 1 era homem e 36,4% tinham mais de 50 anos de idade	84,1% (N=127) dos enfermeiros tinham os marcadores da hepatite B negativos 7,3% (n=11) tinham o anticorpo de superfície positivo em resultado da vacina da hepatite B 8,6% (n=13) tinham os marcadores positivos para hepatite B naturalmente	NA	N	N	33	N	Medida directa	N	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Validade interna						Validade externa		
					Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	E provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Williams & Pruitt (1984)	EUA	Hospital	315 Profissionais de saúde	Os enfermeiros tinham a taxa mais baixa de anti-corpos anti-hepatite B (16%). O grupo profissional com maior percentagem de resultados positivos para anticorpos anti-hepatite B era o dos empregados de limpeza (40%), seguido pelas auxiliares de enfermagem (35%), médicos (31%), técnicos de laboratório (29%) e os administrativos (17%).	NA	N	N	NA	NA	Medida directa	N	N	N

Quadro 9 - Evidências sobre neoplasias em enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	Sujeitos em estudo e a população alvo pertencem à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Calle, Murphy, Rodriguez et al (1998)	EUA	Coorte de mulheres	346 762 Mulheres das quais 94% eram brancas, 36,4% tinham 60 ou mais anos de idade, 26,6% tinham formação universitária e 88,6% tinham tido pelo menos um filho	As enfermeiras não tinham um risco acrescido de morte por cancro da mama.	NA	NA	Registo	N	S	S	N
Grufferman, Duong & Cole (1976)	EUA	Registo oncológico de 1959 a 1973	1577 Pessoas com doença de Hodgkin, residentes em Boston, com diagnóstico feito entre 1959 e 1973	Não foi encontrado um excesso de Doença de Hodgkin entre os enfermeiros (RR=0,9; IC= [0,4;1,8])	NA	NA	Registo	N	S	S	N
Gunnardsdottir & Rafnsson (1995)	Islândia	Coorte de enfermeiras	2159 Enfermeiras que se registaram, como tal, entre 1920 e 1979	As enfermeiras não apresentavam excesso de todos os tipos de cancro ou de cada um em separado (estômago, cólon, recto, fígado, pâncreas, pulmão, mama, colo do útero, útero, ovário, rim, bexiga, cérebro, tiróide, linfossarcoma, doença de Hodgkin e leucemia). Quando se analisou a incidência de cancro por período de exposição (de 10 em 10 anos) verificou-se a existência de um gradiente de exposição quando se consideravam todos os tipos de cancro assim como para o cancro da mama, colo do útero, ovário e bexiga.	NA	NA	Registo	Sim, sem validação independente	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	Sujeitos em estudo e a população alvo pertencem à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Pérez-Gómez, Aragonés, Gustavsson et al (2005)	Suécia	Mulheres com ocupação remunerada no censo de 1970, que tinham respondido ao censo de 1960, que continuavam vivas e que no dia 1 de Janeiro de 1971 tinham idade compreendida entre os 25 e os 64 anos de idade.	3 598 Casos de melanoma cutâneo na coorte de mulheres trabalhadores e 875 nas mulheres que mantiveram a mesma ocupação entre 1960 e 1970. A localização anatómica era idêntica nos dois grupos. 1 490 Parteiras incluídas na coorte de mulheres trabalhadoras. Destas 7 tiveram um melanoma cutâneo. Quanto à coorte de mulheres que mantiveram a mesma ocupação durante 10 anos, existiam 606 enfermeiras entre as quais houve 4 casos de melanoma.	RR de melanoma cutâneo nas parteiras = 1,51 (IC= [0,72;3,17]). RR de melanoma cutâneo nas enfermeiras com a mesma ocupação durante 10 anos = 1,84 (IC= [0,69;4,91])	NA	NA	Registo	N	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	Sujeitos em estudo e a população alvo pertencem à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Rix & Lyngø (1996)	Dinamarca	Registo oncológico nacional	29 722 Enfermeiros a trabalhar nos cuidados de saúde, na Dinamarca, em 1970.	<p>Incidência de cancro nos enfermeiros do sexo masculino do hospital era de 0,76 (SIR=0,89; IC= [0,15;2,22])</p> <p>Incidência de cancro nos enfermeiros do sexo masculino que trabalhavam noutra local era de 0,89 (SIR=0,89; IC= [0,10;3,22]).</p> <p>Incidência de cancro nos enfermeiros do sexo feminino do hospital era de 1,01 (SIR=1,01; IC= [0,96;1,07])</p> <p>Incidência de cancro nos enfermeiros do sexo feminino que trabalhavam noutra local era de 1,02 (SIR=1,02; IC= [0,94;1,10]).</p> <p>Os enfermeiros, independentemente do sexo, não apresentavam um risco acrescido de cancro (todos os tipos).</p> <p>As enfermeiras que trabalhavam no hospital, apresentavam um excesso de risco de melanoma da pele (SIR=1,34; IC= [1,05;1,70]) e cancro da mama (SIR=1,19; IC= [1,08;1,30]).</p> <p>As enfermeiras que trabalhavam no hospital tinham menor risco de cancro do pulmão (SIR =0,67; IC= [0,51;0,85]) e do colo do útero (SIR =0,45; IC= [0,34;0,59]).</p> <p>As enfermeiras que trabalhavam noutra local tinham um excesso de risco de cancro do fígado (SIR=2,34; IC= [1,12;4,30]), mama (SIR=1,25; IC=[1,09;1,43]), útero (SIR=1,43; IC=[1,11;1,82]) e outros cancros de pele que não melanoma (SIR=1,34; IC=[1,05;1,70]).</p> <p>As que não trabalhavam no hospital tinham menor risco de cancro do pulmão (SIR=0,49; IC= [0,31;0,71]) e do colo do útero (SIR=0,38; IC= [0,23;0,59]).</p>	NA	NA	Registo	Sim, sem validação independente	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	Sujeitos em estudo e a população alvo pertencem à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Rix, Skov & Lyngø (1997)	Dinamarca	Registo dinamarquês de mortalidade ocupacional	118 505 Casos de cancro em 1 402 225 mulheres	SIR cancro de mama nas enfermeiras do hospital = 1,19 (IC= [1,08;1,30]) SIR cancro do corpo uterino nas enfermeiras do hospital = 1,43 (IC= [1,11;1,82])	NA	NA	Registo	N	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	Sujeitos em estudo e a população alvo pertencem à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Sankila, Karjalainen, Laara et al (1990)	Finlândia	Registo Nacional de Cancro	22 046 Casos de cancro nos homens com idade entre os 25 e os 64 anos e 16806 casos de cancro nas mulheres com a mesma idade, ambos activos.	<p>Para os profissionais de saúde do sexo masculino, entre 1971 e 1980, o risco de cancro era inferior (SIR=64) ao dos homens economicamente activos (SIR=100). Os enfermeiros de saúde mental tinham um SIR de 69 para todos os tipos de cancro, valor superior ao observado para a totalidade dos profissionais de saúde, para os médicos e dentistas e inferior ao dos auxiliares. Já no que diz respeito ao risco de cancro do pulmão, verificou-se que o SIR nos enfermeiros de saúde mental era de 28, valor igual ao dos profissionais de saúde como um todo, superior ao dos médicos (SIR=25) e dentistas (SIR=0) e inferior ao dos auxiliares de enfermagem (SIR=476).</p> <p>As enfermeiras, e para o cancro em geral, tinham um SIR de 150, as parteiras de 121, as enfermeiras de saúde mental de 126, e as de pediatria 129, valores superiores ao registados para a totalidade dos profissionais de saúde do sexo feminino (122). No que diz respeito ao cancro da mama, as enfermeiras tinham SIR de 196, as parteiras de 141, as enfermeiras de saúde mental de 123 e as de pediatria de 180. As profissionais de saúde, no seu conjunto tinham SIR de 137. O risco de cancro era maior, para a maioria das localizações primárias, nas profissionais de saúde do que nas mulheres activas. As enfermeiras tinham um RR elevado de cancro do pulmão, do corpo uterino e do cólon e um risco relativo baixo de linfoma, leucemia e cancro do fígado</p>	NA	NA	Registo	N	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	Sujeitos em estudo e a população alvo pertencem à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Schernhammer, Kroenke, Landen et al (2006)	EUA	Nurses Health Study	115 022 Enfermeiras	Das 115 022 enfermeiras sem cancro no baseline, 1 352 desenvolveram cancro da mama invasivo durante os 12 anos de follow-up. As enfermeiras que referiram mais de 20 anos de trabalho por turnos tinham maior risco de cancro de mama do que as enfermeiras que nunca tinham trabalhado por turnos (RR=1,88; IC=[1,12;3,15]).	Retirada da mesma "base" da cohort de expostos (controles internos)	<80% e sem descrição dos perdidos do follow up	Registo e auto-reportada	N	S	S	N

Quadro 10 - Evidências sobre neoplasias em enfermeiros resultantes de estudos de caso-controlo – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	A definição de caso é adequada?	Como foram seleccionados os controlos?	Taxa de participação	Taxa de resposta	Os não respondentes são descritos?	Avaliação da exposição	Foi utilizado o mesmo método de avaliação da exposição para os casos e para os controlos?	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Lie, Roessink & Kjaerhiem (2006)	Noruega	Registo Oncológico	537 Casos - 67% trabalhavam por turnos nocturnos durante 15 a 29 anos, 53% trabalhavam há 3-14 anos como enfermeiras, 39% tinham entre 24 e 26 anos quando se graduaram, 49% (44%) eram nulíparas, em média tinham tido 1,15 filhos, idade no nascimento era de 30,54 anos 2 148 Controlos - 70% trabalhavam por turnos nocturnos durante 15 a 29 anos, 51% trabalhavam há 3-14 anos como enfermeiras, 40% tinham entre 24 e 26 anos quando se graduaram, 44% eram nulíparas, em média tinham tido 1,34 filho, idade no nascimento era de 30,54 anos (30,72)	As enfermeiras que tinham trabalhado 30 ou mais anos no turno da noite tinham maior risco de desenvolver cancro da mama (OR=2,21; IC= [1,10;4,45]) quando comparadas com as que nunca tinham trabalhado durante a noite, depois de ajustar para a paridade e tempo total como enfermeira.	Sim, com validação independente	Controlos emparelhados	NA	A mesma para os casos e para os controlos	NA	Registo	S	S	S	M

Quadro 11 - Evidências sobre hipertensão arterial em enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Brown & James (2000)	EUA (Hawaii)	Hospital	11 Enfermeiras a trabalhar a tempo inteiro, de etnia filipina e nascidas nas Filipinas, sem diagnóstico de doença cardíaca ou outros problemas maiores de saúde, pré-menopáusicas, com peso inferior a 200 libras, não grávidas e que não estavam a tomar nenhum tipo de fármaco. Idade média de 34,4 (sd=5,2) anos, com altura média de 1503 (sd=46) mm e peso de 57,5 (sd=7,9) kg e IMC médio 25,4 (sd=2,6) kg/m ² , 81,8% eram casadas, 81,8% tinham filhos	As participantes mais velhas tinham TA mais elevada no trabalho	NA	P	N	92	N	Medida directa	S	N	S
Canadian Institute of Health Information (2006)	Canada	Todos (base populacional)	314 900 Enfermeiros, 94,5% mulheres, 60% a trabalhar em hospitais, com idade média de 44,3 anos e o número de anos na profissão de 18,3 anos, 84% tinham trabalho fixo, 60% trabalhavam em tempo integral, 30% recebiam horas extra sendo a média de trabalho extra por semana 5,4 horas. Quase 50% trabalhava horas extra sem receber sendo a média de horas por semana de 4 horas, 19% trabalhavam em duplo.	As enfermeiras sofriam mais de hipertensão arterial (13,0%), do que a restante população de mulheres empregadas. Já os enfermeiros homens sofriam mais de HTA quando comparados com a restante população de homens empregados	Grupo comparativo comunitário ou populacional	P	N	NA	N	Auto-reportada	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Fanghanel-Salmón, Sánchez-Reyes et al (1997)	México	Hospital	2 228 profissionais de saúde dos quais 559 enfermeiros (25,1%). Destes 95,9% eram mulheres com idade média de 38,66 (dp=10,02) anos e 4,1% homens com idade média de 38,7 (dp=7,02) anos.	Os enfermeiros não apresentavam maior risco de hipertensão arterial quando comparados com os restantes profissionais de saúde	NA	N	N	86	N	Medida directa e auto-reportada	S	N	N

Quadro 12 - Evidências sobre tuberculose em enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Babus (1997)	Croácia	Hospitais para tratamento de doenças pulmonares (A e B) e Unidade Pulmonar do Hospital Geral, departamento de Medicina Interna, oftalmologia, urologia e neuropsiquiatria	No departamento houve 176,5 pessoas-ano expostas à TB, no hospital A 836,0 pessoas-ano e no hospital 3076,0 pessoas-ano. A idade média de 32 anos na unidade nos enfermeiros que trabalhavam na unidade, 34 nos enfermeiros que trabalhavam no hospital A e 33 no hospital B Nos enfermeiros não expostos (departamentos) a idade média era de 32 anos	Taxa de incidência de tuberculose nos enfermeiros da unidade pulmonar do hospital geral = 17 novos casos por 1 000 pessoas-ano Taxa de incidência de tuberculose nos enfermeiros no Hospital A = 7novos casos por 1 000 pessoas Taxa de incidência de tuberculose nos enfermeiros no Hospital B = 5 novos casos por 1 000 pessoas Taxa de incidência de tuberculose nos enfermeiros não expostos = 0,9 novos casos por 1 000 IRR tuberculose (unidade pulmonar) = 17,5 IRR tuberculose (hospital A) =7,4 IRR tuberculose (hospital B)=6,0	Retirada da mesma "base" da cohort de expostos (controles internos)	NA	Medida directa e registo	N	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Boudreau, Baron & Steenland (1997)	EUA	Hospital	249 Expostos e 355 não expostos Expostos: 79,5% mulheres, idade média 37,3 (dp=8,7), 43,4% brancos, 41,2% com leitura do teste tuberculínico Não expostos: 94,7% mulheres, idade média 40,5 (dp=9,7), 47,9% negros, 45,9% com leitura do teste tuberculínico	18,2% dos enfermeiros no grupo dos expostos apresentaram conversão no teste tuberculínico contra 1,5% no grupo dos não expostos (RR=12,3; IC=[4,4;34,4]. A taxa de conversão do teste tuberculínico era superior na enfermaria de medicina (32,7%) seguida da UCI (13,9%) e da urgência (8,3%).	Retirada da mesma "base" da cohort de expostos (controles internos)	Follow-up completo	Medida directa e registo	Sim, sem validação independente	P	N	N
Cuhadaroglu, Erelel, Tabak et al (2002)	Turquia	Hospital	Entre 1991 e 2000 população média de trabalhadores do hospital era de 3 359 (dp=3,2) dos quais 670 enfermeiros.	A incidência de TB entre 1991 e 2000 foi de 96 por 100 000 para os trabalhadores da saúde (RR=2,71) e 14 por 100 000 para os enfermeiros. A incidência na Turquia é de 35,4 por 100 000.	NA	NA	Registo	N	P	N	N
Harries, Kamenya, Namarika et al (1997)	Malawi	Hospital	310 enfermeiros	A proporção de enfermeiros que desenvolveu TB num período de 2 anos nas enfermarias médicas ou nas enfermarias de tratamento de TB (13%) era significativamente maior quando comparada com a proporção de enfermeiros que desenvolveram esta doença noutras enfermarias do hospital (3%) (OR=5,74). A incidência de TB nos enfermeiros das enfermarias médicas era de 6,6 por 100 pessoas ano e nas restantes enfermarias de 1,3 por 100 pessoas ano.	NA	NA	Registo	N	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Hill, Burge & Skinner (1997)	Inglaterra (West Midlands)	Hospital	5 840 médicos, 39 848 enfermeiros e 9 683 profissionais relacionados com a medicina a trabalharem nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde da região das West Midlands	28 casos de TB em trabalhadores hospitalares dos quais 8 eram enfermeiros. Os enfermeiros tinham uma taxa de incidência de 0,6 por 10 000 pessoas-ano (a da população geral era de 0,5 por 10 000 pessoas-ano). Esta diferença não era significativa. Quando considerados apenas os enfermeiros de raça branca a taxa de incidência era de 0,6 por 10 000 pessoas ano (população geral 0,2 por 10 000 pessoas ano). O risco relativo de TB nos enfermeiros de raça branca era de 2,4 (IC=[1,1;5,5]).	NA	NA	Registo	Sim, com validação independente	P	N	N
Hosoglu, Tanrikulu, Dagli et al (2005)	Turquia	Hospital	22 casos de TB entre os trabalhadores do Dicle University Hospital de 1986 e 2000	22 trabalhadores com diagnóstico de TB (9 homens). Destes 59,1% eram enfermeiros (N=13). Um dos enfermeiros era estudante de enfermagem. Todos os trabalhadores tinham taxas de inc TB acima da da população sendo que os enfermeiros apresentavam a txa de inc mais elevada (274,4 por 100 000) contra 40,8 por 100 000 na população geral. O risco relativo era de 6,7. Os enfermeiros tinham, em média 20,6 anos (dp=3,0), trabalhavam há 2,8 anos (dp=2,7)	NA	NA	Registo	Sim, sem validação independente	P	N	N
Kanyerere & Salaniponi (2003)	Malawi	Hospital	571 trabalhadores da saúde dos quais 253 enfermeiros. A idade média era de 38 anos.	Entre Janeiro e Dezembro de 2001 33 (6%) dos trabalhadores desenvolveram TB. 4.3% dos enfermeiros tinham desenvolvido TB e 1 tinha desenvolvido tuberculose extra pulmonar. A taxa de novos casos TB era superior nos trabalhadores da saúde (5 780 por 100 000) do que na população geral (240 por 100 000)	NA	NA	Registo e auto-reportada	N	N	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Miller, Tepper & Sieber (2002)	EUA	Hospital	3 248 trabalhadores dos quais 27% sem contacto directo com doentes e 73% com contacto directo com doentes ou espécimes. Média de idade na coorte sem contacto com os doentes era de 38 anos (dp=10,5), 64,5% eram mulheres, 78,6% não brancos, estavam empregados há 10,7 anos (dp=8,2). Os que tinham contacto com os doentes tinham, em média, 37 anos (dp=09,7), 80% eram mulheres, 72,7% não brancos, estavam empregados há 9,3 (dp=8,0) anos. A taxa de conversão do teste tuberculínico nos indivíduos sem contacto com os doentes era de 2,0% e naqueles com contacto com os doentes de 5,8%	A taxa de conversão do teste tuberculínico nos enfermeiros era de 5,5% sendo que estes apresentavam um RR de 6,5 (IC=[3,2; 13,1]) de conversão quando comparados com os trabalhadores que não tinham contacto com os doentes. Os enfermeiros nas enfermarias de alto risco de exposição a doentes com TB tinham uma taxa de conversão do teste tuberculínico de 12,5% (RR=12,6; IC=[5,4;29,6]). Aqueles que trabalhavam em enfermarias de médio risco tinham uma taxa de conversão de 9,0% (RR=6,0; IC=[2,5;14,6]). Os que trabalhavam em enfermarias de baixo risco tinham uma taxa de conversão TST de 1,8% sendo que não apresentavam um risco superior ao dos indivíduos sem contacto com doentes (RR=2,9; IC=[0,9;10,0])	Retirada da mesma "base" da cohort de expostos (controles internos)	NA	Medida directa e registo	Sim, sem validação independente	P	N	N
Usui, Yamanaka, Nomura et al (2000)	Japão	Registo de casos de TB	1120 novos casos de TB registados entre 1989 e 1995 em profissionais de saúde	A taxa de incidência de TB nos enfermeiros do sexo masculino era de 0 por 100 000 sendo que na população total era de 58.0 por 100 000. Já nas enfermeiras a taxa de incidência de TB era de 91,6 por 100 000, superior à da população geral (mulheres 31,9 por 100 000). O SIR para as enfermeiras era de 3,81 (IC= [1,97;6,65]).	NA	NA	Registo	Sim, sem validação independente	N	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Raitio, Helenius & Tala (2003)	Finlândia	Registo Nacional de Doenças Ocupacionais	Enfermeiros (n=163), auxiliares de enfermagem, médicos, enfermeiros de psiquiatria (n=30), trabalhadores do laboratório e pessoal de radiologia. Total 447 casos de TB, 58 em homens e 389 em mulheres, 75,2% e 62,6% diziam respeito a TB pulmonar nos grupos etários 20-39 anos e 40-59 anos, respectivamente	<p>Quando comparados com a população em geral, os enfermeiros tinham um RR de TB, ajustado para a idade, de 0,45 (IC= [0,39;0,53]) e os enfermeiros de psiquiatria de 0,48 (IC=[0,34;0,69]).</p> <p>Inc TB nos enfermeiros 20-39 anos entre 1971 e 1975 = 44,2 por 100 000</p> <p>Inc TB nos enfermeiros 20-39 anos entre 1976 e 1980 = 30,2 por 100 000</p> <p>Inc TB nos enfermeiros 20-39 anos entre 1981 e 1985 = 9,9 por 100 000</p> <p>Inc TB nos enfermeiros 20-39 anos entre 1986 e 1990 = 8,8 por 100 000</p> <p>Inc TB nos enfermeiros 20-39 anos entre 1991 e 1995 =6,6 por 100 000</p> <p>As auxiliares de enfermagem, os médicos, os trabalhadores do laboratório e da radiologia e a população em geral da mesma faixa etária apresentavam incidências superiores. A única exceção verificou-se entre 1991-1995 em que a incidência de TB nos enfermeiros foi superior à verificada na população geral, nos trabalhadores de laboratório e da radiologia.</p> <p>Inc TB nos enfermeiros 40-59 anos entre 1971 e 1975 = 23,2 por 100 000</p> <p>Inc TB nos enfermeiros 40-59 anos entre 1976 e 1980 = 10,0 por 100 000</p> <p>Inc TB nos enfermeiros 40-59 anos entre 1981 e 1985 = por 100 000</p> <p>Inc TB nos enfermeiros 40-59 anos entre 1986 e 1990 = 4,3 por 100 000</p> <p>Inc TB nos enfermeiros 40-59 anos entre 1991 e 1995 =por 100 000</p> <p>No que diz respeito ao grupo etário 40-59 anos verificou-se em 1971-1975, 1976-1980, 1986-1990 incidência de TB inferior à do grupo etário 20-39 anos. Nos restantes períodos a incidência foi superior à do grupo etário 20-39 mantendo-se o mesmo padrão de comparação com os restantes grupos ocupacionais.</p> <p>Os enfermeiros de psiquiatria revelaram taxas semelhantes às dos enfermeiros no grupo etário 20-39 anos, nos períodos 1971-1975 e 1976-1980 (44,8 e 30,6).</p> <p>Já para o período de 1981-1985 a incidência foi de 36,4 por 100 000, valor 4 vezes superior ao registado nos enfermeiros do mesmo grupo etário e apenas inferior à dos médicos. Nos restantes períodos a incidência de TB nos enfermeiros de psiquiatria com 20-39 anos foi 0. Relativamente aos enfermeiros de psiquiatria dos 40-59 anos a incidência manteve-se semelhante à dos enfermeiros do mesmo grupo etário sendo de salientar que, nos períodos de 1986-1990 e 191-1995 esta foi superior à dos enfermeiros de psiquiatria de 20-39 anos e dos restantes enfermeiros e superior à dos outros trabalhadores da saúde do mesmo grupo etário (excepto dos médicos).</p>	NA	NA	Registo	N	S	S	N

Quadro 13 - Evidências sobre tuberculose em enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Clague, Fields, Graham & Davies (1991)	Reino Unido	Hospital (Unidade Torácica)	45 enfermeiros, 11 médicos e 5 trabalhadores da limpeza. Dos enfermeiros, 93% eram mulheres, a idade variava entre os 20 e os 59 anos e 73% estavam vacinados com a BCG.	84% dos enfermeiros tinham grau 3-4 no teste de Heaf (requeriam investigação), 13 % grau 1-2 (imunes) e apenas 2% não estava imunes. 98% dos enfermeiros tinham realizado um raio X torácico nos últimos 5 anos e 55% nos últimos 2 anos. 24% dos enfermeiros, após o último contacto com um doente tuberculoso tinham realizado um raio-X e um teste Tine.	NA	N	N	NA	NA	Medida directa e auto-reportada	P	N	N
Dooley, Villarino, Lawrenc e et al (1992)	Porto Rico	Hospital	908 trabalhadores do hospital	Os enfermeiros na unidade de HIV tinham maior prevalência de tuberculose (56% OR=6,4; IC=[2,2;18]) quando comparadas com os administrativos. A prevalência de tuberculose nos enfermeiros de medicina era de 55% (OR=6,0; IC=[3,3;11]). A prevalência de TB nos enfermeiros que trabalhavam noutros serviços não era diferente da dos administrativos	NA	N	86	83	N	Medida directa e registo	P	N	N
Franco & Zanetta (2006)	Brasil	Hospital	169 enfermeiros: 32,0 anos, 66% mulheres, 22% grau universitário, 51% com transporte próprio, 80% com cicatriz da BCG, há 3 anos no hospital e 59% empregados há mais de 2 anos no hospital. Características dos controlos (administrativos): 33,0 anos, 46% mulheres (p<0,01), 36% com grau universitário (p<0,01), 49% com transporte próprio, 75% com cicatriz de BCG, empregados no hospital há 5 anos (p<0,01) e 76% empregados há mais de 2 anos no hospital (p<0,01)	A prevalência de teste tuberculínico positivo era de 53,7% nos administrativos e de 59,7% nos enfermeiros (p=0,26). 10% dos enfermeiros e 4% dos administrativos tinha história anterior de teste cutâneo positivo (p=0,06) 70% dos enfermeiros e 44% dos administrativos tinham história anterior de BCG (p<0,01) 33% dos enfermeiros e 18% dos administrativos há 5 ou menos anos, 5% dos enfermeiros e 2% dos administrativos há mais de 5 anos e 62% dos enfermeiros e 80% há tempo desconhecido (p<0,01).	Grupo comparativo institucional	S	N	NA	N	Medida directa	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Garcia-Garcia, Jiménez-Corona et al (2001)	México (Chihuahua)	Hospital	605 profissionais de saúde dos quais 296 (48,9%) enfermeiros.	69,5% dos enfermeiros apresentavam reactividade ao teste tuberculínico. A percentagem para os profissionais de saúde era de 64,5%	Outros	S	N	35	S	Medida directa	N	N	N
Keskiner, Ergonul, Derimoglu et al (2004)	Turquia (Ankara)	Hospital	491 trabalhadores da saúde dos quais 75 eram enfermeiros. A idade média era de 35 anos (dp=9), 72% tiveram resultados positivos do teste tuberculínico com um diâmetro médio de 12,7mm (dp=2,7) entre os vacinados e 12,8mm nos não vacinados.	A prevalência de teste tuberculínico positivo era de 15% nos enfermeiros (inferior aos dos médicos e do pessoal de limpeza). As enfermeiras tinham um risco 1,5 superior à mulheres médicas terem o teste tuberculínico positivo	NA	NA	N	NA	N	Medida directa	N	N	N
Orrett (2000)	Trinidade e Tobago	Hospital	182 trabalhadores da saúde dos quais 99 eram enfermeiros	44,5% dos 182 trabalhadores da saúde tinham teste tuberculínico positivo. A percentagem de enfermeiros com teste tuberculínico positivo era de 59,3%.	NA	N	N	41	N	Medida directa	N	N	N

Quadro 14 - Evidências sobre mortalidade dos enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Calle, Murphy, Rodriguez et al (1998)	EUA	Coorte de mulheres	346 762 Mulheres das quais 94% brancas, 36,4% tinham 60 ou mais anos de idade, 26,6% tinham formação universitária e 88,6% tinham tido pelo menos um filho	As enfermeiras não tinham um risco acrescido de morte por cancro da mama.	NA	NA	Registo	N	S	S	N
Gunnarsdottir & Rafnsson (1995)	Islândia	Coorte de enfermeiras	2159 Enfermeiras que se registaram, como tal, entre 1920 e 1979	As enfermeiras tinham maior esperança de vida do que as outras mulheres islandesas As enfermeiras tinham menor risco de morrer da maioria das causas de morte.	NA	NA	Registo	Sim, sem validação independente	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
King, Threlfall, Band et al (1994)	Canada (Colômbia Britânica)	Registo de óbitos	1101 Enfermeiras, mulheres, com 20 ou mais anos, que morreram entre 1950 e 1980 em Colômbia Britânica	Os PMR das enfermeiras eram significativamente mais baixos para a doença cardíaca degenerativa, acidente vascular cerebral e cirrose do fígado para as enfermeiras. A mortalidade por qualquer tipo de cancro era mais elevada assim como a por qualquer tipo de acidente, acidente de viação ou de aviação nas enfermeiras quando comparadas com as mulheres em geral. O suicídio também era superior nas enfermeiras. A mortalidade por cancro da mama e ovário, leucemia e cancros pancreáticos era superior nas enfermeiras Ao comparar as enfermeiras com as mulheres eliminando as donas de casa verificou-se que desapareciam as diferenças relativas à mortalidade por doença cardíaca degenerativa e AVC mas o PMR mantinha-se elevada para o suicídio.	Retirada da mesma "base" da coorte de expostos (controles internos)	NA	Registo	Sim, sem validação independente	S	S	N
Peipins, Burnett, Alterman et al (1997)	EUA	Registo de certificados de óbito de 27 Estados de 1984 a 1990	50 000 Enfermeiras e auxiliares de enfermagem que residiam e morreram num dos 17 Estados do estudo entre 1984 e 1990.	As enfermeiras em idade activa apresentavam maior risco de morte por hepatite viral quando comparados com as outras trabalhadores (PMR=175; IC=[117;252]) ou com as trabalhadores de colarinho branco (PMR=171; IC=[115,246]) As enfermeiras em idade activa quando comparadas com as outras trabalhadoras apresentavam um excesso de mortalidade por tumores do cólon (PMR=113; IC=[102;125]), da mama (PMR=111; IC=[106;116]), do pâncreas (PMR=117; IC=[102;135]), do cérebro e sistema nervoso (PMR=126; IC=[108;145]). As enfermeiras que não em idade activa apresentavam um excesso de mortalidade por cancro (PM=105; IC=[103;106]), tumores do pâncreas (PMR=113; IC=[103;123]), leucemia mielóide crónica (PMR=157; IC=[114;211]) As enfermeiras em idade activa e em idade não activa apresentavam um	NA	NA	Registo	Sim, sem validação independente	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
				<p>excesso de mortalidade por diabetes mellitus quando comparadas com trabalhadoras de colarinho branco (PMR=137; IC=[123;152] e PMR=110; IC=[103;118], respectivamente).</p> <p>As enfermeiras em idade activa quando comparadas com as trabalhadoras de colarinho branco tinham um excesso de mortalidade por envenenamento acidental (PMR=177; IC=[136;226]), quedas acidentais (PMR=150; IC=[111;198]), suicídio (PMR=116; IC=[105;128]), morte relacionada com drogas (PMR=175; IC=[154;198])</p> <p>Este excesso mantinha-se com as outras trabalhadoras.</p>							

Quadro 15 - Evidências sobre mortalidade dos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	E provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Goodman, Jenkins & Mercy (1994)	EUA	National Traumatic Occupational Fatalities surveillance system	522 mortes em profissionais de saúde das quais 117 em enfermeiros	Das 117 mortes em enfermeiros 35 (29,9%) deveram-se a acidentes com veículos motorizados, 18 (15,4%) foram homicídios, 9 (7,7%) suicídios e 55 (47,0%) por outras causas. Entre 1983 e 1990, a taxa de homicídios relacionados com o trabalho nos enfermeiros era de 0,12 homicídios por 100 000 trabalhadores, sendo apenas inferior à dos farmacêuticos (1,21 homicídios por 100 000 trabalhadores) e dos médicos (0,36 homicídios por 100 000 trabalhadores).	NA	NA	N	NA	NA	Registo	S	S	N
Katz (1983)	EUA	Registo de mortes	66 230 registos de óbito sendo que 2 157 eram de enfermeiros	Quando comparadas com outras trabalhadoras do sexo feminino, as enfermeiras apresentavam um excesso de risco de morte por cancro da mama (PMR=125) e do sistema nervoso (PMR=161) e por suicídio (PMR=151). Verificou-se, também a existência de um défice de risco de morte por cancro do útero (PMR=47) nas enfermeiras quando comparadas com as mulheres trabalhadoras.	NA	P	NA	NA	NA	Registo	S	S	N

