



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM**

BRUNO DEL SARTO AZEVEDO

JEQUIÉ/BA
2014

BRUNO DEL SARTO AZEVEDO

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública.

LINHA DE PESQUISA: Vigilância à Saúde

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Adriana Alves Nery

JEQUIÉ/BA
2014

A986 Azevedo, Bruno Del Sarto.
Qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem/
/Bruno Del Sarto Azevedo.- Jequié, UESB, 2014.
116 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em Enfermagem e
Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2014.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adriana Alves Nery.

1. Enfermeiro – Estresse ocupacional 2. Saúde do trabalhador –
Qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem I.
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 616.0577

FOLHA DE APROVAÇÃO

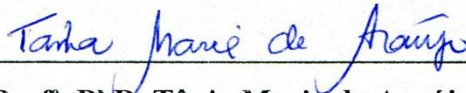
AZEVEDO, Bruno Del Sarto. **Qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem.** Dissertação (Mestrado). 2014. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia.

Banca Examinadora



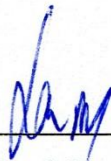
Prof.ª Dr.ª Adriana Alves Nery

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Prof.ª PhD. Tânia Maria de Araújo

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS



Prof. Dr. Lauro Antonio Porto

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Jequié/BA, 12 de dezembro de 2014.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as bênçãos concedidas e por me dar forças nos momentos de precisão.

Aos meus pais Marivaldo e Maria da Glória e meus irmãos Carol e Thiago, por se fazerem presentes em minha vida e serem responsáveis diretos por minha formação, seja ela pessoal ou profissional. A vocês meu amor incondicional.

Aos meus cunhados(as), sobrinhos(a), primos(as), tios(as) e todos os amigos (a quem não me atrevo a citar nomes) que se fizeram e fazem importantes até esta etapa de minha vida.

À Alana, sempre presente em meu coração e em meu pensamento, e fundamental em ter deixado este caminho mais leve e prazeroso. Cada passo dado é por você e com você, meu amor.

À minha orientadora Adriana Alves Nery, pelo comprometimento, carinho, respeito e, sobretudo, pela confiança em me deixar galgar novos caminhos metodológicos. Você tem sido meu exemplo desde a graduação.

Ao professor Jefferson Paixão Cardoso, pela imprescindível contribuição durante a tabulação e análise dos dados, além das valiosas revisões e colaboração pré e pós-qualificação.

A Ícaro Ribeiro e Marcela Rios pelas contribuições inestimáveis ainda durante a construção deste estudo.

À Maíne Norberto e Luanna Rodrigues, pela importante ajuda na dupla digitação dos dados.

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), no corpo de professores e funcionários, por contribuir significativamente com a minha formação desde a graduação. Carrego com orgulho ter feito parte disso.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa durante os meses que antecederam minha nomeação no município.

A todos os colegas do PPGES, pela troca de conhecimento, risadas, experiências e aflições. Mesmo com o pouco tempo efetivamente juntos, vocês foram fundamentais.

Aos professores das bancas de qualificação e de defesa Tânia Maria de Araújo, Djanilson Barbosa dos Santos e Lauro Antonio Porto pelas preciosas contribuições que enriqueceram e enriquecerão este estudo.

À Direção Geral e Coordenação de Enfermagem do Hospital Geral Prado Valadares pela autorização para a coleta de dados e apoio durante a realização da mesma.

A todos os trabalhadores de enfermagem, colaboradores desta pesquisa ou não, que, participando direta ou indiretamente, contribuíram para a sua construção.

A todos vocês, meu muito obrigado!

RESUMO

Durante a execução de suas atividades laborais, muitas vezes o trabalhador de enfermagem vê-se diante de dificuldades para gerenciar devidamente sua unidade e/ou para prestar assistência adequada aos usuários do serviço hospitalar, o que acaba por se caracterizar como um processo de desgaste, que se acumula e se intensifica, favorecendo o declínio da qualidade de vida no trabalho (QVT). Nesse sentido, objetivou-se com esta pesquisa avaliar os fatores associados à QVT da equipe de enfermagem. Trata-se de um estudo de corte transversal, de caráter censitário. O local do estudo foi um hospital público de médio porte do interior baiano e a população foi composta por 309 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem desta instituição. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de três instrumentos: um questionário para caracterização sociodemográfica, ocupacional e de estilo de vida, o *Total Quality of Work Life* e o *Job Stress Scale*. A associação entre QVT (variável dependente), estresse ocupacional (variável independente) e apoio social e demais características (covariáveis) foi aferida por meio do teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Foi utilizada a razão de prevalência com respectivo intervalo de confiança de 95%, estimados por meio da regressão de Poisson com variância robusta, com nível de significância de 5%. Constatou-se associação positiva entre insatisfação com a QVT e tabagismo, a atuação em unidades de assistência a pacientes altamente dependentes ou críticos, o baixo apoio social no trabalho e os trabalhos considerados ativos e de alta exigência. Na análise da prevalência e dos fatores associados à insatisfação com a QVT, segundo as categorias profissionais, por sua vez, evidenciou diferenças importantes. O pessoal de nível superior apresentou uma maior prevalência de percepção de QVT insatisfatória em comparação ao pessoal de nível médio. Para os técnicos e auxiliares de enfermagem, apresentou associação inversa com tal percepção o trabalho noturno. Para os enfermeiros, verificou-se associação inversa entre insatisfação com a QVT e menor idade, e associação direta com menor tempo de sono, atuação em setores de assistência direta ao paciente, percepção de insuficiência no número de pessoas na escala de trabalho e múltiplos vínculos empregatícios. A análise desses resultados pode orientar a gerência hospitalar e de enfermagem, em parceria com os trabalhadores, na identificação dos grupos de maior exposição à percepção negativa da QVT e na implementação de estratégias preventivas e corretivas no contexto de trabalho dessa população, com foco, sobretudo, na diminuição do excesso de demandas e sobrecarga laboral e no aumento do apoio social no trabalho entre a equipe de enfermagem.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Trabalho. Estresse ocupacional. Enfermagem. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

During the execution of their work activities, often the nursing worker finds himself facing difficulties to properly manage their unit and/or provide adequate care to users of hospital services, which turns out to be characterized as a process of strain that accumulates and intensifies, favoring the decline of quality of work life (QWL). Thus, the aim of this research was to evaluate the factors associated with QWL of nursing team. This is a cross-sectional study, a census basis. The study site was a public hospital midsize in Jequié, Bahia, Brazil and the population consisted of 309 nurses and nursing technicians and assistants of this institution. Data collection was conducted through the application of three instruments: a questionnaire for socio-demographic, occupational and lifestyle characteristics, the Total Quality of Work Life and the Job Stress Scale. The association between QWL (dependent variable), occupational stress (independent variable) and social support and the other characteristics (covariates) was measured by the chi-square or Fisher's exact test. It was also used the prevalence ratios with respective confidence interval of 95%, estimated by Poisson regression with robust variance, with significance level of 5%. The results showed a positive association between dissatisfaction with QWL and smoking, participation in assistance unit's highly dependent or critically ill patients, low social support at work and active and high-strain jobs. The analysis of the prevalence and factors associated with dissatisfaction with the QWL, according to professional categories, showed the presence of significant differences. Nurses had a higher prevalence of perceived unsatisfactory QWL compared to the nursing technicians and assistants. For the technicians and assistants, such perception had inverse association with night shiftwork. For nurses, there was an inverse association between dissatisfaction with QWL and younger age, and directly associated with shorter sleep time, work in units of direct care to the patient, perception of insufficiency in the number of people in the working schedule and multiple employments. The analysis of these results can guide the hospital and nursing management, in partnership with the employees, in identifying groups of greater exposure to the negative perception of QWL as well as in proposing and implementing preventive and corrective strategies in the work context of this population, focusing mainly in the reduction of high demands and work overload and the increasing in social support at work among the nursing team.

Keywords: Quality of life. Work. Occupational stress. Nursing. Occupational Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
DORT	Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho
HGPV	Hospital Geral Prado Valadares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
JCQ	<i>Job Content Questionnaire</i>
JSS	<i>Job Stress Scale</i>
QV	Qualidade de vida
QVT	Qualidade de vida no trabalho
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RP	Razão de prevalência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TQWL-42	<i>Total Quality of Work Life</i>
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Modelo demanda-controle de Karasek..... 23

Quadro 1. Esferas e aspectos do TQWL-42..... 27

Manuscrito 1

Tabela 1. Características sociodemográficas, profissionais e de estilo de vida segundo categoria de enfermagem. Jequié, 2014 39

Tabela 2. Características laborais segundo categoria de enfermagem. Jequié, 2014 41

Tabela 3. Prevalência (P%), razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC95%) de insatisfação com a qualidade de vida no trabalho segundo características sociodemográficas e de estilo de vida entre trabalhadores de enfermagem. Jequié, 2014..... 43

Tabela 4. Prevalência (P%), razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC95%) de insatisfação com a qualidade de vida no trabalho segundo características ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem. Jequié, 2014 45

Manuscrito 2

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas, de estilo de vida, profissionais e laborais da equipe de enfermagem segundo as categorias do modelo demanda-controle 75

Tabela 2. Prevalência (P%), razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC95%) de insatisfação com a qualidade de vida no trabalho segundo características sociodemográficas, de estilo de vida, profissionais e laborais entre trabalhadores de enfermagem..... 80

Tabela 3. Modelo de regressão final com razões de prevalência, intervalos de confiança e respectivos valores de p de insatisfação com a qualidade de vida no trabalho entre trabalhadores de enfermagem..... 83

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 ASPECTOS CONCEITUAIS DO TRABALHO.....	14
3.1.1 Trabalho em Saúde	15
3.1.1.1 Trabalho de enfermagem no contexto hospitalar.....	17
3.2 SAÚDE DO TRABALHADOR E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	19
3.3 ESTRESSE OCUPACIONAL: O MODELO DEMANDA-CONTROLE	21
4 MÉTODO	24
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	24
4.2 LOCAL DO ESTUDO	24
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	25
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	25
4.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	26
4.5.1 Questionário para Caracterização Sociodemográfica e Ocupacional	26
4.5.2 Total Quality of Work Life – TQWL-42	27
4.5.3 Job Stress Scale – JSS	29
4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	30
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	30
5 RESULTADOS	32
5.1 MANUSCRITO 1: FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	33
5.2 MANUSCRITO 2: ESTRESSE OCUPACIONAL E INSATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM.....	53
6 CONCLUSÕES	85
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES	99
ANEXOS	104

1 INTRODUÇÃO

O trabalho constitui-se como parte integrante e essencial da vida do homem, e é por meio dele que o ser humano interage na sociedade produtiva. Desta forma, o trabalho passou a ocupar um lugar central na vida humana e, dependendo da forma como é executado, pode ser gerador de desgaste e determinante no processo saúde-doença (FOGAÇA; CARVALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2010).

Repercute também no processo saúde-doença dos trabalhadores as transformações ocorridas nas últimas décadas no mundo do trabalho. A incorporação crescente de novas tecnologias, somada a um conjunto de inovações organizacionais modificou profundamente a estrutura produtiva dos países capitalistas avançados e também de países de desenvolvimento capitalista tardio, como é o caso do Brasil. Este fenômeno provocou mudanças profundas na organização, condições e relações de trabalho (FELLI; TRONCHIN, 2005; ELIAS; NAVARRO, 2006).

A implantação de novos modelos de gestão organizacional e de tecnologia é necessária para a produção de melhores produtos e serviços para os consumidores, que se encontram cada vez mais exigentes. Esta exigência do mercado repercute diretamente nas instituições, que passam a visar ao aumento da produtividade por meio do aumento do número e velocidade de execução de suas atividades, em detrimento, muitas vezes, da qualidade de vida (QV) do trabalhador, que se vê sobrecarregado e desmotivado (BRUCH; MENGES, 2010).

A enfermagem, como profissão inserida neste contexto histórico e social, também passa por transformações, no qual novas tecnologias são implementadas, relações e divisão do trabalho são questionadas, novas e velhas formas de organização do trabalho convivem lado a lado, fragmenta-se o cuidado, entre outras inquietações (GELBCKE; LEOPARDI, 2004).

Considerando-se as categorias de trabalho da área da saúde, os trabalhadores de enfermagem são os que mais enfrentam condições precárias de trabalho, estando expostos a uma variedade de elementos geradores de desgaste (SILVA et al., 2013). Por esta razão, a QV relacionada ao trabalho desempenhado por eles é um tema que vem, recentemente, despertando crescente interesse, em vista da importância de fatores pessoais, ambientais e organizacionais envolvidos no contexto do trabalho e a relação destes com a qualidade da assistência prestada (KIMURA; CARANDINA, 2009).

Dentre os ambientes de labor da equipe de enfermagem estão os hospitais, que se constituem como organizações complexas que prestam serviços aos usuários e nos quais os

trabalhadores de enfermagem representam os principais recursos humanos, dedicando parte significativa do seu tempo a essas instituições. A organização hospitalar tem como principais objetivos a satisfação do trabalhador e a atenção personalizada ao usuário. No entanto, muitos hospitais são extremamente burocráticos e a gerência de enfermagem não tem participação efetiva na formulação dos planos institucionais, o que interfere negativamente na situação do trabalhador de enfermagem, favorecendo a sobrecarga e sofrimento laboral, e, por conseguinte, afetando a QV relacionada ao trabalho (RAMOS, 2009).

Nesse sentido, a qualidade de vida no trabalho (QVT) representa o grau em que os membros da organização são capazes de satisfazer suas necessidades pessoais por meio de sua atividade laboral. A QVT envolve inúmeros fatores, como: a satisfação com o trabalho executado, reconhecimento pelos resultados alcançados, salário percebido, relacionamento humano no grupo e na organização, ambiente de trabalho, liberdade de decisão, entre outros. Ela envolve não somente os aspectos intrínsecos do cargo, como todos os aspectos extrínsecos e contextuais. Afeta ainda atitudes e comportamentos importantes para a produtividade, como a motivação para o trabalho, adaptabilidade e flexibilidade a mudanças no ambiente de trabalho, criatividade e vontade de inovar (CHIAVENATO, 2009; MORENO et al., 2011).

Salienta-se também que já se tem evidência robusta sobre a relação inversamente proporcional entre estresse ocupacional em trabalhadores de enfermagem e satisfação no trabalho percebida por esses indivíduos (SVEINSDÓTTIR; BIERING; RAMEL, 2006; ZANGARO; SOEKEN, 2007; HÄUSSER et al., 2010; LU et al., 2012). Contudo, segundo Tourangeau e Cranley (2006), a satisfação no trabalho centra-se em características do ambiente de trabalho, enquanto a QVT é um construto mais amplo, que parece estar mais intimamente relacionada com a percepção de suporte no ambiente de trabalho. Outros autores, por sua vez, consideram a QVT como um construto que envolve ainda outros fatores, como o comprometimento organizacional, envolvimento com o trabalho e empoderamento (GIFFORD; ZAMMUTO; GOODMAN, 2002). Logo, concentrar-se em apenas uma característica do trabalho é uma abordagem inadequada na avaliação da QVT (KRUEGER et al., 2002).

Apesar disso, são escassos os estudos de investigação e análise da QVT entre trabalhadores da equipe de enfermagem que utilizaram instrumentos validados e com características psicométricas satisfatórias, sobretudo em âmbito nacional. A maior parte deles utiliza instrumentos unidimensionais, com perguntas ou escalas próprias ou ainda questionários modificados através da combinação de perguntas/escalas de outros instrumentos

existentes. Essa escassez fica mais evidente no que diz respeito à análise da associação entre estresse ocupacional e QVT de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Assim sendo, o presente estudo poderá contribuir e auxiliar instituições hospitalares a perceberem a importância de voltar sua atenção para a análise das condições de trabalho, facilitando o desenvolvimento de intervenções sobre os fatores que afetam negativamente a QVT, de modo a promover a construção de novas formas de organização do ambiente, recursos e relações de trabalho. Desta forma, a equipe de enfermagem ficará mais próxima de um trabalho pleno, saudável e satisfatório, permitindo que o mesmo se torne um processo criativo e fonte de prazer.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar os fatores associados à qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem de um hospital público.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas, ocupacionais e relacionadas ao estilo de vida da equipe de enfermagem de um hospital público;
- Verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas, ocupacionais e de estilo de vida e a qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem de um hospital público;
- Verificar a associação entre estresse ocupacional e qualidade de vida no trabalho entre a equipe de enfermagem de um hospital público.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASPECTOS CONCEITUAIS DO TRABALHO

Para Karl Marx (1996), a utilização da força de trabalho é o próprio trabalho. Este se traduz como um processo entre o homem e a natureza, no qual o primeiro, por meio de sua ação, media, regula e controla seu intercâmbio material com a segunda. Ao interagir e transformar a natureza, o homem acaba transformando-se a si mesmo.

Para tanto, o homem materializa o trabalho através de condições objetivas, os instrumentos e materiais utilizados, e de condições subjetivas, que correspondem às aspirações, desejos e possibilidades exercitadas pelo trabalho de acordo com o significado e o sentido que o trabalho adquire na vida dos trabalhadores (AGUIAR, 2008).

Na organização do processo de trabalho, três elementos se relacionam: o conteúdo do trabalho (o que se faz), o método do trabalho (como se faz) e as relações interpessoais (relações de poder, de hierarquia, de controle, de competitividade, de cooperação, dentre outras). As diferentes formas de articulação entre esses três elementos conformam diferentes modelos de organização do trabalho (AGUIAR, 2008).

No modo de produção capitalista, a necessidade da reprodução ampliada do capital, articulada à pressão da concorrência, está na base da organização do trabalho (KLEIN, 2003). Sabe-se que o capital se alimenta do trabalho excedente, isto é, daquele tempo de trabalho não pago, em que o trabalhador produz além do necessário para sustento próprio e de sua família, também chamado de mais-valia. A diminuição do tempo de trabalho necessário só é possível mediante o incremento da produtividade, o que implica em circunstâncias variadas, como as condições naturais, a destreza adquirida pelos trabalhadores, o desenvolvimento da ciência e sua aplicação tecnológica, a organização social do processo de produção, o volume e a eficácia dos meios de produção (MARX, 1996).

Além das circunstâncias supracitadas, Pires (2008) relata que a organização capitalista introduz a divisão pormenorizada do trabalho, isto é, a divisão de uma especialidade produtiva em múltiplas operações. Tal divisão do trabalho tem como propósito, em última instância, a garantia da acumulação. A sua determinação não está na eficiência técnica nem na solidariedade, mas em garantir a expropriação do controle do processo pelo trabalhador, tornando-o dependente da venda de sua força de trabalho para sobreviver.

Ainda no modo de produção capitalista, várias alternativas tecnológico-organizacionais têm sido empreendidas pelo capital para controlar o trabalho, a fim de aumentar a margem de lucro no presente, garantir tal *status* em tempos futuros, fazendo, assim, frente aos períodos de crise. Para tanto, podem ser introduzidas inovações tecnológicas, por meio de novos equipamentos ou alternativas de organização do trabalho, extensão da jornada de trabalho ou mesmo redução do número de trabalhadores e/ou da remuneração (PIRES, 2008; AGUIAR, 2008).

Laurell e Noriega (1989) acrescentam que o processo de produção condiciona os modos de inserção no trabalho e o modo particular como o processo de trabalho é realizado, nele interagindo vários elementos entre si e com o corpo do trabalhador. Sendo assim, as “cargas” adquirem materialidade no organismo humano, levando a diferentes adaptações e ao “desgaste”, entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica.

Dessa forma, entende-se que a busca incessante pelo aumento da produtividade e da qualidade do que se produz resulta, por consequência, em elevação do risco de danos à saúde do trabalhador, sejam eles imediatos ou não. Insere-se também, nesse contexto, a realidade do trabalho em saúde, uma vez que este, apesar de particularidades, compartilha, em seu processo de trabalho, características comuns ao processo de trabalho dos outros setores da economia.