Quadro 16 - Evidências sobre alergias de origem ocupacional nos enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	E provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Cherry, Meyer, Adisesh et al (2000)	Reino Unido	Comparação do <i>Occupational Physicians Reporting Activity</i> e do <i>Epiderm Surveillance System</i>	Sem descrição	Prevalência de dermatite de contacto nos enfermeiros do sexo feminino era 20 casos por 100 000 empregados de acordo com os registos dos dermatologistas e de 28 casos por 100 000 de acordo com os médicos de saúde ocupacional. As enfermeiras apresentavam taxas de prevalência inferiores às dos barbeiros e cabeleiros, biólogos e bioquímicos, trabalhadores de laboratório e trabalhadores da indústria automóvel (montadores e trabalhadores de linha).	NA	NA	Registo	N	S	S	N
Gielen, Goossens (2001)	Bélgica	Unidade de alergias de contacto do Departamento de Dermatologia do <i>Katholieke Universiteit Leuven</i>	14 689 Trabalhadores da saúde e trabalhadores da indústria farmacêutica que se apresentaram entre 10 de Janeiro de 1978 e 6 de Abril de 2001 na Unidade de alergias de contacto do Departamento de Dermatologia	53,5% (7 857) dos doentes submetidos ao teste ²⁴ tinham alergia de contacto a uma ou mais substâncias, 33 doentes tinham dermatite de contacto de origem ocupacional. Destes 33, 26 (78,8%) eram enfermeiros. Nestes, o local mais frequente da dermatite de contacto eram os dedos, sendo que os fármacos que mais frequentemente eram alérgenos eram o hidrocloreto de propacetamol, a penicilina e o hidrocloreto de ranitidina.	NA	NA	Medida directa	Sim, sem validação independente	S	S	N

²⁴ Testes cutâneos administrados com câmaras Van Der Bend na face posterior das mãos dos doentes. Retirado ao fim de 2 dias. Leituras no 2º, 3º e 4º dia ou mais tarde

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	E provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Horwitz, Kammeyer-Mueller, McCall (2002)	USA (Oregão)	Sector da saúde (<i>health care workers compensation claims</i> 1987-1998)	65 Casos relacionados com o uso de luvas de látex com uma frequência de 5,54 queixas por ano de uma população média de 89 923 trabalhadores do sector da saúde o que representou 0,58 queixas por 10 000 trabalhadores do sector da saúde do Estado do Oregon	Os enfermeiros eram o grupo profissional que apresentou mais queixas (20/65; 30,8% das queixas).	NA	NA	Registo	N	P	N	N
Lammitausta, Kalimo & Aantaa (1982)	Estónia	Hospital	129 Trabalhadores dos quais 38 enfermeiros que entre 1970 e 1979 a que foi diagnosticado dermatite das mãos. Entre 1970 e 1979 houve 302 novos casos de dermatite das mãos.	Destes 29% (n=38) tinham ocorrido em enfermeiros: 8 no primeiro ano de trabalho. Vinte dos enfermeiros com dermatite das mãos tinham tido sintomas periódicos ou permanentes entre 1975 e 1979 e 25 tinham gozado baixa por doença no mesmo período.	NA	NA	Registo	Sim, sem validação independente	P	N	N

Quadro 17 - Evidências sobre alergias de origem ocupacional nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Caixeiro (1997)	Portugal	Bloco operativo	5 Auxiliares de acção médica (AMM) e 6 enfermeiras instrumentistas. Nas enfermeiras a idade variava entre os 24 e os 45 anos e entre as AMM entre 21 e 38 anos. Em 6 casos existiam antecedentes pessoais e/ou familiares de atopia.	6 dos casos verificaram-se entre as enfermeiras tendo sido diagnosticado a 5 urticária de contacto sendo que destas 3 tinham, concomitantemente dermatite de contacto alérgica. Em apenas 1 caso não foi estabelecido um diagnóstico por não realização dos testes cutâneos.	NA	NA	N	NA	NA	Medida directa	S	N	N
Santos, Rafael & Pereira (1999)	Portugal (Lisboa)	Hospital	187 Enfermeiros e 109 funcionários administrativos. A idade média dos enfermeiros era de 35 anos sendo a proporção de mulheres para homens de 2,5/1	Prevalência de dermatite das mãos, nos enfermeiros = 21,6% Quando comparados com os funcionários administrativos, os enfermeiros tinham um OR de 3,8 para a dermatite das mãos (IC=[1,63;9,22]) e de 4,57 (IC=[1,65;15,65]) para as alterações menores (queixas de xerose sem descamação). 50 (57%) dos 88 enfermeiros com dermatite das mãos/alterações menores efectuaram provas epicutâneas sendo que em 31 (62%) as provas epicutâneas eram positivas.	Grupo comparativo institucional	N	N	Diferente para os dois grupos	N	Medida directa e auto-reportada	N	N	N
Stingeni, Lapomarda & Lisi (1995)	Itália	Hospital	1 301 Profissionais de saúde dos quais 532 eram enfermeiros.	94 Enfermeiros do internamento e 65 da área cirúrgica tinham dermatite de contacto No departamento de internamento, 38,5% dos profissionais que referiam dermatite de contacto eram enfermeiros contra 22,6% na área cirúrgica	NA	N	N	85	N	Medida directa e auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Strauss, Gawkrödger (2001)	Reino Unido (Sheffield)	Departamento de Dermatologia do <i>Royal Halamshire Hospital</i> entre 1996 e 1999	<p>Enfermeiros que recorreram ao Departamento de Dermatologia, entre 1996 e 1999, que fizeram testes e que tinham como principal sintoma dermatite das mãos.</p> <p>Dos 44 enfermeiros que cumpriam os critérios, 40 eram do sexo feminino e 4 do masculino, idade média era de 32.7 anos.</p>	<p>Os enfermeiros representavam 3% (N=71) do total de pacientes (N=2377) atendidos no departamento de dermatologia.</p> <p>62% (44/71) dos enfermeiros testados tinham sido referenciados por dermatite das mãos contra 44% no total dos pacientes.</p> <p>A percentagem de enfermeiros com dermatite das mãos foi de 50% em 1996 e 1997, 82% em 1998 e 65% em 1999.</p> <p>As causas de dermatite das mãos foram dermatite alérgica de contacto (41%; 18/44), dermatite irritativa de contacto (34%; 15/44), outros eczemas (16%;7/44), eczema atópico (7%; 3/44), eczema vesicular (2%; 1/44).</p> <p>O diagnóstico de dermatite de contacto de origem ocupacional foi feito a 41% (18/44) dos enfermeiros</p>	NA	N	NA	NA	NA	Medida directa	S	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Telksniene, Januskevicius (2003)	Lituânia	Hospital serviços terapêuticos, cirúrgicos e cuidados intensivos	706 enfermeiros: 305 dos serviços terapêuticos, 270 da cirurgia e 131 dos cuidados intensivos, 37,9% com idades entre os 20 e os 29 anos de idade, 34,9% com 30-39 anos, 27,2% com mais de 40 anos. Em média a duração do trabalho em instituições médicas era de 11,6 anos	<p>47,5% (N=335) dos enfermeiros sofriam de doenças da pele</p> <p>18,1% dos enfermeiros com doença de pele tinham-nas antes de começarem a trabalhar em instituições de saúde, 81,9% não tinha nenhuma doença da pele antes disso.</p> <p>O diagnóstico mais comum era o de dermatite alérgica de contacto (28,5%; N=161) seguido do de dermatite irritativa de contacto (8,4%; N=41)</p> <p>OR (dermatite alérgica de contacto) = 17,3 (IC=[10,4; 26,8])</p> <p>OR (dermatite irritativa de contacto) = 3,9 (IC=[2,0;7,4])</p> <p>Em 56.5% dos enfermeiros os sintomas apareciam 2 horas após o início do trabalho.</p> <p>62,5% dos enfermeiros que trabalhavam com químicos desinfetantes (Cloro, aldeídos, peróxido de hidrogénio e alcoóis) mais de 9 horas por dia tinham doenças de pele, contra 36,5% dos enfermeiros que contactavam menos de 2 horas por dia com desinfetantes.</p> <p>O risco mais elevado de problemas de pele reportava-se a enfermeiros que trabalhavam com aldeídos (OR=11,3; [6,2;20,08]) e peróxido de hidrogénio (OR=18,9; [5,8;61,6]).</p> <p>O trabalho em cuidados intensivos, o uso de aldeídos e de peróxido e hidrogénio, a lavagem frequente das mãos e o uso prolongado de luvas de látex eram os principais factores e risco de dermatite ocupacional.</p>	NA	N	N	NA	N	Medida directa	P	S	N
Vandenplas, Delwiche, Evvard et al (1995)	Bélgica (?)	Hospital	273 profissionais de saúde, 69,2% enfermeiros. Dos 189 enfermeiros, 88,4% sexo feminino, 33 anos (dp=7), a exposição média ao látex era de 10 anos (dp=6), 79% usavam luvas de látex diariamente.	<p>5% tinham reactividade imediata ao látex</p> <p>2,5% dos indivíduos tinham asma induzida pelo látex.</p>	NA	S	N	94	N	Medida directa	P	N	N

Quadro 18 – Evidências sobre obesidade em enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Canadian Institute or Health Information (2006)	Canada	Todos (base populacional)	314 900 Enfermeiros, 94,5% mulheres, 60% a trabalhar em hospitais, com idade média de 44,3 anos e o número de anos na profissão de 18,3 anos, 84% tinham trabalho fixo, 60% trabalhavam em tempo integral, 30% recebia horas extra sendo a média de trabalho extra por semana 5,4 horas. Quase 50% trabalhava horas extra sem receber sendo a média de horas por semana de 4 horas, 19% trabalhava em duplo.	14% das enfermeiras e 18% dos enfermeiros eram obesos, percentagem idêntica à encontrada na população em geral	Grupo comparativo comunitário ou populacional	P	N	NA	N	Auto-reportada	S	S	N
Fanghanel-Salmón, Sánchez-Reyes et al (1997)	México	Hospital	2 228 Profissionais de saúde dos quais 559 enfermeiros (25,1%). Destes 95,9% eram mulheres com idade média de 38,66 (dp=10,02) anos e 4,1% homens com idade média de 38,7 (dp=7,02) anos.	Os enfermeiros não apresentavam maior risco de obesidade quando comparados com os restantes profissionais de saúde.	NA	N	N	86	N	Medida directa e auto-reportada	S	N	N
Gomes (2004)	Portugal (Coimbra)	Centros de saúde	200 enfermeiros, 87,5% do sexo feminino. Média de idades dos enfermeiros de 37,4 anos (dp=8,26). O mais frequente eram os enfermeiros com idades entre os 30 e os 34 anos (28,5%), 51% tinham bacharelato. A antiguidade na função pública era de 16,1 anos (dp=8,43) e a antiguidade na categoria era de 7,4 anos (dp=6,18)	A maioria dos enfermeiros (59,5%) tinha peso normal, 32,5% excesso de peso e 6,0% eram obesos	NA	N	N	55	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Jaarsma, Stewart, Geest et al (2004)	Congresso de enfermagem de cardiologia	Enfermeiros que frequentaram o congresso	112 Enfermeiros sendo que 89% eram do sexo feminino com idades entre os 23 e os 60 anos (idade média de 41 anos; dp=9,4).	27% Tinham IMC>25	NA	N	N	47	N	Auto-reportada	N	N	N

Quadro 19 - Evidências sobre asma de origem ocupacional em enfermeiros resultantes de estudos caso-controlo – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	A definição de caso é adequada?	Como foram seleccionados os controlos?	Taxa de participação	Taxa de resposta	Os não respondentes são descritos?	Avaliação da exposição	Foi utilizado o mesmo método de avaliação da exposição para os casos e para os controlos?	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população/alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Mirabelli, Zock, Plana et al (2007)	EUA	Todos	332 Pessoal de enfermagem e 2 481 controlos	3 Enfermeiras tinham tido um episódio de asma. As enfermeiras apresentavam menor risco de asma quando comparadas com mulheres que nos últimos 3 meses não tinham trabalhado nas limpezas e desinfecções profissionais, enfermagem ou metalurgia (RR=0,60; IC=[0,19;1,85])	Sim, sem validação independente	Controlos comunitários ou populacionais	NA	NA	NA	Registo	S	P	S	N

Quadro 20 - Evidências sobre asma de origem ocupacional em enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertencem à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Gunnarsdottir, Tomasson & Rafnsdottir (2004)	Islândia	Lares de idosos, hospitais geriátricos	1 515 participantes dos quais 242 enfermeiros	Não foram encontradas diferenças no que diz respeito à ocorrência de asma entre os enfermeiros e os outros trabalhadores	NA	P	N	80	N	Auto-reportada	P	N	N
Vandenplas, Delwiche, Evrard et al (1995)	Bélgica (?)	Hospital	273 Profissionais de saúde, 189 enfermeiros (69,2%). Dos 189 enfermeiros, 88,4% era do sexo feminino, com idade média 33 anos (dp=7), a exposição média ao látex era de 10 anos (dp=6), 79% usavam luvas de látex diariamente.	3% dos enfermeiros tinham asma	NA	S	N	94	N	Medida directa	P	N	N

Quadro 21 – Evidências sobre hábitos e problemas de sono em enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Cruz (1996)	Portugal (Coimbra)	Hospital	49 enfermeiras recém-formadas, a trabalhar por turnos, ex-alunas das escolas de enfermagem de Coimbra, com idades entre os 19 e os 34 anos (média = 21,65; dp=2,177). A maioria eram solteiras (apenas 2 eram casadas sendo que 1 tinha 2 filhos dependentes).	Após o início do trabalho por turnos, os hábitos de sono tinham-se alterado: <ul style="list-style-type: none"> • horas de sono nas manhãs diminuiu • horas de sono nas tardes e nas folgas aumentou. 	NA	Percentagem de follow-up <80% e sem descrição dos perdidos do follow up	Auto-reportada	N	P	N	N

Quadro 22 - Evidências sobre hábitos e problemas de sono em enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Arafa, Nazel, Ibrahim et al (2003)	Egipto	Hospital	412 enfermeiros, 27,7 anos (dp=7,5 anos), 52,7% solteiros, 71,1% graduados de escolas técnicas os restantes graduados de enfermagem. Tinham em média 8,68 anos (dp=7,24) médios de experiência, 59,7% trabalhavam em turnos alternados, 17,2% não trabalhavam por turnos	A dificuldade em dormir era reportada por 19,6% dos enfermeiros.	NA	S	N	67	N	Auto-reportada	P	N	N
de Martino (2002)	Brasil (Campinas)	Hospital	59 Enfermeiros, 76% do turno diurno e 24% no nocturno. A idade variava entre os 23 e os 59 anos de idade. A maioria era do sexo feminino	Os enfermeiros que trabalhavam durante o dia demoravam mais tempo para iniciar o sono nocturno. Os enfermeiros que trabalhavam à noite tinham um sono fraccionado. O sono nocturno no grupo de enfermeiros que trabalhava durante a noite era de melhor qualidade.	NA	N	N	24	N	Auto-reportada	N	N	N
Estryn-Behar, Kaminski, Peigne et al (1990)	França (Paris)	Hospital	1 505 Mulheres das quais 43% (n=647) enfermeiras	29% dos enfermeiros referiram problemas de sono O pessoal auxiliar tinha maior probabilidade de problemas de sono quando comparado com os enfermeiros (OR=1,9; IC=[1,1;3,4])	NA	P	90	90	N	Auto-reportada	S	N	N
Gomes (2004)	Portugal (Coimbra)	Centros de saúde	200 Enfermeiros, 87,5% do sexo feminino, 37,4 anos (dp=8,26), 51% tinham bacharelato. A antiguidade na função pública era de 16,1 anos (dp=8,43) e a antiguidade na categoria era de 7,4 anos (dp=6,18)	7,3% dos enfermeiros referiram os problemas de sono como problemas de saúde relacionados (ou agravados) pelo trabalho	NA	N	N	55	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Haughey, Kuhn, Dittmar & Wu (1992)	EUA	Enfermeiros em UCI, UCC, urgência, unidades de traumatologia e de queimados.	499 Enfermeiros, 94% mulheres, idade média 33,5 anos (dp=7,9), 60% casados, 50% com filhos	83,3% dormiam entre 6 a 8 horas por dia	NA	NA	N	70	N	Auto-reportada	P	N	N
Ruggiero (2003)	EUA	Hospital (UCI)	142 enfermeiras de UCIs com contacto directo com os doentes, a maioria de raça branca e casadas, média de idade de 44,9 anos (dp=8,3), 67 a trabalhar no turno diurno e 75 no nocturno.	68% das enfermeiras tinham má qualidade de sono, As enfermeiras que faziam o turno da noite tinham uma qualidade de sono mais pobre quando comparadas com aquelas que apenas faziam o turno da manhã.	NA	S	N	49	N	Auto-reportada	S	S	N

Quadro 23 - Evidências sobre diabetes nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Fanghanel-Salmón, Sánchez-Reyes et al (1997)	México	Hospital	2 228 Profissionais de saúde dos quais 559 enfermeiros (25,1%). Destes 95,9% eram mulheres com idade média de 38,66 (dp=10,02) anos e 4,1% homens com idade média de 38,7 (dp=7,02) anos.	Os enfermeiros não apresentavam maior risco de diabetes mellitus quando comparados com os restantes profissionais de saúde.	NA	N	N	86	N	Medida directa e auto-reportada	S	N	N

Quadro 24 - Evidências sobre problemas cardiovasculares nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	E provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Gunnarsdottir, Tomasson & Rafnsdottir (2004)	Islândia	Lares de idosos, hospitais geriátricos	1 515 participantes dos quais 242 enfermeiros	Não foram encontradas diferenças no que diz respeito à ocorrência de arritmias entre os enfermeiros e os outros trabalhadores.	NA	P	N	80	N	Auto-reportada	P	N	N
Jaarsma, Stewart, Geest et al (2004)	Congresso de enfermagem de cardiologia	Enfermeiros que frequentaram o congresso	112 enfermeiros sendo que 89% eram do sexo feminino com idades entre os 23 e os 60 anos (idade média de 41 anos (dp=9,4)).	2% com doença cardíaca	NA	N	N	47	N	Auto-reportada	N	N	N

Quadro 25 - Evidências sobre outros problemas de saúde física nos enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Cruz (1996)	Portugal (Coimbra)	Hospital	49 enfermeiras, recém-formadas, a trabalhar por turnos, ex-alunas das escolas de enfermagem de Coimbra com idades entre os 19 e os 34 anos (21,65; dp=2,177). A maioria eram solteiras (apenas 2 eram casadas sendo que 1 tinha 2 filhos dependentes).	Após o início do trabalho por turnos, verificou-se uma diminuição dos problemas digestivos	NA	Percentagem de follow-up <80% e sem descrição dos perdidos do follow up	Auto-reportada	N	P	N	N

Quadro 26 - Evidências sobre outros problemas de saúde física nos enfermeiros resultantes de estudos de caso-controlo – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	A definição de caso é adequada?	Como foram seleccionados os controlos?	Taxa de participação	Taxa de resposta	Os não respondentes são descritos?	Avaliação da exposição	Foi utilizado o mesmo método de avaliação da exposição para os casos e para os controlos?	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo e ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Selevan, Lindbohm, Hornung et al (1985)	Finlândia	Hospital	650 Enfermeiros (167 casos e 483 controlos)	Encontrada uma associação entre a exposição a fármacos antineoplásicos e perdas fetais no primeiro trimestre de gravidez (OR=2,3; IC=[1,20;4,39]).	Sim, sem validação independente	Controlos de vizinhança	N	Diferente para casos e controlos	S	Registo e auto-reportada	S	P	N	N

Quadro 27 - Evidências sobre outros problemas de saúde física nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Arafa, Nazel, Ibrahim et al (2003)	Egipto	Hospital	412 enfermeiros, 27,7 anos (dp=7,5 anos), 52,7% solteiros, 71,1% graduados de escolas técnicas os restantes graduados de enfermagem. Tinham em média 8,68 anos (dp=7,24) de experiência, 59,7% trabalhavam em turnos alternados, 17,2% não trabalhavam por turnos	35% dos enfermeiros reportavam cólon irritável (35%), 24% cefaleias e a falta de apetite (16%).	NA	S	N	67	N	Auto-reportada	P	N	N
Araki, Beppu, Kajiwara, Mikami et al (2005)	Japão	Hospital	3 734 enfermeiros, idade média 35,2 anos dp=10,8)	Prevalência de incontinência urinária (IU) era de 16,7% (IC=[15,5; 17,9]). 83% referiam perdas pequenas de urina e, em 83,2% dos casos as perdas ocorriam uma vez ou menos por semana. A prevalência de IU aumentava com a idade sendo maior no grupo etário dos 45 aos 49 anos (34,7%). O tipo mais frequente de IU era a de stress (72,7%) seguida da de urgência (<i>urge</i>) (12,1%) ou mista (9,9%). As enfermeiras com IU tinham scores mais baixos em todas as escalas de saúde física do SF-36. Nas escalas de saúde mental apenas a da vitalidade e saúde mental não tinham scores mais baixos	NA	N	N	52	N	Auto-reportada	P	N	N
Batt, Le Duff & Trouve (1999)	França	Instituição de formação de enfermeiros	233 enfermeiros dos quais 222 mulheres, idade média 46 anos. O mais frequente era os enfermeiros terem entre 20 e 24 anos de antiguidade na profissão.	22% sentiam-se, frequentemente, fatigados fisicamente. 44% tinham, por vezes, 64% fadiga física, 49% problemas de memória e 52% irritabilidade	NA	N	N	81	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	E provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Bendtsen, Andersen & Andersen (1991)	Dinamarca	Hospital (serviço de urologia e gastro-enterologia)	72 mulheres das quais 35 enfermeiras e 37 assistentes de enfermagem, com 6 anos de antiguidade. 7 das mulheres tomavam medicação diária (na maioria contraceção). Paridade variava entre 0 e 4: 57% não tinham estado grávidas, 21% tinham parido 2 vezes, 5% tinham sido submetidas a uma cirurgia ginecológica	8,3% (N=6/72) tinham um débito urinário por micção superior a 400 ml, ou seja sofriam de síndrome de micção infrequente. 1% das enfermeiras tinha entre 1 a 3 micções por dia, 33% entre 4 e 5 e 65% entre 6 e 8. 89% das enfermeiras urinava menos de duas vezes durante o trabalho durante o dia, 83% durante a tarde e 72% durante a noite. Entre 57% e 80% das enfermeiras suprimiam a vontade de micção durante o período de trabalho. Entre 8 e 26% tinham sintomas intermitentes de infecção urinária.	NA	N	N	69	S	Registo e auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	E provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
de Gucht, Fischler, Heiser (2003)	Bélgica?	Hospital Universitário	202 enfermeiros, 34 anos (sd=7,14), 79% eram mulheres	<p>38 enfermeiros (19%) tinham dispepsia, 62 (31%) síndrome do intestino irritável e 15 (7%) fadiga crónica idiopática.</p> <p>58 (29%) dos enfermeiros sofriam de síndrome funcional somático, 23 (11%) de dois e 2 (1%) de três . Um total de 83 enfermeiros (41%) indicaram sofrer de síndrome somático funcional.</p> <p>Os enfermeiros que relatavam um nível mais elevado de ansiedade tinham maior risco de sofrerem de dispepsia (OR=1,20; [1,03;1,39]). Os enfermeiros com maior nível de neurocepticismo (OR=1,09; IC=[1,01;1,17]) , maiores níveis de dificuldade em identificar os sentimentos (OR=1,15; IC=[1,03;1,27]) e de controlo sobre as tarefas (OR=1,32; IC=[1,01;1,72] tinham maior risco de diagnóstico de síndrome do intestino irritável.</p> <p>Os enfermeiros com maior nível de depressão (OR=1,17; IC=[1,03;1,33]) e mais níveis de stress decorrentes da pressão do trabalho e do tempo (OR=0,62; IC=[0,39;0,99]) tinham maior risco de sofrer de fadiga crónica.</p> <p>Os enfermeiros com elevado grau de neurocepticismo e de ansiedade estavam em maior risco de relatar pelo menos dois sintomas não medicamente explicáveis no último mês.</p> <p>O neurocepticismo e a dificuldade em identificar os sentimentos prediziam a presença de pelo menos 4 sintomas não explicáveis medicamente no último mês.</p>	NA	P	N	41	N	Auto-reportada	S	S	N
Gomes (2004)	Portugal (Coimbra)	Centros de saúde	200 Enfermeiros, 87,5% do sexo feminino, 37,4 anos (dp=8,26), 51% tinham bacharelato. A antiguidade na função pública era de 16,1 anos (dp=8,43) e a antiguidade na categoria era de 7,4 anos (dp=6,18)	Relativamente aos problemas de saúde referidos relacionados (ou agravados) pelo trabalho o mais referido (16,3%) foi o cansaço físico/ fadiga geral, as dores de cabeça, enxaquecas e tonturas (12,9%).	NA	N	N	55	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	E provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Gunnars dottir, Tomasson & Rafnsdottir (2004)	Islândia	Lares de idosos, hospitais geriátricos	1 515 participantes dos quais 242 enfermeiros	Não foram encontradas diferenças no que diz respeito à ocorrência de cefaleias e irritação ocular entre os enfermeiros e os outros trabalhadores.	NA	P	N	80	N	Auto-reportada	P	N	N
Jaarsma, Stewart, Geest et al (2004)	Congresso de enfermagem de cardiologia	Enfermeiros que frequentaram o congresso	112 enfermeiros, 89% eram do sexo feminino, idade média 41 anos (dp=9,4).	2% com doença cardíaca, 5% com HTA, 2% com doença pulmonar, 4% com disfunção da tiróide, 1% com disfunção renal. 30% não tinha qualquer um dos seguintes factores de risco (ser fumador, não pratica exercício físico, diabetes, HTA, história familiar de doença cardíaca e IMC>25), 35% tinha um e 35% dois factores de risco. 11% eram fumadores, 27% tinham IMC>25 e 27% não praticava exercício físico regular	NA	N	N	47	N	Auto-reportada	N	N	N

Quadro 28 – Evidências sobre burnout nos enfermeiros resultantes de estudos quasi-experimentais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Intervenção	Resultados	Concealing	Aleatorização	Tipo de blinding realizado	Perdidos do Follow-up (%)	Interesse para população alvo	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Ewers, Bradshaw & McGovern (2002)	Reino Unido (?)	Enfermeiros de saúde mental a trabalhar em enfermagem forense	33 enfermeiros de saúde mental qualificados, a trabalhar com doentes mentais graves institucionalizados, com 35 horas por semana de contacto com os doentes, que não tinham sido sujeitos a treino de intervenção psicossocial. Destes 33 apenas 20 aceitaram fazer o treino. Estes 20 enfermeiros tinham, em média 42,55 (dp=6,67) anos de idade, 14 eram do sexo feminino, 28 trabalhavam no turno da manhã e estavam, em média, há 11,85 anos (dp=6,24) na clínica	20 dias de formação sobre intervenção psicossocial	<p>A exaustão emocional (EE) no grupo de controlo era de 18,82 e no de intervenção de 13,53.</p> <p>Após a intervenção a EE do grupo de intervenção diminuiu para 10,51 e o grupo de controlo aumentou 18,91 (p=0.04)</p> <p>A despersonalização (DP) no grupo de controlo e de intervenção antes da intervenção era de 5,74 e 6,02, respectivamente.</p> <p>Após a intervenção, o grupo de intervenção apresentava menores níveis de despersonalização (2,04) e o de controlo maiores (5,96) (p=0,01)</p> <p>A realização pessoal (RP) era de 33,81 e de 35,37 nos grupos de intervenção e de controlo respectivamente. Depois da intervenção aumentou no grupo de intervenção (39,96) e diminuiu no de controlo (32,21) (p=0,01).</p> <p>O treino em intervenção psicossocial de enfermeiros de saúde mental a trabalhar em enfermagem forense diminuiu os níveis de EE e DP e aumentou os de RP</p>	N	S	Sem qualquer tipo de blinding	Follow-up completo	P	N	S

Quadro 29 - Evidências sobre burnout nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Carson, Mall, Roche et al (1999)	Reino Unido	Enfermarias de psiquiatria	648 Enfermeiros. 20,2% não qualificados, 55,5 <i>staff nurses</i> , 23,2% <i>charge nurses</i> ou superior. 260 (40,1%) do sexo masculino, 385 (59,4%) do sexo feminino (3 não referiram o sexo). A idade média dos enfermeiros era de 35,7 anos (sd=9,74), tinham passado 11,36 anos (sd=7,74) em enfermagem psiquiátrica e 4,8 (sd=5,45) anos no presente emprego.	5,7% (N=37) tinha níveis elevados de burnout, 10,2% (N=66) tinha níveis baixos de burnout. Os enfermeiros com níveis mais baixos de burnout tinham melhores níveis de saúde mental.	NA	N	N	46	N	Auto-reportada	S	S	N
Coffey (1999)	Inglaterra e País de Gales	Enfermagem comunitária forense	80 Enfermeiros, idade média 37,8 anos, 53,8% homens, 75% casados ou a viver com um parceiro, 48% com crianças a viver com os próprios, 15 anos de experiência média em enfermagem psiquiátrica e 25% com 5 anos no actual local de trabalho. O número médio de dias ausentes por doença era de 6,3 dias	Pontuação média de 19,34 (dp=10,13) na subescala de EE (nível moderado); pontuação média de 5,65 (dp=4,31) na subescala de DP (moderado); pontuação média de 33,0 (dp=6,22) (moderado) na subescala de RP.	NA	N	N	77	N	Auto-reportada	P	N	N
Edwards, Burnard, Fothergill et al (2001)	País de Gales	Enfermeiros de saúde mental comunitária	301 Enfermeiros de saúde mental comunitária, idade média de 40 anos, 62% mulheres, 78% casados ou a viver com um parceiro, trabalhavam como enfermeiros de saúde mental comunitária há 16 anos, ocupavam o lugar actual há 6,5 anos, 24% tinham funções de gestão, 51% trabalhavam em ambiente urbano.	A pontuação média de exaustão emocional era de 21,2 (dp=10,3) (média), despersonalização de 5,2 (dp=4,5) (médio) e realização pessoal de 34,8 (dp=6,5) (baixo).	NA	P	N	49	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Jenkins, Elliot (2004)	Inglaterra (Londres)	Hospital (enfermarias de saúde mental)	57 Enfermeiras e 36 assistentes de enfermagem. A experiência média na profissão de enfermagem era de 9,3 anos (sd=6,9).	52,6% dos enfermeiros tinham níveis elevados de exaustão emocional, 35,1% de despersonalização e 66,7% baixa realização pessoal. Não existiam diferenças entre os níveis de burnout nos enfermeiros e nos auxiliares de enfermagem.	NA	N	N	39	N	Auto-reportada	P	N	N
Mendes (1995)	Portugal (Coimbra)	Serviços hospitalares de psiquiatria	147 Enfermeiros, 56% homens, 40 anos (dp=10), 84% casados, 52% com especialidade, 37% enfermeiros especialistas e 29% enfermeiros, tempo médio no serviço de 18 anos (dp=11), tempo médio em psiquiatria de 14 anos (dp=11).	Os enfermeiros apresentavam níveis médios de burnout (4,7; dp=147, mediana=5), níveis baixos de exaustão emocional (15,170; dp=9,193) e de despersonalização (4,633; dp=4,196) e médios/elevados de realização pessoal (36,259; dp=8,042). Existia uma correlação positiva entre a exaustão emocional (0,350) e depressão e despersonalização depressão (0,208) e negativa fraca (-0,176) entre a realização pessoal e a depressão.	NA	N	N	46	N	Auto-reportada	P	N	N
Pinikahana & Happell (2004)	Austrália (Victoria)	Enfermeiros de saúde mental em serviços rurais de saúde mental	136 Enfermeiros	A pontuação média de exaustão emocional era de 15,9 (dp=13,9) (moderado), a de despersonalização era de 5,7 (dp=7,01) (moderado) e a de realização pessoal de 37,2 (dp=11,8) (baixo). Estas pontuações indicavam que os enfermeiros tinham níveis elevados de burnout.	NA	N	N	61	N	Auto-reportada	N	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Schmitz, Neumann, Oppermann (2000)	Alemanha	Hospital	361 Enfermeiros, 82% do sexo feminino, 62% casadas. Idade média 35 anos (amplitude 21-52). 0% tinham mais 10 anos de prática profissional.	A pontuação média de despersonalização era de 10,6 (sd=5.5) (elevado), 31,0 (sd=6,9) na realização pessoal (elevado) e 19,6 (sd=11,0) na exaustão emocional (moderado).	NA	N	N	65	N	Auto-reportada	S	N	N
Vahey, Aiken, Sloane et al (2004)	EUA	Hospitais	820 Enfermeiros, 92,6% do sexo feminino, 48,8% de raça branca, 64,1% com intenção de sair e 35,9% com intenção de sair nos próximos 12 meses, a idade média era de 34,6 anos (dp=9,5), há 9,6 anos (dp=8,7) na enfermagem e 3,6 anos (dp= 4,0) na presente unidade.	A pontuação média de EE era de 34,6 (dp=9,5), o de DP 9,6 (dp=8,7) e o de RP de 36,6 (dp=7,1), valores dentro da média dos valores para os profissionais de saúde.	NA	P	N	86	N	Auto-reportada	N	N	N
Watson & Feld (1996)	Nova Zelândia	Enfermaria de pediatria de um Hospital Geral	14 Enfermeiros, em média com 36,8 anos de idade, 86% RN, com 4,9 anos (dp=3,2) de experiência de trabalho em enfermarias pediátricas	A pontuação média de exaustão emocional era de 22,71 (dp=10,31), de despersonalização de 4,86 (dp=4,41) e de satisfação pessoal de 34,93 (dp=4,53) o que indicava um nível elevado de EE, baixo de DP e normal de RP.	NA	N	N	54	N	Auto-reportada	N	N	N