3.1.1 Trabalho em Saúde

O trabalho em saúde é uma atividade essencial para a vida humana, fazendo parte do setor de serviços. Está inserido na esfera da produção não material, que se completa no próprio ato da sua realização, conferindo indissociabilidade entre o produto e o processo que o produz (PIRES, 2008).

Como o trabalho em saúde lida com a vida humana, envolve um grande grau de imprevisibilidade e uma gama extensa de possíveis formas de intervenção, retratando um mundo dinâmico, no qual a repetição de situações é rara. Nesse contexto, invenção e experimentação de práticas são necessárias, tal qual o questionamento ético a respeito das repercussões dessas práticas, uma vez que a singularidade dos envolvidos deve ser levada em consideração nos atos executados no cotidiano dos serviços de saúde, além de demandar relações e intervenções específicas às necessidades expressas pelo usuário. Assim, o trabalho em saúde implica interação entre sujeitos e é dependente das potencialidades instituintes dos

encontros efetivados nos serviços (MATUMOTO et al., 2009; FARIA; DALBELLO-ARAÚJO, 2010).

A manifestação dessas potencialidades depende ainda dos meios disponíveis para o alcance da finalidade do processo de trabalho dos trabalhadores da saúde, que consiste na assistência terapêutica frente a uma necessidade ou problema de saúde. Assunção e Jackson Filho (2011) declaram que se, geralmente, a ausência de meios é decisiva para a queda na qualidade dos serviços prestados e para a insatisfação dos trabalhadores, no setor saúde são ainda mais graves as situações ocorridas decorrentes da deficiência das condições necessárias para a realização das ações.

Dentre outros problemas que também tornam o trabalho em saúde deficiente, citam-se a degeneração dos vínculos, considerando-se inclusive negação ou omissão quanto a direitos constitucionais dos trabalhadores; a precarização dos ambientes e condições de trabalho; e as dificuldades do âmbito organizacional e das relações sociais de trabalho em contextos de gestão ainda tradicional (SANTOS FILHO, 2007).

Observa-se também certa prescrição de regras e fluxos minuciosamente estabelecidos como normas, e superficialmente tratados enquanto pactos, negociações, meios de viabilização, acompanhamento, e uma vigilância compartilhada para adaptações, correções de rumo e “saídas coletivas”. E isso tem causado transtornos e desgaste para os trabalhadores, inclusive porque, na maioria das vezes, não há pleno funcionamento e eficiência desses fluxos, regulados de modo apenas externo, o que gera cobranças (dos usuários e de seus pares) que recaem direta e primeiramente sobre os trabalhadores “da ponta”, que vivenciam o problema quase sempre de modo isolado, nos moldes de uma impotência individual (SANTOS FILHO, 2007).

É preciso considerar que, se as mudanças atualmente almeçadas e impressas nos processos de trabalho em saúde qualificam a organização e prestação de serviços, por outro lado trazem novas exigências para os trabalhadores, na medida em que abalam as formas tradicionais de exercícios de funções, papéis, responsabilidades, desempenho, e, principalmente, a forma de interação com a equipe e com usuários. Tais exigências, assim postas, requerem necessidade de adequações dos processos e condições de trabalho e, sobretudo, de aporte de novos conhecimentos, habilidades e métodos de atuação em equipe, além de meios e recursos que devem ser disponibilizados ao trabalhador da saúde, não apenas para a efetivação adequada de seu trabalho, mas também para a proteção de sua própria saúde (SANTOS FILHO, 2007; ASSUNÇÃO; JACKSON FILHO, 2011).

Nesse sentido, o reconhecimento dos efeitos do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores tem implicações éticas, técnicas e legais, refletindo diretamente sobre a organização e a qualidade da assistência prestada. Além disso, os danos causados à saúde dos trabalhadores representam custos econômicos decorrentes do abandono e tratamento dos mesmos, bem como a diminuição do desempenho e da produtividade, destacando-se como condições emergentes geradoras de implicações negativas para a organização (UMANN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012).

Sujeito a essas e outras potencialidades e problemáticas, encontra-se o trabalho de enfermagem, profissão esta caracterizada por um processo de trabalho complexo, que, no âmbito hospitalar, além de prestar assistência ao usuário, geralmente tem também atribuída a si a tarefa de administrar os múltiplos setores da instituição.

3.1.1.1 Trabalho de enfermagem no contexto hospitalar

O hospital é um espaço terapêutico e de ensino na área da saúde que vai se consolidando na medida em que se intensifica o uso de equipamentos tecnológicos no trabalho assistencial (PIRES, 2008). É reconhecido ainda como um ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que nele trabalham (ELIAS; NAVARRO, 2006). O serviço oferecido no hospital é consumido ao tempo em que é produzido, característica esta que pode resultar em sofrimento psíquico para o trabalhador, pois não há visualização do produto final de seu trabalho, principalmente quando a cura ou o bem-estar do cliente não são alcançados (SOUZA, 2003).

No contexto hospitalar, a enfermagem constitui-se na maior força de trabalho e suas atividades são frequentemente marcadas por fragmentação e divisão de tarefas, rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de rotinas, normas e regulamentos, dimensionamento qualitativo e quantitativo insuficiente de pessoal, situação de exercício profissional que tem repercutido em elevado absenteísmo e afastamentos por doenças (BARBOZA; SOLER, 2003; PIRES, 2008; OSORIO et al., 2011). Somam-se a esta realidade ainda o déficit de equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, a baixa perspectiva de ascensão na carreira, o desprestígio social, a baixa remuneração, a falta de autonomia, o excesso de trabalho, o ambiente físico inadequado e os riscos ocupacionais.

As cargas presentes no processo de trabalho de enfermagem interatuam dinamicamente com o corpo destes trabalhadores, podendo trazer desgaste e adoecimento. No

ambiente hospitalar, destacam-se seis tipos de cargas a que estão expostos os enfermeiros: físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas (SILVA, 1996).

O trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar público e privado apresenta diferenças fundamentais, no qual o tipo de instituição em que está inserido o trabalhador afetará, de formas diferentes, as condições de trabalho e, conseqüentemente, sua saúde. O setor hospitalar público possui deficiências significativas de recursos humanos e materiais (SPINDOLA; MARTINS, 2007; SCHMIDT; DANTAS, 2012), além de menores vantagens salariais (MRAYYAN, 2005), enquanto o setor privado não oferece estabilidade empregatícia ao seu empregado, apresenta alta rotatividade em sua equipe e acúmulo de tarefas (SCHMIDT, 2009; CAVALCANTE, 2011).

Todos os determinantes acima discutidos, referentes às relações, condições, organização e/ou ambiente de trabalho, e que se caracterizam como fatores geradores de sobrecarga, ansiedade e sofrimento laboral para o enfermeiro, podem manifestar-se neste como danos concretos ou representar fator contributivo para o surgimento dos mesmos. Como exemplo, tem-se o acometimento desses trabalhadores por Síndrome de *Burnout* (TOH; ANG; DEVI, 2012; FUENTELESAZ-GALLEGO et al., 2013; RISSARDO; GASPARINO, 2013; TEIXEIRA et al. 2013), transtornos mentais (SILVA, 2008; SCHMOELLER et al, 2011; VASCONCELOS et al., 2012), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – DORT (SOROUR; EL-MAKSOUH, 2012; VASCONCELOS et al., 2012; SANTANA et al., 2013; SEMBAJWE et al., 2013), acidentes de trabalho (CANINI et al., 2008; SCHMOELLER et al, 2011; HONDA et al., 2011), dentre outros.

Dessa forma, a análise das condições de trabalho é de suma importância para que se possa reduzir ou mesmo evitar o desgaste das atividades laborais do trabalhador de enfermagem. Faz-se necessário, então, observar o contexto laboral a fim de avaliar os riscos e danos à saúde do trabalhador, fatores que possam levar ao desgaste no trabalho. Torna-se possível, assim, intervir preventivamente nos pontos que possam interferir negativamente na QVT dos profissionais de enfermagem, acentuando-se os aspectos positivos das condições de trabalho e promovendo a saúde desses profissionais (FARIAS, 2004; MAURO et al., 2010).

Com base nessa contextualização, surgem as várias propostas de QVT, visando à valorização do trabalhador, sua participação no processo decisório, ao incentivo do potencial criativo, à satisfação de suas necessidades, à humanização das relações de trabalho e à melhoria das condições de labor, entre outras (FELLI; TRONCHIN, 2005).

3.2 SAÚDE DO TRABALHADOR E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Ao declarar a saúde como um direito de todos e dever do Estado e atribuir ao Sistema Único de Saúde (SUS) a função de executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador, a Constituição Federal (1988) alterou profundamente a concepção do direito universal à saúde, colocando a saúde do trabalhador como parte inerente desse direito (BRASIL, 1988).

Por sua vez, o arcabouço jurídico em torno da saúde do trabalhador é amplo. A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu Artigo 6º, já a definia como:

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Importantes dispositivos no campo da saúde do trabalhador vêm sendo discutidos e implementados. Em 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), pela Portaria GM/MS nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. A RENASt, cuja proposta era criar uma rede para articulação das ações de saúde do trabalhador no contexto do SUS, conferindo organicidade aos serviços existentes no país e buscando dar visibilidade à área, foi sendo revista por meio de novas normas, que também dispõem sobre sua estruturação. Em 2005, portanto, a RENASt foi revista e ampliada, através da Portaria GM/MS nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005, e novamente em 2009, pela necessidade de adequação ao Pacto pela Saúde, por meio da Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009 (BRASIL, 2002, 2005, 2009; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Na estruturação da RENASt, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) ocupam lugar de destaque. Cabe a estes o papel de irradiadores da cultura da determinação social – e da centralidade do trabalho – no processo saúde-doença, provendo suporte técnico e informações, viabilizando ações de vigilância, facilitando processos de capacitação para técnicos, para o controle social e para toda a rede do SUS, além de executar, organizar e estruturar a assistência de média e alta complexidade relacionada com os problemas e agravos à saúde relacionados com o trabalho (JACQUES; MILANEZ; MATTOS, 2012).

Ainda nessa perspectiva, políticas públicas no âmbito da saúde do trabalhador são instituídas e renovadas desde 2004. Recentemente, a Portaria nº 1.823 do Ministério da Saúde, de 23 de agosto de 2012, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da

Trabalhadora, a fim de desenvolver a atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Dentre os objetivos desta Política está o de promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, pressupondo o fortalecimento e articulação das ações de vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos ambientes e processos de trabalho, como no entorno, tendo em vista a *qualidade de vida dos trabalhadores* e da população circunvizinha (BRASIL, 2012, grifo nosso).

Tal questão, relativa à qualidade de vida dos trabalhadores, começou a receber a denominação de “qualidade de vida no trabalho” na década de 1950, quando Eric Trist e colaboradores desenvolveram estudos de abordagem sociotécnica relativa à organização do trabalho. Posteriormente, a QVT deixou a abordagem sociotécnica, direcionada à análise e reestruturação da tarefa, pautando-se, então, na administração do contexto organizacional e sendo vista como um conceito global e como uma forma de enfrentar os problemas de qualidade e produtividade (FERNANDES, 1996; RODRIGUES, 2011).

A QVT tem sido abordada com base em diferentes princípios norteadores, tais como visão de ser humano, concepção de trabalho, heterogeneidade de indicadores e enfoques de gestão (FERREIRA; ALVES; TOSTES, 2009). Cada abordagem imprimiu diferentes moldes à QVT, de acordo com as pretensões e circunstâncias socioeconômicas da época.

Os autores de referência em QVT, amplamente citados na literatura científica, são Walton, em 1973, e Hackman e Oldham, em 1975. Eles podem ser considerados os precursores de uma abordagem científica da QVT. Para Walton, a QVT depende estreitamente do equilíbrio entre trabalho e outras esferas da vida, do papel social da organização e da importância de se conciliar produtividade com QVT. O modelo proposto pelo autor contempla os seguintes fatores: compensação justa e adequada; condições de trabalho; uso e desenvolvimento das capacidades; chances de crescimento e segurança; integração social na empresa; constitucionalismo; trabalho e espaço total de vida e relevância social do trabalho (DESCANIO; LUNARDELLI, 2007; FERREIRA; ALVES; TOSTES, 2009).

Já Hackman e Oldham defendem que a QVT está fortemente associada aos aspectos de motivação interna, satisfação e enriquecimento no cargo. Nessa perspectiva, a gestão de QVT deve compreender que os resultados positivos pessoais e do trabalho (alta motivação interna, alta satisfação no trabalho, desempenho de alta qualidade e baixo absenteísmo e rotatividade de pessoal) são obtidos quando três estados psicológicos críticos estão presentes, quais sejam:

percepção da significância do trabalho, percepção da responsabilidade pelos resultados e conhecimento dos reais resultados do trabalho (DESCANIO; LUNARDELLI, 2007; FERREIRA; ALVES; TOSTES, 2009).

Somente há pouco tempo a preocupação da sociedade com a QV das pessoas se deslocou para a situação de trabalho. A QVT assimila duas posições antagônicas: de um lado, a reivindicação dos empregados quanto ao bem-estar e satisfação no trabalho; de outro, o interesse das organizações quanto a seus efeitos potencializadores sobre a produtividade e qualidade. Como as necessidades humanas variam conforme as pessoas e a cultura organizacional, a QVT não é determinada apenas pelas características individuais (necessidades, valores, expectativas) ou situacionais (estrutura organizacional, tecnologia, sistemas de recompensas, políticas internas), mas principalmente pela atuação sistêmica das características individuais e organizacionais (CHIAVENATO, 2009).

Como se pode perceber, a QVT não só depende de vários aspectos, mas também fica evidente a complexidade que envolve a garantia da QV e da satisfação no trabalho. Dessa forma, os gerentes passaram a se preocupar com a dinâmica de sua equipe, investindo no ser humano e no ambiente laboral, para que os trabalhadores tenham prazer e considerem que há, de fato, qualidade de vida no trabalho (FARIAS, 2004).

3.3 ESTRESSE OCUPACIONAL: O MODELO DEMANDA-CONTROLE

Estudos têm evidenciado que os trabalhadores de enfermagem enfrentam mais sofrimento psicológico do que a população em geral (HARRISSON et al., 2002; JUDKINS; MASSEY; HUFF, 2006). Considerando-se ainda as categorias de trabalho da área da saúde, esses trabalhadores por vezes enfrentam condições precárias de trabalho, estando expostos a uma variedade de elementos geradores de desgaste (SILVA et al., 2013). Se o trabalho pode ser considerado como gerador de desgaste e tensão, o estresse pode acontecer.

Nesse sentido, o estresse no trabalho tem sido apontado como uma importante exposição no desenvolvimento de desfechos negativos à saúde do trabalhador (ALVES; HÖKERBERG; FAERSTEIN, 2013; SCHMIDT, 2013). Entende-se que o estresse ocupacional é aquele oriundo do ambiente de trabalho, ou seja, é um conjunto de fenômenos que se apresentam no organismo do trabalhador e que, por este motivo, pode afetar sua saúde (SCHMIDT, 2013).

A avaliação do estresse e de sua influência na saúde dos trabalhadores tem avançado consideravelmente, porém sua mensuração ainda é um desafio para a epidemiologia social.

Tal mensuração é frequentemente embasada por construtos teóricos, que geram modelos testados em diversos campos empíricos. Um dos modelos com maior poder explanatório e amplamente utilizado na literatura internacional como medida de condições psicossociais do ambiente do trabalho é o modelo demanda-controle (SCHMIDT, 2013). Robert Karasek, na década de 1970, considerando o enfoque limitado dos modelos unidimensionais existentes, propôs um modelo bidimensional baseado na abordagem simultânea do controle sobre o trabalho e das demandas psicológicas (KARASEK; THEORELL, 1990).

Posteriormente, o modelo passou a incluir uma terceira dimensão: a percepção de apoio social do trabalho. Tal dimensão foi acrescentada por Johnson, em 1988, e postulava que a integração social, a confiança no grupo, a ajuda na realização das tarefas por parte de colegas e superiores poderiam atuar como protetoras (moderadoras) dos efeitos do desgaste sobre a saúde decorrentes do trabalho (JOHNSON; HALL, 1988; KARASEK; THEORELL, 1990).

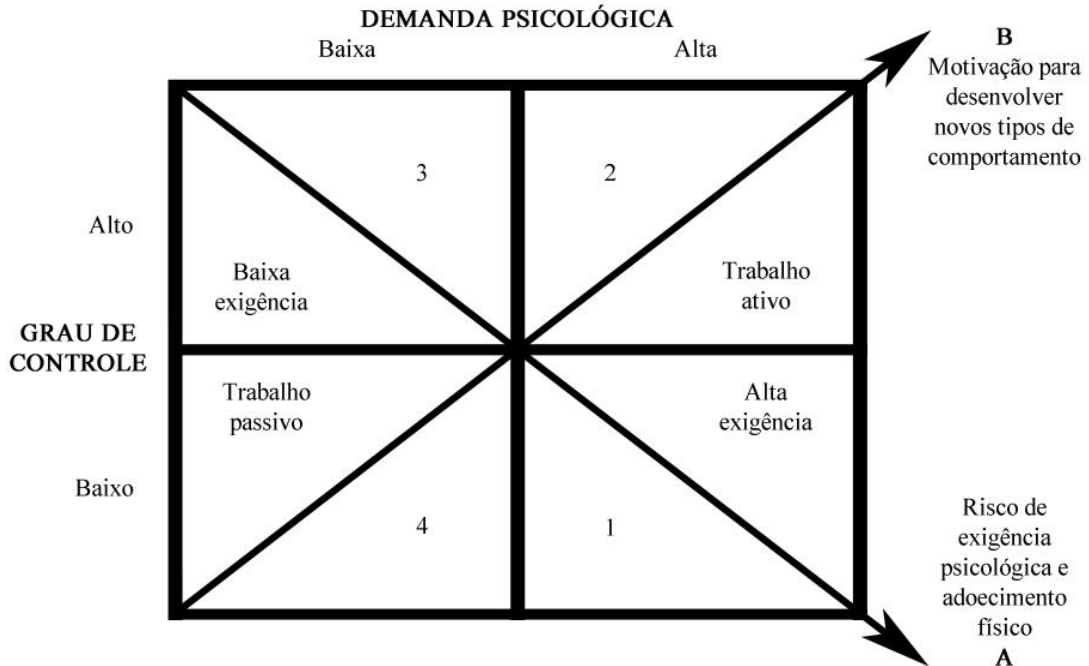
A “demanda psicológica” se refere às exigências psicológicas que o trabalhador enfrenta na realização das suas tarefas, envolvendo pressão do tempo (proporção do tempo de trabalho realizado sob tal pressão), nível de concentração requerida, interrupção das tarefas e necessidade de se esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores. Já o “controle sobre o trabalho” engloba a possibilidade de o trabalhador utilizar suas habilidades intelectuais para a realização de seu trabalho, bem como possuir autoridade suficiente para tomar decisões sobre a forma de realizá-lo (KARASEK; THEORELL, 1990; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; ALVES et al., 2004; HÄUSSER et al., 2010).

Segundo o pressuposto estabelecido por Karasek e Theorell (1990), levando-se em consideração as dimensões “demanda” e “controle”, trabalhos que combinam altas demandas psicológicas e baixo controle no trabalho (trabalho de alta exigência) carregam consigo o mais alto risco de adoecimento físico e psicológico, bem como de redução do bem-estar. De modo inverso, nos trabalhos que aliam baixas demandas e um alto controle (trabalho de baixa exigência), o risco de ocorrência de repercussões negativas à saúde do trabalhador é bastante improvável (Figura 1).