Quadro 30 - Evidências sobre saúde/doença mental nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controle de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Arafa, Nazel, Ibrahim et al (2003)	Egito	Hospital	412 Enfermeiros, idade média 27,7 anos (dp=7,5 anos), 52,7% solteiros, 71,1% graduados de escolas técnicas, os restantes graduados de enfermagem. Tinham em média 8,68 anos (dp=7,24) de experiência, 59,7% trabalhavam em turnos alternados, 17,2% não trabalhavam por turnos	<p>Pontuação média dos enfermeiros (GHQ) era de 59,81 (dp=11,16) ou seja, tinham sintomas de morbidade psicológica ligeira. 21,67% Estavam psicologicamente doentes.</p> <p>Os enfermeiros psicologicamente doentes eram mais novos.</p> <p>Não foram encontradas diferenças de acordo com o estado civil ou o tipo de formação.</p> <p>28,82% e 22,73% dos enfermeiros que trabalhavam em hospitais universitários e hospitais de seguros de saúde, respectivamente, tinham sintomas psicológicos.</p> <p>Enfermeiros que trabalhavam em turnos alternados tinham maior proporção de sintomas psicológicos quando comparados com os que não trabalhavam por turnos ou apenas em turnos diurnos.</p> <p>Os anos de experiência como enfermeiro estavam relacionados com estados pobres de saúde psicológica.</p> <p>75,28% dos enfermeiros com problemas psicológicos reportavam dois ou mais sintomas.</p> <p>Pontuações moderadas a severas de GHQ eram encontradas com mais frequência nos enfermeiros que relatavam sintomas físicos.</p>	NA	S	N	67	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Araújo, Aquino, Menezes et al (2003)	Brasil	Hospital	502 Profissionais da área de enfermagem dos quais 35 enfermeiros seniores e parteiras e 62 enfermeiros. A maioria encontrava-se na faixa etária dos 30 aos 49 anos e eram auxiliares de enfermagem (81,1%). Mais de 64% tinham mais de 10 anos de prática profissional. 53,9% tinham duplo emprego. Em média trabalhavam 45,7 horas (dp=19,5) por semana	A prevalência de distúrbios psiquiátricos menores nos profissionais da área de enfermagem era de 33,3% sendo de 20,0% nos enfermeiros.	NA	P	N	96	N	Auto-reportada	P	N	N
Coffey (1999)	Inglaterra e País de Gales	Enfermagem comunitária forense	80 enfermeiros, idade média 37,8 anos, 53,8% homens, 75% casados ou a viver com um parceiro, 48% com crianças a viver com os próprios, 15 anos de experiência média em enfermagem psiquiátrica e 25% com 5 anos no actual local de trabalho. O número médio de dias ausentes por doença era de 6,3 dias	Pontuação média no GHQ-28 era de 3,80 (dp=5,65) (pontuação média > 4 casuística mental). 31,2% experimentavam níveis elevados de distress psicológico.	NA	N	N	77	N	Auto-reportada	P	N	N
Estry-Behar, Kaminski, Peigne et al (1990)	França (Paris)	Hospital	1 505 Mulheres das quais 43% (n=647) enfermeiras	22% das enfermeiras tinham morbilidade psiquiátrica na altura do exame e 25% tinham alterações de saúde mental (GHQ > 12).	NA	P	90	90	N	Auto-reportada	S	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Leino-Loisson, Gien, Katajisto & Valimaki (2004)	Finlândia	Enfermeiros inscritos no centro de emprego	183 enfermeiros, idade média 32,5 anos (dp=9,7), 97% eram mulheres e 71% casados, com uma família com cerca de 2,6 pessoas, rendimento médio por família de 1 296 USD por mês. Experiência profissional de 68 meses (dp=91). Período de desemprego 14 meses	Pontuação média no GHQ era de 3,46 (dp=3,88) (sem patologia mental). 56% Consideravam o seu estado de saúde mental normal (GHQ entre 0 e 2) e 44% estavam em distress (GHQ ≥ a 3)	NA	N	N	44	N	Auto-reportada	N	N	N

Quadro 31 – Evidências sobre ansiedade nos enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Referência	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Cruz (1996)	Portugal (Coimbra)	Hospital	49 Enfermeiras, recém-formadas, a trabalhar por turnos, ex-alunas das escolas de enfermagem de Coimbra com idades entre os 19 e os 34 anos (21,65; dp=2,177). A maioria solteiras (apenas 2 eram casadas sendo que 1 tinha 2 filhos dependentes).	Após o início do trabalho por turnos, a ansiedade cognitiva e somática aumentou entre a 1ª e a 8ª semana.	NA	Percentagem de follow-up <80% e sem descrição dos perdidos do follow-up	Auto-reportada	N	P	N	N

Quadro 32 – Evidências sobre ansiedade nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Batt, Le Duff & Trouve (1999)	França	Instituição de formação de enfermeiros	233 Enfermeiros, 222 mulheres, idade média 46 anos. O mais frequente era os enfermeiros terem entre 20 e 24 anos de antiguidade na profissão.	53% dos enfermeiros tinham, por vezes, ansiedade.	NA	N	N	81	N	Auto-reportada	P	N	N
Chan & Huak (2004)	Singapura (?)	Hospital	60 Médicos e 431 enfermeiras	20,7% dos enfermeiros e 25% dos médicos sofriam de ansiedade (p=0,445)	NA	N	N	54	N	Auto-reportada	P	N	N
de Gucht, Fischler, Heiser (2003)	Bélgica (?)	Hospital Universitário	202 Enfermeiros, idade média 34 anos (sd=7,14), 79% mulheres.	Os enfermeiros com nível mais elevado de ansiedade tinham maior risco de sofrerem de dispepsia (OR=1,20; [1,03;1,39]). Os enfermeiros com elevado grau de ansiedade estavam em maior risco de relatar pelo menos dois sintomas não medicamente explicáveis no último mês.	NA	P	N	41	N	Auto-reportada	S	S	N
Gomes (2004)	Portugal (Coimbra)	Centros de saúde	200 Enfermeiros, 87,5% do sexo feminino, 37,4 anos (dp=8,26), 51% tinham bacharelato. A antiguidade na função pública era de 16,1 anos (dp=8,43) e a antiguidade na categoria era de 7,4 anos (dp=6,18)	6,9% dos enfermeiros referiram a ansiedade/ depressão como um dos problemas de saúde referidos relacionados (ou agravados) pelo trabalho	NA	N	N	55	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Letvak (2005)	EUA	Enfermeiras com mais de 50 anos	308 Enfermeiros, 96% mulheres, 88% caucasianos, idade média 57,2 anos., 74% casados, 64,5% trabalhavam a tempo inteiro, 47% trabalhavam num hospital e 67% trabalhavam de dia. O número médio de horas diárias de trabalho era de 9,3 horas e de trabalho semanal de 36,4 horas.	45,0% dos enfermeiros referiam a ansiedade como um dos problemas de saúde mais prevalentes	NA	P	N	53	N	Auto-reportada	S	S	N
Ruggiero (2003)	EUA	Hospital (UCI)	142 Enfermeiras de UCIs com contacto directo com os doentes, a maioria de raça branca e casadas, média de idade de 44,9 anos (dp=8,3), 67 a trabalharem no turno diurno e 75 no nocturno.	32% Preenchiam os critérios de ansiedade ligeira ou moderada A fadiga crónica estava directamente correlacionada com a ansiedade A ansiedade não contribuía de forma significativa para explicara variância na fadiga crónica.	NA	S	N	49	N	Auto-reportada	S	S	N

Quadro 33 - Evidências sobre suicídio nos enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Gunnarsdottir & Rafnsson (1995)	Islândia	Coorte de enfermeiras	2159 Enfermeiras que se registaram, como tal, entre 1920 e 1979	Havia um "excesso" de morte por suicídio, em especial suicídio com substâncias médicas.	NA	NA	Registo	Sim, sem validação independente	S	S	N
Hemmenway, Solnick, Colditz (1993)	EUA	Todos	121 700 Enfermeiras com idades entre os 30 e os 55 anos de idade	136 enfermeiras suicidaram-se entre 1976 e 1988 (12 anos). Taxa de incidência de suicídio = 1,2 suicídios por 100 000 pessoas-ano. As enfermeiras com idade entre os 50 e os 54 anos e os 55 e os 59 tinham cerca de duas vezes maior probabilidade de se suicidarem (RR= 2,10; IC=[1,18;3,74] e RR=2,18; IC=[1,18;3,99]) As enfermeiras que fumavam 1 a 24 cigarros por dia tinham 2 vezes maior probabilidade de suicídio do que as que nunca tinham fumado (RR=1,93; IC= [1,21;3,08]). As enfermeiras que fumavam mais de 25 cigarros por dia tinham 4 vezes maior probabilidade de suicídio nos dois anos seguintes (RR=4.21; IC= [2,71; 6,56])	NA	Perda de sujeitos do follow-up mas com pouca capacidade para introduzir vieses (>80% follow-up ou descrição dos perdidos do follow-up)	Registo e auto-reportada	Sim, com validação independente	S	S	N
King, Threlfall, Band et al (1994)	Canada (British Columbia)	Registo de óbitos	1101 Enfermeiras, mulheres, com 20 ou mais anos, que morreram entre 1950 e 1980 em British Columbia	O suicídio também era nas enfermeiras quando comparadas com as outras mulheres incluindo as donas de casa. Ao comparar as enfermeiras com as mulheres eliminando as donas de casa verificou-se que o PMR mantinha-se elevado para o suicídio.	Retirada da mesma "base" da cohort de expostos (controles internos)	NA	Registo	Sim, sem validação independente	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Peipins, Burnett, Alterman et al (1997)	EUA	Registo de certificados de óbito de 27 Estados de 1984 a 1990	50 000 enfermeiras e auxiliares de enfermagem que residiam e morreram num dos 17 Estados do estudo entre 1984 e 1990.	As enfermeiras em idade activa tinham um excesso de mortalidade por suicídio (PMR=116; IC=[105;128]) quando comparadas com as trabalhadoras de colarinho branco.	NA	NA	Registo	Sim, sem validação independente	S	S	N

Quadro 34 - Evidências sobre suicídio nos enfermeiros resultantes de estudos de caso-controlo – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	A definição de caso é adequada?	Como foram selecionados os controlos?	Taxa de participação	Taxa de resposta	Os não respondentes são descritos?	Avaliação da exposição	Foi utilizado o mesmo método de avaliação da exposição para os casos e para os controlos?	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Hawton, Simkin, Rue et al (2002)	Inglaterra e País de Gales	Registo de óbitos	106 Casos de suicídio em enfermeiros: 65,1% com diagnóstico de suicídio e 34,9% sem diagnóstico definitivo. 48,1% com idade entre os 35 e os 49 anos de idade 36,8% solteiras, 33,0% divorciadas ou separadas, 28,3% casadas e 2% viúvas 15,1% especializadas em geriatria. 32,1% Enfermeiros e 16,0% auxiliares de enfermagem	Método de suicídio: 69,7% auto-envenenamento, 30,2% auto-agressão, 1,9% por ambos os métodos. O envenenamento era mais comum nas enfermeiras do que na restante população. Os anti-depressivos e os analgésicos eram as drogas mais comuns no auto-envenenamento As enfermeiras que se suicidaram tinham maior probabilidade de não terem sido casadas (OR=3,32; IC=[1,51;7,3]), de não viverem na sua própria casa (OR=1,09; IC=[1,09;4,53]), de viverem sozinhas (OR=5,59; IC=[1,82;17,2]). As enfermeiras que se suicidaram tinham maior probabilidade de terem um problema psiquiátrico (OR=68,5; IC=[9,40;500]), de personalidade (OR=32; IC=4,24;241]), história de auto-agressão (OR=58,5; IC=[7,98;429]) ou problema psiquiátrico no passado (OR=4,82; IC=[1,92; 12,1]) As enfermeiras que se suicidaram tinham maior probabilidade de ser fumadoras (OR=4,37; IC=[1,81;10,54]), de terem tido problemas financeiros (OR=4,26; IC=[1,48;12,25]) e mentais (OR=61,12; IC=[8,36;446,99]) no passado.	Sim, sem validação independente	Controlos emparelhados	NA	NA	NA	Registo e auto-reportada	S	S	S	S

Quadro 35 - Evidências sobre suicídio nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controle de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Goodman, Jenkins & Mercy (1994)	EUA	<i>National Traumatic Occupational Fatalities surveillance system</i>	522 Mortes em profissionais de saúde das quais 117 em enfermeiros	Das 117 mortes em enfermeiros, 9 (7,7%) foram suicídios	NA	NA	N	NA	NA	Registo	S	S	N
Katz (1983)	EUA	Registo de mortes	66 230 registos de óbito sendo que 2 157 eram de enfermeiros	Quando comparadas com outras trabalhadoras do sexo feminino, as enfermeiras apresentavam um excesso de risco de morte por suicídio (PMR=151)	NA	P	NA	NA	NA	Registo	S	S	N

Quadro 36 - Evidências sobre stress nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Bragança (2002)	Portugal	Enfermeiros a trabalhar em empresas dispersas por todo o país e cujos dados se encontram num ficheiro que pertence à OE	143 Enfermeiros, 53 do sexo masculino, idade média 42 anos e, 46,2% enfermeiros há mais de 20 anos de profissão, 35% a trabalhar em saúde no trabalho há mais de 10 anos e, 27,3% há mais de 5 anos, 58,0%, trabalhava a tempo inteiro.	60,8% dos enfermeiros tinha médio stress 86,7% tinham médio stress ou muito stress.	NA	P	N	46	N	Auto-reportada	S	N	N
Bryant, Fairbrother & Fenton (2000)	Austrália	Australian Urologic Nurses Society e Nurse continence advisers society	350 Enfermeiros, 39% com idade entre os 40 e os 49 anos, 95% do sexo feminino, 59% casados, 43% sem filhos, 52% especializados, 45% trabalhavam no sector público, 53% trabalhavam por turnos e 69% a tempo inteiro.	Pontuação média de stress 5,8 (dp=2,3) (escala de 0 a 10), mediana 6,0. 16% da variação dos níveis de stress era explicada pelos níveis de exercício (mais exercício menos stress), idade (mais idade mais stress), e história de lesões no trabalho (mais lesões mais stress).	NA	S	N	49	N	Auto-reportada	P	N	N
Cato, Olson & Studet (1989)	EUA(?)	Hospital (unidade de ortopedia/ reabilitação)	53 Enfermeiros dos quais 50 mulheres, 35 anos, 7,7 anos de experiência de equivalentes a tempo inteiro, trabalhavam há 3,4 anos em ortopedia/ reabilitação	66% Tinham sentido stress no seu local de trabalho nos últimos 6 meses	NA	N	N	79	N	Auto-reportada	N	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Chalder & Nolan (2000)	Reino Unido	Hospital (enfermeiros de saúde mental)	38 Enfermeiros, 20 casados, 16 tinham um ou mais filhos e 12 tinham mais de 11 anos de serviço.	Quer os enfermeiros a trabalhar na unidade de agudos (20,47) quer aqueles da unidade de evolução prolongada (18,87) tinham pontuações elevadas de stress, não existindo diferenças entre os dois.	NA	N	N	63	N	Auto-reportada	N	N	N
de Gucht, Fischler & Demanet (1999)	Bélgica (?)	Hospital universitário	405 Enfermeiros	35 enfermeiros tinham stress elevado e psicopatologia elevada 44 tinham baixos níveis de stress e baixa psicopatologia 8 stress elevado e baixa psicopatologia O relato subjectivo de stress profissional elevado estava associado com sinais de activação imunitária sistémica e possivelmente com supressão imunitária	NA	N	N	79	N	Medida directa e auto-reportada	N	N	N
Dugan, Lawer, Bouquot et al (1996)	EUA (?)	Hospital	293 Enfermeiras	Cerca de 1/5 dos enfermeiros apresentava níveis de stress perigosos (>120/268) A pontuação média de stress variou entre 81 e 82 (stress baixo a moderado). Os incidentes com doentes, incidentes pessoais, lesões e turnover não estavam relacionados com o stress.	NA	P	N	49	N	Auto-reportada	N	N	N
Edwards, Burnard, Fothergill et al (2001)	País de Gales	Enfermeiros de saúde mental comunitária	301 Enfermeiros de saúde mental comunitária, 40 anos, 62% mulheres, 78% casados ou a viver com um parceiro, trabalhavam como enfermeiros de saúde mental comunitária há 16 anos, ocupavam o lugar actual há 6,5 anos, 24% tinham funções de gestão, 51% trabalhavam em ambiente urbano.	A pontuação média na <i>CPN Stress score</i> era de 65,1 (dp=28,8) (máximo pontuação possível 192)	NA	P	N	49	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Fernandes (1996)	Portugal	Unidade de cuidados intensivos, medicina e cirurgia geral	129 Enfermeiros de cuidados intensivos, 71,3% do sexo feminino, 74,5% com idade inferior a 35 anos, 54,3% casados, 55% sem filhos, 48,28% dos que tinham filhos, tinham-nos em idade pré-escolar 123 enfermeiros de medicina e cirurgia geral: 69,1% mulheres, 67,5% com menos de 35 anos, 56,1% casados e 39% solteiros, 51,3% com filhos.	Não existiam diferenças entre os níveis de stress dos enfermeiros dos cuidados intensivos e os das unidades de medicina e cirurgia geral. Os enfermeiros apresentavam níveis baixos de stress (2,45; dp=0,64 na UCI e 2,49; dp=0,63 na medicina e cirurgia). Os indivíduos que faltavam ao serviço tinham maiores níveis de stress.	Outros	N	N	77	N	Auto-reportada	S	N	N
Ferreira (1996)	Portugal	Serviços de internamento de oncologia	131 Enfermeiros, 46,6% com 20 a 29 anos de idade, 55,0% casados, os do sexo masculino com tempo médio de exercício na profissão de 9,09 anos (dp=8,00) e as mulheres de 8,62 anos (dp=7,32). Os homens exerciam funções no serviço há 5,12 anos (dp=5,14) e as mulheres há 4,65 anos (dp=4,56), 55 (42,0%) enfermeiros prestavam cuidados exclusivamente a doentes do foro oncológico e 76 (58,0%) prestavam cuidados noutras áreas.	Os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos tinham níveis de stress baixos (38,70; dp=5,18) e os do bloco operatório elevados (40,46; dp=7,41) (p=0,187). Os enfermeiros que trabalhavam exclusivamente com doentes do foro oncológico apresentavam um nível moderado de stress (40,75; dp=5,55) e os que não trabalhavam com estes doentes baixo (39,62; dp=6,36) (p=0,293).	NA	P	60	53	N	Auto-reportada	P	N	N
Ferreira (1999)	Portugal	Serviços de prevenção e tratamento da toxicodpendência (SPTT)	142 Enfermeiros, 72,5% mulheres, com idade média de 33,64 anos (dp=8,09), 53,5% casados, exerciam a sua actividade profissional há 8,95 anos, trabalhavam no SPTT há 2,91 anos.	51,4% Consideravam o trabalho bastante stressante, 26,8% pouco stressante, 17,6% muito stressante e 1,4% nada stressante. Os enfermeiros apresentavam níveis reduzidos de stress psicológico (índice sintomático geral=0,71; índice de stress sintomas positivos=1,39; dp=0,30)	NA	P	91	91	N	Auto-reportada	S	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Flanagan & Flanagan (2002)	EUA	Enfermeiros a trabalharem em instituições correcionais	287 Enfermeiros, 74% eram brancos, 83% mulheres, 46 anos de idade (dp=9,01), 65% casados, trabalhavam há 16,7 anos (dp=9,78) em enfermagem, em instituições correcionais há 5 anos (dp=4,17) e no local actual há 3,6 anos (dp=3,27).	A pontuação média no <i>Nurse Stress Index Scale</i> era 80,0 (dp=19,7) (0-150). O stress estava correlacionado com a satisfação no trabalho (R Pearson=0,561). O stress, os anos de trabalho em instituições correcionais e a idade explicavam 33% da variância da satisfação no trabalho.	NA	S	N	58	N	Auto-reportada	P	N	N
Guppy, Gutteridge (1991)	Reino Unido	Hospital	350 Pessoal de enfermagem do qual 17% eram auxiliares de enfermagem. Média de experiência na enfermagem de 11 anos	Não foram encontradas diferenças significativas entre os níveis de stress dos enfermeiros consoante o tipo de enfermaria em que trabalhavam. Os auxiliares de enfermagem tinham níveis mais baixos de stress do que os enfermeiros. Não foi encontrada associação entre a experiência como enfermeiro e os níveis de stress.	NA	P	N	70	N	Auto-reportada	P	S	S

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Hillhouse, Adler (1997)	EUA	Hospital universitário	260 Enfermeiros com idade média de 34 anos (sd=7,8), 96,5% mulheres, ocupavam o presente lugar há 4,7 anos (sd=4.1) embora trabalhassem como enfermeiros há 11,2 anos (sd=7,7).	<p>Encontrados 3 grupos de enfermeiros.</p> <p>O grupo 1 (n=82, 31,5%) caracterizava-se por baixos níveis de depressão, fúria, tensão, pânico, burnout e sintomas físicos. Este grupo caracterizava-se por elevados níveis de contacto com os doentes (número de doentes por turno=8,54) e não diferiam dos restantes em termos de idade, tempo na profissão ou por trabalho em turnos duplos.</p> <p>O grupo 3 (n=67; 26%) tinham valores elevados em todos estes itens e o grupo 2 tinha valores intermédios nas diferentes escalas excepto no burnout em que apresentavam níveis baixos e pânico em que os valores eram elevados. O grupo 2 (43%) caracterizava-se por contacto com baixo número de doentes (5,91%), níveis moderados de carga de trabalho (9,2%) e de stress devido a conflito com os médicos (2,67%).</p> <p>Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em termos de sintomas físicos.</p> <p>Os enfermeiros representavam uma população heterogénea em relação aos efeitos do stress</p>	NA	S	N	37	N	Auto-reportada	S	S	N
Hope, Kelleher, O'Connor (1998)	Irlanda (?)	Hospital	418 Enfermeiras e 311 estudantes de enfermagem Todas as enfermeiras, 67% das enfermeiras estavam no grupo etário dos 25-44 anos. Metade das enfermeiras era casada.	39,1% das enfermeiras sentiam regularmente stress	Outros	N	N	Diferente para os dois grupos	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Jamal & Baba (1992)	Canada (Montreal, Québéco)	Hospital	1 148 Enfermeiros, 33 anos de idade, uma licenciatura em enfermagem há 14 anos e tinham tido 1,5 empregos nos últimos 5 anos, 44% dos enfermeiros eram solteiros, 45% casados e 11% tinham outro estado civil, 98% mulheres.	Os enfermeiros em <i>roulement</i> tinham maior nível de stress do que os enfermeiros a trabalharem em horário fixo ou semi-fixo Os enfermeiros que trabalhavam em unidades de cuidados intermédios tinham menor stress, menor sobrecarga e menor intenção de turnover do que os enfermeiros que trabalham em UCI ou noutras unidades	NA	N	N	51	N	Auto-reportada	S	S	N
Kirkcaldy, Martin (2000)	Irlanda do Norte	Hospital Geral urbano	276 Enfermeiros dos quais 256 (92,8%) eram mulheres, 41% tinham entre 34 e 58 anos. 25,4% trabalhavam na cirurgia, 22,8% na medicina, 7,2% na geriatria, 12,,3% na maternidade, 9,8% na urgência, 18,8% na UCI/U doentes coronários e 3,6% no ambulatório.	Os enfermeiros mais velhos tinham maior tendência para ter níveis mais elevados de stress relacionado com o trabalho e pior saúde mental	NA	N	N	57	N	Auto-reportada	S	S	N
Letvak (2005)	EUA	Enfermeiras com mais de 50 anos	308 enfermeiros dos quais 96% eram mulheres, 88% caucasianos. A idade média era de 57,2 anos. 74% eram casados, 64,5% trabalhavam a tempo inteiro, 47% trabalhavam num hospital e 67% trabalhavam de dia. O número médio de horas diárias de trabalho era de 9,3 horas e de trabalho semanal de 36,4 horas.	9,2% tinha stress	NA	P	N	53	N	Auto-reportada	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Pinikahana & Happell (2004)	Austrália (Vitória)	Enfermeiros de saúde mental em serviços rurais de saúde mental	136 Enfermeiros	A pontuação média de stress era de 1,92 (dp=0,79) (de 0 a 4).	NA	N	N	61	N	Auto-reportada	N	N	N
Shen, Cheng, Tsai et al (2005)	Taiwan	Hospital	408 Enfermeiras, 33,5 anos (dp=7,3), há 92,8 meses no hospital (dp=80,2), com 41,5 horas semanais de trabalho (dp=4,0)	17,2% das enfermeiras considerava que estavam frequentemente ou sempre debaixo de stress no último mês. A idade inferior a 30 anos era factor de risco de stress (OR=3,5; IC=[1,1; 12,8]) assim como o ser viúva, divorciada ou separada (OR=6,2; IC=[1,7;22,3]).	NA	S	N	95	N	Auto-reportada	N	N	N

Quadro 37 - Evidências sobre depressão nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controle de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Canadian Institute of Health Information (2006)	Canadá	Todos (base populacional)	314 900 enfermeiros, 94,5% mulheres, 60% a trabalhar em hospitais, com idade média de 44,3 anos e o número de anos na profissão de 18,3 anos, 84% tinham trabalho fixo, 60% trabalhavam em tempo integral, 30% recebia horas extra sendo a média de trabalho extra por semana 5,4 horas. Quase 50% trabalhava horas extra sem receber sendo a média de horas por semana de 4 horas, 19% trabalhava em duplo.	Os enfermeiros tinham maior probabilidade de terem tido depressão no ano anterior, De todas as mulheres empregadas, 7% tinham tido depressão sendo a percentagem de 4% nos homens. Nos enfermeiros (homens e mulheres) a percentagem era de 9%. Cerca de 33% referiu que pelo menos uma vez no último mês a sua saúde física tinha tornado difícil executar o seu trabalho.	Grupo comparativo comunitário ou populacional	P	N	NA	N	Auto-reportada	S	S	N
Chan & Huak (2004)	Singapura(?)	Hospital	60 médicos e 431 enfermeiras	11,9% dos médicos e 9,6% dos enfermeiros tinham depressão (p=0,577)	NA	N	N	54	N	Auto-reportada	P	N	N
Gunnarsdottir, Tomasson & Rafnsdottir (2004)	Islândia	Lares de idosos, hospitais geriátricos	1 515 participantes dos quais 242 enfermeiros	Não foram encontradas diferenças no que diz respeito à ocorrência de depressão entre os enfermeiros e os outros trabalhadores.	NA	P	N	80	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Letvak (2005)	EUA	Enfermeiras com mais de 50 anos	308 Enfermeiros, 96% mulheres, 88% caucasianos, idade média 57,2 anos. 74% casados, 64,5% trabalhavam a tempo inteiro, 47% trabalhavam num hospital e 67% trabalhavam de dia. O número médio de horas diárias de trabalho era de 9,3 horas e de trabalho semanal de 36,4 horas.	11,9% dos enfermeiros sofriam de depressão (11,9%)	NA	P	N	53	N	Auto-reportada	S	S	N
Ruggiero (2003)	EUA	Hospital (UCI)	142 Enfermeiras de UCIs com contacto directo com os doentes, a maioria de raça branca e casadas, média de idade de 44,9 anos (dp=8,3), 67 a trabalhar no turno diurno e 75 no nocturno.	23% Preenchiam os critérios de depressão ligeira, moderada ou severa As enfermeiras que faziam o turno da noite tinham maiores níveis de depressão quando comparadas com aquelas que apenas faziam o turno da manhã. A depressão era a variável mais importante na explicação da fadiga crónica nas enfermeiras da UCI, seguida da da qualidade do sono.	NA	S	N	49	N	Auto-reportada	S	S	N

Quadro 38 - Evidências sobre acidentes com corto-perfurantes nos enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Aiken, Sloane & Klocinski (1997)	EUA	20 Hospitais de cidades com elevada incidência de SIDA	14 379 Turnos feitos por 920 enfermeiros entre 1990 e 1991	Taxa anual de acidentes com corto-perfurantes nos enfermeiros do quadro = 0,84 Taxa anual de acidentes com corto-perfurantes nos outros enfermeiros = 1,38 nos restantes. A frequência com que os enfermeiros manipulavam sangue estava directamente relacionada com o relato dos acidentes (OR=2,350 para muitas vezes/raramente e OR=1,570 para às vezes/ raramente)	NA	Perda de sujeitos do follow-up mas com pouca capacidade para introduzir viéses (>80% follow-up ou descrição dos perdidos do follow-up)	Medida directa	N	P	N	N
Ippolito, Puro & Carli (1993)	Itália	Vários hospitais	1 592 Exposições em 1 534 trabalhadores da saúde: 64% em mulheres. A idade média dos trabalhadores era de 28 anos (dp=16,2 anos)	64,8% exposições a agentes patogénicos sanguíneos deviam-se a picadas com agulhas e 4,4% a corte (4,4%).	NA	NA	Registo	Sim, sem validação independente	P	N	N
Khuri-Bulos, Toukan, Mahafzah et al (1997)	Jordânia (Amman)	Hospital	Entre Janeiro de 1993 e Dezembro de 1995, houve 248 acidentes com corto-perfurantes reportados: 31,9% em 1993, 37,9% em 1994 e 30,2% em 1995.	43,2% dos acidentes com corto-perfurantes tinham ocorrido em enfermeiros Incidência de acidentes com corto-perfurantes nos enfermeiros = 106 acidentes por 1 000 trabalhadores da saúde.	NA	NA	Registo	N	N	N	N
Lee, Botteman, Nicklasson et al	EUA	Hospital	400 Enfermeiros que cuidavam de doentes com diabetes a trabalhar em	78,3% tinham tido pelo menos um acidente com um corto-perfurante	NA	NA	Registo	N	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
(2005)			381 hospitais dos EUA	27,5% tinham tido este tipo de acidente 1 vez nos últimos 12 meses 6,4% tinham tido este tipo de acidente 4 vezes nos últimos 12 meses 3,9% tinham tido este tipo de acidente 5 vezes nos últimos 12 meses. A incidência acumulada = 448 acidentes com corto-perfurantes por 1 000 enfermeiros.							
Machado, Costa, Gir et al (1992)	Brasil (São Paulo)	Hospital universitário	36 Profissionais de saúde que, entre Junho de 1987 e Agosto de 1990, sofreram um acidente de trabalho com material potencialmente contaminado pelo VIH	19,45% dos 36 profissionais de saúde que, entre Junho de 1987 e Agosto de 1990, sofreram um acidente de trabalho com material potencialmente contaminado por VIH, eram enfermeiros.	NA	NA	Medida directa e registo	Sim, sem validação independente	N	N	N
Smith, Leggat & Takahashi (2005)	Austrália	Hospital (registos de acidentes com exposição percutânea)	373 Acidentes com exposição percutânea entre 2001 e 2003	63,5% dos acidentes tinham ocorrido nos enfermeiros sendo que: • 44,7% tinham resultado de picadas com agulha • 8,3% de cortantes	NA	NA	Registo	N	P	N	N
Tarantola, Golliot, Astagneau et al (2003)	França	Hospital (sistema de vigilância epidemiológica de exposição a agentes patogénicos sanguíneos de carácter voluntário)	7649 exposições a agentes patogénicos sanguíneos entre Janeiro de 1995 e Dezembro de 1998	Incidência de acidentes com corto-perfurantes nos enfermeiros (1995) = 8,9 acidentes por 100 ETI Incidência de acidentes com corto-perfurantes nos enfermeiros (1998) = 6,3 acidentes por 100 ETI	NA	NA	Registo	N	N	N	N