Ainda segundo esses autores, os trabalhos que combinam baixos controle e demanda (trabalho passivo) são vistos como indutores de declínio na atividade global do indivíduo e da redução da capacidade de produzir soluções para as atividades e problemas enfrentados, pois o trabalhador estaria propenso a um estado de apatia, seja pela ausência de desafios significantes e de permissão para atuações com energia, seja pela rejeição sistemática às suas iniciativas de trabalho. Por outro lado, nos trabalhos que mesclam demanda e controle altos

(trabalho ativo), poderia advir motivação para desenvolver novos comportamentos, aprendizagens e um padrão de enfrentamento positivo sob condições simultâneas de demandas psicológicas e controle elevados (Figura 1).

Figura 1. Modelo demanda-controle de Karasek.



Fonte: Adaptado de Karasek e Theorell (1990).

Para avaliar esses aspectos, Karasek elaborou um instrumento metodológico: o *Job Content Questionnaire* – JCQ. Construído inicialmente para prever estresse relacionado ao trabalho e doenças cardiovasculares nos Estados Unidos e na Suécia, o JCQ, hoje, compreende 49 questões em sua versão recomendada, abordando, além de controle e demanda psicológica, suporte social proveniente da chefia e dos colegas de trabalho, demanda física e insegurança no emprego (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Uma versão reduzida do JCQ, o *Job Stress Scale* – JSS foi elaborada na Suécia por Töres Theorell em 1988, contendo 17 questões que avaliam demanda psicológica, controle sobre o trabalho e apoio social. Este instrumento foi posteriormente traduzido e adaptado para o português (ALVES et al., 2004).

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um recorte do projeto de pesquisa intitulado “Condições laborais, de saúde e qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem”, caracterizando-se como um estudo de corte transversal, com abordagem quantitativa e de caráter censitário. Estudo de corte transversal é aquele no qual o fator e efeito são observados em um mesmo momento histórico, no qual as conclusões obtidas pelas análises restringem-se a relações de associação e não de causalidade (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo ocorreu no município de Jequié, situado no interior do estado da Bahia, sendo o nono município baiano mais populoso, com uma população de 151.820 habitantes, segundo o último censo (2010) realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), com estimativa de 152.372 habitantes para o ano de 2012, segundo dados do Departamento de Informática do SUS – DATASUS (BRASIL, 2013).

Quanto ao perfil de morbimortalidade hospitalar no município, registrou-se, em 2012, um total de 17.425 internações. No ano de 2010 destacaram-se as internações decorrentes de: complicações na gravidez, parto e puerpério, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho digestivo e as consequências de causas externas (BRASIL, 2013).

No que concerne à estrutura de atenção hospitalar disponível, Jequié possui três hospitais privados, um hospital filantrópico e um hospital público sobre administração direta do governo do estado, o Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), sendo este o local deste estudo.

O HGPV caracteriza-se como uma das principais unidades hospitalares de referência regional, assistindo a população jequieense e circunvizinha dos demais 24 municípios que compõem da 13ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES). Possui mais de 200 leitos operacionais, internando nas especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Neurológica, Pediatria, Psiquiatria e Terapia Intensiva e Semi-Intensiva, além de dispor de

ambulatório de Oncologia e Ortopedia, bem como a Linha de Cuidado da Mama. Caracteriza-se ainda como campo de estágio e pesquisa científica para a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e outras instituições de ensino superior e técnico com formação para a área da saúde.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalham na referida instituição hospitalar. Também foram incluídos entre os elegíveis aqueles trabalhadores da equipe de enfermagem que estiverem afastados do trabalho em função de algum tipo de licença (prêmio, saúde, gestação, interesse particular etc.) e que concordarem em participar da pesquisa. Tal inclusão se fez presente no intuito de se evitar o “efeito do trabalhador sadio”, questão peculiar a estudos epidemiológicos em saúde do trabalhador, cujo participante doente é excluído (McMICHAEL, 1976).

Os trabalhadores de enfermagem que se recusaram a participar do estudo e que não foram encontrados após três tentativas de contato, em dias distintos, foram considerados como perdas.

Ao todo, 309 trabalhadores da equipe, de um total de 334, participaram da pesquisa, representando uma taxa de resposta equivalente a 92,5%. As 25 perdas (7,5%) foram decorrentes de recusas (2,4%), não devolução do questionário (1,5%) e a não possibilidade/efetivação de contato com o participante (3,6%).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, o presente projeto de pesquisa foi desenvolvido segundo os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Desta forma, após apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, e parecer favorável segundo o CAAE 26737214.0.0000.0055 (ANEXO C), realizou-se a coleta de dados.

Para garantir o respeito à dignidade humana e a autonomia dos participantes do estudo, foi apresentado a estes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), informando-se a respeito do propósito da pesquisa, bem como da possibilidade de recusar-

se a participar ou de deixar de contribuir para a realização da mesma a qualquer momento, não importando as razões para tal escolha e sem que isso implicasse em qualquer prejuízo ao informante. Nesse sentido, concordando-se em participar do estudo, o TCLE foi assinado pelo trabalhador, em duas vias, sendo que uma foi devolvida ao mesmo e a outra ficou sob a guarda dos pesquisadores responsáveis pelo estudo. Somente estes tiveram acesso às informações coletadas. A fim de se preservar o anonimato dos participantes, foi mantido sigilo em relação à autoria das informações colhidas, evitando-se, assim, a identificação pública dos mesmos e constrangimentos envolvendo terceiros.

4.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados, descritos a seguir.

4.5.1 Questionário para Caracterização Sociodemográfica e Ocupacional

O primeiro se refere a um questionário para caracterização sociodemográfica e ocupacional (APÊNDICE B), formulado pelos pesquisadores responsáveis. Este questionário investigou as seguintes variáveis: sexo, idade, situação conjugal, número de filhos, se é o provedor único da família, categoria profissional, tempo de formação, realização de pós-graduação, frequência com que pensa em mudar de profissão (posteriormente dicotomizada em “raramente” para aqueles que responderam “nunca” ou “raramente” e “frequentemente” para aqueles que responderam “às vezes”, “frequentemente” ou “diariamente”), horas de sono por dia, tabagismo, nível de atividade física (“sedentário” = menos que 10 minutos de atividade física moderada ou vigorosa por semana; irregularmente ativo = de 10 a 149 minutos de atividade moderada por semana ou de 10 a 74 minutos de atividade vigorosa por semana; ativo = de 150 a 299 minutos de atividade moderada por semana ou de 75 a 149 minutos de atividade vigorosa por semana; muito ativo = 300 minutos ou mais de atividade moderada por semana ou 150 minutos ou mais de atividade vigorosa por semana), tempo de serviço na instituição, tipo de vínculo, tipo de setor em que atua, tempo de serviço neste setor, possibilidade de escolha do setor, carga horária semanal, turno de trabalho, percepção do número de pessoas na escala de trabalho, salário líquido mensal na instituição e presença de outro vínculo empregatício.

4.5.2 Total Quality of Work Life – TQWL-42

O segundo instrumento foi utilizado para avaliar a QVT da população do estudo e diz respeito ao TQWL-42 (ANEXO A), onde a sigla TQWL é a abreviatura de *Total Quality of Work Life* (Qualidade de Vida no Trabalho Total). O mesmo foi desenvolvido e validado por Pedroso (2010) e, segundo este autor, sua construção foi alicerçada nos modelos teóricos clássicos de QVT, seguindo os moldes dos instrumentos do Grupo WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*).

O TQWL-42 é composto por 42 questões, divididas igualmente em cinco grandes esferas (Quadro 1), sendo estas compostas por ramificações, denominadas aspectos, dentro dos quais foram agrupadas as questões. As esferas são: Biológica/Fisiológica, Psicológica/Comportamental, Sociológica/Relacional, Econômica/Política e Ambiental/Organizacional, representadas pelas letras A, B, C, D e E, respectivamente. A letra F, por sua vez, representa o aspecto “autoavaliação da QVT”, que não está inserido em nenhuma esfera (PEDROSO, 2010).

Com relação às questões pertencentes a cada aspecto, foi desenvolvido um padrão, sendo que uma questão busca diagnosticar o nível com o qual a variável abordada no aspecto está presente na vida do trabalhador e a outra questão objetiva avaliar a satisfação com relação a tal variável (PEDROSO, 2010).

Quadro 1. Esferas e aspectos do TQWL-42.

Esfera	Aspecto	Descrição do aspecto
Biológica e Fisiológica	Disposição física e mental	Disposição que o indivíduo possui para a realização do seu trabalho.
	Capacidade de trabalho	Capacidade de realizar com eficácia as tarefas que lhe são incumbidas no cargo.
	Serviços de saúde e assistência social	Serviços disponibilizados pela empresa, tais como atendimento médico, odontológico e psicológico.
	Tempo de repouso	Tempo disponível para dormir/descansar entre um dia de trabalho e outro.
Psicológica e Comportamental	Autoestima	A avaliação que o indivíduo faz de si mesmo no ambiente laboral.
	Significância da tarefa	O quanto o indivíduo percebe a importância do seu trabalho e o julga significativo para a empresa e/ou para a sociedade.
	Feedback	Retroinformação do desempenho no trabalho do indivíduo, esclarecendo o quão correto ou errado este vem sendo realizado.
	Desenvolvimento	Nível com o qual a empresa incentiva e libera o

	pessoal e profissional	indivíduo para aperfeiçoar o seu conhecimento no intuito de lhe possibilitar crescimento em nível pessoal e/ou profissional.
Sociológica e Relacional	Liberdade de expressão	Direito que o indivíduo possui de manifestar suas opiniões, ideias e pensamentos, sem que isso possa lhe acarretar punições.
	Relações interpessoais	Relacionamento que o indivíduo possui com seus superiores, colegas de trabalho e subordinados.
	Autonomia	Possibilidade de o indivíduo tomar suas próprias decisões, sem a necessidade de consulta aos seus superiores.
	Tempo de lazer	Tempo disponível para a prática de atividades com caráter de lazer e o quanto tal tempo é preenchido com atividades desse cunho.
Econômica e Política	Recursos financeiros	O quanto os recursos financeiros provenientes do trabalho são suficientes para garantir um estilo de vida satisfatório ao indivíduo e à sua família.
	Benefícios extras	Benefícios que diferenciem a empresa em que o indivíduo trabalha de outras empresas.
	Jornada de trabalho	O quanto a carga horária semanal de trabalho é condizente com a disposição que o indivíduo possui para realizar as suas tarefas.
	Segurança no emprego	Sentimento de se possuir a segurança de estabilidade no emprego.
Ambiental e Organizacional	Condições de trabalho	Aspectos ergonômicos do ambiente laboral, tais como conforto térmico, luminosidade e ruído.
	Oportunidade de crescimento	Possibilidade de o indivíduo ascender na empresa em que trabalha, seja por meio de promoções de cargo ou por meio da existência de um plano de carreira.
	Variedade da tarefa	Nível com o qual o indivíduo realiza diferentes tipos de atividades no seu cargo, fazendo com que este não seja monótono.
	Identidade da tarefa	O quanto o indivíduo realiza tarefas do início ao fim, de forma que o seu trabalho não seja realizar apenas uma fração de uma atividade maior.

Fonte: Pedroso (2010).

Seguindo o procedimento referente à formulação de questões cuja escala de respostas é invertida, no TQWL-42 é utilizada, também, a conversão das questões que apresentam tal peculiaridade. A conversão objetiva padronizar todas as respostas do instrumento, de forma que, quanto mais positiva a resposta, esta deve se aproximar de 5. Por conseguinte, quanto mais negativa a resposta, esta deve se aproximar de 1. Desta forma, todas as questões do instrumento são convertidas para uma mesma escala de respostas, na qual, após a

padronização, o maior valor sempre representará o resultado mais positivo. As questões invertidas do TQWL-42 são: A1.1, A4.1, B1.1, C2.1, D3.1 D4.1 e E3.1 (PEDROSO, 2010).

As etapas para o cálculo dos resultados preveem: verificar se todos os 42 itens foram preenchidos com respostas entre 1 e 5; converter as questões invertidas; calcular os escores das esferas e aspectos; transformar os escores para uma escala de 0 a 100; e excluir os respondentes cujo número de itens não respondidos excede 20% do total de itens (PEDROSO, 2010).

Para a análise dos resultados do TQWL-42, considerou-se o valor 50 como ponto central, de modo que os valores abaixo e acima desse ponto central são caracterizados como insatisfação e satisfação, respectivamente. Desta forma, as possíveis classificações são: insatisfatório (0 a 50) e satisfatório (50,01 a 100) (PEDROSO, 2010).

4.5.3 Job Stress Scale – JSS

O terceiro instrumento, utilizado para avaliar o estresse no trabalho percebido pelo trabalhador, foi o *Job Stress Scale – JSS* (ANEXO B), que é a versão adaptada e validada para o português da escala elaborada na Suécia por Theorell, em 1988. Esta, por sua vez, é uma versão reduzida do *Job Content Questionnaire – JCQ*, originalmente proposto por Karasek, de 49 perguntas (ALVES et al., 2004).

O JSS contém 17 questões, sendo cinco para avaliar demanda psicológica, seis para avaliar controle sobre o trabalho e seis para apoio social. Estas dimensões são mensuradas em uma escala tipo Likert de quatro pontos, variando entre “frequentemente” e “nunca ou quase nunca”, ou entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente” (ALVES et al., 2004).

Por meio da dicotomização em alto e baixo das dimensões “demanda” e “controle” pela utilização da mediana dos escores obtidos como ponto de corte, foram constituídas quatro categorias: baixa exigência (alto controle e baixa demanda; categoria de referência), trabalho ativo (alto controle e alta demanda), trabalho passivo (baixo controle e baixa demanda) e alta exigência (baixo controle e alta demanda). Dicotomizou-se ainda a dimensão “apoio social”, também através da mediana dos escores obtidos, classificando-a como alto ou baixo (ALVES et al., 2004).

4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Após a aprovação pelo CEP-UESB, foi enviado ofício à direção geral do HGPV, solicitando autorização para a coleta de dados no local (ANEXO D). Foi realizado, então, contato com a direção de enfermagem, de modo a solicitar a relação dos membros da equipe de enfermagem que trabalhavam na instituição. Para o atendimento de tal solicitação foram disponibilizadas as escalas de trabalho para a maior parte dos setores. Através de busca ativa foram encontrados ainda trabalhadores de enfermagem lotados em setores não incluídos nas escalas. Em seguida, foi realizado contato com os trabalhadores, aplicando-se os instrumentos – que foram autopreenchidos – mediante a conveniência do momento para os participantes.

Precedendo a coleta de dados propriamente dita foi realizado um teste piloto com vinte trabalhadores de enfermagem da Santa Casa Hospital São Judas Tadeu, hospital filantrópico do município de Jequié. Tal procedimento permitiu estabelecer se os instrumentos poderiam ser satisfatoriamente compreendidos e respondidos. Deste modo, com base no teste piloto, ajustes foram realizados nas orientações para o preenchimento dos questionários e no conteúdo do instrumento de caracterização sociodemográfica e ocupacional, a fim de fornecer melhor compreensão para a resposta dos participantes da pesquisa.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para tabulação dos dados, utilizou-se o programa EpiData 3.1, com dupla digitação. Ao final desta, foi realizado um processo de validação e checagem da consistência do banco de dados, em que erros de digitação foram detectados e corrigidos de acordo com o questionário impresso com as respostas dos participantes. As variáveis do estudo foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas.

A associação entre QVT (variável dependente), estresse ocupacional (variável independente) e apoio social e características sociodemográficas, ocupacionais e de estilo de vida (covariáveis), tanto para o conjunto total da população pesquisada quanto para as categorias profissionais separadamente (pessoal de nível superior e pessoal de nível médio), foi aferida por meio do teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher, com nível de significância de 5%. Para a magnitude da associação, foi utilizada como medida de associação a razão de prevalência (RP) com respectivo intervalo de confiança (IC) de 95%.

Para construção do modelo de regressão logística múltipla foram selecionadas variáveis que obtiveram na análise bivariada o valor de probabilidade do teste menor que 0,20. Em seguida, tais variáveis foram verificadas pelo teste da razão de verossimilhança, mantendo-se aquelas com valor do teste menor que 0,05. A partir do modelo final foram construídas as RP ajustadas segundo variáveis que nele permaneceram. O modelo foi então avaliado pelo teste de bondade de ajuste de Hosmer-Lemeshow (HOSMER; LEMESHOW; STURDIVANT, 2013) e verificado graficamente através da área sob a curva *Receiver Operating Characteristic* – ROC. As RP ajustadas e respectivos IC95%, por sua vez, foram estimados utilizando a regressão de Poisson com variância robusta, já indicadas para uso em estudos de corte transversal (COUTINHO; SCAZUFCA; MENEZES, 2008). Todas as análises foram conduzidas por meio dos programas estatísticos STATA versão 9 e SPSS versão 21.0.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão dispostos na forma de dois manuscritos científicos, elaborados e apresentados conforme as normas dos periódicos selecionados para a submissão.

A seleção dos temas de cada manuscrito visa contemplar os objetivos propostos no estudo. Nesse sentido, os manuscritos elaborados foram “Fatores associados à insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem” e “Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem”, apresentados a seguir.

5.1 MANUSCRITO 1: FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

O manuscrito será submetido ao periódico *Revista de Saúde Pública*, elaborado conforme as instruções para autores do mesmo, disponíveis em:

<http://www.scielo.br/revistas/rsp/pinstruc.htm>

FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

FACTORS ASSOCIATED WITH DISSATISFACTION WITH QUALITY OF WORK LIFE IN NURSING TEAM

Título resumido: Qualidade de vida no trabalho da enfermagem

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os fatores associados à qualidade de vida no trabalho (QVT) da equipe de enfermagem, segundo a categoria profissional.

MÉTODOS: Estudo transversal realizado em 2014, com 309 trabalhadores de enfermagem (119 enfermeiros e 190 técnicos/auxiliares de enfermagem) de um hospital geral em Jequié, Bahia. A QVT foi avaliada pelo instrumento *Total Quality of Work Life* (TQWL-42). A associação entre QVT e as variáveis sociodemográficas, laborais e de estilo de vida teve sua magnitude aferida através da utilização da razão de prevalência com respectivo intervalo de confiança de 95%. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

RESULTADOS: A insatisfação com a QVT foi maior entre enfermeiros (42%) do que técnicos/auxiliares de enfermagem (33,3%). Entre os trabalhadores de nível médio a QVT insatisfatória mostrou-se inversamente associada ao trabalho noturno (RP = 0,47; IC95% 0,28;0,80; $p = 0,003$). Para os enfermeiros, verificou-se associação entre QVT insatisfatória e menor idade (RP = 0,62; IC95% 0,41;0,94; $p = 0,039$), menor tempo de sono (RP = 1,79; IC95% 1,03;3,11; $p = 0,022$), atuação em setores para pacientes de cuidados intermediários ou semicríticos (RP = 5,60; IC95% 0,83;37,97; $p = 0,026$) e altamente dependentes ou críticos (RP = 8,19; IC95% 1,22;55,13; $p = 0,001$), percepção de insuficiência de pessoal na escala de trabalho (RP = 2,32; IC95% 0,94;5,72; $p = 0,045$) e possuir outro emprego (RP = 1,80; IC95% 1,09;2,96; $p = 0,013$).

CONCLUSÕES: Observou-se a associação entre QVT e diferentes fatores demográficos, de estilo de vida e laborais entre as categorias profissionais que compõem a equipe de enfermagem. Tais particularidades podem orientar a gerência hospitalar, juntamente com os trabalhadores, na identificação dos grupos de maior exposição à percepção insatisfatória da QVT, bem como na implementação de estratégias preventivas e corretivas no contexto de trabalho, sobretudo nas características relacionadas à sobrecarga de trabalho.

DESCRITORES: Qualidade de Vida. Trabalho. Enfermagem. Equipe de Enfermagem. Saúde do Trabalhador. Fatores Epidemiológicos.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the factors associated with the quality of work life (QWL) of the nursing team, according to professional category.

METHODS: Cross-sectional study conducted in 2014, with 309 nursing workers (119 registered nurses and 190 nursing technicians and assistants) from a general hospital in Jequié, Bahia, Brazil. The QWL was assessed by the instrument Total Quality of Work Life (TQWL-42). The association between QWL and social, demographic, occupational and lifestyle variables had its magnitude measured by using the prevalence ratio with respective 95% confidence interval. The level of significance was $p < 0.05$.

RESULTS: Dissatisfaction with QWL was higher among registered nurses (42%) than among nursing technicians and assistants (33.3%). Among the mid-level workers the unsatisfactory QWL was inversely associated with night shiftwork (PR = 0.47; 95%CI 0,28;0,80; $p = 0,003$). For registered nurses, there was a statistically significant association between poor QWL and age (PR = 0.62; 95%CI 0,41;0,94; $p = 0,039$), shorter sleep (PR = 1.79; 95%CI 1,03;3,11; $p = 0,022$), work in units for intermediate care or semi-critical patients (PR = 5.60; 95%CI 0,83;37,97; $p = 0,026$) and units for highly dependent or critical patients (PR = 8.19; 95%CI 1,22;55,13; $p = 0,001$), perceived insufficiency in the number of people in the working schedule (PR = 2.32; 95%CI 0,94;5,72; $p = 0,045$) and having another job (PR = 1.80; 95%CI 1,09;2,96; $p = 0,013$).

CONCLUSIONS: There was an association between QWL and different demographic, lifestyle and occupational factors among the professional categories that compose the nursing team. Such particularities can guide the hospital management, along with the employees, in identifying groups of greater exposure to the negative perception of QWL as well as in implementing preventive and corrective strategies in the work context of this population, focusing primarily on the characteristics related to increased workload.

DESCRIPTORS: Quality of Life. Work. Quality of Work Life. Nursing. Nursing, Team. Occupational Health. Epidemiologic Factors.

INTRODUÇÃO

Os trabalhadores de enfermagem constituem uma das categorias profissionais da área da saúde que mais enfrentam condições precárias de trabalho, estando expostos a uma variedade de elementos geradores de desgaste.²⁵ Por esta razão, a qualidade de vida relacionada ao trabalho percebida por eles é um tema que vem, recentemente, despertando crescente interesse, em vista da importância de fatores pessoais, ambientais e organizacionais envolvidos no contexto do trabalho.¹⁴

Dentre os ambientes de labor da equipe de enfermagem estão os hospitais, organizações complexas nas quais os trabalhadores desta equipe representam os principais recursos humanos, dedicando parte significativa do seu tempo a essas instituições. No entanto, muitos hospitais são extremamente burocráticos e a gerência de enfermagem não tem participação efetiva na formulação dos planos

institucionais, o que interfere negativamente na situação do trabalhador de enfermagem, favorecendo a sobrecarga e sofrimento laboral, e, por conseguinte, afetando a qualidade de vida relacionada ao trabalho.^a

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) representa o grau em que os membros da organização são capazes de satisfazer suas necessidades pessoais por meio de sua atividade laboral.⁹ A QVT pode afetar atitudes e comportamentos importantes para o trabalho, como a motivação, adaptabilidade e flexibilidade a mudanças no ambiente de trabalho, criatividade e vontade de inovar.^{9,18}

Busca realizada em bases de dados da literatura científica nacional e internacional revelou que ainda são escassos os estudos de investigação e análise da QVT entre trabalhadores da equipe de enfermagem que utilizaram abordagem quantitativa e instrumentos validados para tal análise, sobretudo em âmbito nacional.

Esta escassez é ainda mais evidente no que diz respeito à análise dos fatores que influenciam a QVT diferentemente entre enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, uma vez que a ocupação exercida dentro da equipe de enfermagem resultará em diferentes processos de trabalho e percepções do modo como o ambiente e as relações laborais repercutem sobre sua saúde. Nessa perspectiva, estudos já verificaram que os trabalhadores de enfermagem de nível superior e médio percebem de modo diverso, por exemplo, a demanda e o controle que exercem sobre o trabalho,^{3,22} o equilíbrio entre esforço e recompensa,²⁴ ou são acometidos, também de modo diverso, por repercussões negativas como absenteísmo por doença^{5,13} e distúrbios musculoesqueléticos,¹⁵ fatores estes que podem estar associados à QVT entre esses profissionais.

Considerando como fundamental a análise dos fatores que afetam de forma diversa a QVT de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, objetivou-se neste estudo analisar os fatores associados à qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem, segundo a categoria profissional.

MÉTODOS

^a Ramos EL. A Qualidade de Vida no Trabalho: dimensões e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem de Terapia Intensiva [dissertação de mestrado]. [Rio de Janeiro (RJ)]: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009. 117 p.

Trata-se de estudo de corte transversal, de caráter censitário, realizado no Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), localizado no município de Jequié, Bahia. O HGPV caracteriza-se como uma das principais unidades hospitalares de referência regional, assistindo a população jequieense e dos municípios circunvizinhos.

A população do estudo foi composta pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalham na referida instituição hospitalar. Também foram incluídos entre os elegíveis aqueles trabalhadores da equipe de enfermagem que estiveram afastados do trabalho em função de algum tipo de licença (prêmio, saúde, gestação, interesse particular etc.) e que concordaram em participar da pesquisa. Tal inclusão se fez presente no intuito de se evitar o “efeito do trabalhador sadio”, questão peculiar a estudos epidemiológicos em saúde do trabalhador, cujo participante doente ou exposto é excluído.¹⁷

Ao todo, 309 trabalhadores da equipe, de um total de 334, participaram da pesquisa, representando uma taxa de resposta equivalente a 92,5%. As 25 perdas (7,5%) foram decorrentes de recusas (2,4%), não devolução do questionário (1,5%) e não possibilidade/efetivação de contato com o participante (3,6%).

Utilizaram-se dois instrumentos para a coleta de dados, ambos autopreenchidos. O primeiro se referiu a um questionário para caracterização sociodemográfica, ocupacional e de estilo de vida. Investigou-se nele as seguintes variáveis: sexo, idade, situação conjugal, número de filhos, se é o provedor único da família, categoria profissional, tempo de formação, frequência com que pensa em mudar de profissão (posteriormente dicotomizada em “raramente” para aqueles que responderam “nunca” ou “raramente”; e “frequentemente” para aqueles que responderam “às vezes”, “frequentemente” ou “diariamente”), horas de sono por dia, tabagismo, nível de atividade física (“sedentário” = menos que 10 minutos de atividade física moderada ou vigorosa por semana; irregularmente ativo = de 10 a 149 minutos de atividade moderada por semana ou de 10 a 74 minutos de atividade vigorosa por semana; ativo = de 150 a 299 minutos de atividade moderada por semana ou de 75 a 149 minutos de atividade vigorosa por semana; muito ativo = 300 minutos ou mais de atividade moderada por semana ou 150 minutos ou mais de atividade vigorosa por semana), tempo de serviço na instituição, tipo de vínculo, tipo de setor em que atua, tempo de serviço neste setor, possibilidade de escolha do setor, carga horária semanal, turno de trabalho, percepção do número de pessoas

na escala de trabalho (suficiente ou insuficiente), remuneração líquida mensal na instituição (em salários mínimos de R\$ 724,00) e presença de outro vínculo empregatício.

O segundo instrumento foi utilizado para avaliar a QVT da população do estudo e diz respeito ao *Total Quality of Work Life* – TQWL-42 (Qualidade de Vida no Trabalho Total). O mesmo foi desenvolvido e validado por Pedroso^b e, segundo este autor, sua construção foi alicerçada nos modelos teóricos clássicos de QVT, seguindo os moldes dos instrumentos do Grupo *World Health Organization Quality of Life* – WHOQOL.

O TQWL-42 é composto por 42 questões. Quarenta delas estão divididas igualmente em cinco esferas, sendo estas compostas por ramificações, denominadas aspectos, dentro dos quais foram agrupadas as questões. As esferas são: Biológica/Fisiológica, Psicológica/Comportamental, Sociológica/Relacional, Econômica/Política e Ambiental/Organizacional. As duas questões restantes, por sua vez, representam o aspecto “autoavaliação da QVT”^b.

Para a análise dos resultados do TQWL-42, em uma escala que varia de 0 a 100, considerou-se o valor 50 como ponto central^b, de modo que os valores abaixo e acima desse ponto central são caracterizados como insatisfação e satisfação, respectivamente. Desta forma, as possíveis classificações são: insatisfatória (0 a 50) e satisfatória (50,01 a 100).

Precedendo a coleta de dados, foi realizado um teste piloto com vinte trabalhadores de enfermagem de um hospital filantrópico do município de Jequié. Este procedimento permitiu estabelecer se os instrumentos poderiam ser satisfatoriamente compreendidos e respondidos. Deste modo, com base no teste piloto, ajustes foram realizados nas orientações para o preenchimento dos questionários e no conteúdo do instrumento de caracterização sociodemográfica e ocupacional, a fim de fornecer melhor compreensão para a resposta dos participantes da pesquisa.

Para tabulação dos dados, utilizou-se o programa EpiData 3.1, com dupla digitação. Ao final desta, foi realizado um processo de validação e checagem da consistência do banco de dados, em que os erros de digitação foram detectados e

^b Pedroso B. Desenvolvimento do TQWL-42: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho [dissertação de mestrado]. [Ponta Grossa (PR)]: Universidade Tecnológica Federal do Paraná; 2010. 129 p.

corrigidos de acordo com o questionário impresso com as respostas dos participantes. Para a análise dos dados do estudo foi utilizado o programa SPSS 21.0.

As variáveis do estudo foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. A associação entre QVT (variável dependente) e as demais variáveis (variáveis independentes) foi aferida por meio do teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Para a magnitude da associação, foi utilizada como medida de associação a razão de prevalência (RP) com respectivo intervalo de confiança (IC) de 95%. A apresentação dos dados e análise da associação entre as variáveis foram realizadas entre os grupos que compõem a categoria profissional (trabalhadores de nível superior e trabalhadores de nível médio). Adotou-se para os testes o valor de p menor ou igual a 0,05 como estatisticamente significativa.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CAAE 26737214.0.0000.0055). A coleta de dados ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, com garantia de anonimato e sigilo das informações.

RESULTADOS

Dos 309 trabalhadores, 119 (38,5%) são enfermeiros, 165 (53,4%) técnicos e 25 (8,1%) auxiliares de enfermagem. Sendo assim, o pessoal de nível médio totalizou 190 indivíduos. Conforme disposto na Tabela 1, há uma maioria de trabalhadores, em ambas as categorias profissionais, do sexo feminino, entre a faixa etária de 30 a 39 anos, casada ou com companheiro(a), com filho(s), que não sustentavam a família sozinho(a), com tempo de formação entre 6 a 10 anos, que dormem 7 horas ou menos por dia, de não fumantes e sedentários. Quanto à frequência com que pensam em mudar de profissão, os enfermeiros referiram uma maior parcela de indivíduos que pensavam às vezes sobre isso, enquanto a maior parte dos técnicos e auxiliares de enfermagem referiu nunca pensar a respeito de mudar de ocupação.

Tabela 1. Características sociodemográficas, profissionais e de estilo de vida segundo categoria de enfermagem. Jequié, 2014.

	Enfermeiro	Técnico/auxiliar
--	------------	------------------

Variável/categorias	n	%	n	%
Sexo (n = 309)^a				
Masculino	14	11,8	20	10,5
Feminino	105	88,2	170	89,5
Faixa etária (n = 307)^a				
20 a 29 anos	15	12,6	29	15,4
30 a 39 anos	73	61,4	74	39,3
40 a 49 anos	19	16,0	49	26,1
50 a 59 anos	11	9,2	28	14,9
≥ 60 anos	1	0,8	8	4,3
Situação conjugal (n = 309)^a				
Solteiro(a) ou sem companheiro(a)	36	30,3	56	29,5
Casado(a) ou com companheiro(a)	83	69,7	134	70,5
Número de filhos (n = 309)^a				
0	40	33,6	46	24,2
1	30	25,2	53	27,9
2	40	33,6	59	31,1
≥ 3	9	7,6	32	16,8
Sustenta a família sozinho (n = 308)^a				
Não	100	84,7	145	76,3
Sim	18	15,3	45	23,7
Tempo de formação (n = 308)^a				
≤ 5 anos	21	17,7	20	10,6
6 a 10 anos	43	36,1	67	35,5
11 a 15 anos	23	19,3	36	19,0
16 a 20 anos	15	12,6	21	11,1
≥ 21 anos	17	14,3	45	23,8
Frequência com que pensa em mudar de profissão (n = 309)^a				
Nunca	19	16,0	84	44,2
Raramente	19	16,0	19	10,0
Às vezes	52	43,7	58	30,5
Frequentemente	22	18,5	18	9,5
Diariamente	7	5,8	11	5,8
Horas de sono por dia (n = 305)^a				
≤ 7 horas	79	66,4	118	63,4
> 7 horas	40	33,6	68	36,6
Tabagismo (n = 309)^a				
Nunca fumou	111	93,2	164	86,3
Parou de fumar	4	3,4	24	12,6
Fuma	4	3,4	2	1,1
Nível de atividade física (n = 309)^a				
Sedentário	69	58,0	121	63,7
Irregularmente ativo	14	11,7	26	13,7

Variável/categorias	Enfermeiro		Técnico/auxiliar	
	n	%	n	%
Ativo	17	14,3	28	14,7
Muito ativo	19	16,0	15	7,9

^aO número de respostas de cada variável varia em função das informações ignoradas.

Os dados contidos na Tabela 2 evidenciaram uma maioria, para as duas categorias, de trabalhadores com tempo de serviço na instituição igual ou inferior a 5 anos, vínculo efetivo, lotados em setores para pacientes de cuidados intermediários ou semicríticos, que não puderam escolher o setor de trabalho, com carga horária semanal de 30 horas, turno de trabalho exclusivamente diurno e que perceberam como insuficiente o número de pessoas na escala de trabalho. A distribuição das categorias divergiu quanto à remuneração, com a maior parte do pessoal de nível superior recebendo salários inferiores a quatro salários mínimos e o de nível médio recebendo menos que três salários mínimos; e quanto a possuir outro emprego ou trabalho remunerado, característica esta que prevaleceu entre os enfermeiros, mas não entre os técnicos e auxiliares de enfermagem.

Tabela 2. Características laborais segundo categoria de enfermagem. Jequié, 2014.

Variável/categorias	Enfermeiro		Técnico/auxiliar	
	n	%	n	%
Tempo de serviço no HGPV (n = 309)^a				
≤ 5 anos	76	63,9	99	52,1
> 5 anos	43	36,1	91	47,9
Tipo de vínculo (n = 307)^a				
Efetivo	96	81,4	181	95,8
Contratado	22	18,6	8	4,2
Tipo de unidade/setor (n = 305)^a				
Unidades para pacientes altamente dependentes ou críticos	41	35,6	74	38,9
Unidades para pacientes de cuidados intermediários ou semicríticos	60	52,2	98	51,6
Serviços diferenciados/de apoio/administrativos	14	12,2	18	9,5
Tempo de serviço no setor (n = 303)^a				
< 3 anos	85	72,0	116	62,7
≥ 3 anos	33	28,0	69	37,3
Possibilidade de escolha do setor (n = 308)^a				
Sim	49	41,2	88	46,6

Variável/categorias	Enfermeiro		Técnico/auxiliar	
	n	%	n	%
Não	70	58,8	101	53,4
Carga horária semanal (n = 305)^a				
30 horas	94	80,3	131	69,7
40 horas	23	19,7	57	30,3
Turno de trabalho (n = 301)^a				
Somente diurno	46	40,0	97	52,1
Somente noturno	28	24,3	71	38,2
Alterna entre diurno e noturno	41	35,7	18	9,7
Percepção do número de pessoas na escala de trabalho (n = 309)^a				
Suficiente	20	16,8	24	12,6
Insuficiente	99	83,2	166	87,4
Salário líquido no HGPV (n = 302)^a				
< 2 salários mínimos	0	0	51	27,9
2 3 salários mínimos	15	12,6	90	49,2
3 4 salários mínimos	64	53,8	29	15,8
4 5 salários mínimos	34	28,6	10	5,5
≥ 5 salários mínimos	6	5,0	3	1,6
Outro emprego ou trabalho remunerado (n = 309)^a				
Não	49	41,2	115	60,5
Sim	70	58,8	75	39,5

^a O número de respostas de cada variável varia em função das informações ignoradas.

A proporção de indivíduos insatisfeitos com sua QVT foi de 42% entre os enfermeiros e de 33,3% entre os técnicos e auxiliares de enfermagem. Verificou-se maior proporção de insatisfação com a QVT, para ambas as categorias profissionais, em trabalhadores do sexo feminino, solteiros ou sem companheiro(a), que pensaram em mudar de profissão frequentemente, que referiram 7 horas ou menos de sono por dia e tabagismo pregresso ou atual, bem como aqueles classificados como sedentários (Tabela 3).

Por outro lado, tal proporção se comportou de maneira diversa entre o pessoal de nível superior e médio para as demais variáveis sociodemográficas e de estilo de vida. Indivíduos mais jovens e com menor tempo de formação referiram melhor QVT entre os enfermeiros e pior entre os técnicos/auxiliares; quanto maior o número de filhos, pior a QVT entre os enfermeiros e melhor entre os técnicos/auxiliares; maior insatisfação com a QVT se mostrou entre os enfermeiros que eram o provedor único da família, enquanto para os técnicos/auxiliares essa

maior insatisfação se mostrou entre aqueles que não sustentavam a família sozinho(a) (Tabela 3).

Entre o pessoal de nível médio, não houve associação entre as variáveis sociodemográficas e de estilo de vida e a insatisfação com a QVT. Para os profissionais de nível superior, verificou-se associação negativa estatisticamente significativa entre QVT insatisfatória e idade igual ou inferior a 40 anos (RP = 0,62; IC_{95%} 0,41;0,94; p = 0,039) e associação positiva com o tempo destinado ao sono igual ou inferior a 7 horas por dia (RP = 1,79; IC_{95%} 1,03;3,11; p = 0,022) (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência (P%), razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC95%) de insatisfação com a qualidade de vida no trabalho segundo características sociodemográficas e de estilo de vida entre trabalhadores de enfermagem. Jequié, 2014.