Quadro 39 - Evidências sobre acidentes com corto-perfurantes nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Ayranci & Kosgeroglu (2004)	Turquia	Hospital	139 enfermeiros, com 30,6 anos em média	1,7 Acidentes com corto-perfurantes nos últimos 12 meses 52,5% tinham tido mais de um acidente com corto-perfurantes no último ano e 47,5% apenas tinham tido um acidente. 38,1% tinham procurado ajuda média após o acidente 69,1% não tinham reportado o acidente	NA	P	N	88	N	Medida directa e auto-reportada	P	N	N
Letvak (2005)	EUA	Enfermeiras com mais de 50 anos	308 Enfermeiros, 96% mulheres, 88% caucasianos, 57,2 anos, 74% casados, 64,5% trabalhavam a tempo inteiro, 47% trabalhavam num hospital e 67% trabalhavam de dia. O número médio de horas diárias de trabalho era de 9,3 horas e de trabalho semanal de 36,4 horas.	43,1% Tinham sofrido um acidente com corto-perfurantes.	NA	P	N	53	N	Auto-reportada	S	S	N
Lipscomb, Sokas, McPhaul et al (2009)	EUA (1 estado)	Cuidados domiciliários	1698 Trabalhadores não qualificados e 794 enfermeiros. Os enfermeiros tinham em média 48,9 anos de idade (dp=9,2), trabalhavam nos cuidados domiciliários há 11,4 anos (dp=6,8), visitavam cerca de 4 doentes por dia (dp=2,4) e trabalhavam 28,5 horas por semana (dp=4,6). Os trabalhadores de saúde não qualificados tinham em média 45,5 anos de idade (dp=13,6), trabalhavam nos cuidados domiciliários há 6,9 anos (dp=6,0), visitavam cerca de 2 doentes por dia (dp=1,2) e trabalhavam 28,2 horas por semana (dp=12,7). 92,9% dos enfermeiros e 81,0% dos trabalhadores não qualificados eram mulheres sendo que 44,9% e 93,7%, respectivamente, trabalhavam em zonas urbanas	71 Enfermeiros referiram pelo menos um acidente com corto-perfurante no ano anterior o que corresponde a uma taxa de 12,6 acidentes por 100 equivalentes a tempo inteiro comparado com 26 trabalhadores de saúde não qualificados (3,6 acidentes por 100 equivalentes a tempo inteiro).	Grupo comparativo institucional	P	N	Diferente para os dois grupos	N	Auto-reportada	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Nsubuga & Jaakkola (2005)	Uganda	Hospital	526 Enfermeiros e parteiras dos quais 88% mulheres, 44,5% com 30-39 anos de idade, 37,6% a trabalhar no departamento de ginecologia e obstetria, 23,4% com 6 a 10 anos de prática de enfermagem, 30,0% atendiam entre 21 a 40 doentes por dia, 46,2% trabalhavam entre 21 a 40 horas por semana e 29,85 faziam entre 6 a 10 noites por mês	<p>36% Tinham sofrido pelo menos um acidente com corto-perfurantes no último mês, 57% no último ano e 82% tinham já tido pelo menos um acidente desta natureza.</p> <p>A taxa de incidência de acidentes com corto-perfurantes foi calculada em 4,18 acidentes por pessoas-ano.</p> <p>Os principais factores de risco para ter sofrido um acidente com corto-perfurantes era não ter recebido treino (OR=5,72; IC=[3,41;9,62]), ser um enfermeiro sénior (OR=1,1; IC=[1,21; 3,02]), trabalhar em enfermarias cirúrgicas (OR=1,77; IC=[1,13;2,80]), ter menos de 10 anos de experiência (OR=1,65; IC=[1,04;2,62]), trabalhar muitas horas seguidas (OR=1,90; IC=[1,10;3,31]), fazer sempre ou quase sempre o recapsulamento das agulhas (OR=1,78; IC=1,11;2,86) e não utilizar luvas (OR=1,91; IC=[1,10;3,33]).</p>	NA	S	N	66	N	Auto-reportada	P	N	N

Quadro 40 - Evidências sobre outro tipo de acidentes ocupacionais nos enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Failde, Lopez, Cordoba et al (1998)	Espanha	Hospital Universitário	1009 Acidentes entre 1989 e 1995	38,7% dos acidentes tinham ocorrido em enfermeiros s Taxa de acidentes em 1990 = 8,9% Taxa de acidentes em 1994 = 5,3 % Apenas o pessoal da limpeza apresentava taxas superiores Os enfermeiros apresentavam um risco 1,7 vezes superior de sofrer acidentes quando comparados com o pessoal auxiliar.	NA	NA	Registo	Sim, sem validação independente	P	N	N
Foley & Cole (1995)	Austrália	<i>Commonwealth, State and Territory compensation claims para o ano fiscal de 1992-1993 (todos)</i>	Enfermeiros (Australian Standard Industrial Classification 1993)	23,2% dos enfermeiros tinham sofrido um acidente/ lesão em 1992/1993 sendo de 26,0% nos hospitais (excepto hospitais psiquiátricos), 10,8% nos dos lares, 26,0% nos dos centros de saúde. Era entre os enfermeiros com idade entre os 50 e 54 anos que se verificava a maior prevalência de acidentes/ doenças (23,3%) seguido dos de 40 a 44 anos (22,5%). Relativamente ao sexo, os homens eram mais afectados (24,9 por 1000) do que as mulheres (19,9 por 1000 empregados). Relativamente ao tipo de acidente/ doença o 71,5% devia-se a distensões, 4,7% a contusões, 4,6% a fracturas, 3,6% a problemas de saúde mental e 15,6% a outras causas.	NA	NA	Registo	Sim, sem validação independente	S	S	N
Shah, Bonauto, Silverstein et al (2005)	EUA (Washington)	<i>Workers compensation claims</i>	Entre Janeiro de 1996 e Dezembro de 2000 foram preenchidas 74 758 <i>workers compensation claims</i> , 3 303 por picadas com agulhas	Taxa de acidentes = 71,3 acidentes por 10 000 ETI por ano. Taxa de acidentes nos hospitais = 156,9 acidentes por 10 000 FTE Quer nos hospitais quer fora destes os enfermeiros eram os principais acidentados: 45% dos acidentados nos hospitais, 29% fora dos hospitais (Estado de Washington) e 44% a nível nacional.	NA	NA	Registo	N	P	N	N
Shanks & Al-Kalai (1995)	Arábia Saudita	Hospital (profissionais de saúde com acidentes com corto-perfurantes entre 1988 e 1992)	107 Acidentes com corto-perfurantes, a maioria dos profissionais tinha entre 25 e 40 anos de idade (89,83%)	64,5% dos acidentes tinham ocorrido em enfermeiros.	NA	NA	Registo	N	N	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Wang, Chen & Liu (2000)	Taiwan	Hospital	733 Acidentes entre 1995 e 1998	<p>Taxa de incidência de acidentes de trabalho nos enfermeiros (1995) = 27 acidentes por 1 000 trabalhadores da saúde</p> <p>A taxa de incidência de acidentes de trabalho nos enfermeiros (1998) = 56 acidentes por 1 000 trabalhadores da saúde</p> <p>Taxa de incidência total de acidentes de trabalhado nos enfermeiros = 40 acidentes por 1 000 trabalhadores da saúde</p> <p>Os enfermeiros tinham a segunda maior taxa de acidentes de trabalho - o grupo profissional com maior taxa de incidência de acidentes profissionais era o dos internos (total e em todos os anos).</p>	NA	NA	Auto-reportada	N	S	S	N

Quadro 41 - Evidências sobre outro tipo de acidentes ocupacionais nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controle de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Cloutier, David, Duguay (1998)	EUA (Califórnia, Massachusetts, Michigan and New Jersey)	Hospitais, clínicas privadas, instituições de enfermagem, laboratórios médicos, serviços de apoio domiciliário, escolas primárias e secundárias, ambulâncias, ambulatórios especializados, centros de hemodiálise, universidades, instituições de pesquisa, serviços de veterinária e serviços médicos	11 365 Enfermeiros em 1987 e 10 962 em 1991 e 6 232 trabalhadores da indústria alimentar em 1987 e 6 138 em 1991.	A taxa de acidentes nos enfermeiros era de 20% e nos trabalhadores da indústria alimentar 15% (média dos dois anos). Em 1987, os enfermeiros com taxa de acidentes mais elevada eram os que tinham menos de 25 anos de idade (22,8%) sendo os com 35 a 39 anos de idade os que menos sofriam de acidentes (15,8%) (p<0,001). Em 1991, a tendência mantinha-se (p<0,001) embora taxa de acidentes para todos os grupos etários fosse superior à verificada em 1987.	NA	NA	N	NA	NA	Registo	S	S	N
Gillen, McNary, Lewis et al (2003)	EUA (Califórnia)	Hospital	1 780 Acidentes com corte-perfurantes, 77% em mulheres, 38,4 anos (dp=10,3)	Os enfermeiros tinham o maior número de acidentes (n=658, 49%) seguidos dos médicos (n=139; 10%), flebotomistas (n=110; 8%) e pessoal de limpeza e lavanderia (n=91, 7%).	NA	N	N	22	N	Registo	P	N	N
Monge, Mato, Mariano et al (2001)	Espanha	Hospitais (multicêntrico)	De 1994 a 1997, 20 235 acidentes nos trabalhadores da saúde	9 833 (50%) dos acidentes tinham sido em enfermeiros Em 1994, 51,6% dos acidentes foram com enfermeiros, em 1995 a percentagem era de 48,1%, em 1996, de 47,3% e em 1997 de 53,4%. Em qualquer um dos anos os enfermeiros foram o grupo profissional que sofreu mais acidentes.	NA	N	N	NA	NA	Registo	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Valenzuela, Sanhueza, Riquelme et al (2003)	Chile	Hospital (declaração individual de acidentes de trabalho)	308 Acidentes de trabalho em 1998	5,5% (N=17) tinham ocorrido nos enfermeiros	NA	N	N	NA	NA	Registo	N	N	N

Quadro 42 - Evidências sobre absentismo nos enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Bourbonnais & Mondor (2001)	Canadá	Hospital	1 793 Enfermeiros com idades entre os 22 e os 65 anos e idade média de 39,6 anos.	<p>12,5% dos enfermeiros não tinha tirado um único dia de baixa por doença durante os 20 meses em estudo.</p> <p>85,6% dos enfermeiros tinham gozado pelo menos uma baixa por doença de curta duração (1 a 3 ou 5 dias)</p> <p>Incidência de baixa por doença de curta duração = 301,5 ausências por 100 pessoas-ano</p> <p>22% dos enfermeiros tinham tido baixa por doença certificada (mais de 3 ou 5 dias com atestado médico obrigatório)</p> <p>Incidência de baixa por doença certificada =16,4 baixas por doença certificada por 100 pessoas ano</p> <p>De entre as baixas certificadas 59,7% tinham um diagnóstico potencialmente relacionado com o ambiente psicossocial do trabalho. De entre os diagnósticos relacionados potencialmente com o ambiente psicossocial do trabalho aqueles que se relacionavam com a saúde mental eram os mais prevalentes (37,1%).</p> <p>Em média, as baixas variavam entre 93,3 dias para os problemas mentais e 17,5 dias para os problemas digestivos</p> <p>50% dos enfermeiros tinha tido pelo menos uma baixa certificada por doença mental</p> <p>Incidência de baixa certificada por doença mental =4,3 baixas por 100 pessoas ano</p> <p>As baixas por doença (ambos os tipos) estavam associadas com baixo apoio social no trabalho.</p>	NA	NA	Registo	N	P	N	N
Fuortes, Shi, Zhang et al (1994)	EUA (?)	Hospital	Todos os empregados com registo no <i>workers compensation claims</i> .	As lesões dorsais representavam, em média, 16,5 dias de trabalho perdidos nos enfermeiros (contra 10,8 dias nos restantes trabalhadores).	NA	NA	Registo	N	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Kivimaki, Makinen, Elovainio et al (2004)	Finlândia	Hospital	1213 Enfermeiros dos quais 1176 mulheres entre 1996 e 1998.	Incidência de baixas de curta duração = 1,39 baixas por pessoa-ano Incidência de baixas de longa duração = 0,69 baixas por pessoa-ano.	NA	NA	Registo	N	P	N	N
Lammitausta, Kalimo & Aantaa (1982)	Estónia	Hospital	129 Trabalhadores dos quais 38 enfermeiros que entre 1970 e 1979 a que foi diagnosticado dermatite das mãos.	25 dos 38 enfermeiros com dermatite das mãos (66%) tinham gozado baixa por doença por dermatite das mãos entre 1970 e 1979.	NA	NA	Registo	Sim, sem validação independente	P	N	N
Pompeii, Lipscomb & Dement (2008)	EUA, Carolina do Norte	Centro Médico Universitário (profissionais com registo na <i>Workers Compensation Claims</i> de 1997 a 2003)	102 669 Equivalentes a tempo inteiro dos quais 14 917 equivalentes a tempo inteiro de enfermagem (internamento e ambulatório). 89% dos enfermeiros do internamento e 94% dos do ambulatório eram mulheres sendo que no internamento os enfermeiros tinham uma idade média de 38,5 anos (mediana=38,0) e no ambulatório 44,2 anos (mediana=45,0). A mediana dos anos a trabalhar no hospital era de 4,6 anos para os enfermeiros do internamento e 10,3 anos para aqueles do ambulatório	O RR das enfermeiras perderem dias de trabalho por lesões dorsais era de 15,3 (IC=[3,4;68,8]) no internamento e 11,2 (IC=[1,6;86,2]) no ambulatório. Nos enfermeiros do internamento o valor era de 17,0 (IC= [15,2;18,8]) não tendo sido possível o cálculo para o ambulatório.	NA	NA	NA	Sim, sem validação independente	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Smedley, Egger, Cooper et al (1997)	Reino Unido	Hospital geral	838 enfermeiras	Das 92 enfermeiras que referiram dor nos 12 meses anteriores ao questionário de baseline e história de dor com duração de pelo menos 1 mês, 21 (23%) requereram baixa.	NA	Percentagem de follow-up <80% e sem descrição dos perdidos do follow up	Auto-reportada	N	P	N	N

Quadro 43 - Evidências sobre absentismo nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Alberdi, Martin, Aldape & Angulo (1999)	Espanha (Galícia)	Hospital	1 195 Trabalhadores dos quais 361 (30%) enfermeiros. Entre 1990 e 1996 perderam-se 160 513 dias de trabalho por 4 041 casos de doença ou enfermidade sendo a duração média do episódio de 37,7 (dp=67) dias. A taxa de absentismo entre 1993 e 1996 foi de 5,82%	16 324 dias de trabalho perdidos por doença mental 179 casos de doença mental. Duração média dos episódios de doença mental = 89,6 dias. Nos enfermeiros: 4 852 dias de trabalho perdidos por doença mental (só ultrapassado pelos auxiliares de enfermagem) 43 casos de doença mental (24% de todos os casos) Duração média da baixa por doença mental = 112,8 dias	NA	N	N	NA	NA	Registo	P	N	N
Bamgboye & Adeleye (1992)	Nigéria	Hospital	3 112 Trabalhadores de saúde em 1985, 3 228 em 1986 e 3 222 em 1987. 494 enfermeiros em 1985, 408 em 1986 e 407 em 1987	41,9% dos registos de absentismo por doença diziam respeito a enfermeiros (o grupo mais representado nestes registos) 202 enfermeiros faltaram ao trabalho por doença entre 1985 e 1987 Média de episódios de absentismo = 2,2 episódios Duração média de cada episódio variava entre os 4,5 e os 5 dias . Grupo profissional com menos episódios de baixa por doença e com menos dias de baixa por episódio.	NA	N	N	NA	NA	Registo	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Bamgboye, Olubuyide & Al-Shammari (1993)	Arábia Saudita	Hospital	<p>9 453 Trabalhadores atendidos na clínica de saúde dos empregados entre 1989 e 1991. 763 tinham registos completos de ausência por doença.</p> <p>A taxa de ausência por doença era de 7,7% e de 8,1% por trabalhador que recorreu à clínica.</p> <p>A frequência de absentismo por doença aumentou de 3,5% em 1989 para 11,5% em 1991. Existia uma preponderância das mulheres (rácio 1:1,8).</p>	<p>40% dos episódios de absentismo por doença eram de enfermeiros.</p> <p>Número médio de episódios de doença por enfermeiro = 1,17 (dp=0,4) episódios</p> <p>Duração média dos episódios de doença = 2,53 dias (dp=3,36).</p> <p>Os enfermeiros tinham episódios com maior duração que os restantes profissionais.</p>	NA	N	N	NA	NA	Registo	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Barboza & Soler (2003)	Brasil	Hospital	333 trabalhadores de enfermagem (dos quais 33 enfermeiros) estiveram ausentes sendo responsáveis por 662 episódios de ausência.	9,9% dos trabalhadores de enfermagem que faltaram eram enfermeiros. 10% (66) dos episódios de absentismo eram de enfermeiros 54,5% dos episódios de absentismo em enfermeiros eram de enfermeiros do internamento 86% dos episódios de absentismo eram por motivos de doença, 12% por licença de parto e 2% por acidente de trabalho. 56% das ausências tinham durado entre 1 e 4 dias, 23% entre 5 a 10 dias 9% entre 11 a 15 dias e 12% entre 1 a 5 meses.	NA	N	N	NA	NA	Registo	P	N	N
Barrabes, Sobrevals & Cinca (1998)	Espanha (Galícia)	Hospital	750 profissionais de saúde dos quais 416 enfermeiras e 18 enfermeiros. O mais frequente era os profissionais terem um contrato fixo, trabalharem no turno da manhã, em serviços de internamento e terem tido baixa por uma doença comum ou acidente não laboral. A patologia pneumológica era o motivo de baixa por doença mais frequente	434 enfermeiros tinham faltado ao trabalho, entre 1995 e 1996 95% tinham faltado por doença comum ou acidente não laboral 5% por acidente de trabalho.	NA	N	N	NA	NA	Registo	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Batt, Le Duff & Trouve (1999)	França	Instituição de formação de enfermeiros	233 Enfermeiros dos quais 222 mulheres. idade média 46 anos. Mais frequente 20 a 24 anos de antiguidade na profissão.	86,5% dos enfermeiros tinham faltado no ano anterior Mediana de dias de ausência do trabalho = 7 e 8 dias.	NA	N	N	81	N	Auto-reportada	P	N	N
Canadian Institute of Health Information (2006)	Canada	Base populacional	314 900 enfermeiros das quais 94,5% mulheres, 60% a trabalhar em hospitais, com idade média de 44,3 anos e enfermeiros há 18,3 anos, 84% tinham trabalho fixo, 60% trabalhavam em tempo integral, 30% recebia horas extra sendo a média de trabalho extra por semana 5,4 horas. Quase 50% trabalhava horas extra sem receber sendo a média de horas por semana de 4 horas. 19% trabalhava em duplo.	61% dos enfermeiros tinha faltado por motivos de saúde Média de dias de trabalho perdidos por ano = 23,9 dias 14% dos enfermeiros tinham faltado ao trabalho por mais de 20 dias no último ano.	Grupo comparativo comunitário ou populacional	P	N	NA	N	Auto-reportada	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Cloutier, David, Duguay (1998)	EUA (Californai, Massachusetts, Michigan and NewJersey)	Hospitais, clínicas privadas, instituições de enfermagem, laboratórios médicos, serviços de apoio domiciliário, escolas primárias e secundárias, ambulâncias, ambulatorios especializados, centros de hemodiálise, universidades, instituições de pesquisa, serviços de veterinária e serviços médicos	11 365 enfermeiros em 1987 e 10 962 em 1991 6 232 trabalhadores da indústria alimentar em 1987 e 6 138 em 1991.	Mediana de dias de trabalho perdidos por acidente nos enfermeiros = 13 dias e 16 dias para 1987 e 1991 (valor superior ao verificado para os trabalhadores da indústria alimentar).	NA	NA	N	NA	NA	Registo	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Edwards, Burnard, Fothergill et al (2001)	País de Gales	Enfermeiros de saúde mental comunitária	301 Enfermeiros de saúde mental comunitária, idade média de 40 anos, 62% mulheres, 78% casados ou a viver com um parceiro. Em média trabalhavam como enfermeiros de saúde mental comunitária há 16 anos sendo que, em média ocupavam o lugar actual há 6,5 anos. 24% tinham funções de gestão. 51% trabalhavam em ambiente urbano.	Média de dias de trabalho perdidos no ano anterior = 9 dias.	NA	P	N	49	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Escribá, Perez-Hoyos & Bolumar (1992)	Espanha (Valencia)	Hospital	606 enfermeiras e 367 enfermeiros	<p>Prevalência de baixa por acidente ou doença últimos 12 meses nas enfermeiras = 34,3%</p> <p>Prevalência de um episódios de baixa por doença ou acidente nos últimos 12 meses nas enfermeiras = 29,5%</p> <p>Prevalência de mais de 2 episódios de baixa por doença ou acidente nos últimos 12 meses nas enfermeiras = 6,3%</p> <p>Duração média do episódio de absentismo nas enfermeiras = 20,9 dias</p> <p>Percentagem de dias perdidos nas enfermeiras = 2,4%.</p> <p>Prevalência de absentismo por acidente ou doença nas enfermeiras que consideravam o estado de saúde como regular ou mau = 43,1%</p> <p>Duração média do episódio de absentismo nas enfermeiras que consideravam o seu estado de saúde como regular ou mau = 16,4 dias</p> <p>Percentagem de dias de trabalho perdidos nas enfermeiras que consideravam o seu estado de saúde como regular ou mau = 5,3%</p> <p>Prevalência de baixa por acidente ou doença últimos 12 meses nos enfermeiros = 35,4%</p> <p>Prevalência de um episódios de baixa por doença ou acidente nos últimos 12 meses nos enfermeiros = 28,9%</p> <p>Prevalência de mais de 2 episódios de baixa por doença ou acidente nos últimos 12 meses nos enfermeiros = 7,4%</p> <p>Duração média do episódio de absentismo nos enfermeiros = 26,0 dias</p> <p>Percentagem de dias perdidos nos enfermeiros = 2,9%.</p> <p>Prevalência de absentismo por acidente ou doença nos enfermeiros que consideravam o estado de saúde como regular ou mau = 38,2%</p> <p>Duração média do episódio de absentismo nos enfermeiros que consideravam o seu estado de saúde como regular ou mau = 45,6 dias</p> <p>Média de dias de trabalho perdidos nos enfermeiros que consideravam o seu estado de saúde como regular ou mau = 6,7 dias</p>	NA	P	N	NA	N	Auto-reportada	P	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Fothergill, Edwards, Hanningan et al (2000)	Inglaterra e País de Gales	Enfermeiros de saúde mental comunitária	301 enfermeiros, 62% mulheres, 78% casados ou unidos de facto e com idade média de 40 anos. Trabalhavam, em média, há 16 anos em saúde mental e estavam em média há 6,5 anos no local actual de trabalho	Média de dias ausentes do trabalho = 9 dias.	NA	N	N	49	N	Auto-reportada	P	N	N
Gomes (2004)	Portugal (Coimbra)	Centros de saúde	200 enfermeiros, 87,5% do sexo feminino. 37,4 anos (dp=8,26) de idade média, 51% tinham bacharelato. A antiguidade na função pública era de 16,1 anos (dp=8,43) e a antiguidade na categoria era de 7,4 anos (dp=6,18)	Prevalência de 0 a 5 dias de baixa por doença, lesão ou acidente = 75,8% Prevalência de 5 a 10 dias de baixa por doença, lesão ou acidente = 9,0% Prevalência de 10 a 15 dias de baixa por doença, lesão ou acidente = 4,5% Prevalência de 15 a 20 dias de baixa por doença, lesão ou acidente = 6,2% Prevalência de 20 a 25 dias de baixa por doença, lesão ou acidente = 1,1% Prevalência de mais de 30 dias de baixa por doença, lesão ou acidente = 3,4% Média de dias de baixa = 3,85 dias	NA	N	N	55	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Jamal (1981)	Canada (Montreal, Quebec)	Hospital	53% dos enfermeiros eram solteiros, 39% casados e 8% viúvos, divorciados ou separados. A idade média era de 31 anos, o rendimento mensal médio de 1 065 dólares, a duração média do serviço 6anos. 97% eram do sexo feminino, 77% tinham sido criadas em grandes cidades e 57% tinham como língua materna o inglês.	Taxa de absentismo nos enfermeiros com horário fixo = 1,39% Taxa de absentismo nos enfermeiros que trabalhavam por turnos = 1,60%	NA	P	N	76	N	Auto-reportada	S	S	S

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Knibbe & Friele (1996)	Holanda	Instituição de cuidados domiciliários	355 Mulheres das quais 189 eram enfermeiras comunitárias. As enfermeiras comunitárias tinham idade média 33,8 anos (dp=9,7) com uma experiência média de trabalho no sector da saúde de 12,3 anos (dp=9,4) e trabalhavam 30,7 horas por semana (dp=9,1).	5,3% Tinham gozado de baixa por dorsalgias nos últimos 3 meses sendo que a frequência de baixas por dorsalgias nos últimos 3 meses era de 5,3%. A duração média destas baixas era de 4,7 dias (dp=2,9).	NA	S	N	94	N	Auto-reportada	N	N	N
Silva & Marziale (2000)	Brasil (Paraná)	Hospital	199 trabalhadores dos quais 47 enfermeiros. Em 58,8% dos casos trabalhavam há mais de 2 anos, 79,8% tinham idade inferior a 40 anos, 52,3% estavam casados e 68,3% tinham filhos	Os enfermeiros tinham tido 75 (62,5%) ausências por doença e nenhuma por acidentes de trabalho. Ao todo tinham perdido 279 dias de trabalho por doença (69,4% do total de dias de trabalho perdidos). Os enfermeiros das UCI ausentaram-se mais por doença (82,6% do total de ausências por doença) em relação a outros serviços apresentando maior número de dias perdidos por doença (66,7% do total de dias perdidos). A percentagem de tempo perdido (nº dias perdidos/ nº dias programados) nos enfermeiros era de 6,26% e o índice de frequência (nº de licenças/ efectivo médio do período) de 0,4.	NA	N	N	NA	NA	Registo	N	N	N

Quadro 44 - Evidências sobre abuso de substâncias nos enfermeiros resultantes de estudos de caso-controlo – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	A definição de caso é adequada?	Como foram seleccionados os controlos?	Taxa de participação	Taxa de resposta	Os não respondentes são descritos?	Avaliação da exposição	Foi utilizado o mesmo método de avaliação da exposição para os casos e para os controlos?	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Hawton, Simkin, Rue et al (2002)	Inglaterra e País de Gales	Registo de óbitos	106 Casos de suicídio em enfermeiros: 65,1% com diagnóstico de suicídio e 34,9% sem diagnóstico definitivo. 48,1% com idade entre os 35 e os 49 anos de idade 36,8% solteiras, 33,0% divorciadas ou separadas, 28,3% casadas e 2% viúvas 15,1% especializadas em geriatria. 32,1% Enfermeiros e 16,0% auxiliares de enfermagem	12,0% Tinham um problema de abuso de bebidas alcoólicas e 10,9% de abuso de drogas	Sim, sem validação independente	Controlos emparelhados	NA	NA	NA	Registo e auto-reportada	S	S	S	S

Quadro 45 - Evidências sobre abuso de substâncias nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controle de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Estryn- Behar, Kaminski, Peigne et al (1990)	França (Paris)	Hospital	1 505 mulheres, 43% (n=647) enfermeiras	23% usavam drogas	NA	P	90	90	N	Auto-reportada	S	N	N
Finke, Williams & Stanley (1996)	EUA (?)	Enfermeiros em programa de recuperação	221 enfermeiros, 82% mulheres, 33% entre 26 e 35 anos de idade, 42% casados e 43% solteiros. 35% tinham sido despedidas.	72% usavam drogas Dos que usavam drogas 63% usavam narcóticos, 20% marijuana e/ou cocaína e 17% benzodiazepinas. 36% tinham desviado as drogas dos stocks das instituições ou dos doentes e 7% tinha falsificado prescrições	NA	N	N	NA	NA	Registo	N	N	N
Hope, Kelleher, O'Connor (1998)	Irlanda (?)	Hospital	418 enfermeiras e 311 estudantes de enfermagem Todas as enfermeiras, 67% das enfermeiras estavam no grupo etário dos 25-44 anos. Metade das enfermeiras era casada.	1,7% tinham consumido drogas ilícitas nos 12 meses anteriores ao estudo	Outros	N	N	Diferente para os dois grupos	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Yang, Yang & Pan (2001)	Taiwan	Hospitais de vários níveis	907 enfermeiros, 328 de centros médicos, 237 de hospitais distritais e 342 de hospitais regionais. Todos do sexo feminino, com uma idade média de 27,4 anos (dp=5,4), 67% solteiros sendo que 77,5% viviam com a família. Em média exerciam enfermagem há 4,8 anos (dp=4,2)	Não foi reportado o uso de drogas ilícitas	NA	S	N	98	N	Auto-reportada	S	S	N

Quadro 46 - Evidências sobre ingestão de bebidas alcoólicas nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Brown & James (2000)	EUA (Hawaii)	Hospital	11 Enfermeiras a trabalhar a tempo inteiro, de etnia filipina e nascidas nas Filipinas, sem diagnóstico de doença cardíaca ou outros problemas maiores de saúde, pré-menopáusicas, com peso inferior a 200 libras, não grávidas e que não estavam a tomar nenhum tipo de fármaco. Com as seguintes características: idade média de 34,4 (sd=5,2) anos, com altura média de 1503 (sd=46) mm e peso de 57,5 (sd=7,9) kg e IMC médio 25,4 (sd=2,6) kg/m ² , 81,8% eram casadas, 81,8% tinham filhos	Nenhuma das enfermeiras consumia bebidas alcoólicas	NA	P	N	92	N	Medida directa	S	N	S
Canadian Institute of Health Information (2006)	Canada	Todos (base populacional)	314 900 Enfermeiros, 94,5% mulheres, 60% a trabalhar em hospitais, com idade média de 44,3 anos e o número de anos na profissão de 18,3 anos, 84% tinham trabalho fixo, 60% trabalhavam em tempo integral, 30% recebia horas extra sendo a média de trabalho extra por semana 5,4 horas. Quase 50% trabalhava horas extra sem receber sendo a média de horas por semana de 4 horas, 19% trabalhava em duplo.	O consumo de uma bebidas alcoólicas, pelo menos duas vezes por semana, era menos comum nos enfermeiros (18% nas enfermeiras e 28% nos enfermeiros) do que na restante população empregada (23% e 41%, respectivamente).	Grupo comparativo comunitário ou populacional	P	N	NA	N	Auto-reportada	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Edwards, Burnard, Fothergill et al (2001)	Pais de Gales	Enfermeiros de saúde mental comunitária	301 Enfermeiros de saúde mental comunitária, idade média de 40 anos, 62% mulheres, 78% casados ou a viver com um parceiro. Em média trabalhavam em saúde mental comunitária há 16 anos, ocupavam o lugar actual há 6,5 anos, 24% tinham funções de gestão, 51% trabalhavam em ambiente urbano.	15% nunca tinha bebido bebidas alcoólicas e 14% referiam beber mais de 21 unidades de álcool por semana	NA	P	N	49	N	Auto-reportada	P	N	N
Flores (1999)	Portugal	Hospital (chefias operacionais - enfermeiras chefe e enfermeiras responsáveis)	46 Enfermeiros dos quais 25 chefes e 21 responsáveis, 43 do sexo feminino e 3 do masculino, idade mais frequente era acima dos 35 anos de idade. 27 tinham filhos menores de 18 anos, 16 não tinham filhos. A maioria era casada. A média de anos na profissão era 12,5 anos (dp=6,4), 50% exerciam a profissão há 12,5 anos ou mais, 58,1% trabalhavam há menos de 4 anos no hospital e 75,9% estavam há mais de 2 anos no cargo, 87% trabalhavam exclusivamente no hospital, 75% trabalhavam mais de 40 horas semanais, 50% tinha a seu cargo uma equipa com 24 elementos ou mais.	91,3% não bebia, 6,5% bebia uma unidade de álcool por dia e 2,2% duas.	NA	P	N	81	N	Auto-reportada	P	N	N
Gomes (2004)	Portugal (Coimbra)	Centros de saúde	200 Enfermeiros, 87,5% do sexo feminino, 37,4 anos (dp=8,26), 51% tinham bacharelato. A antiguidade na função pública era de 16,1 anos (dp=8,43) e a antiguidade na categoria era de 7,4 anos (dp=6,18)	1% tinha deixado de beber e 30,5% nunca tinha bebido	NA	N	N	55	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Gunnarsdottir, Tomasson & Rafnsdottir (2004)	Islândia	Lares de idosos, hospitais geriátricos	1 515 Participantes dos quais 242 enfermeiros	Entre 74% e 80% nunca consumiam bebidas alcoólicas	NA	P	N	80	N	Auto-reportada	P	N	N
Haughey, Kuhn, Dittmar & Wu (1992)	EUA	Enfermeiros em unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados coronários, urgência, unidades de traumatologia e de queimados.	499 Enfermeiros, 94% mulheres, idade média 33,5 anos (dp=7,9), 60% casados, 50% com filhos	26,4% não ingeria bebidas alcoólicas, 24% bebia menos de uma vez por semana e 8% mais do que 2 vezes por semana. Dos que consumiam bebidas alcoólicas, 71,7% consumiam 1 a 2 bebidas por ocasião e 2,7% tomavam 5 ou 6 bebidas por ocasião.	NA	NA	N	70	N	Auto-reportada	P	N	N
Hope, Kelleher, O'Connor (1998)	Irlanda (?)	Hospital	418 Enfermeiras e 311 estudantes de enfermagem 67% das enfermeiras estavam no grupo etário dos 25-44 anos. Metade das enfermeiras era casada.	6,6% tinham consumido 7 ou mais unidades de bebidas da última vez que tinham consumido álcool	Outros	N	N	Diferente para os dois grupos	N	Auto-reportada	P	N	N
Smith, Ohmura, Yamagata et al (2003)	Japão	Hospital	305 Enfermeiros com idade média de 29,0 anos (dp=7,3), horas semanais de trabalho de 48,6 horas (dp=35,1) e empregados no hospital há 7,1 anos (dp=7,1). Os locais de trabalho mais frequentes eram a cirurgia (23,0%), os cuidados intensivos (22,0%) e a medicina interna (21,0%)	59,0% dos enfermeiros consumiam, ocasionalmente, bebidas alcoólicas.	NA	S	N	84	N	Auto-reportada	N	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Yang, Yang & Pan (2001)	Taiwan	Hospitais de vários níveis	907 Enfermeiros dos quais 328 eram de centros médicos, 237 de hospitais distritais e 342 de hospitais regionais. Todos do sexo feminino, com uma idade média de 27,4 anos (dp=5,4), 67% solteiros sendo que 77,5% viviam com a família. Em média exerciam enfermagem há 4,8 anos (dp=4,2)	53,9% dos enfermeiros já tinham bebido álcool e 3,8% eram consumidores frequentes	NA	S	N	98	N	Auto-reportada	S	S	N

Quadro 47 - Evidências sobre vacinação nos enfermeiros resultantes de estudos de coorte – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Seleção da coorte de não expostos	Adequação do follow up das coortes	Avaliação da exposição	Avaliação do resultado	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudo e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Smith, Leggat & Takahashi (2005)	Austrália	Hospital (registos de acidentes com exposição percutânea)	373 Acidentes com exposição percutânea entre 2001 e 2003	93,2% dos enfermeiros do hospital estavam vacinados contra a hepatite B sendo que 2,1% não o estavam.	NA	NA	Registo	N	P	N	N

Quadro 48 - Evidências sobre vacinação nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Ayranci & Kosgeroglu (2004)	Turquia	Hospital	139 Enfermeiros, com 30,6 anos, em média	32,4% não estavam vacinadas contra a hepatite B	NA	P	N	88	N	Medida directa e auto-reportada	P	N	N
Costa & Semedo (2000)	Portugal (Setúbal)	Sub-Região de Saúde (excepto hospitais)	1 161 Profissionais da saúde dos quais 454 enfermeiros	Taxa global de cobertura vacinal de 77,1% sendo de 86,6% nos enfermeiros. Os auxiliares e os médicos apresentavam taxas mais baixas de vacinação (73,8% e 69,4%, respectivamente).	NA	N	N	NA	N	Auto-reportada	P	N	N
Pereira (2000)	Portugal (Lisboa)	Centro de Saúde	136 Profissionais de saúde, 27 eram enfermeiros. Destes 24 eram mulheres e 8 tinham idade entre os 20 e os 29 anos e 7 entre os 50 e os 59 anos.	Dos 27 enfermeiros, 20 (74%) estavam vacinados contra a hepatite B e 2(7%) tinham um estado vacinal incompleto.	NA	N	N	83	N	Auto-reportada	N	N	N
Rito (1995)	Portugal (Braga)	Centros de saúde	114 Enfermeiros, 97% do sexo feminino, 54% entre 40 e 49 anos de idade. Média de idades 45,8 anos	45,6% dos enfermeiros vacinados contra a hepatite B 89,5% tinham cumprido o esquema recomendado de vacinação	NA	N	N	NA	NA	Medida directa e registo	P	N	N

Quadro 49 - Evidências sobre hábitos tabágicos dos enfermeiros resultantes de estudos de caso-controlo – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	A definição de caso é adequada?	Como foram selecionados os controlos?	Taxa de participação	Taxa de resposta	Os não respondentes são descritos?	Avaliação da exposição	Foi utilizado o mesmo método de avaliação da exposição para os casos e para os controlos?	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Lana, León, Garcia et al (2005)	Espanha (Canárias)	Cuidados primários de saúde	1 623 Profissionais de saúde, 61% homens. 292 Indivíduos tinham faltado ao trabalho (casos), 88 eram enfermeiros	Nos enfermeiros 53% eram fumadores (casos - que faltaram ao trabalho - de enfermeiros) e 39% eram fumadores nos controlos (que não faltaram ao trabalho) de enfermeiros ($p=0,05$) (OR=2,08; IC= [1,05;4,14]). Os enfermeiros fumadores tinham maior probabilidade de faltar ao trabalho quando comparados com os não fumadores.	Sim, sem validação independente	Controlos emparelhados	N	NA	NA	Registo e auto-reportada	S	N	N	N

Quadro 50 - Evidências sobre hábitos tabágicos dos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Almeida (2003)	Portugal	Hospital	101 enfermeiros com idades entre os 24 e os 61 anos, 73% do sexo feminino, 75,3% casados	27,7% fumadores 19,8% ex-fumadores 52,5% nunca tinham fumado	NA	N	N	28	N	Auto-reportada	N	N	N
Barco & Gómez (1999)	Espanha (Barcelona)	Hospital	153 trabalhadores de enfermagem, 81% mulheres, 53% com idade entre os 35 e os 50 anos e 42% a trabalhar nos internamento geral	46% fumadores 32% não fumadores 22% ex-fumadores. A percentagem de fumadores era superior à encontrada no inquérito nacional de saúde de 1993.	NA	N	N	87	N	Auto-reportada	N	N	N
Brown & James (2000)	EUA (Hawaii)	Hospital	11 enfermeiras a trabalhar a tempo inteiro, de etnia filipina e nascidas nas Filipinas, sem diagnóstico de doença cardíaca ou outros problemas maiores de saúde, pré-menopáusicas, com peso inferior a 200 libras, não grávidas e que não estavam a tomar nenhum tipo de fármaco. idade média de 34,4 (sd=5,2) anos, com altura média de 1503 (sd=46) mm e peso de 57,5 (sd=7,9) Kg e IMC médio 25,4 (sd=2,6) kg/m ² . 81,8% eram casadas, 81,8% tinham filhos	Nenhuma das enfermeiras fumava ou consumia bebidas alcoólicas	NA	P	N	92	N	Medida directa	S	N	S

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Canadian Institut e or Health Information (2006)	Canada	Base populacional	314 900 enfermeiros das quais 94,5% mulheres, 60% a trabalhar em hospitais, com idade média de 44,3 anos e o número de anos na profissão de 18,3 anos, 84% tinham trabalho fixo, 60% trabalhavam em tempo integral, 30% recebia horas extra sendo a média de trabalho extra por semana 5,4 horas. Quase 50% trabalhava horas extra sem receber sendo a média de horas por semana de 4 horas. 19% trabalhavam em duplo.	16% das enfermeiras e 21% dos enfermeiros no fumavam Na população em geral a prevalência de fumadores era de 23% nas mulheres e 27% nos homens	Grupo comparativo comunitário ou populacional	P	N	NA	N	Auto-reportada	S	S	N
Cato, Olson & Studet (1989)	EUA(?)	Hospital (unidade de ortopedia/ reabilitação)	53 enfermeiros dos quais 50 mulheres. A média de idades era de 35 anos e a média de anos de experiência de 7,7 equivalentes a tempo inteiro. Em média trabalhavam em ortopedia/ reabilitação há 3,4 anos.	30,8% fumavam Média de cigarros fumados por dia = 12,4 (dp=8,3) cigarros	NA	N	N	79	N	Auto-reportada	N	N	N
Costa (2006)	Portugal (Porto)	Centros de Saúde e Hospitais Públicos da Cidade do Porto	488 indivíduos, 34,6% do sexo masculino, idade média de 38,56 anos (dp=11,08), 50,8% enfermeiros, 32,6% trabalhavam em CSP e 67,4% em cuidados de saúde secundários.	Prevalência de fumadores nos enfermeiros= 20,2% 58,0% dos enfermeiros fumadores tinham feito uma tentativa séria para deixar de fumar.	NA	N	N	98	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Dicken s, Stubbs & Haw (2004)	Reino Unido	Hospital psiquiátrico	167 enfermeiros	17,4% (n=29) dos enfermeiros eram fumadores 25,1% (n=42) ex-fumadores 96 (57.5%) não fumadores	NA	N	N	50	N	Auto-reportada	P	N	N
Edwards, Burnard, Fothergill et al (2001)	País de Gales	Enfermeiros de saúde mental comunitária	301 enfermeiros de saúde mental comunitária, idade média de 40 anos, 62% mulheres, 78% casados ou a viver com um parceiro, trabalhavam como enfermeiros de saúde mental comunitária há 16 anos, ocupavam o lugar actual há 6,5 anos. 24% tinham funções de gestão, 51% trabalhavam em ambiente urbano.	32% eram fumadores 4% fumavam mais de 20 cigarros por dia	NA	P	N	49	N	Auto-reportada	P	N	N
Fanghanel-Salmón, Sánchez-Reyes et al (1997)	México	Hospital	2 228 profissionais de saúde dos quais 559 enfermeiros (25,1%). Destes 95,9% eram mulheres com idade média de 38,66 (dp=10,02) anos e 4,1% homens com idade média de 38,7 (dp=7,02) anos.	Os administrativos apresentavam maior risco de tabagismo quando comparados com os enfermeiros (OR=1,75; IC=[1,36;1,67]).	NA	N	N	86	N	Medida directa e auto-reportada	S	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Flores (1999)	Portugal	Hospital (chefias operacionais - enfermeiras chefe e enfermeiras responsáveis)	46 enfermeiros dos quais 25 chefes, 43 do sexo feminino, idade mais frequente acima dos 35 anos de idade, 27 tinham filhos menores de 18 anos, 16 não tinham filhos, a maioria era casada, a média de anos na profissão era de 12,5 anos (dp=6,4), 50% exerciam a profissão há 12,5 anos ou mais, 58,1% trabalhavam há menos de 4 anos no hospital e 75,9% estavam há mais de 2 anos no cargo. 87% trabalhavam exclusivamente no hospital. 75% trabalhavam mais de 40 horas semanais. 50% tinha a seu cargo uma equipa com 24 elementos ou mais.	78,3% não fumavam 17,4% fumavam menos de 20 cigarros por dia 4,3% mais de 20 cigarros/dia	NA	P	N	81	N	Auto-reportada	P	N	N
Fothergill, Edwards, Hannigan et al (2000)	Inglaterra e País de Gales	Enfermeiros de saúde mental comunitária	301 enfermeiros, 62% mulheres, 78% casados ou unidos de facto e com idade média de 40 anos. Trabalhavam, em média, há 16 anos em saúde mental e estavam em média há 6,5 anos no local actual de trabalho	32% fumavam e 4% fumavam mais de 20 cigarros por dia.	NA	N	N	49	N	Auto-reportada	P	N	N
Gomes (2004)	Portugal (Coimbra)	Centros de saúde	200 enfermeiros, 87,5% do sexo feminino, idade média 37,4 anos (dp=8,26), 51% tinham bacharelato, a antiguidade na função pública era de 16,1 anos (dp=8,43) e a antiguidade na categoria de 7,4 anos (dp=6,18)	50,5% fumavam ou já tinham fumado 23,5% eram ex-fumadores 27% eram fumadores (2% fumavam todos os dias 20 ou mais cigarros, 14,5% fumava todos os dias menos de 20 cigarros por dia, 10,5% só fumava de vez em quando) Os fumadores fumavam, em média, há 9,29 anos.	NA	N	N	55	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Gunna rsdotti r, Tomas son & Rafnsd ottir (2004)	Islândia	Lares de idosos, hospitais geriátricos	1 515 Participantes dos quais 242 enfermeiros	Entre 23 e 31% dos enfermeiros fumava	NA	P	N	80	N	Auto-reportada	P	N	N
Hernán dez & Pérez (2005)	Espanha (Bilbao)	Centro de Saúde	156 enfermeiros dos quais 89% (n=139) mulheres, idade média 42 anos (dp=8). A mediana de anos de trabalho em CSP era de 7 anos.	37% (n=57) não fumadores 33% (n=52) ex-fumadores 8% (n=12) fumadores ocasionais 22% (n=35) fumador habitual A prevalência de fumadores era inferior à da população em geral e a de ex-fumadores mais elevada	NA	N	N	72	N	Auto-reportada	P	N	N
Hope, Kellehe r, O'Conn or (1998)	Irlanda (?)	Hospital	418 enfermeiras e 311 estudantes de enfermagem, 67% das enfermeiras estavam no grupo etário dos 25-44 anos, metade das enfermeiras era casada.	25,5% das enfermeiras eram fumadoras	Outros	N	N	Diferente para os dois grupos	N	Auto-reportada	P	N	N
Hussai n, Tjeder- Burton , Campb ell et al (1993)	Inglaterra	Hospital	1 069 trabalhadores da saúde dos quais 491 enfermeiros	Em 1987 e 1991, 61% e 67% dos enfermeiros eram não fumadores, 17% e 13% ex-fumadores e 21% e 20% fumadores, respectivamente.	NA	N	N	82	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Jaarsma, Stewart, Geest et al (2004)	Congresso de enfermagem de cardiologia	Enfermeiros que frequentaram o congresso	112 enfermeiros, 89% do sexo feminino, idade média de 41 anos (dp=9,4).	11% eram fumadores	NA	N	N	47	N	Auto-reportada	N	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controle de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Pérez, Gordo, Aguirre gavía et al (1996)	Espanha (Guadalajara)	Centros de Saúde da província Serviço Normal de Urgência	311 profissionais de saúde dos quais 98 eram enfermeiros. 53,1% eram mulheres, idade média 37,2 anos (dp=0,52), 70,7% casados, 55,3% trabalhavam em meio rural	<p>Prevalência de fumadores nos profissionais de saúde = 38,2%</p> <p>Prevalência de fumadores ocasionais nos profissionais de saúde = 6,4%</p> <p>Prevalência de ex-fumadores nos profissionais de saúde = 25,4%</p> <p>29,9% dos profissionais de saúde nunca tinham fumado</p> <p>Prevalência de fumadores habituais nos enfermeiros = 43,9%</p> <p>Prevalência de fumadores ocasionais nos enfermeiros =5,1%</p> <p>Prevalência de não-fumadores nos enfermeiros =26,5%</p> <p>Prevalência de ex-fumadores nos enfermeiros = 24,5%</p> <p>Os enfermeiros tinham maior prevalência de fumadores habituais que os médicos e menor que os outros profissionais de saúde (p<0,01)</p> <p>44,1% dos fumadores habituais eram grandes fumadores (fumavam mais de 20 cigarros/ dia) sedo a média diária de cigarros de 23,9 (dp=1,3).</p>	NA	N	N	86	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Smith, Ohmura, Yamagata et al (2003)	Japão	Hospital	305 enfermeiros com idade média de 2,0 anos (dp=7,3), horas semanais de trabalho de 48,6 horas (dp=35,1) e empregados no hospital há 7,1 anos (dp=7,1). Os locais de trabalho mais frequentes eram a cirurgia (23,0%), os cuidados intensivos (22,0%) e a medicina interna (21,0%)	22,6% dos enfermeiros fumavam	NA	S	N	84	N	Auto-reportada	N	N	N
Vandeplass, Delwiche, Evrard et al (1995)	Bélgica (?)	Hospital	273 profissionais de saúde dos quais 189 enfermeiros (69,2%). Dos 189 enfermeiros, 88,4% era do sexo feminino, com idade média 33 anos (dp=7), a exposição média ao látex era de 10 anos (dp=6), 79% usavam luvas de látex diariamente.	25% fumadores nos enfermeiros 17% ex-fumadores nos enfermeiros	NA	S	N	94	N	Medida directa	P	N	N
Yang, Yang & Pan (2001)	Taiwan	Hospitais de vários níveis	907 enfermeiros dos quais 328 eram de centros médicos, 237 de hospitais distritais e 342 de hospitais regionais. Todos do sexo feminino, com uma idade média de 27,4 anos (dp=5,4), 67% solteiros sendo que 77,5% viviam com a família. Em média exerciam enfermagem há 4,8 anos (dp=4,2)	0,9% das enfermeiras tinham fumado sendo que 0,2% eram fumadoras regulares.	NA	S	N	98	N	Auto-reportada	S	S	N
Zanetti, Gambi, Bergamaschi et al (1998)	Itália	Hospital	2443 profissionais de saúde dos quais 66% eram mulheres e 53% enfermeiros (1 313), a mediana da idade era 36 anos para as mulheres e 43 anos para os homens. 62% dos enfermeiros trabalhavam durante a noite	40% dos enfermeiros e 42% das enfermeiras fumavam 23% dos enfermeiros e 14% das enfermeiras eram ex-fumadores 37% dos enfermeiros e 44% das enfermeiras eram não fumadores	NA	NA	N	68	N	Auto-reportada	N	N	N

Quadro 51 - Evidências sobre auto-exame da mama nas enfermeiras resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	E provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Geber, Soyer, Ciceklioglu & Cimat (2006)	Turquia	Centro de saúde	215 enfermeiras dos quais 123 eram parceiras, idade média 34,1 anos (dp=6,0), o tempo médio de experiência era de 15,1 anos (dp=5,7), a maioria era casada.	51,3% das enfermeiras praticava o auto-exame de mama todos os meses. Nas enfermeiras com 40 ou mais anos, 20,9% faziam mamografias. A percentagem de mulheres que faziam mamografias era superior naquelas que percepcionavam o seu risco de cancro da mama como baixo.	NA	N	N	96	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	E provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Chong, Krishnan, Hong & Swah (2002)	Singapura	Saúde Pública	401 enfermeiras, média de 49 anos de idade (mediana 51), 80,7% chinesas, 86,2% casadas, 55% com mais de 30 anos de profissão, 70,8% a trabalhar no serviço de saúde da família, 11,6% com história de doença mamária e 30,4% com história familiar de cancro	<p>93,0% das enfermeiras faziam auto-exame da mama (AEM). 7% nunca o tinha feito por estar ocupada ou por se o esquecer Das enfermeiras que faziam AEM, 92% faziam-no regularmente mas apenas 67,2% mensalmente.</p> <p>As que não faziam AEM regularmente (8%) referiam como motivos o esquecimento e não ser necessário.</p> <p>53,6% das enfermeiras tinham feito um exame clínico às mamas no último ano.</p> <p>As enfermeiras que nunca tinham feito um exame clínico às mamas referiam o nunca ter pensado que era necessário, a timidez e o estar muito ocupada para o justificarem.</p> <p>64,8% das enfermeiras com 50 ou mais anos e 31,1% das que tinham menos de 50 anos, tinham feito uma mamografia.</p> <p>Das 49,7% que não o tinham feito apresentavam como motivos o não ser necessário e o ser muito caro.</p> <p>68,1% das enfermeiras tinha feito mamografia há 2 ou menos anos.</p> <p>Os factores que influenciavam a decisão de fazer uma mamografia eram idade igual ou superior a 50 anos, ser casada e história de doença da mama,</p>	NA	P	N	96	N	Auto-reportada	P	N	N
Haughey, Kuhn, Dittmar & Wu (1992)	EUA	Enfermeiros em UCI unidades de cuidados coronários, urgência, unidades de traumatologia e de queimados.	499 Enfermeiros, 94% mulheres, idade média 33,5 anos (dp=7,9), 60% casados, 50% com filhos	25,9% Praticava auto-exame da mama mensalmente, 91,8% ocasionalmente e 12,3% não o faziam	NA	NA	N	70	N	Auto-reportada	P	N	N

Quadro 52 - Evidências sobre consumo de medicamentos nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Canadian Institute of Health Information (2006)	Canadá	Base populacional	314 900 enfermeiros, 94,5% mulheres, 60% a trabalhar em hospitais, com idade média de 44,3 anos e o número de anos na profissão de 18,3 anos, 84% tinham trabalho fixo, 60% trabalhavam em tempo integral, 30% recebiam horas extra sendo a média de trabalho extra por semana 5,4 horas. Quase 50% trabalhava horas extra sem receber sendo a média de horas por semana de 4 horas, 19% trabalhava em duplo.	<p>Cada enfermeiro tinha tomado 1,5 medicamentos, valor superior ao da restante população</p> <p>17% das enfermeiras e 16% dos enfermeiros tinham tomado 3 ou mais medicamentos no último mês, valores superiores ao da restante população</p> <p>4% dos enfermeiros referiram ter utilizado tranquilizantes no último mês o que no caso das mulheres não era diferente mas nos homens representavam uma diferença significativa (1% na população)</p> <p>9% dos enfermeiros tinham utilizado antidepressivos, valor superior ao da população em geral</p> <p>8% dos enfermeiros tinham tomado fármacos para dormir, 82% aspirina ou outros analgésicos ou anti-inflamatórios e 22% medicamentos para o estômago, valores superiores ao da população em geral.</p>	Grupo comparativo comunitário ou populacional	P	N	NA	N	Auto-reportada	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Yang, Yang & Pan (2001)	Taiwan	Hospitais de vários níveis	907 enfermeiros dos quais 328 eram de centros médicos, 237 de hospitais distritais e 342 de hospitais regionais. Todos do sexo feminino, com uma idade média de 27,4 anos (dp=5,4), 67% solteiros sendo que 77,5% viviam com a família, exerciam enfermagem há 4,8 anos (dp=4,2)	<p>18,9% já tinham consumido benzodiazepinas sendo que 1,8% o faziam regularmente</p> <p>0,7% tinham já utilizado narcóticos.</p> <p>As enfermeiros que consumiam benzodiazepinas tinham um estado de saúde mental mais pobre (OR=3,96), tinham uma atitude face ao uso de substância positiva (OR=11,34), percepcionavam a sua saúde como pior (OR=1,96), utilizavam analgésicos (OR=4,60) e não era casadas (OR para casadas/solteiras = 0,39).</p> <p>As enfermeiras que consumiam regularmente analgésicos tinham menor probabilidade de trabalharem na UCI (OR=0,70) mas maior de terem uma atitude positiva face ao uso de substância (OR=1,62), de percepcionarem a sua saúde como pior (OR=1,56) e de usarem benzodiazepinas (OR=3,87).</p>	NA	S	N	98	N	Auto-reportada	S	S	N

Quadro 53 - Evidências sobre auto-exame da mama nas enfermeiras resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Geber, Soyer, Cicekiloglu & Cimat (2006)	Turquia	Centro de saúde	215 enfermeiras dos quais 123 eram parteiras, idade média 34,1 anos (dp=6,0), o tempo médio de experiência era de 15,1 anos (dp=5,7), a maioria era casada.	51,3% das enfermeiras praticava o auto-exame de mama todos os meses. Nas enfermeiras com 40 ou mais anos, 20,9% faziam mamografias. A percentagem de mulheres que faziam mamografias era superior naquelas que percepcionavam o seu risco de cancro da mama como baixo.	NA	N	N	96	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	E provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Chong, Krishnan, Hong & Swah (2002)	Singapura	Saúde Pública	401 enfermeiras, média de 49 anos de idade (mediana 51), 80,7% chinesas, 86,2% casadas, 55% com mais de 30 anos de profissão, 70,8% a trabalhar no serviço de saúde da família, 11,6% com história de doença mamária e 30,4% com história familiar de cancro	<p>93,0% das enfermeiras faziam auto-exame da mama (AEM). 7% nunca o tinha feito por estar ocupada ou por se o esquecer Das enfermeiras que faziam AEM, 92% faziam-no regularmente mas apenas 67,2% mensalmente. As que não faziam AEM regularmente (8%) referiam como motivos o esquecimento e não ser necessário. 53,6% das enfermeiras tinham feito um exame clínico às mamas no último ano. As enfermeiras que nunca tinham feito um exame clínico às mamas referiam o nunca ter pensado que era necessário, a timidez e o estar muito ocupada para o justificarem. 64,8% das enfermeiras com 50 ou mais anos e 31,1% das que tinham menos de 50 anos, tinham feito uma mamografia. Das 49,7% que não o tinham feito apresentavam como motivos o não ser necessário e o ser muito caro. 68,1% das enfermeiras tinha feito mamografia há 2 ou menos anos. Os factores que influenciavam a decisão de fazer uma mamografia eram idade igual ou superior a 50 anos, ser casada e história de doença da mama,</p>	NA	P	N	96	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	E provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Haughey, Kuhn, Dittmar & Wu (1992)	EUA	Enfermeiros em UCI unidades de cuidados coronários, urgência, unidades de traumatologia e de queimados.	499 Enfermeiros, 94% mulheres, idade média 33,5 anos (dp=7,9), 60% casados, 50% com filhos	25,9% Praticava auto-exame da mama mensalmente, 91,8% ocasionalmente e 12,3% não o faziam	NA	NA	N	70	N	Auto-reportada	P	N	N

Quadro 54 - Evidências sobre rastreio do cancro nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Haughey, Kuhn, Dittmar & Wu (1992)	EUA	Enfermeiros em unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados coronários, urgência, unidades de traumatologia e de queimados.	499 enfermeiros, 94% mulheres, idade média 33,5 anos (dp=7,9), 60% casados, 50% com filhos	79,6% das enfermeiras tinham realizado o exame de Papa Nicolau no último ano ou nos últimos 2 anos.	NA	NA	N	70	N	Auto-reportada	P	N	N

Quadro 55 - Evidências sobre prática de exercício físico nos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Gomes (2004)	Portugal (Coimbra)	Centros de saúde	200 enfermeiros, 87,5% do sexo feminino. Média de idades dos enfermeiros de 37,4 anos (dp=8,26). O mais frequente eram os enfermeiros com idades entre os 30 e os 34 anos (28,5%), 51% tinham bacharelato. A antiguidade na função pública era de 16,1 anos (dp=8,43) e a antiguidade na categoria era de 7,4 anos (dp=6,18)	56,5% dos enfermeiros sentiam-se bem com a sua condição física, 24,5% assim-assim, 10,5% muito bem e 6,5% mal e 2,0% muito mal. 68,5% dos enfermeiros tinham feito alguma actividade física nos últimos 12 meses.	NA	N	N	55	N	Auto-reportada	P	N	N
Gunnarsdóttir, Tomasson & Rafnsdóttir (2004)	Islândia	Lares de idosos, hospitais geriátricos	1 515 participantes dos quais 242 enfermeiros	Entre 13 e 14% dos enfermeiros não faziam exercício regularmente	NA	P	N	80	N	Auto-reportada	P	N	N
Haughey, Kuhn, Dittmar & Wu (1992)	EUA	Enfermeiros em unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados coronários, urgência, unidades de traumatologia e de queimados.	499 enfermeiros, 94% mulheres, idade média 33,5 anos (dp=7,9), 60% casados, 50% com filhos	13,5% eram inactivos, 43,5% e 43,0% realizavam actividade física 1-2 vezes e 3 ou mais vezes por semana, respectivamente	NA	NA	N	70	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Hope, Kelleher, O'Connor (1998)	Irlanda (?)	Hospital	418 enfermeiras e 311 estudantes de enfermagem Todas as enfermeiras, 67% das enfermeiras estavam no grupo etário dos 25-44 anos. Metade das enfermeiras era casada.	50,2% das enfermeiras faziam exercício físico 3 ou mais vezes por semana	Outros	N	N	Diferente para os dois grupos	N	Auto-reportada	P	N	N
Jaarsma, Stewart, Geest et al (2004)	Congresso de enfermagem de cardiologia	Enfermeiros que frequentaram o congresso	112 enfermeiros sendo que 89% eram do sexo feminino com idades entre os 23 e os 60 anos (idade média de 41 anos (dp=9,4).	27% não praticavam exercício físico regular	NA	N	N	47	N	Auto-reportada	N	N	N

Quadro 56 - Evidências sobre alimentação dos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controle de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Gomes (2004)	Portugal (Coimbra)	Centros de saúde	200 Enfermeiros, 87,5% do sexo feminino, 37,4 anos (dp=8,26), 51% tinham bacharelato. A antiguidade na função pública era de 16,1 anos (dp=8,43) e a antiguidade na categoria era de 7,4 anos (dp=6,18)	47% dos enfermeiros tinham mantido a mesma alimentação nos últimos 12 meses, 26,5% melhorou, 15,5% piorou e 8,5% melhorou muito. A degradação da alimentação teve a ver com a falta de tempo (33,7%) e os horários de trabalho (19,1%).	NA	N	N	55	N	Auto-reportada	P	N	N
Haughey, Kuhn, Dittmar & Wu (1992)	EUA	Enfermeiros em unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados coronários, urgência, unidades de traumatologia e de queimados.	499 Enfermeiros, 94% mulheres, idade média 33,5 anos (dp=7,9), 60% casados, 50% com filhos	51,4% ou não bebiam café ou limitava o seu consumo a 1-2 chávenas por dia, 57% comiam de forma variada, 39,6% limitavam a ingestão de gorduras, 47,9% de sal e 40,5% de açúcar	NA	NA	N	70	N	Auto-reportada	P	N	N
Hope, Kelleher, O'Connor (1998)	Irlanda (?)	Hospital	418 Enfermeiras e 311 estudantes de enfermagem. 67% das enfermeiras estavam no grupo etário dos 25-44 anos. Metade das enfermeiras era casada.	60,8% acreditava ter uma alimentação saudável	Outros	N	N	Diferente para os dois grupos	N	Auto-reportada	P	N	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis?
Yang, Yang & Pan (2001)	Taiwan	Hospitais de vários níveis	907 Enfermeiros dos quais 328 eram de centros médicos, 237 de hospitais distritais e 342 de hospitais regionais. Todos do sexo feminino, com uma idade média de 27,4 anos (dp=5,4), 67% solteiros sendo que 77,5% viviam com a família. Em média exerciam enfermagem há 4,8 anos (dp=4,2)	86,7% já tinham consumido café e 44,7% consumiam-no com regularidade	NA	S	N	98	N	Auto-reportada	S	S	N