Variável/categorias	Enfermeiro			Técnico/auxiliar		
	(P%)	RP (IC _{95%})	Valor de p	(P %)	RP (IC _{95%})	Valor de p
Sexo						
Masculino	35,7	1,00		25,0	1,00	
Feminino	42,9	1,20 (0,57-2,51)	0,611	34,3	1,37 (0,62-3,02)	0,403
Idade						
> 40 anos	59,3	1,00		25,0	1,00	
≤ 40 anos	37,0	0,62 (0,41-0,94)	0,039	38,7	1,55 (0,98-2,44)	0,050
Situação conjugal						
Casado(a) ou com companheiro(a)	41,0	1,00		32,8	1,00	
Solteiro(a) ou sem companheiro(a)	44,4	1,08 (0,69-1,70)	0,724	34,5	1,05 (0,68-1,63)	0,821
Número de filhos						
0	37,5	1,00		37,8	1,00	
1	40,0	1,07 (0,59-1,93)	0,832	35,8	0,95 (0,56-1,60)	0,844
2	42,5	1,13 (0,66-1,94)	0,648	33,9	0,90 (0,53-1,50)	0,682
≥ 3	66,7	1,78 (0,96-3,28)	0,146	21,9	0,58 (0,27-1,23)	0,138
Sustenta a família sozinho(a)						
Não	40,0	1,00		35,2	1,00	
Sim	50,0	1,25 (0,74-2,10)	0,428	27,3	0,91 (0,62-1,34)	0,330
Tempo de formação						
≥ 10 anos	50,0	1,00		31,9	1,00	
< 10 anos	33,9	0,68 (0,44-1,05)	0,075	36,1	1,13 (0,75-1,70)	0,552
Frequência com que pensa em mudar de						

Variável/categorias	Enfermeiro			Técnico/auxiliar		
	(P%)	RP (IC _{95%})	Valor de p	(P %)	RP (IC _{95%})	Valor de p
profissão						
Raramente	31,6	1,00		27,2	1,00	
Frequentemente	46,9	1,49 (0,88-2,50)	0,114	40,7	1,50 (1,00-2,25)	0,050
Horas de sono por dia						
> 7 horas	27,5	1,00		29,9	1,00	
≤ 7 horas	49,4	1,79 (1,03-3,11)	0,022	35,6	1,19 (0,77-1,85)	0,426
Tabagismo						
Nunca fumou	40,5	1,00		31,9	1,00	
Já fumou/fuma	62,5	1,54 (0,86-2,76)	0,278	42,3	1,33 (0,80-2,19)	0,296
Nível de atividade física						
Muito ativo	42,1	1,00		26,7	1,00	
Ativo	41,2	0,98 (0,45-2,12)	0,955	32,1	1,20 (0,44-3,27)	1,000
Irregularmente ativo	35,7	0,85 (0,35-2,04)	0,710	23,1	0,86 (0,29-2,58)	1,000
Sedentário	43,5	1,03 (0,57-1,87)	0,915	36,7	1,37 (0,57-3,29)	0,573

No tocante às características laborais, é possível notar na Tabela 4 que as maiores prevalências de QVT insatisfatória foram observadas entre os enfermeiros com maior tempo de serviço na instituição e no setor de atuação; vínculo efetivo de trabalho; lotados em unidades de assistência a pacientes altamente dependentes ou críticos; que não puderam escolher em qual setor trabalhar; com carga horária de 30 horas semanais; que trabalhavam exclusivamente em plantão noturno; que perceberam como insuficiente o número de pessoas na escala de trabalho; com menor remuneração; e que possuíam outro(s) vínculo(s) empregatício(s) ou trabalho(s) remunerado(s) (Tabela 4).

A prevalência de insatisfação com a QVT se comportou de maneira semelhante entre o pessoal de nível médio para o tipo de vínculo, o tipo de setor em que atuam, a possibilidade de escolha do setor, a carga horária semanal, a percepção quanto ao número de pessoas na escala de trabalho e a remuneração. Em contrapartida, a prevalência do pior desfecho foi maior entre os técnicos e auxiliares de enfermagem com menor tempo de serviço na instituição e no setor de atuação, entre os que trabalhavam diurnamente e entre aqueles que não possuíam outro trabalho remunerado (Tabela 4).

Entre os enfermeiros, mostraram associação estatisticamente significativa com QVT insatisfatória a atuação nas unidades de assistência a pacientes de cuidados intermediários ou semicríticos (RP = 5,60; IC_{95%} 0,83;37,97; p = 0,026) e a pacientes altamente dependentes ou críticos (RP = 8,19; IC_{95%} 1,22;55,13; p = 0,001); a percepção de insuficiência do número de pessoas na escala de trabalho (RP = 2,32; IC_{95%} 0,94;5,72; p = 0,045); e possuir outro emprego ou trabalho remunerado (RP = 1,80; IC_{95%} 1,09;2,96; p = 0,013). Entre os trabalhadores de nível médio, a QVT insatisfatória mostrou-se inversamente associada ao trabalho noturno (RP = 0,47; IC_{95%} 0,28;0,80; p = 0,003) (Tabela 4).

Tabela 4. Prevalência (P%), razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC95%) de insatisfação com a qualidade de vida no trabalho segundo características ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem. Jequié, 2014.

Variável/categorias	Enfermeiro			Técnico/auxiliar		
	(P%)	RP (IC _{95%})	Valor de p	(P %)	RP (IC _{95%})	Valor de p
Tempo de serviço na instituição						
> 5 anos	48,8	1,00		31,9	1,00	
≤ 5 anos	38,2	0,78 (0,51-1,19)	0,257	34,7	1,09 (0,73-1,63)	0,681
Tipo de vínculo						
Efetivo	45,8	1,00		34,4	1,00	
Contratado	27,3	0,59 (0,29-1,22)	0,112	12,5	0,36 (0,06-2,29)	0,271
Tipo de unidade/setor						
Serviços diferenciados/de apoio/administrativos	7,1	1,00		23,5	1,00	
Unidades para pacientes de cuidados intermediários ou semicríticos	40,0	5,60 (0,83-37,97)	0,026	28,6	1,21 (0,49-3,02)	0,776
Unidades para pacientes altamente dependentes ou críticos	58,5	8,19 (1,22-55,13)	0,001	41,9	1,78 (0,72-4,37)	0,181
Tempo de serviço no setor						
≥ 3 anos	51,5	1,00		31,9	1,00	
< 3 anos	37,6	0,73 (0,48-1,12)	0,170	34,8	1,09 (0,71-1,67)	0,687

Variável/categorias	Enfermeiro			Técnico/auxiliar		
	(P%)	RP (IC _{95%})	Valor de p	(P %)	RP (IC _{95%})	Valor de p
Possibilidade de escolha do setor						
Sim	38,8	1,00		28,4	1,00	
Não	44,3	1,14 (0,74-1,77)	0,549	38,0	1,34 (0,88-2,03)	0,164
Carga horária semanal						
30 horas	43,6	1,00		35,4	1,00	
40 horas	39,1	0,90 (0,51-1,57)	0,697	29,8	0,84 (0,53-1,34)	0,459
Turno de trabalho						
Somente diurno	37,0	1,00		41,7	1,00	
Somente noturno	57,1	1,55 (0,94-2,54)	0,090	19,7	0,47 (0,28-0,80)	0,003
Alterna entre diurno e noturno	41,5	1,12 (0,66-1,89)	0,667	38,9	0,93 (0,50-1,74)	0,826
Percepção do número de pessoas na escala de trabalho						
Suficiente	20,0	1,00		30,4	1,00	
Insuficiente	46,5	2,32 (0,94-5,72)	0,045	33,7	1,11 (0,58-2,13)	0,753
Salário líquido na instituição						
≥ 3 SM	40,4	1,00		31,0	1,00	
< 3 SM	53,3	1,32 (0,78-2,24)	0,342	33,6	1,08 (0,65-1,80)	0,751
Outro emprego ou trabalho remunerado						
Não	28,6	1,00		34,2	1,00	
Sim	51,4	1,80 (1,09-2,96)	0,013	32,0	0,93 (0,62-1,42)	0,752

DISCUSSÃO

Dentre os achados do presente estudo, evidenciou-se que enfermeiros mais jovens manifestaram maior satisfação com a QVT do que aqueles com maior idade, resultado oposto ao apresentado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, dentre os quais a maior prevalência de QVT insatisfatória se deu entre os mais jovens. A literatura corrobora este achado, uma vez que enfatiza que profissionais de enfermagem de maior idade e experientes manifestam QVT mais satisfatória, tanto em unidades hospitalares^{2,23} quanto em unidades básicas de saúde.^{1,11} Estes

autores relataram que algumas culturas organizacionais oferecem maiores oportunidades ou acomodações às necessidades aos trabalhadores de maior idade (como cuidados de enfermagem menos extenuantes e escala de trabalho mais flexível), resultando em maior satisfação no trabalho. Além disso, espera-se que os profissionais mais velhos se ajustem melhor ao ambiente de trabalho, uma vez que possuem maior familiaridade e compreensão das expectativas relacionadas ao trabalho.

Dentre as explicações para o achado do presente estudo em relação à associação entre idade e QVT do pessoal de nível superior, está a possibilidade de a idade ter apresentado maior influência sobre a esfera biológica/fisiológica da QVT, já que as doenças relacionadas ao trabalho geralmente se mostram mais elevadas em trabalhadores mais velhos, sobretudo naqueles com 45 anos ou mais.¹¹

Possuir outro emprego ou trabalho remunerado também se mostrou estatisticamente associado à QVT insatisfatória entre os enfermeiros. Na enfermagem, o aumento crescente de profissionais no mercado favorece o decréscimo da remuneração. A baixa remuneração leva os trabalhadores a optar por múltiplos vínculos empregatícios, devido à acentuada lacuna entre os baixos salários e as aspirações a um determinado padrão de vida, muitas vezes tendo que conciliar esta realidade com as responsabilidades domésticas.^a

Nessa perspectiva, Ferreira et al.¹³ declaram que o número de empregos geralmente está diretamente associado a uma elevada demanda de trabalho, o que pode levar ao desgaste físico e psíquico, ansiedade, estresse e tensão pelas atividades de complexidades variadas realizadas em hospitais e ao aumento da insatisfação do trabalhador – e conseqüente percepção de insatisfação com a QVT – que atua em duas ou mais jornadas de trabalho.

O fato de mais da metade dos enfermeiros do presente estudo possuir outro vínculo empregatício pode também ter exercido influência negativa sobre o tempo destinado ao sono, fator este diretamente associado à insatisfação com a QVT entre enfermeiros. Os múltiplos vínculos podem resultar em menor disponibilidade para o sono em função das demandas de atividades assumidas, o que pode interferir na qualidade de vida e nas funções motora e cognitiva, bem como no desempenho das

^a Ramos EL. A Qualidade de Vida no Trabalho: dimensões e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem de Terapia Intensiva [dissertação de mestrado]. [Rio de Janeiro (RJ)]: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009. 117 p.

atividades pessoais, sociais e do trabalho, uma vez que a capacidade de concentração e atenção torna-se diminuída.^{20,21}

Na enfermagem hospitalar, onde o trabalho é realizado em sistemas de turnos, os ciclos de sono-vigília podem ficar prejudicados se não atenderem aos perfis cronobiológicos dos trabalhadores, comprometendo a disposição física e mental para o trabalho e, conseqüentemente, a QVT.¹²

Considerando também que a enfermagem ainda é uma categoria essencialmente feminina, o gênero exerce forte influência na tolerância ao trabalho em turnos, agindo mais pelas vias sociais do que por vias biológicas. Entre as enfermeiras que trabalham à noite, por exemplo, a reorganização da rotina – com intuito de acomodar no período diurno o sono e as demais atividades que compõem sua vida – é mais complexa, em função do papel tradicionalmente atribuído a elas quanto à casa e à família. Para elas, a realização do trabalho doméstico é prioritário em relação às demandas do sono, particularmente entre as que têm filhos.¹⁹

Os enfermeiros que atuam nos setores voltados à assistência direta ao paciente apresentaram as maiores prevalências de QVT insatisfatória deste estudo. Esta prevalência chegou a ser mais que oito vezes maior entre os profissionais que trabalham nas unidades de internamento de pacientes altamente dependentes ou críticos, como o Centro Cirúrgico, as Clínicas Médica e Neurológica e a Unidade de Terapia Intensiva, quando comparados aos enfermeiros lotados nos setores exclusivamente administrativos ou nos serviços de apoio e assistência indireta.

A atuação nesses setores está frequentemente vinculada a situações como ritmo de trabalho acelerado, exigência de rapidez e agilidade de raciocínio nas tomadas de decisões e maior demanda de esforço físico no cuidado prestado ao paciente. Sendo assim, o trabalho nos setores de assistência direta aos pacientes altamente dependentes ou críticos pode configurar-se em situação geradora de desgaste ao enfermeiro, contribuindo para a ocorrência de problemas como estresse ocupacional,⁷ *burnout*⁴ e distúrbios musculoesqueléticos,^{15,26} eventos estes que podem repercutir negativamente nas esferas fisiológica, psicológica, relacional e organizacional que constituem a QVT.

Os enfermeiros do estudo que sinalizaram uma QVT insatisfatória percebem como insuficiente o número de pessoas na escala de trabalho, de modo que tal percepção pode ser reflexo de uma deficiência propriamente dita de recursos humanos, como de uma sobrecarga de trabalho. Tais problemáticas constituem-se

como características negativas das condições laborais, e influenciadoras, assim, da esfera organizacional da QVT.

Entre os técnicos e auxiliares de enfermagem, o trabalho noturno mostrou-se como fator de proteção para a insatisfação com a QVT. Este resultado vai de encontro ao que está estabelecido na literatura, uma vez que são inúmeras as repercussões negativas associadas ao trabalho em turnos, em especial ao realizado durante a noite pela equipe de enfermagem. Dentre elas, está o risco aumentado para distúrbios cardiovasculares, gastrointestinais, obesidade, síndrome metabólica, câncer, pior qualidade do sono, fadiga,^{10,16} pior percepção da condição física, maior uso de medicação não prescrita, absenteísmo e menor satisfação com o trabalho.⁸

Apesar de todos os efeitos negativos supracitados, cabe ressaltar que o plantão noturno realizado no local do estudo é marcado por uma menor carga de trabalho para os técnicos e auxiliares de enfermagem, uma vez que os cuidados que exigem maior esforço físico do profissional, como banho no leito e outros cuidados higiênicos, são realizados durante o período diurno, reduzindo sobremaneira a possibilidade de fadiga e distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho. Desta forma, a redução da sobrecarga de trabalho parece exercer maior relevância sobre a QVT do que a influência do trabalho noturno neste desfecho.

Outra possibilidade para explicar a associação entre trabalho noturno e maior satisfação com a QVT refere-se à análise da escolha do turno de trabalho como fator de tolerância ao mesmo. Em estudo com profissionais da enfermagem, Barton⁶ observou que a escolha do trabalho noturno (geralmente em função de conveniências domésticas e relacionadas a estudo e outros vínculos empregatícios), tende a favorecer a tolerância ao mesmo, o que foi atribuído à maior probabilidade de estruturar suas vidas de forma a dar conta das dificuldades associadas ao horário de trabalho.

Dada sua natureza exploratória, este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiramente, o delineamento transversal não permite inferências sobre a causalidade das associações observadas. Pode ter ocorrido, ainda, subestimação da prevalência de insatisfação com a QVT, devido aos trabalhadores não encontrados, em sua maioria afastados por licença médica (“efeito do trabalhador sadio”). Este efeito, contudo, foi amenizado pela considerável taxa de resposta obtida e a partir da inclusão de todos

os trabalhadores de enfermagem empregados no local do estudo, mesmo aqueles afastados por quaisquer condições.

Devido à coleta de dados restrita a uma única instituição, a generalização dos achados é limitada a populações com características demográficas e ocupacionais semelhantes. Há de se levar em conta ainda que todos os dados coletados partiram do autorrelato dos participantes, embora a natureza multidimensional do instrumento utilizado para a avaliação da QVT seja um aspecto positivo do presente estudo. Sendo assim, sugere-se que investigações futuras empreguem um delineamento longitudinal e utilize dados de amostra/população mais ampla e proveniente de diferentes locais, a fim de que inferências causais mais precisas e com maior poder de generalização possam diminuir as lacunas sobre o tema presentes na literatura.

A análise da prevalência e dos fatores associados à insatisfação com a QVT, segundo as categorias profissionais da equipe de enfermagem, evidenciou a presença de diferenças importantes na associação de características sociodemográficas, laborais e de estilo de vida entre estas categorias. Tais particularidades devem orientar a gerência hospitalar e de enfermagem, em parceria com os trabalhadores, na identificação dos grupos de maior exposição à percepção insatisfatória da QVT, bem como na proposição e implementação de estratégias preventivas e corretivas no contexto de trabalho dessa população, com foco, sobretudo, nas características intrinsecamente relacionadas à maior sobrecarga de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Almalki MJ, Fitzgerald G, Clark M. Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Hum Resour Health*. 2012;10(1):30.
2. An JY, Yom YH, Ruggiero JS. Organizational culture, quality of work life, and organizational effectiveness in Korean university hospitals. *J Transcult Nurs*. 2011;22(1):22-30.
3. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saude Publica*. 2003;37(4):424-33.

4. Ayala E, Carnero AM. Determinants of burnout in acute and critical care military nursing personnel: a cross-sectional study from Peru. *PLoS One*. 2013;8(1):e54408. DOI:10.1371/journal.pone.0054408
5. Azevedo BDS. Absenteísmo na equipe de enfermagem em unidades de cuidados críticos: uma revisão integrativa. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. 2014;12(2):285-95.
6. Barton J. Choosing to work at night: a moderating influence on individual tolerance to shift work. *J Appl Psychol*. 1994;79(3):449-54.
7. Batista KM, Bianchi ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(4):534-9.
8. Burch JB, Tom J, Zhai Y, Criswell L, Leo E, Ogoussan K. Shiftwork impacts and adaptation among health care workers. *Occup Med (Lond)*. 2009;59(3):159-66.
9. Chiavenato I. Recursos humanos: o capital humano das organizações. 9. ed. rev. e atu. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
10. Chung M.H., Chang F.M., Yang C.C., Kuo T.B. & Hsu N. Sleep quality and morningness-eveningness of shift nurses. *J Clin Nurs*. 2009;18(2):279-84.
11. Dolan SL, García S, Cabezas C, Tzafirir SS. Predictors of "quality of work" and "poor health" among primary health-care personnel in Catalonia: evidence based on cross-sectional, retrospective and longitudinal design. *Int J Health Care Qual Assur*. 2008;21(2):203-18.
12. Ferreira LRC, De Martino MMF. Stress no cotidiano da equipe de enfermagem e sua correlação com o cronótipo. *Estud Psicol (Campinas)*. 2009;26(1):65-72.
13. Ferreira RC, Griep RH, Fonseca MJM, Rotenberg L. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):259-68.
14. Kimura M, Carandina DM. Desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do instrumento para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho de enfermeiros em hospitais. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(especial):1044-54.
15. Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Camponogara S, Nonnenmacher CQ, et al. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):187-93.

16. Matheson A, O'Brien L, Reid J. The impact of shiftwork on health: a literature review. *J Clin Nurs*. Forthcoming 2014.
17. McMichael AJ. Standardized mortality ratios and the 'healthy worker effect': scratching beneath the surface. *J Occup Med*. 1976;18:165-8.
18. Moreno A, Aranda C, Preciado M, Valencia S. Calidad de vida laboral en trabajadores de la salud, Tamaulipas, México 2010. *Cienc Trab*. 2011;13(39):11-6.
19. Moreno CRC, Fischer FM, Rotenberg L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. *São Paulo Perspec*. 2003;17(1):34-46.
20. Müller MR, Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estud Psicol (Campinas)*. 2007;24(4):519-28.
21. Santa Rosa PLF, Fischer FM, Borges FNS, Soares NS, Rotenberg L, Landsbergis P. Percepção da duração do sono e da fadiga entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2007;15(1):100-6.
22. Schmidt DRC, Dantas RAS, Marziale MHP, Laus AM. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. *Texto Contexto - Enferm*. 2009;18(2):330-7.
23. Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho entre profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):701-7.
24. Silva AA, Souza JMP, Borges FNS, Fischer FM. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):718-25.
25. Silva S, Baptista PCP, Felli VEA, Martins AC, Sarquis LMM, Mininel VA. Estratégias de intervenção relativas à saúde dos trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários no Brasil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(1):300-8.
26. Smith DR, Ohmura K, Yamagata Z, Minai J. Musculoskeletal disorders among female nurses in a rural Japanese hospital. *Nurs Health Sci*. 2003;5(3):185-8.