Quadro 57 - Evidências sobre outros comportamentos ligados à saúde dos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	E provavel que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Aronsson, Gustafsson & Dalner (2000)	Suécia	<i>Statistics Sweden monthly labour market surveys</i>	3801 Trabalhadores, 27% com idade entre os 26 e os 35 anos, 42% com crianças em casa, 65% a trabalhar a tempo inteiro.	54% dos enfermeiros seniores e parteiras e 49% das enfermeiras tinham trabalhado apesar de estarem doentes. Quer os enfermeiros seniores e parteiras (OR=3,93; IC= [1,72;8,94]) quer os enfermeiros (OR=2,71; IC= [1,33;5,25]) tinham maior probabilidade de trabalhar doentes quando comparados com os gestores e estavam entre as profissões com maior probabilidade de trabalho apesar da doença.	NA	P	N	NA	N	Registo	S	N	N
Blackwell (2004)	EUA	Lista nacional de enfermeiras (<i>nurse practitioners</i>)	321 Enfermeiros, 93,8% com idades entre os 30 e os 59 anos de idade, 92,8% brancos, 97,4% mulheres, 72,0% casados, 60,7% eram enfermeiros entre 11 e 25 anos, 77,8% eram NP há pouco tempo	26,2% receberam cuidados de outro enfermeiro (NP) no último ano: 66,7% para exames físicos anuais, 35,7% para cuidar de um problema agudo e 20,2% por um problema crónico. 69,4% eram conscienciosos em relação à sua saúde e realizam exames físicos regulares. Tinha maior probabilidade de se auto-diagnosticarem e auto-tratarem problemas menores de saúde (98,1%). 82,6% Recebiam os cuidados de saúde formais de um médico.	NA	N	N	61	N	Auto-reportada	P	N	N

Quadro 58 - Evidências sobre auto-percepção do estado de saúde dos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi selecionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	estudos e a população alvo pertencem à mesma	diferente do contexto da população alvo a ponto dos
Batt, Le Duff & Trouve (1999)	França	Instituição de formação de enfermeiros	233 Enfermeiros, 222 mulheres, idade média 46 anos. O mais frequente era os enfermeiros terem entre 20 e 24 anos de antiguidade na profissão.	80,7% dos enfermeiros consideraram-se de boa saúde	NA	N	N	81	N	Auto-reportada	P	N	N
Blackwell (2004)	EUA	Lista nacional de enfermeiras (<i>nurse practitioners</i>)	321 Enfermeiros, 93,8% com idades entre os 30 e os 59 anos de idade, 92,8% brancos, 97,4% mulheres, 72,0% casados, 60,7% eram enfermeiros entre 11 e 25 anos, 77,8% eram NP há pouco tempo	O score médio de saúde geral era de 79,7 (dp=16,1) e o de saúde mental de 75,8 (dp=13,5) (MOS-SF 36). Estes scores estavam acima da média populacional. 38,3% classificavam o seu estado de saúde como excelente 45,8% classificavam o seu estado de saúde como muito bom	NA	N	N	61	N	Auto-reportada	P	N	N
Canadian Institute of Health Information (2006)	Canada	Todos (base populacional)	314 900 Enfermeiros das quais 94,5% mulheres, 60% a trabalhar em hospitais, com idade média de 44,3 anos e o número de anos na profissão de 18,3 anos, 84% tinham trabalho fixo, 60% trabalhavam em tempo integral, 30% recebia horas extra sendo a média de trabalho extra por semana 5,4 horas. Quase 50% trabalhava horas extra sem receber sendo a média de horas por semana de 4 horas, 19% trabalhava em duplo.	A maioria dos enfermeiros e dos restantes trabalhadores auto-percepcionavam a sua saúde como pelo menos boa não existindo diferenças entre os dois grupos.	Grupo comparativo comunitário ou populacional	P	N	NA	N	Auto-reportada	S	S	N

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	Os estudos e a população alvo pertencem à mesma	diferente do contexto da população alvo a ponto dos
Escribá, Perez-Hoyos & Bolumar (1992)	Espanha (Valência)	Hospital	606 enfermeiras e 367 enfermeiros	56,4% das enfermeiras consideravam o seu estado de saúde como regular ou mau 48,3% dos enfermeiros homens, consideravam ter um estado de saúde regular ou mau	NA	P	N	NA	N	Auto-reportada	P	S	N
Gomes (2004)	Portugal (Coimbra)	Centros de saúde	200 Enfermeiros, 87,5% do sexo feminino, 51% tinham bacharelato. A antiguidade na função pública era de 16,1 anos (dp=8,43) e a antiguidade na categoria era de 7,4 anos (dp=6,18)	64,5% dos enfermeiros considerava o seu estado de saúde como bom e 23,5% assim-assim, 11% como muito bom e 1% como mau. 71% dos enfermeiros considerava que a sua saúde se tinha mantido nos último meses, 10% que tinha melhorado, 9% que tinha piorado, 7,5% que tinha melhorado muito e 0,5% que tinha piorado muito.	NA	N	N	55	N	Auto-reportada	P	N	N

Quadro 59 - Evidências sobre qualidade de vida e bem-estar dos enfermeiros resultantes de estudos transversais – referência (ref), local, contexto, participantes, resultados, avaliação da validade interna e da validade externa (NA – não se aplica; N – não; S – sim; P – parcialmente)

Ref	Local	Contexto	Participantes	Resultados	Como foi seleccionado o grupo comparativo?	Foi feito o controlo de confundimentos?	Taxa de participação	Qual a taxa de resposta?	Descrição dos não participantes	Avaliação da exposição/ intervenção/ condição de interesse	O estudo tem interesse para a população alvo?	É provável que os sujeitos em estudos e a população alvo pertençam à mesma população?	O contexto do estudo é diferente do contexto da população alvo a ponto dos resultados não serem aplicáveis
Gunnarsdottir, Tomasson & Rafnsdottir (2004)	Islândia	Lares de idosos, hospitais geriátricos	1 515 participantes dos quais 242 enfermeiros	Em média, os enfermeiros tinham maiores níveis de bem estar físico (7,7 de 1 a 10 ; dp=1,5) e de bem-estar mental (8,3 de 1 a 10; dp=1,3) que os restantes trabalhadores.	NA	P	N	80	N	Auto-reportada	P	N	N

ANEXO 20

Comparação da mortalidade proporcional entre profissionais dos cuidados de saúde e grandes grupos da CNP-94

1. MEMBROS DAS FORÇAS ARMADAS²⁵

Quando se compararam as PM por causa específica de acordo com os capítulos da CID-10 dos profissionais dos cuidados de saúde do sexo masculino com os membros das forças armadas verificou-se que os profissionais dos cuidados de saúde apresentavam:

- Excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do sistema nervoso e doenças do aparelho respiratório
- Défice de mortalidade por doenças do aparelho digestivo, geniturinário e causas externas de morbidade e de mortalidade
- Excesso de mortalidade por causas externas de morbidade e mortalidade dos 25 aos 34 anos
- Excesso de mortalidade por doenças do aparelho circulatório dos 45 aos 54 anos e dos 65 aos 74 anos

Neste caso até aos 44 anos e mais frequente era não existirem diferenças na mortalidade pela maioria das causas consideradas entre os profissionais dos cuidados de saúde do sexo masculino e os seus congéneres membros das forças armadas. A única exceção era as causas externas de morbidade e de mortalidade (Quadro 1).

Quadro 1 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos profissionais dos cuidados de saúde do sexo masculino e os membros das forças armadas do mesmo sexo total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP						Total
	25 a 34 anos	35 a 44 anos	45 a 54 anos	55 a 64 anos	65 a 74 anos	Mais de 74 anos	
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	.*	-	-	-	∞	∞	∞
Tumores	0,0	0,0	1,4	2,6	0,6	0,8	1,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	0,0	-	∞	0,6	0,7
Doenças do sistema nervoso	-	-	0,0	0,0	1,5	6,7	2,3
Doenças do aparelho circulatório	0,0	0,0	2,9	0,6	2,1	0,8	1,2
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	3,5	2,9	2,2	1,6
Doenças do aparelho digestivo	-	-	0,7	0,0	0,0	1,5	0,4
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	0,0	-	0,6	0,3

²⁵ Uma vez que só dois dos membros das forças armadas eram do sexo feminino, apenas se analisou a RMP nos indivíduos do sexo masculino.

Causa de morte	RMP						Total
	25 a 34 anos	35 a 44 anos	45 a 54 anos	55 a 64 anos	65 a 74 anos	Mais de 74 anos	
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	-	0,0	1,9	1,2	0,7	1,1	0,8
Causas externas de morbidade e de mortalidade	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,4

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

2. QUADROS SUPERIORES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, DIRIGENTES E QUADROS SUPERIORES DE EMPRESAS

Ao comparar as PM por causa específica dos profissionais dos cuidados de saúde com as PM dos quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas verificou-se que os profissionais dos cuidados de saúde apresentavam:

- Um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho respiratório e algumas doenças infecciosas e parasitárias
- Um défice de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e doenças do aparelho geniturinário.

As mulheres, profissionais dos cuidados de saúde, quando comparadas com as suas congéneres do grande grupo profissional dos quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas apresentavam:

- Um excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do sistema nervoso e doenças do aparelho circulatório
- Um défice de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho respiratório doenças do sistema geniturinário e causas externas de morbidade e mortalidade

Até aos 44 anos de idade a tendência era não existirem diferenças na mortalidade dos profissionais dos cuidados de saúde e dos quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas. A exceção continuavam a ser as mortes por causas externas de morbidade e de mortalidade onde existia um nítido excesso e onde os padrões masculino e feminino eram idênticos aos já descritos (Quadro 2).

Quadro 2 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos profissionais dos cuidados de saúde e os quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos			M	F	T
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T			
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0,0	-*	0,0	0,0	-	0,0	0,0	∞	1,6	-	-	-	∞	-	∞	3,1	-	1,9	1,8	1,0	1,6
Tumores	-	-	-	0,0	0,7	0,9	1,1	0,7	1,3	1,2	1,1	1,6	0,9	0,3	0,7	1,0	3,0	1,2	0,9	1,1	1,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	1,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	-	-	2,6	1,1	3,5	2,3	∞	2,5	2,5	2,1	2,6
Doenças do aparelho circulatório	0,0	-	0,0	-	-	-	0,5	∞	0,5	0,5	-	0,2	1,1	2,2	1,3	0,7	1,3	0,9	0,8	1,9	0,9
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	0,0	1,0	0,0	-	-	-	∞	-	∞	10,4	∞	10,9	1,9	0,0	1,0	3,2	0,2	1,8
Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	-	-	2,8	1,0	1,6	0,0		0,0	0,0	∞	1,2	1,2	-	0,8	1,2	∞	0,9
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	1,0	0,0	0,5	0,9	0,0	0,4
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	2,8	-	1,6	1,0	∞	0,9	0,5	-	0,4	0,9	0,3	0,8	0,8	0,5	0,7
Causas externas de morbidade e de mortalidade	3,0	-	3,0	0,0	2,7	1,6	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	-	1,0	0,6	0,3	0,5

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

3. ESPECIALISTAS DAS PROFISSÕES INTELLECTUAIS E CIENTÍFICAS NÃO PROFISSIONAIS DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Compararam-se as PM por causa específica (de acordo com os capítulos da CID-10) dos profissionais dos cuidados de saúde e dos especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde.

Concluiu-se que os profissionais dos cuidados de saúde, quando comparados com os especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde, apresentavam:

- Um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso e aparelho digestivo;
- Um défice de mortalidade por doenças do aparelho geniturinário.

As mulheres profissionais dos cuidados de saúde, quando comparadas às congéneres dos especialistas das profissões intelectuais e científicas excepto as profissionais dos cuidados de saúde do grande grupo 2 tinham:

- Excesso de óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do sistema nervoso e do aparelho digestivo;
- Défice de óbitos por doenças do aparelho geniturinário.

Os homens deste grupo profissional apresentavam um excesso de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho respiratório e do aparelho digestivo.

Até aos 44 anos de idade a tendência era para não existirem diferenças na mortalidade por causa específica entre os profissionais dos cuidados de saúde e os especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde. Por outro lado, mantinha-se o padrão de excesso de mortalidade por causas externas de morbilidade e de mortalidade entre os PCS deste grupo etário (Quadro 3).

Quadro 3 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos profissionais dos cuidados de saúde e nos especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	∞	1,2	0,0	-	0,0	0,9	-	0,7	2,8	-	2,2	0,7	∞	0,8
Tumores	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	1,6	1,1	0,9	1,1	1,0	1,3	1,3	0,8	0,5	0,6	0,8	2,9	1,2	0,8	1,4	1,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,3	0,0	0,5	1,8	1,3	1,7	2,1	0,5	1,3
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0,0		0,0	0,0		0,0	∞	∞	∞	1,2	2,7	1,4	1,4	6,5	1,9
Doenças do aparelho circulatório	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,0	0,8	0,9	0,0	0,3	1,2	1,9	1,4	0,8	0,7	0,8	0,9	0,8	0,9
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	2,7	-	1,5	1,7	1,4	1,6	1,7	0,0	1,0	2,0	0,3	1,3
Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	-	-	2,5	-	1,7	0,0	-	0,0	-	∞	∞	1,8	-	1,4	1,7	∞	1,7
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,7	-	0,6	0,6	-	0,4
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	2,5	0,0	1,4	2,7	∞	2,9	0,9	0,0	0,4	0,7	1,4	0,9	0,9	0,7	0,8
Causas externas de morbilidade e de mortalidade	1,8	0,0	2,1	0,0	∞	3,2	0,0		0,0	0,0		0,0		0,0	0,0	2,8	0,0	1,1	0,7	0,6	0,6

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

4. TÉCNICOS E PROFISSIONAIS DE NÍVEL INTERMÉDIO QUE NÃO PROFISSIONAIS DOS CUIDADOS DE SAÚDE

A análise comparativa da PM dos profissionais dos cuidados de saúde e dos profissionais de nível intermédio que não profissionais dos cuidados de saúde revelou que os profissionais dos cuidados de saúde tinham:

- Um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso e por doenças do aparelho respiratório
- Um défice de mortalidade por causas externas de morbilidade e de mortalidade

Por outro lado, os profissionais dos cuidados de saúde do sexo feminino tinham um excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho digestivo.

Por outro lado, as mulheres apresentavam um défice de mortalidade por doenças do aparelho respiratório, aparelho geniturinário, por sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte e por causas externas de morbilidade e de mortalidade;

Nos homens, existia um excesso de mortes por doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho respiratório e do aparelho geniturinário e um défice de mortes por causas externas de morbilidade e de mortalidade

Estes e outros achados podem ser observados no Quadro 4.

Quadro 4 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos profissionais dos cuidados de saúde e técnicos e profissionais de nível intermédio não profissionais dos cuidados de saúde total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-*	-	-	0	-	0	0	1,0	0,6	0	-	0,0	1,8	-	1,3	1,4	-	1,0	0,5	∞	0,5
Tumores	0	0	0	0	0,6	0,7	1,6	1,1	1,6	1,0	1,4	1,5	0,7	0,4	0,6	1,1	2,4	1,5	0,9	1,3	1,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	0	3,5	-	2,5	0,5	∞	0,6	1,3	0,8	1,0
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,5	0,8	2,5	1,4	∞	1,7	2,9	1,6	2,6
Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	0		0	0,6	1,3	0,7	0,7	1,0	0,3	1,0	3,1	1,2	0,9	0,9	1,0	1,0	1,6	1,1
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	0	-	0	8,4	-	3,7	∞	0,8	7,5	1,6	0	1,0	3,3	0,4	2,0
Doenças do aparelho digestivo	0	-	0	0	-	0	∞	-	∞	0	-	0,0	-	∞	∞	0,9	-	0,7	1,1	∞	1,0
Doenças do aparelho geniturinário	-	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	∞	-	∞	3,3	0	1,0
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	-	0	-	0	0	1,9	-	1,2	4,2	0,8	2,4	0,9	0	0,5	0,5	0,2	0,4	0,9	0,3	0,7
Causas externas de morbilidade e de mortalidade	2,0	0	1,8	0	2,3	2,2	0	0	0	0	0	0	0	-	0,0	0,7	-	0,5	0,4	0,2	0,3

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

5. PESSOAL ADMINISTRATIVO E SIMILARES

Os cálculos das RMP entre os PCS e o grande grupo profissional do pessoal administrativo e similares revelou que os profissionais dos cuidados de saúde, quando comparados com o pessoal administrativo e similares apresentavam:

- Um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso quer pertencesse ao sexo masculino quer ao feminino
- Um défice de mortalidade por doenças do aparelho geniturinário.

A análise para os profissionais dos cuidados de saúde do sexo feminino mostrou que se mantinha o excesso por doenças do sistema nervoso e que existia, igualmente, um excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias. Por outro lado era visível um défice de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho respiratório, do aparelho digestivo e do aparelho geniturinário.

Já para os homens, profissionais dos cuidados de saúde, era patente um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso e do aparelho respiratório, quando comparados com os seus congéneres do pessoal administrativo e similares.

No grupo etário dos 25 aos 34 anos de idade e dos 35 aos 44 anos de idade verificou-se que os profissionais dos cuidados de saúde apresentavam um défice de mortalidade por todas as causas excepto por causas externas de morbilidade e de mortalidade onde se verificava existir um excesso de mortalidade que se devia, única e exclusivamente, ao excesso de óbitos por esta causa nos indivíduos do sexo masculino do grupo etário dos 25 aos 34 anos e dos do sexo feminino (RMP=3,3) do grupo etário dos 45 aos 44 anos de idade (Quadro 5).

Quadro 5 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos profissionais dos cuidados de saúde e no pessoal administrativo e similares total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-*	0	0	0	0	0	0	∞	2,4	0	-	0	5,7	-	4,4	0,7	-	0,5	1,1	∞	1,0
Tumores	0	0	0	0	0,7	0,8	1,3	1,4	1,5	1,0	1,7	1,5	0,5	0,1	0,4	1,0	8,1	1,5	0,8	1,2	1,0
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	0	-	0	0	0	0	0	-	0	5,7	-	4,4	1,2	0,2	0,6	1,1	0,3	0,7
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0	-	0	0	-	0	5,7	∞	13,3	2,2	0,7	1,6	2,5	2,4	2,5
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	-	0	0,8	0,6	0,7	0,8	0	0,3	1,3	6,6	1,7	0,8	0,9	0,9	1,0	1,2	1,1
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	0	0	0	11,9	1,0	5,3	3,9	∞	4,4	1,5	0	0,8	2,4	0,3	1,5
Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	-	-	6,8	0	2,4	0	0	0	0	∞	1,1	6,3	-	4,3	1,5	0,4	1,0
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	-	0	-	0	-	-	-	0	-	0	0,4	0	0,2	0,5	0	0,3
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	1,0	0	0	0	0	1,9	0	1,2	2,3	1,5	1,8	1,2	0	0,6	0,6	1,1	0,7	1,0	0,7	0,8
Causas externas de morbidade e de mortalidade	4,5	1,0	8,5	0	3,3	4,4	0	0	0	0	0	0	0		0	2,0		1,4	0,7	0,7	0,7

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

6. PESSOAL DOS SERVIÇOS E VENDEDORES

Quando se compararam as PM dos profissionais dos cuidados de saúde com as do pessoal dos serviços e vendedores verificou-se existir um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso que se tornava evidente, em ambos os sexos, a partir dos 65 anos de idade.

Por outro lado existia um défice de mortalidade por doenças do aparelho geniturinário que era comum aos dois sexos e transversal a todos os grupos etários.

Nas mulheres profissionais dos cuidados de saúde salientava-se, ainda, um excesso de mortalidade por tumores e um défice de mortalidade doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, transversal a todos os grupos etários, e por doenças do aparelho respiratório.

Nos profissionais dos cuidados de saúde do sexo masculino era também digna de nota a RMP por doenças do aparelho respiratório que indicava a existência de um excesso de óbito por esta causa específica.

Nos grupos etários dos 25 aos 34 anos de idade e dos 35 aos 44 anos, existia um excesso de mortalidade por causas externas de morbilidade e de mortalidade que se devia, no primeiro, a um excesso de mortes por esta causa específica nos homens e no segundo nas mulheres (Quadro 6).

Quadro 6 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos profissionais dos cuidados de saúde e no pessoal dos serviços e vendedores total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	0	0	0	2,0	1,8	0	0	0	3,7	0	2,2	2,8	0	1,3	1,2	0,4	0,8
Tumores	0	-*	0	0	0,8	1,2	1,0	1,3	1,2	1,4	1,7	1,9	0,9	0,3	0,6	1,4	5,1	1,9	1,1	1,8	1,4
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	1,9	0	0,9	0,7	0,5	0,6	1,0	0,4	0,7
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	-	0	2,5	∞	5,7	2,7	1,2	2,2	2,5	2,0	2,4
Doenças do aparelho circulatório	0	-	0	0	0	0	1,5	1,0	1,3	0,7	0	0,3	1,2	1,2	1,3	0,6	0,9	0,8	0,8	0,9	0,9
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	0	-	0	5,1	-	2,3	1,7	2,3	1,7	1,4	0	0,8	1,7	0,2	1,1
Doenças do aparelho digestivo	-	0	0	0	0	0	1,3	-	1,0	0	0	0	0	∞	0,8	1,1	0	0,7	0,7	0,6	0,5
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	0	0	0	-	0	0	-	0	0	0	0	0,5	0	0,3	0,5	0	0,3
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	0	0	0	0	0	2,0	0	1,4	1,9	1,6	1,5	0,8	0	0,5	0,7	0,5	0,7	0,9	0,6	0,7
Causas externas de morbidade e de mortalidade	2,4	0	2,3	0	4,3	4,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,8	0	1,0	0,6	0,4	0,5

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

7. AGRICULTORES E TRABALHADORES QUALIFICADOS DA AGRICULTURA E PESCA

Os profissionais dos cuidados de saúde, quando comparados com os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca, apresentavam um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso (a partir dos 65 anos de idade em ambos os sexos), algumas doenças infecciosas e parasitárias e tumores (especialmente nas mulheres). Por outro lado, registava-se um défice de mortalidade por doenças do aparelho geniturinário.

Nos profissionais dos cuidados de saúde do sexo masculino, mantinha-se o excesso de mortalidade pelas causas referidas anteriormente e não existia défice de mortalidade assinalável. Já nas mulheres, e embora se mantivesse o excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias, tumores e doenças do sistema nervoso verificava-se um défice de óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho geniturinário e por sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.

À semelhança do que já se tinha verificado quando comparados com outros grandes grupos profissionais, os profissionais dos cuidados de saúde dos 25 aos 34 anos e dos 35 aos 44 anos apresentavam um excesso de mortalidade por causas externas de morbilidade e de mortalidade quando comparados com os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca (Quadro 7).

Quadro 7 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos profissionais dos cuidados de saúde e nos agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	.*	-	-	0	-	0	0	∞	2,3	-	-	-	3,5	-	2,5	2,4	0	1,4	2,3	3,2	2,0
Tumores	-	-	-	0	∞	0,9	1,4	1,6	1,8	1,5	1,8	2,2	1,2	0,4	0,9	1,6	3,4	2,1	1,5	2,9	1,9
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	0	-	0	-	-	-	0	-	0	1,5	0	0,7	1,0	0,5	0,8	1,0	0,2	0,6
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	0	-	0	-	-	-	0	-	0	2,9	4,9	5,0	5,2	3,6	4,6	3,5	3,1	3,6
Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	0	-	0	0,7	1,3	0,8	0,9	0	0,3	1,0	1,3	1,2	0,6	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7
Doenças do aparelho respiratório	0		0	0	-	0	0		0	5,2	0	1,9	1,4	3,3	1,4	1,4	0	0,9	1,4	0,2	0,9
Doenças do aparelho digestivo	0	-	0	0	0	0	1,6	0	0,7	0	0	0	0	3,3	0,8	1,3	0	0,8	0,9	0,6	0,7
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0,6	0	0,4	0,5	0	0,3
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	-	-	0	-	0	1,8	-	1,0	1,6	0,9	1,2	0,7	0	0,4	0,4	0,4	0,4	0,7	0,3	0,6
Causas externas de morbilidade e de mortalidade	1,6	0	1,5	0	1,3	3,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,5	0	1,0	0,7	1,2	0,7

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

8. OPERÁRIOS, ARTÍFICES E TRABALHADORES SIMILARES

Ao comparar as PM por causas específica dos profissionais dos cuidados de saúde com as PM dos operários, artífices e trabalhadores similares verificou-se que existia um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso e um défice de mortalidade por doenças do aparelho geniturinário e por causas externas de morbidade e de mortalidade.

Os profissionais dos cuidados de saúde do sexo masculino para além de apresentarem um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso também apresentavam excesso de óbitos por doenças do aparelho respiratório. Mantinha-se o défice de mortes por causas externas de morbidade e de mortalidade.

Relativamente às mulheres, profissionais dos cuidados de saúde, verificou-se que, quando comparadas com as suas congéneres do grande grupo profissional dos operários, artífices e trabalhadores similares, apresentavam um excesso de mortalidade por tumores e doenças do sistema nervoso. No entanto, tinham um défice de óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, do aparelho respiratório, digestivo, geniturinário e por sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.

No grupo etário dos 25 aos 34 anos e dos 35 aos 44 anos mantinha-se o padrão já várias vezes descrito de excesso de mortalidade por causas externas de morbidade e de mortalidade sendo que no primeiro grupo etário o excesso advinha dos homens e no segundo das mulheres (Quadro 8).

Quadro 8 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos profissionais dos cuidados de saúde e nos operários, artífices e trabalhadores similares total, por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	-*	0	0	5,1	1,5	0	0	0	6,3	0	3,6	3,7	0	1,9	0,8	0,9	0,7
Tumores	0	0	0	0	0,6	1,8	1,2	1,5	1,5	1,2	1,8	1,8	0,9	0,3	0,7	1,4	3,0	1,9	1,2	1,9	1,5
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,9	0	1,1	0,8	0,5	0,6	1,1	0,3	0,7
Doenças do sistema nervoso	0	0	0	-	-	-	0	0	0	0	0	0	2,4	6,2	4,3	3,7	1,6	2,9	3,1	2,0	3,1
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	1,0	0	0,9	5,1	1,1	0,9	0	0,3	1,1	1,5	1,3	0,6	0,9	0,8	0,9	0,9	1,0
Doenças do aparelho respiratório		0	0	0	-	0	0		0	4,4	0	1,8	1,5	2,1	1,5	1,7	0	1,0	2,1	0,3	1,3
Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	1,7	0	0,8	0	0	0	0	6,2	1,0	0,9	0	0,6	0,7	0,3	0,5
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	0	-	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0,7	0	0,3	0,7	0	0,3
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	0	0	0	0	0	2,0	0	1,0	1,3	0,8	1,0	0,6	0	0,4	0,4	0,5	0,4	0,6	0,4	0,5
Causas externas de morbidade e de mortalidade	2,5	0	2,7	0	15,5	2,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,8	0	1,3	0,4	1,0	0,4

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

9. OPERADORES DE INSTALAÇÕES E MÁQUINAS E TRABALHADORES DA MONTAGEM

Compararam-se as PM por causa específica dos profissionais dos cuidados de saúde com os operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem.

Verificou-se que, nos profissionais dos cuidados de saúde, existia um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso e por doenças do aparelho respiratório. Por outro lado, existia um défice de mortalidade por causas externas de morbidade e de mortalidade.

Quando se analisaram, separadamente, as PM por sexo, verificou-se que as mulheres, profissionais dos cuidados de saúde, tinham um excesso de mortalidade por tumores e um défice de mortalidade por doenças do aparelho respiratório.

Já no sexo masculino o padrão descrito para o total dos profissionais dos cuidados de saúde mantinha-se: excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso e do aparelho respiratório e défice de mortalidade por causas externas de morbidade e de mortalidade.

Nos grupos etários dos 25 aos 34 anos e dos 35 aos 44 anos de idade, verificou-se, novamente, que existia um excesso de mortalidade por causas externas de morbidade e de mortalidade que se fazia à custa de um excesso de óbitos por esta causa específica nos homens, no primeiro caso e das mulheres, no segundo (Quadro 9).

Quadro 9 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos profissionais dos cuidados de saúde e nos operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	-	0	0	0	0	0	0,7	0,9	0	-	0	2,1	-	1,4	1,6	-	1,1	0,6	0,5	0,5
Tumores	0	0	0	0	∞	1,5	1,1	∞	1,5	1,2	2,7	1,8	0,9	1,0	0,7	1,1	2,4	1,4	1,0	2,7	1,3
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	-	0	-	0	0	-	0	1,1	0	0,7	1,0	1,1	0,9	1,1	0,5	0,8
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0	-	0	0	-	0	2,1	1,0	3,0	6,7	1,1	4,0	3,1	1,0	2,8
Doenças do aparelho circulatório	0		0	0	-	0	1,1	0,4	1,0	1,0	0	0,3	1,0	1,0	1,1	0,7	0,7	0,8	1,0	0,6	1,0
Doenças do aparelho respiratório	0		0		-		0		0	20,9	-	7,9	2,0	1,0	1,9	1,6	0	1,0	2,7	0,2	1,6
Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	0	-	0	5,7		3,0	0	-	0	0	1,0	1,4	1,3	0	0,8	1,2	0,9	0,9
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	0	0	-	0	0,9	-	0,7	0,9	-	0,5
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0		0	0		0	1,7	0	0,9	1,4	∞	1,1	0,8	-	0,5	0,4	1,1	0,5	0,6	0,9	0,6
Causas externas de morbilidade e de mortalidade	2,7	0	2,8	0	1,3	2,3	0		0	0		0	0	-	0	1,3	-	0,9	0,4	0,9	0,4

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

10. TRABALHADORES NÃO QUALIFICADOS

Os profissionais dos cuidados de saúde, quando comparados com os trabalhadores não qualificados, apresentavam um excesso de mortalidade por tumores e por doenças do sistema nervoso. Mantinha-se, à semelhança do encontrado na comparação com os outros grandes grupos profissionais, um défice de mortalidade por causas externas de morbilidade e mortalidade.

Nos profissionais dos cuidados de saúde do sexo masculino verificou-se existir um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso e por doenças do aparelho respiratório.

No sexo feminino, embora também se verificasse o excesso de mortes por doenças do sistema nervoso, existia, no entanto, um défice de mortalidade por doenças do aparelho respiratório. Por outro lado, verificava-se, nestes indivíduos, um excesso de mortalidade por tumores à semelhança do que já tinha sido descrito na comparação com os grandes grupos profissionais do pessoal dos serviços e vendedores, agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas, operários artífices e trabalhadores similares e operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem.

Também indo ao encontro de achados anteriormente descritos, se verificou que existia um défice de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas nas mulheres profissionais dos cuidados de saúde. Notou-se, ainda, um défice de mortalidade por doenças do aparelho digestivo (RMP=0,4) e geniturinário.

Mais uma vez, se tornou evidente o padrão descrito anteriormente de excesso de mortalidade por causas externas de morbilidade e de mortalidade nos grupos etários dos 25 aos 34 anos e dos 35 aos 44 anos de idade (Quadro 10).

Quadro 10 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos profissionais dos cuidados de saúde e nos trabalhadores não qualificados total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos			M	F	T
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T			
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	0	0	0	∞	2,4	0	0	0	2,4	0	1,5	1,2	0	0,8	0,6	0,5	0,5
Tumores	- *	0	0	0	∞	1,6	1,5	∞	2,1	1,4	1,7	1,9	1,0	0,3	0,7	1,3	3,4	1,8	1,3	1,9	1,6
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	1,0	1,0	1,0	0	1,0	0	0	1,0	0	1,4	0	1,0	1,2	0,8	1,0	1,5	0,3	0,9
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	-	-	3,5	∞	9,2	11,2	1,2	∞	6,6	2,2	4,5
Doenças do aparelho circulatório	0	1,0	0	0	-	0	1,1	0,5	0,9	0,9	0	0,3	1,0	1,7	1,2	0,6	0,7	0,7	1,0	0,8	1,0
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	0	-	1,0	0	1,0	0	15,2		7,0	1,3	1,3	1,3	1,5	-	1,1	2,4	0,3	1,5
Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	0	1,0	0	1,2	1,0	0,6	0	1,0	0	0	∞	0,7	1,5	0	1,1	0,6	0,4	0,5
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	-	0	-	0	-	-	-	0	-	0	0,9	0	0,4	1,1	0	0,5
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	0	0	0	0	0	2,0	0	1,0	0,8	2,1	0,7	1,4	0	0,7	0,4	1,6	0,5	0,6	0,6	0,5
Causas externas de morbilidade e de mortalidade	1,9	-	2,1	0	7,3	3,6	0	0	0	0	1,0	0	0	0	0	1,5	1,0	1,3	0,3	1,3	0,3

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

ANEXO 21

Comparação da mortalidade proporcional entre enfermeiros e grandes grupos da CNP-94

1. MEMBROS DAS FORÇAS ARMADAS²⁶

Quando se compararam as PM por causas específicas dos enfermeiros com os membros das forças armadas (Quadro 1), foi possível constatar que os enfermeiros apresentavam um excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias e por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Os enfermeiros apresentavam, ainda, um défice de mortalidade por doenças do sistema nervoso quando comparados com os membros das forças armadas.