5.2 MANUSCRITO 2: ESTRESSE OCUPACIONAL E INSATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM

O manuscrito será submetido ao periódico *Work & Stress*, elaborado conforme as instruções para autores do mesmo, disponíveis em: http://www.tandfonline.com/action/authorSubmission?journalCode=twst20&page=instructions#.VGpOXjRMB_8

Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem

Há evidência robusta sobre a relação inversamente proporcional entre estresse ocupacional e satisfação no trabalho entre trabalhadores de enfermagem. Contudo, pouco se tem na literatura em relação à qualidade de vida no trabalho, um construto mais amplo que pode interferir positiva ou negativamente em atitudes e comportamentos como vigor, motivação, engajamento, adaptabilidade e flexibilidade no trabalho. Por meio de estudo transversal, objetivou-se avaliar a associação entre estresse ocupacional, qualidade de vida no trabalho e fatores associados a esta entre 309 trabalhadores da equipe de enfermagem de um hospital público. A qualidade de vida no trabalho e o estresse ocupacional foram avaliados, respectivamente, pelos instrumentos *Total Quality of Work Life* e *Job Stress Scale*. Análise de regressão de Poisson com variância robusta evidenciou associação estatisticamente significativa entre insatisfação com a qualidade de vida no trabalho e tabagismo, atuação em unidades de assistência a pacientes altamente dependentes ou críticos, baixo apoio social no trabalho e os quadrantes do modelo demanda-controle “trabalho ativo” e “alta exigência”. As implicações desses achados para a gerência de enfermagem são discutidas com foco, sobretudo, nos fatores geradores de sobrecarga de trabalho, maior demanda psicológica, menor controle sobre o próprio trabalho e apoio social no trabalho.

Palavras-chave: qualidade de vida no trabalho; satisfação no trabalho; estresse relacionado ao trabalho; equipe de enfermagem; saúde do trabalhador

Introdução

Estudos têm demonstrado que os trabalhadores de enfermagem enfrentam mais sofrimento psicológico do que a população em geral (Harrison, Loiselle, Duquette, & Semenic, 2002; Judkins, Massey, & Huff, 2006), estando expostos a uma variedade de

elementos geradores de desgaste (Silva et al., 2013). Por esta razão, a qualidade de vida relacionada ao trabalho percebida por eles é um tema que vem, recentemente, despertando crescente interesse, em vista da importância de fatores pessoais, ambientais e organizacionais envolvidos no contexto laboral (Kimura & Carandina, 2009).

Um considerável contingente de trabalhadores de enfermagem está inserido em hospitais, os quais geralmente se mostram como instituições extremamente burocráticas e onde a gerência de enfermagem não tem participação efetiva na formulação dos planos organizacionais, o que interfere negativamente na situação deste trabalhador, favorecendo a sobrecarga e sofrimento laboral, e, por conseguinte, afetando a qualidade de vida relacionada ao trabalho (Ramos, 2009).

Não há um consenso em relação ao conceito de QVT, de modo que existem vários modelos de avaliação da mesma. Dentre os modelos clássicos, destaca-se o modelo de Walton (1973), que afirma que a QVT enfatiza as necessidades e aspirações do ser humano, bem como a responsabilidade social do trabalhador, e se faz presente a partir do momento que este atinge suas metas, necessidades, aspirações e o senso de responsabilidade social (Walton, 1974). Tal abordagem da QVT enfatiza o trabalho como um todo, não se limitando a abordar somente o ambiente de trabalho em si, fazendo menção, inclusive, a aspectos presentes na vida de não-trabalho. Contudo, tais quais outras abordagens e conceitos, o modelo de Walton também apresenta desvantagens, a saber a não avaliação da esfera biológica/fisiológica do trabalhador (Pedroso, 2010).

Já se tem evidência robusta sobre a relação inversamente proporcional entre estresse ocupacional em trabalhadores de enfermagem e satisfação no trabalho percebida por esses indivíduos (Sveinsdóttir, Biering, & Ramel, 2006; Zangaro & Soeken, 2007; Häusser, Mojzisch, Niesel, & Schulz-Hardt, 2010; Lu, Barriball, Zhang, & While, 2012). Contudo, segundo Tourangeau e Cranley (2006), a satisfação no trabalho centra-se em características do

ambiente de trabalho, enquanto a QVT é um construto mais amplo, que parece estar mais intimamente relacionado com a percepção de apoio no ambiente de trabalho. Outros autores, por sua vez, consideram a QVT como um construto que envolve ainda outros fatores, como o comprometimento organizacional, envolvimento com o trabalho, empoderamento (Gifford, Zammuto, & Goodman, 2002), reconhecimento pelos resultados alcançados, salário percebido, relacionamento humano dentro do grupo e da organização, ambiente de trabalho, liberdade de decisão, entre outros (Chiavenato, 2009; Moreno, Aranda, Preciado, & Valencia, 2011). Logo, concentrar-se em apenas uma característica do trabalho é uma abordagem inadequada na avaliação da QVT (Krueger et al., 2002).

A literatura tem apontado também atitudes e comportamentos importantes para o trabalho que podem ser afetados pela QVT, como vigor, dedicação, motivação, engajamento, adaptabilidade e flexibilidade a mudanças no ambiente de trabalho, criatividade, vontade de inovar, e até mesmo influenciar na intenção de permanecer ou deixar a profissão (Gifford et al., 2002; Tourangeau & Cranley, 2006; Chiavenato, 2009; Jenaro, Flores, Orgaz, & Cruz, 2011; Moreno et al., 2011).

Apesar disso, são escassos os estudos de investigação e análise da QVT entre trabalhadores da equipe de enfermagem que utilizaram instrumentos validados e com características psicométricas satisfatórias, sobretudo em âmbito nacional. A maior parte deles utiliza instrumentos unidimensionais, com perguntas ou escalas próprias ou ainda questionários modificados através da combinação de perguntas/escalas de outros instrumentos existentes. Essa escassez fica mais evidente no que diz respeito à análise da associação entre estresse ocupacional e QVT de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Nesse sentido, entendendo ser de fundamental importância o conhecimento e análise dos fatores que afetam a QVT dos trabalhadores de enfermagem, objetivou-se neste estudo

analisar a associação entre estresse ocupacional e qualidade de vida no trabalho entre a equipe de enfermagem.

Método

Delineamento e participantes

Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado no Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), localizado no município de Jequié, estado da Bahia, no Brasil. O HGPV caracteriza-se como uma das principais unidades hospitalares de referência regional, assistindo a população de 25 municípios.

A população do estudo foi composta pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalham na referida instituição. Incluíram-se ainda entre os participantes elegíveis os trabalhadores de enfermagem que estavam afastados do trabalho em função de algum tipo de licença (prêmio, saúde, gestação, interesse particular etc.) e que concordaram em participar da pesquisa.

Ao todo, 309 trabalhadores da equipe, de um total de 334, participaram da pesquisa, representando uma taxa de resposta equivalente a 92,5%. As 25 perdas (7,5%) foram decorrentes de recusas (2,4%), não devolução do questionário (1,5%) e a não possibilidade/efetivação de contato com o participante (3,6%).

O presente estudo seguiu as recomendações brasileiras sobre os preceitos éticos e bioéticos em pesquisas com participação de seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sendo realizada, posteriormente, a coleta de dados, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, garantindo-se o anonimato e sigilo das informações.

Medidas

Utilizaram-se três instrumentos para a coleta de dados, todos preenchidos pelos próprios participantes.

Qualidade de vida no trabalho. O instrumento diz respeito ao *Total Quality of Work Life* – TQWL-42 (Qualidade de Vida no Trabalho Total). O mesmo foi desenvolvido e validado por Pedroso (2010) e, segundo este autor, teve como alicerce os modelos teóricos clássicos de QVT.

O TQWL-42 é composto por 42 questões que utilizam uma escala de respostas do tipo Likert (1-5). Quarenta delas estão divididas igualmente em cinco esferas, sendo estas compostas por ramificações, denominadas aspectos, dentro dos quais foram agrupadas as questões. As esferas são: Biológica/Fisiológica (disposição física e mental, capacidade de trabalho, serviços de saúde e assistência social, tempo de repouso), Psicológica/Comportamental (autoestima, significância da tarefa, feedback, desenvolvimento pessoal e profissional), Sociológica/Relacional (liberdade de expressão, relações interpessoais, autonomia, tempo de lazer), Econômica/Política (recursos financeiros, benefícios extras, jornada de trabalho, segurança de emprego) e Ambiental/Organizacional (condições de trabalho, oportunidade de crescimento, variedade e identidade da tarefa). As duas questões restantes, por sua vez, representam o aspecto “autoavaliação da QVT”, que não está inserido em nenhuma esfera (Pedroso, 2010).

Para a análise dos resultados do TQWL-42, em uma escala de que varia de 0 a 100, considerou-se o valor 50 como ponto central (Pedroso, 2010), de modo que os valores abaixo e acima desse ponto central são caracterizados como insatisfação e satisfação, respectivamente. Desta forma, as possíveis classificações são: insatisfatória (0 a 50) e satisfatória (50,01 a 100).

Estresse ocupacional e apoio social no trabalho. Utilizou-se o *Job Stress Scale* – JSS, em sua versão adaptada e validada para o português (Alves, Chor, Faerstein, Lopes, &

Werneck, 2004). O JSS contém 17 questões, numa escala de respostas do tipo Likert (1-4), sendo cinco para avaliar demanda psicológica, seis para avaliar controle sobre o trabalho e seis para apoio social. A partir da dicotomização em alto e baixo das dimensões “demanda” e “controle” pela utilização da mediana dos escores obtidos como ponto de corte, foram constituídas as quatro categorias do modelo demanda-controle: baixa exigência (alto controle e baixa demanda; categoria de referência, que representaria a situação “ideal”), trabalho ativo (alto controle e alta demanda), trabalho passivo (baixo controle e baixa demanda) e alta exigência (baixo controle e alta demanda). Dicotomizou-se ainda a dimensão “apoio social”, também através da mediana dos escores obtidos, classificando-o como alto ou baixo (Alves et al., 2004).

Caracterização sociodemográfica, ocupacional e de estilo de vida. Este questionário investigou as seguintes variáveis: sexo, idade, situação conjugal, número de filhos, se é o provedor único da família, categoria profissional, tempo de formação, realização de pós-graduação, frequência com que pensa em mudar de profissão (posteriormente dicotomizada em “raramente” para aqueles que responderam “nunca” ou “raramente” e “frequentemente” para aqueles que responderam “às vezes”, “frequentemente” ou “diariamente”), horas de sono por dia, tabagismo, nível de atividade física (“sedentário” = menos que 10 minutos de atividade física moderada ou vigorosa por semana; irregularmente ativo = de 10 a 149 minutos de atividade moderada por semana ou de 10 a 74 minutos de atividade vigorosa por semana; ativo = de 150 a 299 minutos de atividade moderada por semana ou de 75 a 149 minutos de atividade vigorosa por semana; muito ativo = 300 minutos ou mais de atividade moderada por semana ou 150 minutos ou mais de atividade vigorosa por semana), tempo de serviço na instituição, tipo de vínculo, tipo de setor em que atua, tempo de serviço neste setor, possibilidade de escolha do setor, carga horária semanal, turno de trabalho, percepção do

número de pessoas na escala de trabalho (suficiente ou insuficiente), salário líquido mensal na instituição e presença de outro vínculo empregatício.

Análise dos dados

As variáveis do estudo foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. A associação entre QVT (variável dependente), estresse ocupacional (variável independente) e apoio social e características sociodemográficas, ocupacionais e de estilo de vida (covariáveis) foi aferida por meio do teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher, com nível de significância menor que 5%. Para a magnitude da associação, foi utilizada como medida de associação a razão de prevalência (RP) com respectivo intervalo de confiança (IC) de 95%.

Para construção do modelo de regressão logística múltipla foram selecionadas variáveis que obtiveram na análise bivariada o valor de probabilidade do teste menor que 0,20. Em seguida, tais variáveis foram verificadas pelo teste da razão de verossimilhança, mantendo-se aquelas com valor do teste menor que 0,05. A partir do modelo final foram construídas as RP ajustadas segundo variáveis que nele permaneceram. O modelo foi então avaliado pelo teste de bondade de ajuste de Hosmer-Lemeshow (Hosmer, Lemeshow, & Sturdivant 2013) e verificado graficamente através da área sob a curva *Receiver Operating Characteristic* – ROC. As RP ajustadas e respectivos IC95%, por sua vez, foram estimados utilizando a regressão de Poisson com variância robusta, já indicadas para uso em estudos de corte transversal (Coutinho, Scazufca, & Menezes, 2008). Todas as análises foram conduzidas por meio do programa estatístico STATA, versão 9.

Resultados

Dos 309 participantes do estudo, 119 (38,5%) foram enfermeiros, 165 (53,4%) técnicos e 25 (8,1%) auxiliares de enfermagem. A maior parte deles foi composta por mulheres (89%), com média de idade de 38,8 anos, casados ou com companheiro(a) (70,2%), com filho(s) (72,2%), com média de 13,4 anos de formação e 7,1 anos de tempo de serviço na instituição, com vínculo de trabalho efetivo (90,2%) e carga horária semanal de trabalho de 30 horas (73,8%).

Os resultados do estudo demonstraram que, dentre os trabalhadores de enfermagem, 27,9% apresentaram trabalho de baixa exigência, 19,2% trabalho passivo, 32,1% trabalho ativo e 20,8% trabalho de alta exigência. O baixo apoio social proveniente da chefia e dos colegas foi percebido por 51,9% dos trabalhadores.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis do estudo segundo as categorias do modelo demanda-controle, na qual se observa que, entre os enfermeiros, prevaleceu o trabalho ativo, e entre os técnicos e auxiliares, o trabalho de baixa exigência e o trabalho passivo, respectivamente. Ressalta-se, todavia, que mais da metade dos enfermeiros e técnicos de enfermagem perceberam seu trabalho como ativo ou de alta exigência. Quanto ao setor de atuação, percebe-se uma gradação nas frequências dos indivíduos em trabalho ativo e de alta exigência, sendo estas menores entre aqueles que atuavam em setores administrativos ou de apoio/assistência indireta ao paciente e maiores entre aqueles que atuavam em setores de assistência direta, acentuando-se nas unidades de cuidados para pacientes altamente dependentes ou críticos.

Entre os trabalhadores que perceberam baixo apoio social no trabalho prevaleceu o trabalho ativo, enquanto entre aqueles que perceberam alto apoio social predominou o trabalho de baixa exigência. O trabalho considerado ativo foi maioria também entre ambos os sexos, situações conjugais, maior ou menor tempo de serviço tanto na instituição quanto no

setor de atuação e entre aqueles que possuem ou não outro emprego ou trabalho remunerado (Tabela 1).

[Tabela 1 próxima daqui]

A prevalência global de insatisfação com a QVT foi de 36,7% entre a equipe de enfermagem. A Tabela 2 apresenta os resultados da análise bivariada, em que se observa que, ao nível de significância de 5%, uma pior percepção da QVT se faz mais presente entre os trabalhadores que frequentemente pensam em mudar de profissão (RP = 1,54; IC_{95%} = 1,13-2,11; p = 0,005), que dormem sete horas ou menos por dia (RP = 1,42; IC_{95%} = 1,01-1,99; p = 0,036), que atuam em unidades de assistência a pacientes altamente dependentes ou críticos (RP = 2,96; IC_{95%} = 1,30-6,77; p = 0,001), que percebem baixo apoio social de colegas e da chefia (RP = 1,84; IC_{95%} = 1,33-2,53; p < 0,001), além daqueles que percebem seu trabalho, segundo os quadrantes do modelo demanda-controle, como trabalho ativo (RP = 2,40; IC_{95%} = 1,44-4,02; p < 0,001) e de alta exigência (RP = 3,36; IC_{95%} = 2,04-5,56; p < 0,001).

[Tabela 2 próxima daqui]

Mantiveram-se estatisticamente associados à percepção insatisfatória da QVT, no modelo final de regressão, a atuação em setores que prestam assistência a pacientes altamente dependentes ou críticos (RP = 2,47, IC_{95%} = 1,18-5,19, p = 0,017), os quadrantes “trabalho ativo” (RP = 1,74, IC_{95%} = 1,04-2,92, p = 0,034) e “alta exigência” (RP = 2,54, IC_{95%} = 1,51-4,27, p < 0,001) do modelo demanda-controle, bem como o baixo apoio social percebido no trabalho (RP = 1,76, IC_{95%} = 1,29-2,40, p < 0,001). Tabagismo presente ou pregresso (RP = 1,53, IC_{95%} = 1,02-2,31, p = 0,042), por sua vez, adquiriu significância estatística na análise multivariada, associando-se diretamente à insatisfação com a QVT (Tabela 3).

[Tabela 3 próxima daqui]

O modelo final de regressão apresentou valor de p de 0,38 no teste de bondade de ajuste de Hosmer-Lemeshow, o que indica que as frequências observadas se aproximam das

frequências esperadas. O modelo final apresentou, ainda, área sob a curva ROC de 0,75, indicando capacidade de discriminação aceitável.

Discussão

Os resultados do presente estudo corroboram o pressuposto estabelecido por Karasek e Theorell (1990) de que o trabalho de alta exigência geraria repercussões negativas à saúde do indivíduo, na medida em que a maior prevalência de insatisfação com a QVT foi encontrada entre os trabalhadores de enfermagem que percebem, em seu labor, altas demandas psicológicas aliadas ao baixo controle sobre o trabalho. Não foram encontrados outros estudos que investigaram a relação direta entre demanda, controle e QVT. No entanto, tem-se na literatura achados semelhantes aos observados no presente estudo, tendo como desfecho analisado a satisfação no trabalho, o comprometimento organizacional, o empoderamento psicológico e estrutural (Laschinger, Finegan, Shamian, & Almost, 2001) e a intenção de permanecer ou deixar a profissão (Chiu, Chung, Wu, & Ho, 2009), fatores estes já citados anteriormente como associados ou inerentes ao construto da QVT.

Ainda segundo esses autores (Karasek & Theorell, 1990), os trabalhos que combinam baixo controle e baixa demanda (trabalho passivo) são considerados como indutores de declínio na atividade global do indivíduo e da redução da capacidade de produzir soluções para as atividades e problemas enfrentados, pois o trabalhador estaria propenso a um estado de apatia, seja pela ausência de desafios significantes e de permissão para atuações com energia, seja pela rejeição sistemática às suas iniciativas de trabalho. Por outro lado, nos trabalhos considerados ativos poderia advir motivação para desenvolver novos comportamentos, aprendizagens e um padrão de enfrentamento positivo sob condições simultâneas de demandas psicológicas e controle elevados.

Apesar dessa hipótese, os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em trabalho ativo apresentaram maior prevalência de insatisfação com a QVT do que aqueles em trabalho passivo, ao passo que estes não apresentaram associação com pior percepção da QVT em relação aos trabalhadores em baixa exigência. Isso demonstra que mesmo um alto controle, sobretudo entre os profissionais de nível superior, que possuem maior autonomia para tomada de decisões sobre seu próprio trabalho, por vezes não é capaz de suprimir os aspectos negativos proporcionados pela alta demanda, sendo esta caracterizada principalmente pela desproporcionalidade entre o número de pacientes e de pessoal de enfermagem e pelos múltiplos empregos.

Além disso, vale salientar a relação entre autonomia e responsabilidade, assinalada por T. Araújo, Graça e E. Araújo (2003), em que o aumento de responsabilidade, decorrente do aumento da autonomia, pode gerar mais cargas de trabalho e maior tensão entre os trabalhadores. Assim, controle, embora seja, teoricamente, medida de autonomia, de liberdade para o uso de habilidades e qualificação, na prática também pode representar maior responsabilidade e pressão, os quais poderiam repercutir negativamente para o trabalhador.

A percepção de apoio social do trabalho, dimensão posteriormente incluída ao modelo demanda-controle para avaliar integração social, confiança no grupo e ajuda na realização das tarefas por parte de colegas e superiores, poderia atuar como fator de proteção/amortecimento dos efeitos negativos provocados pelos trabalhos de alta exigência (Karasek & Theorell, 1990), hipótese essa que já dispõe de boa evidência na literatura científica (McGilton, Hall, Wodchis, Petroz, 2007; Chiu et al., 2009; Häusser et al., 2010).

Nesse sentido, um estudo entre trabalhadores de enfermagem na Espanha (Jenaro et al, 2011) evidenciou a estreita associação entre QVT e apoio social no trabalho. Outros estudos também já observaram a relação entre apoio social e satisfação, motivação, comprometimento com o trabalho e/ou intenção de abandonar a profissão (Bond, Punnett, Pyle, Cazeca, &

Cooperman, 2004; Gelsema, van der Doef, Maes, Akerboom, & Verhoeven, 2005; Gelsema, van der Doef, Maes, Janssen, Akerboom, Verhoeven, 2006; McGilton et al., 2007; Chiu et al., 2009; Rodwell & Munro, 2013).

Dentre os obstáculos organizacionais que podem prejudicar as relações sociais no ambiente de trabalho, destacam-se o empobrecimento e a repetitividade das tarefas, a falta de motivação e estímulo, a precária integração entre empregados e a organização e os impactos psicológicos de uma direção deficiente que não visa uma política prevencionista e humanista (Ferreira, 2010).

A literatura tem apontado que o apoio da chefia parece ser mais importante para os trabalhadores de enfermagem do que o apoio dos colegas (Gelsema et al., 2005, 2006; Gelsema, 2006; Rodwell & Munro, 2013), apesar deste também estar associado à satisfação no trabalho. A enfermagem exige trabalho em equipe para proporcionar um cuidado de qualidade, e, uma vez que o apoio social é uma estratégia de enfrentamento usada frequentemente por esses trabalhadores, relações de trabalho saudáveis são importantes (Gelsema, 2006). Bradley e Cartwright (2002) assinalam ainda que além do apoio de colegas e chefia, faz-se importante o reconhecimento do trabalho pela organização. A percepção de que a organização apoia e valoriza a profissão contribui para uma satisfação profissional reforçada.

Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam nos setores voltados à assistência direta ao paciente apresentaram maiores prevalências de QVT insatisfatória do que aqueles trabalhadores lotados nos setores exclusivamente administrativos ou nos serviços de apoio e assistência indireta. Esta diferença entre as prevalências mostrou-se estatisticamente significativa especificamente para os profissionais que trabalham nas unidades de internamento de pacientes altamente dependentes ou críticos, como o Centro Cirúrgico, as Clínicas Médica e Neurológica e a Unidade de Terapia Intensiva.

A atuação nesses setores está frequentemente vinculada a situações como ritmo de trabalho acelerado, exigência de rapidez e agilidade de raciocínio nas tomadas de decisões e maior demanda de esforço físico no cuidado prestado ao paciente. Sendo assim, o trabalho nesses setores pode configurar-se em situação geradora de desgaste ao enfermeiro, contribuindo para a ocorrência de problemas como estresse ocupacional (Batista & Bianchi, 2006), distúrbios psíquicos menores (Amaral, 2006) e distúrbios musculoesqueléticos (Smith, Ohmura, Yamagata, & Minai, 2003; Magnago et al., 2010), eventos estes que podem repercutir negativamente nas esferas fisiológica, psicológica, relacional e organizacional que constituem a QVT.

Foi baixa a prevalência de fumantes e ex-fumantes (11%) entre os participantes do estudo quando comparada a outros trabalhos com trabalhadores de enfermagem ao redor do mundo: 28,9 entre as americanas (Sarna, Bialous, Nandy, & Yang, 2012), 40% entre noruegueses (Eriksen & Bruusgaard, 2002), 58% entre turcos (Sezer, Guler, & Sezer, 2007) e 67,2% entre peruanos (Pérez Saavedra, Ferreira, & Pillon, 2010). Entre os motivos que podem responder à menor prevalência do hábito tabácico entre os trabalhadores de enfermagem brasileiros estão o aumento do preço dos cigarros, a regulação e proibição da propaganda de cigarro e a exclusão do fumo de ambientes coletivos (Dias-Damé, Cesar, & Silva, 2011).

Apesar dessa baixa prevalência no presente estudo, o tabagismo se mostrou associado ao desfecho analisado, de modo que aqueles que fumam ou já fumaram apresentaram maior prevalência de insatisfação com a QVT em relação aos indivíduos que nunca fumaram. A fim de explicar esta associação, cabe, assim, mencionar a ansiedade como possível elemento articulador entre estresse ocupacional e QVT, uma vez que o uso do tabaco tem sido descrito como uma estratégia utilizada para diminuição ou controle dos níveis de ansiedade, numa espécie de automedicação (Pomerleau, Marks, & Pomerleau, 2000; Pietras, Witusik, Panek, Szemraj, & Górski, 2011). Logo, em situações de estresse muito elevado, geradoras de

ansiedade, observa-se algum estímulo ao uso do tabaco como forma de acalmar e relaxar o indivíduo.

Pontos positivos, limitações e direcionamento para pesquisas futuras

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A primeira delas diz respeito ao seu delineamento transversal, que não permite a realização de inferências sobre a causalidade das associações observadas. A proporção de indivíduos insatisfeitos com sua QVT pode estar subestimada, devido aos trabalhadores não encontrados durante a coleta de dados, em sua maioria afastados por licença médica (efeito do trabalhador sadio). A saber, os trabalhadores afastados por licença médica, no período da coleta de dados, totalizavam 14 indivíduos, dos quais cinco participaram do estudo e nove constituíram perdas. Este efeito, contudo, foi amenizado pela alta taxa de resposta obtida e pela inclusão de todos os trabalhadores de enfermagem do local do estudo, mesmo aqueles afastados por quaisquer condições.

A generalização dos achados é limitada a populações com características semelhantes, uma vez que a coleta de dados foi restrita a uma única instituição hospitalar. Embora a natureza multidimensional do instrumento utilizado para a avaliação da QVT seja um aspecto positivo do presente estudo, há de se levar em conta que o pouco consenso existente entre os pesquisadores acerca dos métodos de mensuração da QVT (Vagharseyyedin, Vanaki, & Mohammadi, 2011a, 2011b) foi um fator limitante para o estabelecimento de comparações entre os resultados do estudo e os achados presentes na literatura.

Sendo assim, sugere-se que investigações futuras empreguem um delineamento longitudinal e utilize dados de amostra/população mais ampla e proveniente de diferentes locais, a fim de que inferências causais mais precisas e com maior poder de generalização possam diminuir as lacunas sobre o tema presentes na literatura. Sugere-se ainda que tais

pesquisas estejam embasadas em arcabouço teórico robusto, de modo que suas análises tenham base para definição dos papéis de modificação e confundimento que algumas variáveis podem exercer sobre o desfecho QVT. Uma vez que os significados e percepções atribuídos a cada preditor da QVT pelos trabalhadores de enfermagem variarão entre cada contexto locorregional, os estudos com abordagem qualitativa também são fundamentais na exploração e avaliação destes significados e percepções.

Conclusão e implicações para a prática

Esta investigação constatou a associação positiva entre insatisfação com a qualidade de vida no trabalho e tabagismo, a atuação em unidades de assistência a pacientes altamente dependentes ou críticos, o baixo apoio social no trabalho e os trabalhos considerados ativos e de alta exigência. Esses achados apoiam a hipótese de que a qualidade de vida no trabalho é preservada nas situações em que as demandas psicológicas são mantidas em um patamar aceitável, ao passo que em situações nas quais as mesmas se encontram elevadas, as repercussões negativas aos trabalhadores de enfermagem seriam apenas amenizadas, mas não eliminadas, por um alto controle sobre o trabalho.

Os resultados deste estudo podem auxiliar a gerência hospitalar e de enfermagem no desenvolvimento e implementação de estratégias a fim de diminuir o excesso de demandas e sobrecarga laboral e aumentar o apoio social no trabalho entre a equipe de enfermagem.

Gerentes de enfermagem são fundamentais na promoção de melhor qualidade de vida no trabalho de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. No entanto, tal tarefa não é de exclusiva responsabilidade dos gerentes, uma vez que todos os membros da equipe podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção de um ambiente, relações e processos de trabalho dignos. Portanto, o primeiro passo para o alcance desse objetivo prevê uma gestão participativa, no intuito de integrar os trabalhadores de enfermagem no processo

organizacional da instituição, como atuantes na resolução de problemas e propositores de novas estratégias para os conflitos e necessidades que podem influenciar negativamente na qualidade de vida no trabalho.

No intuito de diminuir as demandas e sobrecargas de trabalho, todos os esforços (inclusive políticos) deveriam ser voltados na tentativa de implementação de dimensionamento de pessoal adequado, melhoria dos ambientes e recursos disponíveis, bem como nas ações de educação permanente para aperfeiçoamento e definição clara dos procedimentos, responsabilidades e processos de trabalho, o que otimizaria o tempo dos profissionais, além de aumentar a sensação de apoio instrumental e o controle sobre o trabalho, por deixá-los mais seguros para decidir e aplicar, a sua própria maneira, uma variedade de habilidades nos cuidados (Gelsema, 2006).

Outro modo de prover controle e apoio social passa pelo fornecimento, pela gerência, de informações suficientes para ampliação da tomada de decisão, provisão de *feedback* e elogios relevantes para o trabalho, escuta das opiniões da equipe e atenção relativa ao trabalho diário executado pelos trabalhadores. Essas ações podem auxiliar os profissionais a lidar com o estresse ocupacional (Chiu et al., 2009), o que, conseqüentemente, pode levar à melhor percepção da qualidade de vida no trabalho.

Referências

- Alves, M. G. M., Chor, D., Faerstein, E., Lopes, C. S., & Werneck, G. L. (2004). Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. *Revista de Saúde Pública*, 38, 164–171.
- Amaral, T. R. (2006). *Dimensões psicossociais do trabalho da enfermagem e os distúrbios psíquicos menores em unidades críticas* (Master's thesis). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

- Araújo, T. M., Graça, C. C., & Araújo, E. (2003). Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 991–1003.
- Batista, K. M., & Bianchi, E. R. F. (2006). Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 534–539.
- Bond, M. A., Punnett, L., Pyle, J. L., Cazeca, D., & Cooperman, M. (2004). Gendered work conditions, health, and work outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9, 28–45.
- Bradley, J. R., & Cartwright, S. (2002). Social support, job stress, health, and job satisfaction among nurses in the United Kingdom. *International Journal of Stress Management*, 9, 163–182.
- Chiavenato, I. (2009). *Recursos humanos: o capital humano das organizações*. (9th ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Chiu, Y. L., Chung, R. G., Wu, C. S., & Ho, C. H. (2009). The effects of job demands, control, and social support on hospital clinical nurses' intention to turn over. *Applied Nursing Research*, 22, 258–263.
- Coutinho, L. M. S., Scazufca, M., & Menezes, P. R. (2008). Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Revista de Saúde Pública*, 42, 992–998.
- Dias-Damé, J. L., Cesar, J. A., & Silva, S. M. (2011). Tendência temporal de tabagismo em população urbana: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 2166–2174.
- Eriksen, W., & Bruusgaard, D. (2002). Physical leisure-time activities and long-term sick leave: A 15-month prospective study of nurses' aides. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44, 530–538.
- Ferreira, R. C. (2010). *Apoio social no trabalho e absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem* (Master's thesis). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- Gelsema, T. I. (2006). *Job stress in the nursing profession* (Doctoral dissertation). Leiden University, Leiden.
- Gelsema, T. I., van der Doef, M., Maes, S., Akerboom, S., & Verhoeven, C. (2005). Job stress in the nursing profession: the influence of organizational and environmental conditions and job characteristics. *International Journal of Stress Management, 12*, 222–240.
- Gelsema, T. I., van der Doef, M., Maes, S., Janssen, M., Akerboom, S., & Verhoeven, C. (2006). A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. *Journal of Nursing Management, 14*, 289–299.
- Gifford, B. D., Zammuto, R. F., & Goodman, E. A. (2002). The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life. *Journal of Healthcare Management, 47*, 13–25.
- Harrison, M., Loiselle, C. G., Duquette, A., & Semenic, S. E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing, 38*, 584–591.
- Häusser, J. A., Mojzisch, A., Niesel, M., & Schulz-Hardt, S. (2010). Ten years on: A review of recent research on the Job Demand-Control (-Support) model and psychological well-being. *Work & Stress, 24*, 1–35.
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression*. (3rd ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Jenaro, C., Flores, N., Orgaz, M. B., & Cruz, M. (2011). Vigour and dedication in nursing professionals: towards a better understanding of work engagement. *Journal of Advanced Nursing, 67*, 865–875.
- Judkins, S., Massey, C., & Huff, B. (2006). Hardiness, stress, and use of ill-time among nurse managers: is there a connection?. *Nursing Economics, 24*(4), 187–192.

- Karasek R., & Theorell T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books.
- Kimura, M., & Carandina, D. M. (2009). Desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do instrumento para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho de enfermeiros em hospitais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 1044–1054.
- Krueger, P., Brazil, K., Lohfeld, L., Edward, H. G., Lewis, D., & Tjam, D. (2002). Organization specific predictors of job satisfaction: findings from a Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 2, 6.
- Laschinger, H. K., Finegan, J., Shamian, D., & Almost, J. (2001). Testing Karasek's demands–control model in restructured healthcare settings: effects of job strain on staff nurses' quality of work life. *Journal of Nursing Administration*, 31, 233–243.
- Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 1017–1038.
- Magnago, T. S. B. S., Lisboa, M. T. L., Griep, R. H., Kirchhof, A. L. C., Camponogara, S., Nonnenmacher, C. Q., & Vieira, L. B. (2010). Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23, 187–193.
- McGilton, K. S., Hall, L. M., Wodchis, W. P., & Petroz, U. (2007). Supervisory support, job stress, and job satisfaction among long-term care nursing staff. *Journal of Nursing Administration*, 37, 366–372.
- Moreno, A., Aranda, C., Preciado, M., & Valencia, S. (2011). Calidad de vida laboral en trabajadores de la salud, Tamaulipas, México 2010. *Ciencia & Trabajo*, 13(39), 11–16.

- Pedroso, B. (2010). *Desenvolvimento do TQWL-42: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho* (Master's thesis). Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa.
- Pérez Saavedra, V., Ferreira, P. S., & Pillon, S. C. (2010). Tabagismo en las enfermeras de un hospital nacional de Lima, Perú. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 550–556.
- Pietras, T., Witusik, A., Panek, M., Szemraj, J., & Górski, P. (2011). Anxiety, depression and methods of stress coping in patients with nicotine dependence syndrome. *Medical science monitor*, 17, CR272–CR276.
- Pomerleau, C. S., Marks, J. L., & Pomerleau, O. F. (2000). Who gets what symptom? Effects of psychiatric cofactors and nicotine dependence on patterns of nicotine withdrawal symptomatology. *Nicotine & Tobacco Research*, 2, 275–280.
- Ramos, E. L. *A Qualidade de Vida no Trabalho: dimensões e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem de Terapia Intensiva* (Master's thesis), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Rodwell, J., & Munro, L. (2013) Relational regulation theory and the role of social support and organisational fairness for nurses in a general acute context. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3160–3169.
- Sarna, L., Bialous, S. A., Nandy, K., & Yang, Q. (2012). Are quit attempts among U.S. female nurses who smoke different from female smokers in the general population? An analysis of the 2006/2007 tobacco use supplement to the current population survey. *BMC Women's Health*, 12, 1–9.
- Sezer, H., Guler, N., & Sezer, R. E. (2007). Smoking among Nurses in Turkey: Comparison with Other Countries. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 25, 107–111.

- Silva, S. M., Baptista, P. C. P., Felli, V. E. A., Martins, A. C., Sarquis, L. M. M., & Mininel, V. A. (2013). Estratégias de intervenção relativas à saúde dos trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários no Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *21*, 300–308.
- Smith, D. R., Ohmura, K., Yamagata, Z., & Minai, J. (2003). Musculoskeletal disorders among female nurses in a rural Japanese hospital. *Nursing and Health Sciences*, *5*, 185–188.
- Sveinsdóttir, H., Biering, P., & Ramel, A. (2006). Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, *43*, 875–889.
- Tourangeau, A. E., & Cranley, L. A. (2006). Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants. *J Adv Nurs*, *55*, 497-509.
- Vagharseyyedin, A. S., Vanaki, Z., Mohammadi, E. (2011a). The nature nursing quality of work life: an integrative review of literature. *Western Journal of Nursing Research*, *33*, 786–804.
- Vagharseyyedin, A. S., Vanaki, Z., Mohammadi, E. (2011b). Quality of work life: Experiences of Iranian nurses. *Nursing and Health Sciences*, *13*, 65–75.
- Walton, R. E. (1973). Quality of working life: what is it? *Sloan Management Review*, *15*, 11–21.
- Walton, R. E. (1974). Improving the quality of work life. *Harvard Business Review*, *May-June*, 12–16.
- Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, *30*, 445–458.

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas, de estilo de vida, profissionais e laborais da equipe de enfermagem segundo as categorias do modelo demanda-controle.

Variável/categorias	Modelo demanda-controle							
	Alta exigência		Trabalho ativo		Trabalho passivo		Baixa exigência	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo (n = 308)*								
Masculino	5	15,2	12	36,4	7	21,2	9	27,2
Feminino	59	21,5	87	31,6	52	18,9	77	28,0
Faixa etária (n = 306)*								
20 30 anos	10	22,7	18	40,9	5	11,4	11	25,0
30 40 anos	29	19,7	50	34,0	20	13,6	48	32,7
40 50 anos	15	22,1	23	33,8	14	20,6	16	23,5
50 60 anos	7	17,9	6	15,4	16	41,1	10	25,6
≥ 60 anos	2	25,0	1	12,5	4	50,0	1	12,5
Situação conjugal (n = 308)*								
Solteiro(a) ou sem companheiro(a)	19	20,7	35	38,0	13	14,1	25	27,2
Casado(a) ou com companheiro(a)	45	20,8	64	29,6	46	21,3	61	28,3
Número de filhos (n = 308)*								
0	16	18,6	36	41,9	11	12,8	23	26,7
1	18	21,7	23	27,7	17	20,5	25	30,1
2	20	20,2	29	29,3	20	20,2	30	30,3
≥ 3	10	25,0	11	27,5	11	27,5	8	20,0

Sustenta a família sozinho (n**= 307)***

Não	51	20,9	80	32,8	45	18,4	68	27,9
Sim	13	20,6	18	28,6	14	22,2	18	28,6

Formação (n = 308)*

Enfermeiro	17	14,3	53	44,5	15	12,6	34	28,6
Técnico de enfermagem	44	26,8	42	25,6	33	20,2	45	27,4
Auxiliar de enfermagem	3	12,0	4	16,0	11	44,0	7	28,0

Tempo de formação (n =**307)***

≤ 5 anos	8	19,5	18	43,9	5	12,2	10	24,4
5 – 10 anos	22	20,0	43	39,1	17	15,4	28	25,5
10 – 15 anos	14	23,7	11	18,6	5	8,5	29	49,2
15 – 20 anos	7	20,0	14	40,0	8	22,9	6	17,1
≥ 21 anos	13	21,0	12	19,4	24	38,6	13	21,0

Pós-graduação (n = 308)*

Não	41	23,4	44	25,1	43	24,6	47	26,9
Sim	23	17,3	55	41,4	16	12,0	39	29,3

Frequência com que pensa em**mudar de profissão (n = 308)***

Nunca	21	20,5	22	21,6	27	26,5	32	31,4
Raramente	8	21,1	8	21,1	7	18,4	15	39,4
Às vezes	20	18,2	45	40,9	19	17,3	26	23,6
Frequentemente	12	30,0	15	37,5	4	10,0	9	22,5
Diariamente	3	16,7	9	50,0	2	11,1	4	22,2

Horas de sono por dia (n =**304)***

≤ 7 horas	42	21,3	72	36,5	37	18,8	46	23,4
> 7 horas	19	17,8	27	25,2	22	20,6	39	36,4

Tabagismo (n = 308)*

Nunca fumou	60	21,9	90	32,8	46	16,8	78	28,5
Parou de fumar	3	10,7	6	21,4	11	39,3	8	28,6
Fuma	1	16,7	3	50,0	2	33,3	0	0