Importa, ainda, referir que os enfermeiros tinham um défice de mortalidade por tumores em todos os grupos etários excepto no dos maiores de 74 anos onde parecia não existir diferenças entre estes e os membros das forças armadas.

É ainda de assinalar que, os enfermeiros entre os 55 e os 64 anos de idade tinham cerca de 20 vezes mais óbitos por doenças do aparelho respiratório do que os seus congéneres dos membros das forças armadas.

Quadro 1 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos enfermeiros do sexo masculino e nos membros das forças armadas do mesmo sexo por grupo etário

Causa de morte	RMP						Total
	25 a 34 anos	35 a 44 anos	45 a 54 anos	55 a 64 anos	65 a 74 anos	Mais de 74 anos	
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-*	-	-	-	∞	-	∞
Tumores	0	0	0	0	0	1,1	0,6
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	0	-	-	1,8	1,9
Doenças do sistema nervoso	-	-	0	0	0	0	0
Doenças do aparelho circulatório	-	-	5,0	0	4,4	0,8	1,4
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	20,8	0	0	1,4
Doenças do aparelho digestivo	-	-	0	0	0	4,2	1,2
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	-	0	0	0	0	3,1	0,9
Causas externas de morbidade e de mortalidade	4,0	0	0	0	0	0	0,9

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

²⁶ Dado só existirem dois membros das forças armadas do sexo feminino, os dados apresentados dizem respeito, unicamente a indivíduos do sexo masculino.

2. QUADROS SUPERIORES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, DIRIGENTES E QUADROS SUPERIORES DE EMPRESAS

Os enfermeiros, quando comparados com os quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas, tinham um excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias que era comum quer aos homens quer às mulheres. Existia, também, um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso que resultava, essencialmente, de um excesso de mortalidade por esta causa nas mulheres, a partir dos 65 anos de idade.

Por outro lado, verificou-se existir um défice de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas que permanecia quando se analisavam os dados separadamente para os homens e as mulheres.

Havia, também, um défice de óbitos por doenças do aparelho respiratório e por sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.

Importa, ainda, acrescentar que, no caso das mulheres, existia, também, um excesso de mortalidade por doenças do aparelho digestivo.

Quando se comparavam, separadamente para o sexo masculino, as PM dos enfermeiros e dos quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas, notava-se, para além do já descrito anteriormente um excesso de mortalidade por doenças do aparelho digestivo mas também por doenças do aparelho respiratório.

À semelhança do que se encontrou quando as populações de referência eram os outros profissionais, os outros profissionais dos cuidados de saúde ou os membros das forças armadas, também quando comparados com os quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas os enfermeiros apresentavam um excesso de mortalidade por causas externas de morbilidade e de mortalidade dos 25 aos 34 anos e dos 35 aos 44 anos de idade. No primeiro caso à custa de um excesso de óbitos nos homens, no segundo, nas mulheres.

O Quadro 2 refere-se aos valores de RMP entre os enfermeiros e os quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas.

Quadro 2 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos enfermeiros e quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas total, por sexo, por grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	-	0	0	-	0	0	∞	5,6	-	-	-	∞	-	∞	0	-	0	5,1	∞	2,7
Tumores	-*	-	-	0	0,7	0,9	0	0,5	1,1	0	1,3	1,9	0	0,5	0,4	1,2	2,2	1,2	0,7	1,0	1,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0	-	0	-	-	-	0	2,0	7,4	0	∞	2,7	0	3,2	3,4
Doenças do aparelho circulatório	0	-	0	-	-	-	0	∞	0,9	0	-	0	2,3	1,0	1,3	0,7	1,5	1,3	1,0	1,9	1,0
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	0	-	0	-	-	-	∞	-	∞	0	-	0	0	0	0	1,7	0	0,4
Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	-	-	0	-	0	0	-	0	0	∞	3,7	3,5	∞	1,0	2,3	∞	1,2
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	2,5	0,2	1,0	0,8	0,3	0,4
Causas externas de morbidade e de mortalidade	3,0	-	3,0	0	2,7	1,6	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	1,1	0,5	0,8

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

3. ESPECIALISTAS DAS PROFISSÕES INTELLECTUAIS E CIENTÍFICAS NÃO PROFISSIONAIS DOS CUIDADOS DE SAÚDE

A sua análise revelou que os enfermeiros tinham um excesso de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e por doenças do sistema nervoso quando comparados com os especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde.

Por outro lado, existia um défice de mortalidade por doenças do aparelho respiratório .

As enfermeiras, quando comparadas com as suas congéneres especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde, apresentavam um excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias e por doenças do sistema nervoso. Por outro lado, verificava-se a existência de um défice de mortalidade por doenças do aparelho respiratório e por sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.

Já os enfermeiros do sexo masculino apresentavam um excesso de óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e por doenças do aparelho digestivo. No entanto, co-existia um défice de mortalidade por doenças do sistema nervoso.

Quando se analisaram as RMP por grupo etário, verificou-se que, até aos 64 anos, havia um défice de mortalidade nos enfermeiros quando comparados com os especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde. Constituíam excepção a esta regra, os óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias, tumores e causas externas de morbilidade e de mortalidade.

Também de referir que não existiam diferenças na mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas entre os enfermeiros e os especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde até aos 64 anos de idade.

O Quadro 3 refere-se às RMP por causas específica total, por sexo, por grupo etário e por sexo e grupo etário.

Quadro 3 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos enfermeiros e nos especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde total, por sexo, por grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	-*	0	0	-	0	0	-	4,1	0	-	0	4,6	-	2,2	0	-	0	2,0	∞	1,4
Tumores	0	0	0	0	1,3	1,6	0	0,6	1,0	0	1,4	1,5	0	0,9	0,3	1,1	2,1	1,1	0,6	1,3	1,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	5,2	2,1	3,0	4,1	0,8	1,7
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0	-	0	0	-	0	∞	∞	∞	0	4,1	1,5	0	10	2,4
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	0	0	1,7	1,4	0	0	0	2,5	0,9	1,4	0,8	0,8	1,1	1,2	0,8	1,0
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	0	-	0	16,4	-	2,9	0	0	0	0	0	0	1,1	0	0,3
Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	-	-	0	-	0	33,3	-	6,0	-	-	-	0	-	0	3,3	-	1,1
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	2,0	1,1	1,2	0,9	0,3	0,5
Causas externas de morbilidade e de mortalidade	1,8	0	2,1	0	∞	3,2	0	-	0	0	-	0	-	0	0	0	0	0	1,4	1,0	1,0

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

4. TÉCNICOS E PROFISSIONAIS DE NÍVEL INTERMÉDIO NÃO PROFISSIONAIS DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Quando se compararam os enfermeiros com os técnicos e profissionais de nível intermédio não profissionais dos cuidados de saúde, verificou-se que os primeiros apresentavam um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso e um défice de mortalidade por doenças do aparelho respiratório e por sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.

A análise das RMP para cada um dos sexos revelou que, os enfermeiros do sexo masculino apresentavam um excesso de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho digestivo. No entanto, existia um défice de mortalidade por doenças do sistema nervoso.

Já as enfermeiras, quando comparadas com as suas congéneres técnicas e profissionais de nível intermédio que não eram profissionais de saúde, apresentavam um excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do sistema nervoso e doenças do aparelho circulatório. Por outro lado existia um défice de mortalidade por doenças do aparelho respiratório, sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte e por causas externas de morbilidade e de mortalidade.

Mantinha-se o excesso de mortalidade por causas externas de morbilidade e de mortalidade nos grupos etários dos 25 aos 34 anos e dos 35 aos 44 anos de idade, com o mesmo padrão por sexo descrito nos grupos anteriores.

Até aos 44 anos de idade existiam poucas diferenças de mortalidade entre os grupos de comparação.

O Quadro 4 refere-se às RMP total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário dos enfermeiros utilizando os técnicos e profissionais de nível intermédio não profissionais dos cuidados de saúde como grupo de comparação.

Quadro 4 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos enfermeiros e nos técnicos e profissionais de nível intermédio não profissionais dos cuidados de saúde total, por sexo, por grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	Grupo etário																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-*	-	-	0	-	0	0	∞	2,1	0	-	0	9,3	-	3,9	0	-	0	1,4	∞	0,9
Tumores	-	-	-	0	0,6	0,7	0	0,7	1,4	0	1,6	1,7	0	0,7	0,3	1,5	1,8	1,4	0,6	1,1	1,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	0	0	-	0	1,5	∞	1,1	2,5	1,3	1,3
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	1,4	5,2	0	∞	1,8	0	2,5	3,4
Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	0	-	0	0	2,3	1,2	0	-	0	2,1	1,4	1,2	1,0	1,1	1,4	1,2	1,7	1,3
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	0	-	0	50	-	7,4	∞	0	0	0	0	0	1,7	0	0,4
Doenças do aparelho digestivo	0	-	0	0	-	-	∞	-	∞	16,7	-	2,4	-	∞	∞	0	-	0	2,1	-	0,7
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	-	0	-	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	1,5	0,2	0,6	0,9	0,2	0,4
Causas externas de morbilidade e de mortalidade	2,0	0	1,8	0	2,3	2,2	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0,7	0,4	0,5

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

5. PESSOAL ADMINISTRATIVO E SIMILARES

A análise das RMP nos enfermeiros, utilizando como grupo de comparação o pessoal administrativo e similares, revelou que os enfermeiros apresentavam um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso e um déficit por doenças do aparelho respiratório e por sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório não especificados em outra parte (Quadro 5).

Nas enfermeiras existia um excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do sistema nervoso e do aparelho circulatório e déficit de mortalidade por doenças do aparelho respiratório, sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte.

Já nos homens existia um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho respiratório e do digestivo.

Mantinha-se o excesso de mortalidade por causas externas de morbidade e de mortalidade dos 25 aos 44 anos. Até aos 44 anos de idade, para a maioria das causas de morte não se verificavam diferenças entre os enfermeiros e o pessoal administrativo e similares.

Quadro 5 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos enfermeiros e o pessoal administrativo e similares total, por sexo, por grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-*	0	0	0	0	0	0	∞	8,3	0	-	0	30,3	-	13,9	0	-	0	3,2	∞	1,7
Tumores	0	0	0	0	0,7	0,8	0	1,0	1,3	0	1,9	1,8	0	0,3	0,2	1,3	5,9	1,4	0,6	1,1	1,0
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	0	-	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	3,4	0,3	1,2	2,2	0,5	1,0
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0	-	0	0	-	0	0	∞	27,8	0	1,1	1,7	0	3,7	3,3
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	-	0	0	1,0	1,3	0	0	0	2,9	3,0	1,8	0,8	1,1	1,2	1,3	1,3	1,3
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	0	0	0	71,4	-	10,4	0	∞	0	0	0	0	1,2	0	0,3
Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	-	-	0	0	0	23,3	0	2,1	0	∞	0	0	-	0	2,9	0	0,7
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,7	0,9	1,0	0,9	0,3	0,5
Causas externas de morbidade e de mortalidade	4,5	-	8,5	0	3,3	4,4	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	1,4	1,1	1,1

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

6. PESSOAL DOS SERVIÇOS E VENDEDORES

Quando se compararam as PM por causa específica dos enfermeiros com as do pessoal dos serviços e vendedores, através do cálculo das RMP, verificou-se que, nos enfermeiros, existia um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso que ocorria principalmente nas mulheres. Nos homens deste grupo profissional existia um défice de mortalidade por esta causa.

Constatou-se, igualmente, que os enfermeiros tinham um défice de mortalidade por doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo e por sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte. Todos estes défices de mortalidade ocorriam, também, nos enfermeiros do sexo feminino. Nos enfermeiros do sexo feminino registou-se, ainda, um excesso de mortalidade por tumores.

Já os indivíduos do sexo masculino, enfermeiros, apresentavam um excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias e por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Até aos 44 anos de idade mantinha-se o excesso de mortalidade por causas externas de morbilidade e de mortalidade com o mesmo padrão por sexo verificado nas comparações com os outros grupos.

O Quadro 6 apresenta estes e outros achados.

Quadro 6 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos enfermeiros e o pessoal dos serviços e vendedores total, por sexo, por grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	0	0	0	3,5	6,3	0	0	0	19,6	0	6,9	0	0	0	3,3	0,6	1,4
Tumores	0	-*	0	0	0,8	1,2	0	0,9	1,1	0	1,9	2,2	0	0,5	0,3	1,8	3,7	1,8	0,8	1,6	1,4
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0	2,0	0,8	1,1	1,8	0,6	0,9
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	-	0	0	∞	11,9	0	1,9	2,4	0	3,1	3,1
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	-	0	0	1,7	2,2	0	0	0	2,5	0,6	1,3	0,7	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	0	-	0	30,3	-	4,6	0	0	0	0	0	0	0,9	0	0,2
Doenças do aparelho digestivo	-	0	0	0	0	0	0	-	0	11,6	0	1,6	0	∞	0	0	0	0	1,3	0	0,4
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,9	0,4	0,9	0,8	0,3	0,4
Causas externas de morbidade e de mortalidade	2,4	0	2,3	0	4,3	4,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,2	0,7	0,9

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

7. AGRICULTORES E TRABALHADORES QUALIFICADOS DA AGRICULTURA E PESCA

Os enfermeiros, quando comparados com os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca, apresentavam um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso (a partir dos 65 anos de idade em ambos os sexos), algumas doenças infecciosas e parasitárias e tumores (especialmente nas mulheres).

Por outro lado, registava-se um déficit de mortalidade por doenças do aparelho respiratório, aparelho digestivo e por sintomas sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte. Nos enfermeiros do sexo feminino verificou-se a existência dos mesmos défices de mortalidade.

Nos enfermeiros do sexo masculino, existia um excesso de mortalidade por tumores sendo que os óbitos por doenças do sistema nervoso eram deficitários.

Nas mulheres, e embora se mantivesse o excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias, tumores e doenças do sistema nervoso verificava-se, ainda, um excesso de óbitos por causas externas de morbidade e de mortalidade, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho geniturinário e por sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.

Mantinha-se o padrão de excesso de mortalidade (total e por sexo) por causas externas de morbidade e de mortalidade dos 25 aos 44 anos. Havia um déficit de mortalidade por grande parte das causas consideradas até aos 44 anos de idade.

O Quadro 7 refere-se às RMP entre as PM por causa específica dos enfermeiros e dos agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas.

Quadro 7 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos enfermeiros e os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas total, por sexo, por grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	Grupo etário																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-.*	-	-	0	-	0	0	∞	8,1	-	-	-	18,5	-	7,8	0	0	0	6,4	5,0	3,5
Tumores	-	-	-	0	∞	0,9	0	1,1	1,5	0	2,0	2,5	0	0,7	0,5	2,1	2,5	2,0	1,1	2,6	1,9
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	0	-	0	-	-	-	0	-	0	0	0	0	2,8	0,8	1,5	1,8	0,3	0,8
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	0	-	0	-	-	-	0	-	0	0	8,9	10,4	0	5,6	4,9	0	4,8	4,7
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	-	0	0	2,3	1,3	0	0	0	2,2	0,6	1,2	0,6	1,0	1,0	0,9	0,7	0,8
Doenças do aparelho respiratório	0	-	0	0	-	0	0	-	0	31,3	0	3,7	0	0	0	0	0	0	0,7	0	0,2
Doenças do aparelho digestivo	0	-	0	0	0	0	0	0	0	9,0	0	1,2	0	0	0	0	0	0	1,7	0	0,4
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	-	-	0	-	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	1,1	0,3	0,6	0,7	0,2	0,3
Causas externas de morbidade e de mortalidade	1,6	0	1,5	0	1,3	3,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,4	1,9	1,1

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

8. OPERÁRIOS, ARTÍFICES E TRABALHADORES SIMILARES

Ao comparar as PM por causas específica dos enfermeiros com as PM dos operários, artífices e trabalhadores similares verificou-se que existia um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso e um déficit de mortalidade por doenças do aparelho respiratório, do aparelho digestivo e por sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte.

Analisando, separadamente, os indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino, foi possível constatar que os enfermeiros do sexo masculino apresentavam um déficit de mortalidade por doenças do sistema nervoso e excesso de óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias (RMP=2,1) e por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Relativamente às mulheres, enfermeiras, verificou-se que, quando comparadas com as suas congêneres do grande grupo profissional dos operários, artífices e trabalhadores similares, apresentavam um excesso de mortalidade por tumores e doenças do sistema nervoso. No entanto, tinham um déficit de óbitos por doenças do aparelho respiratório, digestivo e por sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.

No grupo etário dos 25 aos 34 anos e dos 35 aos 44 anos mantinha-se o padrão já várias vezes descrito de excesso de mortalidade por causas externas de morbidade e de mortalidade sendo que no primeiro grupo etário o excesso advinha dos homens e no segundo das mulheres.

O Quadro 8 apresenta as RMP entre os enfermeiros e os operários, artífices e trabalhadores similares por causa específica de acordo com o sexo, o grupo etário e o sexo e o grupo etário.

Quadro 8 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos enfermeiros e os operários, artífices e trabalhadores similares total, por sexo, por grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	Grupo etário																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	-*	0	0	8,9	5,2	0	0	0	33,3	0	11,4	0	0	0	2,1	1,4	1,2
Tumores	0	0	0	0	0,6	1,8	0	1,1	1,3	0	2,0	2,1	0	0,6	0,4	1,9	2,2	1,8	0,8	1,7	1,5
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,2	0,7	1,2	2,2	0,4	1,0
Doenças do sistema nervoso	0	0	0	-	-	-	0	0	0	0	-	0	0	11,1	8,9	0	2,6	3,1	0	3,1	3,9
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	-	0	0	8,9	1,8	0	0	0	2,4	0,7	1,3	0,7	1,1	1,1	1,1	1,0	1,1
Doenças do aparelho respiratório	-	0	0	0	-	0	0	-	0	26,3	0	3,5	0	0	0	0	0	0	1,1	0	0,3
Doenças do aparelho digestivo	0	-	0	0	0	0	0	0	0	12,8	0	1,6	0	0	0	0	0	0	1,3	0	0,3
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,1	0,4	0,6	0,6	0,2	0,3
Causas externas de morbidade e de mortalidade	2,5	0	2,7	0	15,5	2,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,8	1,6	0,7

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

9. OPERADORES DE INSTALAÇÕES E MÁQUINAS E TRABALHADORES DA MONTAGEM

Compararam-se as PM por causa específica dos enfermeiros com os operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem.

Verificou-se que, nos enfermeiros, existia um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso. Por outro lado, verificava-se um défice de mortalidade por doenças do aparelho respiratório e por sintomas, sinais e resultados de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.

Quando se analisaram, separadamente por sexo, a RMP, verificou-se que as mulheres, profissionais dos cuidados de saúde, tinham um excesso de mortalidade por tumores e um défice de mortalidade por doenças do aparelho respiratório e do aparelho digestivo.

Já no sexo masculino verificava-se um excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e doenças do aparelho digestivo e défice de mortalidade por doenças do sistema nervoso.

Nos grupos etários dos 25 aos 34 anos e dos 35 aos 44 anos de idade, verificou-se, novamente, que existia um excesso de mortalidade por causas externas de morbilidade e de mortalidade que se fazia à custa de um excesso de óbitos por esta causa específica nos homens, no primeiro caso e das mulheres, no segundo.

Até aos 45 anos de idade verificava-se, quer para os homens quer para as mulheres um défice de mortes pelas causas específicas consideradas.

O Quadro 9 refere-se à RMP dos enfermeiros, utilizando como grupo de comparação os operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem.

Quadro 9 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos enfermeiros e nos operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem total, por sexo, por grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	Grupo etário																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	-	0	0	0	0	0	1,3	3,0	0	-	0	11,1	-	4,3	0	-	0	1,7	0,7	0,8
Tumores	0	0	0	0	∞	1,5	0	∞	1,3	0	3,0	2,1	0	1,8	0,4	1,4	1,8	1,3	0,7	2,4	1,3
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	-	0	-	0	0	-	0	0	0	0	2,9	1,8	1,7	2,0	0,7	1,0
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0	-	0	0	-	0	0	1,8	6,3	0	1,8	4,3	0	1,5	3,6
Doenças do aparelho circulatório	0	-	0	0	-	0	0	0,6	1,7	0	0	0	2,1	0,5	1,2	0,7	0,8	1,1	1,2	0,6	1,1
Doenças do aparelho respiratório	0	-	0	-	-	-	0	-	0	125,0	-	15,6	0	0	0	0	0	0	1,4	0	0,3
Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	0	-	0	0	-	0	17,2	-	2,2	0	-	0	0	0	0	2,3	0	0,6
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	-	0	0	-	0	0	0	0	0	∞	0	0	-	0	1,3	0,9	0,7	0,6	0,5	0,3
Causas externas de morbidade e de mortalidade	2,7	0	2,8	0	1,3	2,3	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0,8	1,5	0,6

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

10. TRABALHADORES NÃO QUALIFICADOS

Os enfermeiros, quando comparados com os trabalhadores não qualificados, apresentavam um excesso de mortalidade por tumores e por doenças do sistema nervoso. Verificava-se, também, um déficit de mortalidade por doenças do aparelho respiratório, do aparelho digestivo e por sintomas, sinais e resultados de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.

Nos enfermeiros do sexo masculino verificou-se existir um excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias e por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

No sexo feminino, existia um excesso de mortes por tumores, por doenças do sistema nervoso e por causas externas de morbidade e de mortalidade. Por outro lado, verificava-se, um déficit de mortalidade por doenças do aparelho respiratório do aparelho digestivo e por sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.

Mais uma vez, se tornou evidente o padrão descrito anteriormente de excesso de mortalidade por causas externas de morbidade e de mortalidade nos grupos etários dos 25 aos 34 anos e dos 35 aos 44 anos de idade.

De uma maneira geral, e até aos 55 anos de idade, os profissionais dos cuidados de saúde apresentavam um déficit de mortalidade em todas as causas específicas consideradas. Constituíam exceção algumas doenças infecciosas e parasitárias a partir dos 45 anos, especialmente nas mulheres, onde existia um nítido excesso de mortalidade por esta causa e os tumores, a partir dos 35 anos de idade.

No Quadro 10 podem ser encontrados mais detalhes sobre as RMP por causa específica nos enfermeiros utilizando como grupo de comparação os trabalhadores não qualificados.

Quadro 10 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos enfermeiros e nos trabalhadores não qualificados total, por sexo, por grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	Grupo etário																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	0	0	0	∞	8,6	0	0	0	12,8	0	4,6	0	0	0	1,6	0,8	0,8
Tumores	-	0	0	0	∞	1,6	0	∞	1,9	0	1,9	2,3	0	0,5	0,4	1,7	2,5	1,8	0,9	1,7	1,6
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	-	0	-	0	0	-	0	0	0	0	3,5	1,2	1,9	2,9	0,5	1,2
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	-	-	0	∞	19,2	0	1,8	∞	0	3,3	5,8
Doenças do aparelho circulatório	0	-	0	0	-	0	0	0,9	1,6	0	0	0	2,2	0,8	1,3	0,6	0,8	0,9	1,3	0,8	1,1
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	0	-	0	90,9	-	13,9	0	0	0	0	-	0	1,3	0	0,3
Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	0	-	0	0	-	0	14,9	-	2,0	0	∞	0	0	0	0	1,1	0	0,3
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,1	1,2	0,7	0,6	0,3	0,3
Causas externas de morbidade e de mortalidade	1,9	-	2,1	0	7,3	3,6	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	-	0	0,6	2,1	0,5

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

ANEXO 22

Comparação da mortalidade proporcional entre outros PCS e grandes grupos da CNP-94

1. MEMBROS DAS FORÇAS ARMADAS²⁷

O cálculo das RMP entre os outros PCS do sexo masculino e os seus congêneres membros das forças armadas revelou que existia um excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do sistema nervoso e doenças do aparelho respiratório nos outros PCS.

Por outro lado, era evidente um défice de mortalidade por causas externas de morbilidade e de mortalidade entre os outros PCS.

De referir, ainda que não existiam diferenças na mortalidade por causas específica dos outros PCS e os não profissionais de saúde, para a maioria das causas consideradas até aos 44 anos de idade. A única exceção era os óbitos por causas externas de morbilidade e de mortalidade que estavam em défice nos outros PCS (Quadro 1).

Quadro 1 - Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos outros PCS do sexo masculino e os membros das forças armadas do mesmo sexo total e por grupo etário

Causa de morte	RMP						Total
	25 a 34 anos	35 a 44 anos	45 a 54 anos	55 a 64 anos	65 a 74 anos	Mais de 74 anos	
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	.*	-	-	-	-	∞	∞
Tumores	0,9	1,5	1,3	1,4	0,7	0,8	0,9
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	0	-	∞	0,4	0,8
Doenças do sistema nervoso	-	-	0	0	1,8	8,1	2,6
Doenças do aparelho circulatório	0	0	2,9	0,7	1,5	0,8	1,0
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	0	3,6	2,7	2,9
Doenças do aparelho digestivo	-	-	0,7	0	0	0,9	0,5
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	0	-	0,7	0,6
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	-	0	1,9	1,4	0,9	0,7	1,0
Causas externas de morbilidade e de mortalidade	0	0	0	0	0	1,1	0,4

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

2. QUADROS SUPERIORES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, DIRIGENTES E QUADROS SUPERIORES DE EMPRESAS

Os outros PCS, quando comparados com os quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas, tinham um excesso de óbitos por doenças do sistema nervoso e por doenças

²⁷ Uma vez apenas dois dos membros das forças armadas eram do sexo feminino. Analisou-se apenas a RMP nos indivíduos do sexo masculino.

do aparelho respiratório. Por outro lado, apresentavam um déficit de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e por causas externas de morbidade e de mortalidade.

Quando se analisaram as RMP para cada um dos sexos, verificou-se que os outros PCS, do sexo masculino tinham, também um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso e por doenças do aparelho respiratório. Por outro lado, era evidente um déficit de óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Já as mulheres, profissionais dos cuidados de saúde não enfermeiras, quando comparadas com as suas congêneres do grande grupo dos quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas, apresentavam um excesso de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e um déficit por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho geniturinário e por causas externas de morbidade e de mortalidade.

De realçar que até aos 44 anos de idade, para a maioria das causas de morte consideradas, não existiam diferenças de mortalidade entre os grupos considerados.

Também de realçar que existia um déficit de mortalidade por causas externas de morbidade e de mortalidade, comum a ambos os sexos dos outros PCS até aos 74 anos de idade. Após os 74 anos, existia um excesso de óbitos por esta causa, que se devia, principalmente a um excesso idêntico verificado nos elementos do sexo masculino.

O Quadro 2 apresenta os valores das RMP entre os outros PCS e os quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas totais, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário.

Quadro 2 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos outros PCS e nos quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	-	0	0	-	0	0	-	0	-	-	-	-	-	-	3,9	-	2,9	1,1	-	0,9
Tumores	-	-	-	0	0	0	1,1	1,0	1,3	1,4	0,8	1,4	1,1	0	0,8	0,9	4,4	1,3	1,0	1,3	1,2
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2	-	0,2	0,1	0	0,1	0,1	0	0,1
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0	-	0	-	-	-	3,2	0	1,7	2,8	-	2,3	3,1	0	2,2
Doenças do aparelho circulatório	0	-	0	-	-	-	0,5	-	0,4	0,6	-	0,4	0,8	3,8	1,2	0,7	0,8	0,7	0,8	1,8	0,8
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	0	-	0	-	-	-	-	-	-	12,8	-	16,0	2,3	0	1,5	3,5	0,5	2,6
Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	-	-	2,8	-	2,2	0	-	0	0	-	0	0,8	-	0,6	1,0	-	0,8
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	0	0	-	-	-	-	-	-	0	-	0	1,2	0	0,8	1,1	0	0,6
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	-	0	0	-	0	2,8	-	2,2	1,3	∞	1,7	0,6	-	0,5	0,5	0,4	0,6	0,8	1,0	0,9
Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	-	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	1,9	-	1,6	0,5	0	0,3

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

3. ESPECIALISTAS DAS PROFISSÕES INTELLECTUAIS E CIENTÍFICAS NÃO PROFISSIONAIS DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Ao comparar as PM por causa específica dos profissionais dos cuidados de saúde não profissionais dos cuidados de saúde com as dos indivíduos pertencentes ao grupo dos especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde, através do cálculo das RMP, verificou-se que existia um excesso de mortalidade por doenças do aparelho respiratório e um défice por algumas doenças infecciosas e parasitárias e por causas externas de morbilidade e de mortalidade nos outros PCS.

Quando se analisaram as RMP para cada um dos sexos, verificou-se que os outros PCS do sexo masculino tinham um excesso de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do sistema nervoso e doenças do aparelho respiratório. Por outro lado, apresentavam um défice de óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias.

As mulheres, profissionais dos cuidados de saúde não enfermeiras quando comparadas com as suas congéneres do grupo dos especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde, tinham um excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias e tumores. Por outro lado era evidente um défice de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e por doenças do sistema nervoso.

De realçar, ainda, que quando se analisavam as RMP por grupo etário, até aos 44 anos ora existia um défice de mortalidade ou não existiam diferenças quando se comparavam os outros PCS com os especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde.

Outro aspecto relevante era que o padrão anteriormente descrito de um excesso de óbitos por causas externas de morbilidade e mortalidade nos grupo etário dos maiores de 74 anos se mantinha e que, uma vez mais, se devia a um excesso de óbitos por esta causa nos elementos do sexo masculino.

O Quadro 3 mostra os valores das RMP por causa específica entre os outros PCS e os especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde.

Quadro 3 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos outros PCS e nos especialistas das profissões intelectuais e científicas não profissionais dos cuidados de saúde total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos			M	F	T
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T			
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	-*	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	3,4	-	3,3	0,4	-	0,4
Tumores	0	0	0	0	0	0	1,1	1,3	1,2	1,2	0,9	1,1	0,9	0	0,8	0,8	4,2	1,2	0,9	1,7	1,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6	0	0,8	1,1	0	0,9	1,7	0	1,1
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0	-	0	0	-	0	∞	-	∞	1,5	0	1,3	1,7	0	1,5
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	0	0,7	0	0,5	1,1	0	0,7	0,9	3,2	1,4	0,8	0,4	0,6	0,9	0,7	0,8
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	0	-	0	0	-	0	2,1	3,2	2,4	2,1	0	1,6	2,2	0,7	1,9
Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	-	-	2,5	-	2,4	0	-	0	-	-	-	1,1	-	1,1	1,4	-	1,4
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	0	0	-	0	0,9	-	0,9	0,7	-	0,7
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	0	0	0	-	0	2,5	0	2,0	3,3	∞	5,8	1,1	0	0,6	0,4	1,8	0,7	0,9	1,2	1,0
Causas externas de morbilidade e de mortalidade	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	-	0	0	3,4	0	1,8	0,6	0	0,4

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

4. TÉCNICOS E PROFISSIONAIS DE NÍVEL INTERMÉDIO NÃO PROFISSIONAIS DOS CUIDADOS DE SAÚDE

O estudo comparativo das PM por causa específica dos outros PCS e os técnicos e profissionais de nível intermédio não profissionais dos cuidados de saúde, revelou quem, nos primeiros, se verificava um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso, do aparelho respiratório e do aparelho geniturinário. Por outro lado, os outros PCS apresentavam, ainda, um défice de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias e por causas externas de morbidade e de mortalidade.

Quando se analisaram as RMP para cada um dos sexos, concluiu-se que os outros PCS do sexo masculino apresentavam um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho respiratório e por doenças do aparelho geniturinário quando comparados com os seus congéneres técnicos e profissionais de nível intermédio não profissionais dos cuidados de saúde. Por outro lado, tinham, também, um défice de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias e por causas externas de morbidade e de mortalidade.

Já as mulheres, profissionais dos cuidados de saúde não enfermeiras, tinham, quando comparadas com as técnicas e profissionais de nível intermédio não profissionais dos cuidados de saúde, um excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias e por doenças do aparelho digestivo. No entanto, tinham um défice de óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do sistema nervoso e doenças do aparelho digestivo e por causas externas de morbidade e de mortalidade.

Mais uma vez se verificou existir um excesso de óbitos por causas externas de morbidade e mortalidade no grupo etário dos maiores de 74 anos que se devia a um excesso de óbitos por esta causa nos elementos do sexo masculino.

Também se verificou que até aos 44 anos de idade o mais comum era não existirem diferenças na mortalidade por causa específica ou então existir um défice entre os outros PCS e os técnicos e profissionais de nível intermédio não profissionais dos cuidados de saúde.

Estes e outros achados podem ser observados no Quadro 4.

Quadro 4 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos profissionais dos cuidados de saúde e técnicos e profissionais de nível intermédio não profissionais dos cuidados de saúde total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	1,7	-	1,5	0,3	-	0,3
Tumores	-	-	-	0,0	0,0	0,0	1,6	1,5	1,7	1,2	1,1	1,2	0,9	0,0	0,7	1,0	3,5	1,5	0,9	1,5	1,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	-	0,0	4,3	-	3,7	0,3	-	0,3	1,0	0,0	0,8
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,3	0,0	1,2	1,7	-	1,6	3,6	0,0	2,2
Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	0,0	-	0,0	0,6	0,0	0,5	0,8	-	0,6	0,7	5,2	1,2	0,9	0,6	0,8	0,9	1,5	1,0
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	∞	1,7	11,0	1,9	0,0	1,6	3,6	1,1	3,0
Doenças do aparelho digestivo	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	∞	-	∞	0,0	-	0,0	-	-	-	0,6	-	0,5	0,9	-	0,8
Doenças do aparelho geniturinário	-	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	∞	-	∞	4,0	0,0	1,7
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0,0	-	0,0	-	0,0	0,0	1,9	-	1,7	5,0	2,7	4,8	1,1	0,0	0,7	0,3	0,3	0,4	1,0	0,7	0,9
Causas externas de morbilidade e de mortalidade	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,8	-	0,8	0,3	0,0	0,2

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

5. PESSOAL ADMINISTRATIVO E SIMILARES

Os outros PCS, quando comparados com o pessoal administrativo e similares apresentavam, à semelhança do já observado na comparação com outros grupos profissionais, um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso e por doenças do aparelho respiratório. Por outro lado, tinham um déficit de mortes por causas externas de morbidade e mortalidade mantendo-se, deste modo, o padrão já descrito.

A análise separada das RMP por causas específica para o sexo masculino e feminino revelou que os outros PCS do sexo masculino, quando comparados com os seus congêneres do pessoal administrativo e similares, apresentavam um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso e por doenças do aparelho respiratório. Não existia nenhum déficit de mortalidade significativo a assinalar.

Já as mulheres, profissionais dos cuidados de saúde não enfermeiras não apresentavam nenhum excesso de mortalidade significativo mas tinham um déficit de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho digestivo, do aparelho geniturinário e por causas externas de morbidade e de mortalidade, quando comparadas com as mulheres do pessoal administrativo e similares.

De notar que até aos 44 anos de idade a tendência era não existirem diferenças na mortalidade por causa específica entre os outros PCS e o pessoal administrativo e similares.

Acrescenta-se, também que se mantinha o excesso de óbitos por causas externas de morbidade e de mortalidade nos maiores de 74 anos quer no total quer no sexo masculino.

O Quadro 5 apresenta as RMP entre os outros PCS e o pessoal administrativo e similares.

Quadro 5 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos outros PCS e no pessoal administrativo e similares total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,9	-	0,8	0,7	-	0,5
Tumores	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	2,0	1,6	1,2	1,3	1,3	0,7	0,0	0,5	0,9	11,9	1,5	0,8	1,4	1,0
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	7,0	-	6,6	0,7	0,0	0,3	0,9	0,0	0,6
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	7,0	-	6,6	2,7	0,0	1,5	3,1	0,0	2,1
Doenças do aparelho circulatório	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,8	0,0	0,5	1,0	0,0	0,6	1,0	11,2	1,7	0,8	0,6	0,7	0,9	1,2	1,0
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	4,8	∞	6,5	1,8	0,0	1,3	2,6	0,8	2,2
Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	-	-	6,8	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	3,9	-	3,3	1,2	0,0	0,8
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	-	-	0,0	-	0,0	0,5	0,0	0,4	0,7	0,0	0,5
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	1,7	2,8	5,0	3,5	1,5	0,0	0,9	0,4	1,5	0,6	1,0	1,2	1,0
Causas externas de morbidade e de mortalidade	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	2,5	-	2,3	0,6	0,0	0,4

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

6. PESSOAL DOS SERVIÇOS E VENDEDORES

A análise das RMP das PM por causas específica nos outros PCS e no pessoal dos serviços e vendedores, revelou que existia um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso e por doenças do aparelho respiratório nos outros PCS.

Por outro lado verificava-se, também, um déficit de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho geniturinário e por causas externas de morbidade e de mortalidade neste grupo.

A análise das RMP entre estes dois grupos mas para cada um dos sexos, separadamente, mostrou que, os elementos do sexo masculino, outros PCS, apresentavam um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso e por doenças do aparelho respiratório não existindo um déficit de mortalidade por qualquer uma das restantes causas consideradas que fosse significativo.

Quando se analisaram as RMP entre as PM por causas específica nas mulheres profissionais dos cuidados de saúde e as suas congêneres do pessoal dos serviços e vendedores, notou-se que, nas primeiras, existia um excesso de mortalidade por tumores e um déficit de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas, nutricionais e metabólica, doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho geniturinário e por causas externas de morbidade e de mortalidade.

Era, ainda, de realçar que se mantinha a tendência para existir uma concentração de óbitos, entre os outros PCS, a partir dos 65 anos sendo de destacar que nos maiores de 74 anos de idade, se verificava um excesso de mortalidade por causas externas de morbidade e de mortalidade que era particularmente evidente nos homens.

O Quadro 6 evidencia estes e outros achados.

Quadro 6 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos outros PCS e no pessoal dos serviços e vendedores total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	2,0	0,7	0,0	0,4
Tumores	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,8	1,3	1,7	1,3	1,6	1,0	0,0	0,8	1,3	7,4	2,0	1,2	2,1	1,4
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	1,4	0,4	0,0	0,3	0,8	0,0	0,6
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	3,1	-	2,8	3,2	0,0	2,1	3,1	0,0	2,0
Doenças do aparelho circulatório	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	1,5	0,0	0,9	0,8	0,0	0,5	0,8	2,1	1,2	0,6	0,6	0,6	0,8	0,9	0,8
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	2,1	5,2	2,5	1,7	0,0	1,3	1,9	0,7	1,6
Doenças do aparelho digestivo	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	-	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,7	0,0	0,5	0,5	0,0	0,5
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,5	0,6	0,0	0,4
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	1,9	2,3	5,3	3,0	0,9	0,0	0,8	0,4	0,7	0,5	0,9	1,0	0,9
Causas externas de morbidade e de mortalidade	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	1,6	0,5	0,0	0,4

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

7. AGRICULTORES E TRABALHADORES QUALIFICADOS DA AGRICULTURA E PESCAS

Ao comparar os outros PCS com os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas, observou-se que os primeiros apresentavam um excesso de mortalidade por tumores (comum ao sexo masculino e feminino) e por doenças do sistema nervoso. Não existiam défices de mortalidade assinaláveis entre os outros PCS e os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas.

A análise das RMP entre estes dois grupos mas, separadamente, para cada um dos sexos, revelou que os outros PCS do sexo masculino tinham, para além de um excesso de mortalidade por tumores, excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso quando comparados com os seus congéneres agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas.

Já as mulheres profissionais dos cuidados de saúde não enfermeiras, quando comparadas com as mulheres agricultoras e trabalhadoras qualificadas da agricultura e pescas, só apresentavam excesso de mortalidade por tumores, como referido anteriormente. No entanto, verificava-se, entre as primeiras, um défice de mortalidade pela quase totalidade de todas as outras causas de morte verificadas.

Mantinha-se a tendência para um maior número de óbitos entre os outros PCS mas, desta vez não era possível estabelecer um limite etário. Também com este grupo de comparação se verificou um excesso de óbitos por causas externas de morbilidade e de mortalidade nos maiores de 74 (comum ao total dos indivíduos e aos indivíduos do sexo masculino) que, no entanto, não era tão exuberante como em casos anteriores.

O Quadro 7 refere-se às RMP entre as PM por causa específica nos outros PCS e os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas.

Quadro 7 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos outros PCS e nos agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	Grupo etário																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	-	-	-	0,0	-	0,0	3,0	0,0	2,2	1,3	0,0	1,1
Tumores	-	-	-	0,0	-	0,0	1,4	2,3	1,9	1,8	1,3	1,8	1,4	0,0	1,1	1,5	5,0	2,1	1,6	3,4	1,9
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	0,0	-	0,0	-	-	-	0,0	-	0,0	1,8	0,0	1,1	0,6	0,0	0,4	0,8	0,0	0,5
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	0,0	-	0,0	-	-	-	0,0	-	0,0	3,5	0,0	2,5	6,2	0,0	4,4	4,3	0,0	3,0
Doenças do aparelho circulatório	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,7	0,0	0,5	1,0	0,0	0,7	0,7	2,2	1,1	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6
Doenças do aparelho respiratório	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	7,4	2,1	1,7	0,0	1,4	1,5	0,6	1,3
Doenças do aparelho digestivo	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,6	0,7	0,0	0,5
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,6	0,6	0,0	0,5
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0,0	-	-	0,0	-	0,0	1,8	-	1,4	1,9	3,0	2,3	0,8	0,0	0,6	0,2	0,5	0,3	0,7	0,6	0,7
Causas externas de morbidade e de mortalidade	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	1,5	0,6	0,0	0,5

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

8. OPERÁRIOS, ARTÍFICES E TRABALHADORES SIMILARES

Ao analisar as diferenças de mortalidade entre os outros PCS e os operários, artífices e trabalhadores similares, verificou-se que os primeiros tinham um excesso de óbitos por doenças do sistema nervoso e por doenças do aparelho circulatório.

Por outro lado, existia, nos profissionais dos cuidados de saúde um déficit de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias e por causas externas de morbidade e de mortalidade (também notório quando se analisavam as RMP, separadamente, para cada um dos sexos).

A análise separada as RMP por sexo, revelou, que os outros PCS do sexo masculino quando comparados com os seus congêneres operários, artífices e trabalhadores similares apresentavam um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso e por doenças do aparelho respiratório.

Já as mulheres profissionais dos cuidados de saúde não enfermeiras, mostravam um excesso de mortalidade por tumores sendo que apenas no caso dos óbitos por doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório não era visível um déficit de mortalidade. Por estas duas causas, não existam diferenças entre as mulheres profissionais dos cuidados de saúde não enfermeiras e as operárias, artífices e trabalhadoras similares.

À semelhança do já verificado para os grupos de comparação anteriores, também neste caso se verificava que até aos 44 anos de idade existia um déficit generalizado de óbitos e que a maioria dos destes aconteciam acima dos 64 anos de idade.

Mais uma vez se constatou que no grupo dos maiores de 74 anos existia um excesso de mortalidade por causas externas de morbidade e de mortalidade nos outros PCS.

Estes e outros achados podem ser analisados no Quadro 8.

Quadro 8 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos outros PCS e nos operários, artífices e trabalhadores similares total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	-*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,5	0	2,9	0,4	0	0,4
Tumores	0	0	0	0	0	0	1,2	2,1	1,6	1,5	1,4	1,5	1,1	0	0,9	1,3	4,4	1,9	1,2	2,2	1,5
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,3	0	1,6	0,5	0	0,3	0,9	0	0,6
Doenças do sistema nervoso	0	0	0	-	-	-	0	0	0	0	-	0	3,0	0	2,1	4,5	0	2,8	3,8	0	2,5
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	-	0	0,9	0	0,7	1,1	0	0,7	0,8	2,5	1,3	0,6	0,6	0,6	0,8	0,9	0,9
Doenças do aparelho respiratório	-	0	0	0	-	0	0	-	0	0	0	0	1,9	4,6	2,3	2,0	0	1,6	2,3	0,8	2,0
Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	1,7	0	1,1	0	0	0	0	0	0	0,6	0	0,5	0,6	0	0,4
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	0	-	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0,8	0	0,5	0,8	0	0,5
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	0	0	0	0	0	2,0	0	1,4	1,5	2,7	1,9	0,8	0	0,6	0,2	0,7	0,4	0,7	0,7	0,7
Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,3	0	2,1	0,3	0	0,3

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

9. OPERADORES DE INSTALAÇÕES E MÁQUINAS E TRABALHADORES DA MONTAGEM

Quando se calcularam as RMP entre as PM por causas específica dos outros PCS e os operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem, verificou-se que os outros PCS apresentavam um excesso de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias que se repetia quando se analisavam as RMP para cada um dos sexos.

Existia ainda, entre estes profissionais, um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso (comum apenas aos homens) e por doenças do aparelho respiratório (também comum apenas aos homens).

Por outro lado, os outros PCS apresentavam, ainda, um déficit de mortalidade por causas externas de morbidade e de mortalidade (comum a homens e mulheres).

A análise das RMP entre as PM por causas específica nos indivíduos do sexo feminino, profissionais dos cuidados de saúde não enfermeiras e as suas congêneres, operadoras de instalações e máquinas e trabalhadoras da montagem, revelou que as primeiras apresentavam (para além do já mencionado) um excesso de mortalidade por tumores e por sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte e, ainda, um déficit de óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do sistema nervoso e do aparelho geniturinário.

Ainda de referir que o padrão descrito nas comparações com outros grupos de uma concentração do excesso de óbitos após os 64 anos de idade, neste caso, não era tão óbvio e que apesar de se verificar um excesso de óbitos por causas externas de morbidade e de mortalidade nos outros PCS, este não era tão exuberante como em situações anteriores.

O Quadro 9 refere-se às RMP entre as PM por causa específica nos outros PCS e nos operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem.

Quadro 9 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos outros PCS e nos operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0,0	-*	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6	5,0	7,2	14,3	∞	15,2	12,8	-	10,1	19,3	∞	30,6	7,4	17,4	9,0
Tumores	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	1,1	∞	1,6	1,4	2,0	1,5	1,1	0,0	0,9	1,0	3,5	1,4	1,1	3,2	1,3
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	1,4	0,0	1,0	0,6	0,0	0,5	0,8	0,0	0,6
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	2,6	0,0	1,5	8,1	0,0	3,8	3,8	0,0	2,3
Doenças do aparelho circulatório	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	1,1	0,0	0,7	1,1	0,0	0,7	0,7	1,7	1,1	0,7	0,4	0,6	0,9	0,6	0,9
Doenças do aparelho respiratório	0,0	-	0,0	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	2,5	2,3	2,8	2,0	0,0	1,5	2,9	0,7	2,3
Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	0,0	-	0,0	5,7	-	4,2	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,8	0,0	0,6	0,9	0,0	0,8
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	1,1	-	1,0	1,1	-	0,9
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	1,7	0,0	1,2	1,7	∞	2,2	1,0	-	0,8	0,3	1,5	0,4	0,6	1,8	0,7
Causas externas de morbidade e de mortalidade	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	1,6	-	1,5	0,3	0,0	0,3

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

10. TRABALHADORES NÃO QUALIFICADOS

Quando se compararam as PM por causa específica dos outros PCS com as dos trabalhadores não qualificados, verificou-se que os outros PCS tinham um excesso de mortalidade por tumores, doenças do sistema nervoso e doenças do aparelho respiratório.

Por outro lado, notava-se um déficit de óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho geniturinário e por causas externas de morbidade e de mortalidade.

Quando se analisavam os dados exclusivamente para o sexo masculino, era perceptível, um excesso de mortalidade por doenças do sistema nervoso e por doenças do aparelho respiratório entre os homens, outros PCS. Ainda para este sexo, notava-se um déficit de mortes por algumas doenças infecciosas e parasitárias e por causas externas de morbidade e de mortalidade.

Já no caso das mulheres, profissionais dos cuidados de saúde não enfermeiras, apenas existia excesso de mortes por tumores. Por outro lado, havia um déficit de óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho geniturinário e por causas externas de morbidade e de mortalidade.

Na comparação entre estes dois grupos, voltou-se a verificar um excesso de óbitos nos outros PCS maiores de 74 anos de idade por causas externas de morbidade e de mortalidade que, novamente se fazia à custa de excesso idêntico verificado nos homens.

O Quadro 10 ilustra as diferenças de mortalidade entre os outros PCS e os trabalhadores não qualificados

Quadro 10 – Razão de mortalidade proporcional (RMP) entre a PM por causa específica nos outros PCS e nos trabalhadores não qualificados total, por sexo, grupo etário e por sexo e grupo etário

Causa de morte	RMP																		Total		
	25 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 a 64 anos			65 a 74 anos			Mais de 74 anos					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	1,3	0,3	0,0	0,3
Tumores	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	7,5	2,2	1,7	1,3	1,6	1,2	0,0	0,9	1,2	5,1	1,9	1,4	2,3	1,6
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	1,5	0,8	0,0	0,5	1,2	0,0	0,7
Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	4,3	-	4,5	13,5	0,0	∞	8,1	0,0	3,7
Doenças do aparelho circulatório	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	1,1	0,0	0,6	1,1	0,0	0,7	0,8	2,9	1,2	0,6	0,4	0,5	0,9	0,7	0,9
Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	1,6	2,9	1,9	1,8	-	1,7	2,6	0,9	2,3
Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	0,0	-	0,0	1,2	-	0,8	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,9	0,0	0,8	0,5	0,0	0,4
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	-	-	0,0	-	0,0	1,1	0,0	0,6	1,3	0,0	0,8
Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	1,4	0,9	6,9	1,4	1,8	0,0	1,0	0,2	2,1	0,4	0,6	1,1	0,7
Causas externas de morbidade e de mortalidade	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	-	2,1	0,2	0,0	0,2

* Matematicamente corresponde à razão entre duas PM = 0, para efeitos de análise foi considerado que, nestes casos, RMP=1

ANEXO 23

Correspondência com o INE

Número de entrada: PED-81603705

Sou investigadora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Solicitei acesso aos dados do 4º INS o que me foi concedido, encontrando-me, já, com a base de dados, enviada por vós, em minha posse. No entanto, verifiquei que os dados referentes à profissão dos indivíduos apenas estão disponíveis de acordo com a classificação em grandes grupos profissionais da CNP. Todo o meu trabalho de doutoramento se baseia na análise das diferentes variáveis de acordo com as profissões pelo que necessitava de ter acesso aos dados desagregados. Assim, necessitava de ter acesso à profissão, de acordo com a codificação da CNP, de cada uma das observações da BD. Como poderei fazê-lo. Outro aspecto é que não me foi fornecido o questionário do INS e não consigo acesso através da internet. Como posso ter acesso ao questionário do 4ºINS?

Data: 04-01-2010
N/ Refº: PED-81603705

Caro(a) Utilizador(a),
Ins Fronteira Goncalves
Agradecemos o seu pedido n.º PED-81603705.
A codificação das Profissões disponibilizada na base de dados do 4º INS resulta do processo de confidencialidade, pelo que não é possível apresentar a codificação CNP com maior detalhe.
Junto se envia o questionário do 4º Inquérito Nacional à Saúde.
Colocamo-nos ao V. dispor para eventuais esclarecimentos.
Com os nossos cumprimentos,
Apoio ao Cliente
INE - Instituto Nacional de Estatística, IP
Nº 808 201 808 (rede fixa)
Nº 226 050 748 (outras redes)
9:00 às 17:30 - dias úteis

Pedidos de Informação
Visite o INE em www.ine.pt
Escolha **Contacte-nos**
Selecione **Pedidos de Informação/Esclarecimentos** ou siga este [link](#)
Fax: 218 426 364

Número de entrada: PED-81912981

Bom dia Tendo obtido acesso à base de dados do 4º INS, enviada pelos vossos serviços, venho, por este meio, solicitar as respectivas tabelas de codificação, nomeadamente: Código ACI, Código PAT, Chave para a questão sobre rendimento mensal familiar Grata pela atenção dispensada Inês Fronteira

Data: 12-01-2010
N/ Refº: PED-81912981

Caro(a) Utilizador(a),

Ins Fronteira

Agradecemos o seu pedido n.º PED-81912981.

Em resposta as questões colocadas, junto se enviam os ficheiros em anexo e informações complementares:

- Rendimentos: “Cartão nº1 – rend fam.pdf”.
- Quanto aos códigos ACI (acidentes) e PAT (patologias), informa-se que estes têm por base a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Para facilitar a correspondência, anexa-se um ficheiro com os códigos / descrição da CID-10 até ao 4º dígito (“CID-10.xls”). Dado que na base de dados do 4º Inquérito nacional de Saúde, o grupo M se apresenta até ao 5º dígito (não determinado pela nomenclatura CID-10), apresentam-se ainda as respectivas especificações, assim como o extracto da publicação (“pags 606_607.pdf”):
“O 5º dígito, previsto na CID 10 para o capítulo XIII (Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo – M00-M99) refere-se à localização anatómica do comprometimento osteomuscular (vide OPAS/OMS: CID 10, vol 1 – edição EDUSP de 2003, páginas 606 e 607). Os códigos previstos naquela classificação são os seguintes:
0 - Múltiplas localizações
1 – Região do ombro
2 – Braço
3 – Antebraço
4 – Mão
5 – Região pélvica e sacroiliaca
6 – Perna
7 – Tornozelo e pé
8 – Outras
9 - Localização não especificada).
Para cada um destes códigos a CID 10 fornece ainda 2 níveis de detalhe anatómico de inclusão. Por exemplo a região do braço (código 2) inclui o úmero até à articulação do cotovelo)”.
Colocamo-nos ao V. dispor para eventuais esclarecimentos.
Com os nossos cumprimentos,
Apoio ao Cliente
INE - Instituto Nacional de Estatística, IP
Nº 808 201 808 (rede fixa)
Nº 226 050 748 (outras redes)
9:00 às 17:30 - dias úteis

Pedidos de Informação
Visite o INE em www.ine.pt
Escolha **Contacte-nos**
Selecione **Pedidos de Informação/Esclarecimentos** ou siga este [link](#)
Fax: 218 426 364

Número de entrada:PED-82228778

Bom dia Gostaria de saber se foi calculado o design effect associado ao 4º INS. Se sim como foi calculado e qual o valor do design effect? Muito obrigada Inês Fronteira

Número de entrada:PED-82250021

Gostaria de saber se o processo de amostragem utilizado no 4º INS foi proporcional ao tamanho, ou seja, se o número de alojamentos em cada NUTS II foi proporcional ao tamanho desse mesmo NUTS II. Gostaria também de saber qual a vossa classificação para a amostragem feita.

Data: 19-01-2010
N/ Refº: PED-82250021

Caro(a) Utilizador(a),

Inês Fronteira

Utilizou-se no 4º INS uma amostragem por clusters (alojamentos) estratificada (por NUTS II) em duas etapas (áreas que constituem a AM/amostra mãe, em primeiro lugar, e alojamentos dentro das áreas seleccionadas na primeira etapa).

Sobre a questão da amostragem proporcional, podemos descrever resumidamente qual foi a metodologia de constituição da AM. O País foi dividido em áreas (mais de 16.000) tendo cada uma delas um mínimo de 300 alojamentos de residência habitual (segundo dados do Censos 2001). As áreas

foram ordenadas segundo o seu centróide, e as 1408 áreas que constituem a amostra mãe foram seleccionadas sistematicamente com probabilidade proporcional à dimensão ao número de alojamentos de residencial habitual.

Colocamo-nos ao V. dispor para eventuais esclarecimentos.

Com os nossos cumprimentos,

Apoio ao Cliente

INE - Instituto Nacional de Estatística, IP

Nº 808 201 808 (rede fixa)

Nº 226 050 748 (outras redes)

9:00 às 17:30 - dias úteis

Pedidos de Informação

Visite o INE em www.ine.pt

Escolha **Contacte-nos**

Seleccione **Pedidos de Informação/Esclarecimentos** ou siga este [link](#)

Fax: 218 426 364

Número de entrada: PED-83559228

Boa tarde Gostaria de saber se é possível saber o número total de unidades de alojamento por NUTS II no censos de 1991 e no censos de 2001 que constituíram a população de onde foram seleccionadas as amostras para o 3º e 4º INS, respectivamente. Grata pela atenção, Inês Fronteira

Data: 03-02-2010
N/ Refº: PED-83559228

Caro(a) Utilizador(a),

Ins Fronteira

Agradecemos o seu pedido n.º PED-83559228.

O número de unidades de alojamento por NUTS II recenseadas nos censos de 2001 está disponível na página XXXIX da publicação "[XIV Recenseamento geral da população. IV Recenseamento geral da habitação. Censos 2001 - Resultados definitivos. Portugal - 2001](#)". O número de unidades de alojamento recenseadas nos censos de 1991 está disponível na página 6 da publicação "[Censos - Resultados definitivos. Portugal - 1991](#)". Ambas as publicações estão disponíveis no Portal do INE (www.ine.pt) "em Publicações>Tema: "População". Pode consultar as publicações na íntegra em formato PDF ou apenas os quadros com os dados estatísticos em formato EXCEL.

Em alternativa, pode consultar o indicador "[Alojamentos familiares \(N.º\) por Localização geográfica](#)" disponível no [subsite dos Censos](#) em Informação estatística>Dados estatísticos.

Para visualizar os dados por NUTS II deverá clicar na opção "Alterar condições de selecção", que se encontra por cima da tabela de dados, e seguidamente clicar em "Localização geográfica" e seleccionar as NUTS pretendidas. Clique em "Período de referência dos dados" para seleccionar todos os anos disponíveis. Por fim, terá de clicar em "Visualizar quadro" para obter o quadro com os dados desagregados. Para visualizar uma representação gráfica dos dados clique em "Visualizar gráfico".

Sobre este procedimento de manipulação de quadros aconselhamos o visionamento da demonstração de ajuda à navegação na base de dados, disponível em Ajuda>Navegação>Base de Dados ou clicando no ícone com um ponto de interrogação em fundo azul que se encontra por cima de cada tabela de dados.

Poderá aceder à ficha da metainformação associada ao indicador clicando no ícone Mi, que se encontra no canto superior esquerdo por cima do quadro, e que contém informação sobre a fonte dos dados, períodos disponíveis, dimensões e conceitos associados, definição e fórmula de cálculo do indicador, unidade de medida e data da última actualização. Poderá consultar a tabela de sinais convencionais utilizados clicando no ícone "&".

Poderá ainda imprimir e exportar o quadro com os dados para formato excel ou csv.

Colocamo-nos ao V. dispor para eventuais esclarecimentos.

Com os nossos cumprimentos,

Apoio ao Cliente

INE - Instituto Nacional de Estatística, IP

Nº 808 201 808 (rede fixa)

Nº 226 050 748 (outras redes)

9:00 às 17:30 - dias úteis

Pedidos de Informação

Visite o INE em www.ine.pt

Escolha **Contacte-nos**

Seleccione **Pedidos de Informação/Esclarecimentos** ou siga este [link](#)

Fax: 218 426 364

Data: 26-03-2010
N/ Ref: PED-83988299

Caro(a) Utilizador(a),
Inês Fronteira Gonçalves

Junto se enviam os ficheiros contendo as sintaxes reformuladas em reunião de 12/03/2010 (com as respectivas anotações) e a correcção relativa à inclusão dos médicos (2221) na variável PCS (22/03/2010), e um ficheiro Excel com os apuramentos solicitados (por profissionais de cuidados de saúde e grupo profissional, respectivamente), com resultados ponderados.

Os resultados não ponderados, solicitados em 12/03/2010, não têm significância estatística pelo que não são divulgados.

Referimos ainda que por razões de confidencialidade, não é possível apresentar algumas estatísticas descritivas sobre a idade e o Índice de Massa Corporal (IMC), como sejam o máximo e o mínimo, e os gráficos associados.

À priori, existindo uma relação entre o número de observações reduzido e a falta de significância estatística dos resultados, atribuiu-se o símbolo "S" em todas as situações em que o número de observações não atinge 50 e "x" quando inferior a 20 observações.

Colocamo-nos ao V. dispor para eventuais esclarecimentos.

Com os nossos cumprimentos,

Apoio ao Cliente

INE - Instituto Nacional de Estatística, IP

Nº 808 201 808 (rede fixa)

Nº 226 050 748 (outras redes)

9:00 às 17:30 - dias úteis

Pedidos de Informação

Visite o INE em www.ine.pt

Escolha **Contacte-nos**

Selecione **Pedidos de Informação/Esclarecimentos** ou siga este [link](#)

Fax: 218 426 364

ANEXO 24

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10) e
Classificação Nacional das Profissões, versão de 1994 (CNP-94)

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE, VERSÃO 10 (CID-10)

A WHO (2002) define a CID-10 como

“...um sistema de classificação de entidades mórbidas de acordo com critérios estabelecidos.”

que permite registar, analisar, interpretar e comparar dados de mortalidade e morbidade em diferentes lugares e tempos.

Trata-se de um código alfanumérico que traduz diagnósticos de doenças e outros problemas de saúde (World Health Organization, 2002).

Inicialmente tinha como objectivo classificar as causas de morte referidas no registo de óbito passando, mais tarde, a incluir diagnósticos de morbidade.

A CID-10 fornece, ainda, uma variedade sinais, sintomas, achados anormais, queixas e circunstâncias sociais que podem substituir um diagnóstico de registos da área da saúde (capítulos XVIII – sinais, sintomas e afecções mal definidas e XXI – factores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde) (World Health Organization, 2002).

Encontra-se dividida em 21 capítulos sendo que o primeiro carácter do código da CID é uma letra (associada a um determinado capítulo). Cada capítulo é composto por blocos homogéneos de categorias com 3 dígitos. Este código é aquele que é, obrigatoriamente, utilizado nas bases de mortalidade da OMS e para as comparações internacionais. Estes códigos podem dizer respeito a condições ou grupos de doenças que apresentem uma característica em comum.

Existem ainda subcategorias de quatro dígitos²⁸ que permitem identificar vários locais ou variedades caso o código de três dígitos diga respeito a um grupo de condições (World Health Organization, 2002). Existe, ainda, a possibilidade de codificação a cinco ou mais dígitos. A CID-10 contém, ainda, as regras e *guidelines* para a codificação da mortalidade e morbidade.

CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DAS PROFISSÕES, VERSÃO DE 1994

Esta mesma base de possuía uma variável referente à profissão dos falecidos que não obedecia a nenhuma codificação específica.

²⁸ O quarto carácter é separado do código de 3 dígitos por um ponto.

Para classificar as profissões recorreu-se à. A escolha desta versão prendeu-se com o facto de, à altura do estudo, ser a que se encontrava em vigor e era utilizada pelo Instituto Nacional de Estatística e pelos Centros de Emprego do Instituto de Emprego e Formação Profissional.

A Classificação Nacional das Profissões na sua versão de 1994 (CNP-94) contempla 1 700 profissões que se baseiam no conceito de natureza do trabalho efectuado (conjunto de tarefas executadas habitualmente por um indivíduo num determinada posto de trabalho e as exigências daí decorrentes) e no conceito de competência (capacidade para desempenhar as tarefas) (Instituto do Emprego e Formação Profissional, 2001).

A CNP-94 tem uma estrutura hierárquica piramidal, constituída por nove grandes grupos, subdivididos, sucessivamente em subgrandes grupos, subgrupos e grupos base (Instituto do Emprego e Formação Profissional, 2001) (Quadro 60).

Quadro 60 – Estrutural hierárquica da CNP-94 (adaptado de Instituto do Emprego e Formação Profissional, 2001)

	Grande Grupo	Subgrande grupo	Subgrupo	Grupo base
0	Membros das forças armadas	1	1	1
1	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas	3	6	28
2	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	4	17	49
3	Técnicos e profissionais de nível intermédio	4	19	63
4	Pessoal administrativo e similares	2	7	20
5	Pessoal dos serviços e vendedores	2	9	21
6	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	2	6	14
7	Operários, artífices e trabalhadores similares	4	17	70
8	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	3	20	67
9	Trabalhadores não qualificados	3	10	23

REFERÊNCIAS

- Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001). Classificação Nacional de Profissões - versão 1994. Instituto do Emprego e Formação Profissional [On-line]. Available: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>
- World Health Organization (2002). *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems (The) ICD-10*. (vols. Vol. II) Geneva: World Health Organization.