Nível de atividade física (n =**308)***

Sedentário	39	20,6	61	32,3	41	21,7	48	25,4
Irregularmente ativo	9	22,5	8	20,0	8	20,0	15	37,5
Ativo	9	20,0	16	35,6	5	11,1	15	33,3
Muito ativo	7	20,6	14	41,2	5	14,7	8	23,5

Tempo de serviço na**instituição (n = 308)***

≤ 5 anos	37	21,1	60	34,3	24	13,7	54	30,9
> 5 anos	27	20,3	39	29,3	35	26,3	32	24,1

Tipo de vínculo (n = 306)*

Contratado	2	6,7	11	36,6	5	16,7	12	40,0
Efetivo	61	22,1	88	31,9	54	19,6	73	26,4

Tipo de unidade/setor (n =**304)***

Unidades para pacientes altamente dependentes ou	32	27,8	42	36,5	18	15,7	23	20,0
---	----	------	----	-------------	----	------	----	------

críticos

Unidades para pacientes de cuidados intermediários ou semicríticos

27	17,2	52	33,1	31	19,8	47	29,9
----	------	----	-------------	----	------	----	------

Serviços diferenciados/de apoio/administrativos

4	12,5	4	12,5	10	31,3	14	43,7
---	------	---	------	----	------	----	-------------

Tempo de serviço no setor (n = 302)*

< 3 anos	41	20,4	63	31,3	39	19,4	58	28,9
≥ 3 anos	23	22,8	34	33,7	17	16,8	27	26,7

Possibilidade de escolha do setor (n = 307)*

Não	39	22,8	57	33,3	32	18,7	43	25,2
Sim	24	17,6	42	30,9	27	19,9	43	31,6

Carga horária semanal (n = 304)*

30 horas	49	21,8	77	34,2	36	16,0	63	28,0
40 horas	13	16,5	21	26,6	23	29,1	22	27,8

Turno de trabalho (n = 300)*

Somente diurno	30	21,1	44	31,1	34	23,9	34	23,9
Somente noturno	20	20,2	30	30,3	17	17,2	32	32,3
Alterna entre diurno e noturno	11	18,6	24	40,7	7	11,9	17	28,8

Percepção do número de pessoas na escala de trabalho

(n = 308)*

Suficiente	7	15,9	10	22,7	14	31,9	13	29,5
Insuficiente	57	21,6	89	33,7	45	17,0	73	27,7

Salário líquido na instituição**(n = 301)***

< 2 salários mínimos	12	24,0	9	18,0	9	18,0	20	40,0
2 † 3 salários mínimos	24	22,9	33	31,4	25	23,8	23	21,9
3 † 4 salários mínimos	16	17,2	35	37,6	13	14,0	29	31,2
4 † 5 salários mínimos	9	20,5	17	38,6	10	22,7	8	18,2
≥ 5 salários mínimos	2	22,2	2	22,2	1	11,1	4	44,5

Outro emprego ou trabalho**remunerado (n = 308)***

Não	31	19,0	51	31,4	33	20,2	48	29,4
Sim	33	22,8	48	33,1	26	17,9	38	26,2

Apoio social (n = 307)*

Baixo	37	23,3	60	37,7	29	18,2	33	20,8
Alto	27	18,2	39	26,4	30	20,3	52	35,1

*O número de respostas de cada variável varia em função das informações ignoradas.

Tabela 2. Prevalência (P%), razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC95%) de insatisfação com a qualidade de vida no trabalho segundo características sociodemográficas, de estilo de vida, profissionais e laborais entre trabalhadores de enfermagem.

Variável/categorias	(P%)	RP	IC _{95%}	Valor de p
Sexo				
Masculino	29,4	1,00		
Feminino	37,6	1,28	0,74-2,20	0,351
Idade				
> 40 anos	34,0	1,00		
≤ 40 anos	37,9	1,12	0,81-1,54	0,498
Situação conjugal				
Casado(a) ou com companheiro(a)	35,9	1,00		
Solteiro(a) ou sem companheiro(a)	38,5	1,07	0,78-1,47	0,676
Número de filhos				
0	37,6	1,00		
1	37,3	0,99	0,67-1,47	0,968
2	37,4	0,99	0,68-1,44	0,970
≥ 3	31,7	0,84	0,50-1,42	0,514
Sustenta a família sozinho(a)				
Não	37,1	1,00		
Sim	33,9	0,91	0,62-1,34	0,633
Formação				
Técnico/auxiliar de enfermagem	33,3	1,00		
Enfermeiro	42,0	1,26	0,94-1,69	0,124
Tempo de formação				

Variável/categorias	(P%)	RP	IC_{95%}	Valor de p
≥ 10 anos	50,0	1,00		
< 10 anos	33,9	0,68	0,44-1,05	0,075
Pós-graduação				
Sim	42,1	1,00		
Não	32,6	0,77	0,58-1,04	0,086
Frequência com que pensa em mudar de profissão				
Raramente	28,4	1,00		
Frequentemente	43,7	1,54	1,13-2,11	0,005
Horas de sono por dia				
> 7 horas	29,0	1,00		
≤ 7 horas	41,1	1,42	1,01-1,99	0,036
Tabagismo				
Nunca fumou	35,4	1,00		
Já fumou/fuma	47,1	1,33	0,90-1,96	0,183
Nível de atividade física				
Muito ativo	35,3	1,00		
Ativo	35,6	1,01	0,55-1,84	0,981
Irregularmente ativo	27,5	0,78	0,39-1,54	0,470
Sedentário	39,2	1,11	0,68-1,81	0,670
Tempo de serviço no HGPV				
> 5 anos	37,3	1,00		
≤ 5 anos	36,2	0,97	0,72-1,30	0,842
Tipo de vínculo				

Variável/categorias	(P%)	RP	IC_{95%}	Valor de p
Efetivo	38,4	1,00		
Contratado	23,3	0,61	0,31-1,18	0,104
Tipo de unidade/setor				
Serviços diferenciados/de apoio/administrativos	16,1	1,00		
Unidades para pacientes de cuidados intermediários ou semicríticos	32,9	2,04	0,89-4,69	0,063
Unidades para pacientes altamente dependentes ou críticos	47,8	2,96	1,30-6,77	0,001
Tempo de serviço no setor				
≥ 3 anos	38,2	1,00		
< 3 anos	36,0	0,94	0,69-1,28	0,703
Possibilidade de escolha do setor				
Sim	32,1	1,00		
Não	40,6	1,26	0,93-1,71	0,126
Carga horária semanal				
30 horas	38,8	1,00		
40 horas	32,5	0,84	0,59-1,19	0,314
Turno de trabalho				
Somente diurno	40,1	1,00		
Somente noturno	30,3	0,75	0,53-1,08	0,118
Alterna entre diurno e noturno	40,7	1,01	0,70-1,46	0,944
Percepção do número de pessoas na escala de trabalho				

Variável/categorias	(P%)	RP	IC _{95%}	Valor de p
Suficiente	25,6	1,00		
Insuficiente	38,5	1,50	0,88-2,56	0,103
Salário líquido no HGPV				
≥ 3SM	37,7	1,00		
< 3 SM	35,5	0,94	0,70-1,27	0,694
Outro emprego ou trabalho remunerado				
Não	32,5	1,00		
Sim	41,4	1,27	0,95-1,71	0,107
Modelo demanda-controle				
Baixa exigência	17,6	1,00		
Trabalho passivo	30,5	1,73	0,95-3,15	0,071
Trabalho ativo	42,4	2,40	1,44-4,02	< 0,001
Alta exigência	59,4	3,36	2,04-5,56	< 0,001
Apoio social				
Alto	25,7	1,00		
Baixo	47,2	1,84	1,33-2,53	< 0,001

Tabela 3. Modelo de regressão final com razões de prevalência, intervalos de confiança e respectivos valores de p de insatisfação com a qualidade de vida no trabalho entre trabalhadores de enfermagem.

Variável/categorias	RP	IC _{95%}	Valor de p
Tabagismo			
Nunca fumou	1,00		

Variável/categorias	RP	IC_{95%}	Valor de p
Já fumou/fuma	1,53	1,02-2,31	0,042
Tipo de unidade/setor			
Serviços diferenciados/de apoio/administrativos	1,00		
Unidades para pacientes de cuidados intermediários ou semicríticos	1,78	0,84-3,76	0,132
Unidades para pacientes altamente dependentes ou críticos	2,47	1,18-5,19	0,017
Turno de trabalho			
Somente diurno	1,00		
Somente noturno	0,73	0,52-1,03	0,074
Alterna entre diurno e noturno	0,96	0,68-1,34	0,804
Modelo demanda-controle			
Baixa exigência	1,00		
Trabalho passivo	1,40	0,76-2,55	0,277
Trabalho ativo	1,74	1,04-2,92	0,034
Alta exigência	2,54	1,51-4,27	< 0,001
Apoio social			
Alto	1,00		
Baixo	1,76	1,29-2,40	< 0,001

6 CONCLUSÕES

A partir dos resultados obtidos, constatou-se associação positiva entre insatisfação com a qualidade de vida no trabalho e tabagismo, a atuação em unidades de assistência a pacientes altamente dependentes ou críticos, o baixo apoio social no trabalho e os trabalhos considerados ativos e de alta exigência. Esses achados apoiam a hipótese de que a qualidade de vida no trabalho é preservada nas situações em que as demandas psicológicas são mantidas em um patamar aceitável, ao passo que em situações nas quais as mesmas se encontram elevadas, as repercussões negativas aos trabalhadores de enfermagem seriam amenizadas, mas não eliminadas, por um alto controle sobre o trabalho.

A análise da prevalência e dos fatores associados à insatisfação com a qualidade de vida no trabalho, segundo as categorias profissionais da equipe de enfermagem, por sua vez, evidenciou a presença de diferenças importantes na associação de características sociodemográficas, laborais e relacionadas ao estilo de vida. O pessoal de nível superior apresentou uma maior prevalência de percepção de qualidade de vida no trabalho insatisfatória em comparação ao pessoal de nível médio. Para estes, apresentou associação inversa com tal percepção o trabalho noturno. Para os enfermeiros, verificou-se associação inversa entre insatisfação com a qualidade de vida no trabalho e menor idade, e associação direta com menor tempo de sono, atuação em setores de assistência a pacientes de cuidados intermediários ou semicríticos e a pacientes altamente dependentes ou críticos, percepção de insuficiência no número de pessoas na escala de trabalho e múltiplos vínculos empregatícios.

A apreciação desses resultados, seja da população do estudo como um todo, seja das particularidades de cada categoria profissional, pode orientar a gerência hospitalar e de enfermagem, em parceria com os trabalhadores, na identificação dos grupos de maior exposição à percepção negativa da qualidade de vida no trabalho. Podem orientar, ainda, na proposição e implementação de estratégias preventivas e corretivas no contexto de trabalho dessa população, com foco, sobretudo, na diminuição do excesso de demandas e sobrecarga laboral e no aumento do apoio social no trabalho entre a equipe de enfermagem.

No intuito de colocar em prática tais estratégias, os esforços devem ser voltados à necessidade de melhoria dos ambientes e recursos disponíveis, da implementação do dimensionamento de pessoal adequado, bem como de ações de educação permanente para aperfeiçoamento e definição clara dos procedimentos, responsabilidades e processos de trabalho, o que otimizará o tempo dos profissionais. Postas em prática, estas estratégias resultariam em maior sensação de apoio e maior controle sobre o trabalho, por deixar os

trabalhadores de enfermagem mais seguros para decidir como aplicar a variedade de habilidades que dispõem para o cuidado.

Outra forma de promover controle sobre o trabalho e/ou apoio social se daria por meio do fornecimento, pela gerência, de informações suficientes para ampliação da tomada de decisão, da provisão de *feedback* e elogios relevantes para o trabalho, além da adoção de espaços de convivência que estimulem o contato e a troca de experiências entre as equipes de diferentes setores, nos horários das refeições.

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas durante a interpretação dos resultados. Primeiramente, o delineamento transversal não permite inferências sobre a causalidade das associações observadas. Pode ter ocorrido, ainda, o chamado efeito do trabalhador sadio, por meio da subestimação da prevalência de insatisfação com a qualidade de vida no trabalho, devido aos trabalhadores afastados por licença médica que não foram encontrados. Este efeito, contudo, foi atenuado pela elevada taxa de resposta obtida e pela inclusão de todos os trabalhadores de enfermagem empregados no local do estudo, mesmo aqueles afastados por quaisquer condições.

Devido à coleta de dados restrita a uma única instituição, a generalização dos achados é limitada a populações com características semelhantes. A natureza multidimensional do instrumento utilizado para a avaliação do desfecho principal foi um aspecto positivo da pesquisa. Contudo, há de se levar em conta que o pouco consenso existente entre os pesquisadores acerca de um conceito definitivo de qualidade de vida no trabalho e de métodos de mensuração e avaliação da mesma foi um fator limitante para o estabelecimento de comparações entre os resultados do estudo e os achados presentes na literatura.

Sendo assim, sugere-se que investigações futuras empreguem um delineamento longitudinal e utilize dados de amostra/população mais ampla e proveniente de diferentes locais, a fim de que inferências causais mais precisas e com maior poder de generalização possam diminuir as lacunas sobre o tema presentes na literatura. Sugere-se ainda que tais pesquisas estejam embasadas em arcabouço teórico robusto, de modo que suas análises tenham base para definição dos papéis de modificação e confundimento que algumas variáveis podem exercer sobre o desfecho qualidade de vida no trabalho. Uma vez que os significados e percepções atribuídos a cada preditor da qualidade de vida no trabalho pelos trabalhadores de enfermagem variarão entre cada contexto locorregional, os estudos com abordagem qualitativa também são fundamentais na exploração e avaliação destes significados e percepções.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. Processo de trabalho e algumas implicações para a saúde do trabalhador. In: RIBEIRO, M. C. S. (Org.). **Enfermagem e Trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Martinari, 2008.

ALMALKI, M. J.; FITZGERALD, G.; CLARK, M. Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. **Hum. Resour. Health**, London, v. 10, n. 1, p. 30, 2012.

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. In: _____. **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. (reimp.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, p. 165-74.

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

ALVES, M. G. M.; HÖKERBERG, Y. H. M.; FAERSTEIN, E. Trends and diversity in the empirical use of Karasek's demand-control model (job strain): a systematic review. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 125-36, 2013.

AMARAL, T. R. **Dimensões psicossociais do trabalho da enfermagem e os distúrbios psíquicos menores em unidades críticas** Florianópolis, 2006. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

AN, J. Y.; YOM, Y. H.; RUGGIERO, J. S. Organizational culture, quality of work life, and organizational effectiveness in Korean university hospitals. **J. Transcult. Nurs.**, Memphis, v. 22, n. 1, p. 22-30, 2011.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-33, 2003.

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

ASSUNÇÃO, A. A.; JACKSON FILHO, J. M. Transformações no trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Org.). **Trabalhar na saúde:**

experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p.46-65.

AYALA, E.; CARNERO, A. M. Determinants of burnout in acute and critical care military nursing personnel: a cross-sectional study from Peru. **PLoS One**, San Francisco, v. 8, n. 1, p. e54408, 2013.

AZEVEDO, B. D. S. Absenteísmo na equipe de enfermagem em unidades de cuidados críticos: uma revisão integrativa. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 285-95, 2014.

BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-83, 2003.

BARTON, J. Choosing to work at night: a moderating influence on individual tolerance to shift work. **J. Appl. Psychol.**, Washington, v. 79, n. 3, p. 449-54, 1994.

BATISTA, K. M., BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-9, 2006.

BOND, M. A. et al. (2004). Gendered work conditions, health, and work outcomes. **J. Occup. Health Psychol.**, Washington, v. 9, n. 1, p. 28-45, 2004.

BRADLEY, J. R.; CARTWRIGHT, S. Social support, job stress, health, and job satisfaction among nurses in the United Kingdom. **Int. J. Stress Manag.**, New York, v. 9, n. 3, p. 163-82, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Gestão da Saúde Pública. Indicadores Municipais de Saúde. **Morbidade Hospitalar** - Município: Jequié/BA. 2013. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 04 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 2002. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 dez. 2005. Seção 1, p. 78.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2009. Seção 1, p. 7577.

BRUCH, H.; MENGES, J. I. The acceleration trap: it's not just individuals who burn out - companies do, too. **Harv. Bus. Rev.**, Boston, v. 88, n. 4, p. 80-6, 2010.

BURCH, J. B. et al. Shiftwork impacts and adaptation among health care workers. **Occup. Med.**, Chicago, v. 59, n. 3, p. 159-66, 2009.

CANINI, S. R. M. S. et al. Fatores associados a acidentes percutâneos na equipe de enfermagem de um hospital universitário de nível terciário. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 818-23, 2008.

CAVALCANTE, M. B. P. T. **Qualidade de vida dos enfermeiros em instituições hospitalares**: o público e o privado. Fortaleza, 2011. 99 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**: o capital humano das organizações. 9. ed. rev. e atu. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

CHIU, Y. L. et al. The effects of job demands, control, and social support on hospital clinical nurses' intention to turn over. **Appl. Nurs. Res.**, Philadelphia, v. 22, n. 4, p. 258-63, 2009.

CHUNG, M. H. et al. Sleep quality and morningness-eveningness of shift nurses. **J. Clin. Nurs.**, Oxford, v. 18, n. 2, p. 279-84, 2009.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 992-8, 2008.

DESCANIO, D.; LUNARDELLI, M. C. Saúde e qualidade de vida na empresa familiar. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 159-77, 2007.

DIAS-DAMÉ, J. L.; CESAR, J. A.; SILVA, S. M. Tendência temporal de tabagismo em população urbana: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2166-74, 2011.

DOLAN, S. L. et al. Predictors of "quality of work" and "poor health" among primary health-care personnel in Catalonia: evidence based on cross-sectional, retrospective and longitudinal design. **Int. J. Health Care Qual. Assur.**, Bradford, v. 21, n. 2, p. 203-18, 2008.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.14, n. 4, p. 517-25, 2006.

ERIKSEN, W.; BRUUSGAARD, D. Physical leisure-time activities and long-term sick leave: A 15-month prospective study of nurses' aides. **J. Occup. Environ. Med.**, Baltimore, v. 44, n. 6, p. 530-8, 2002.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-39, 2010.

FARIAS, S. N. P. **Qualidade de vida no trabalho**: um enfoque para enfermagem em Centro Municipal de Saúde. 2004. 198 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

FELLI, V. E. A.; TRONCHIN, D. M. R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.) et al. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 89-107.

FERNANDES, E. **Qualidade de Vida no Trabalho**: como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FERREIRA, L. R. C.; DE MARTINO, M. M. F. Stress no cotidiano da equipe de enfermagem e sua correlação com o cronótipo. **Estud. Psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 26, n. 1, p. 65-72, 2009.

FERREIRA, M. C.; ALVES, L.; TOSTES, N. Gestão de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) no serviço público federal: o descompasso entre problemas e práticas gerenciais. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 319-27, 2009.

FERREIRA, R. C. **Apoio social no trabalho e absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem**. 2010. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

FERREIRA, R. C. et al. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 259-68, 2012.

FLINKMAN, M.; LEINO-KILPI, H.; SALANTERÄ, S. Nurses' intention to leave the profession: integrative review. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 66, n. 7, p. 1422-34, 2010.

FOGAÇA, M. C.; CARVALHO, W. B.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 708-12, 2010.

FUENTELESZ-GALLEGO, C et al. Work setting, satisfaction and burnout of the nurses in critical care units and hospitalization units. RN4CAST-Spain project. **Enferm. Intensiva**, v. 24, n. 3, p. 104-12, 2013.

GELBCKE, F. L.; LEOPARDI, M. T. Perspectivas para um novo modelo de organização do trabalho da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 193-7, 2004.

GELSEMA, T. I. **Job stress in the nursing profession** (Doctoral dissertation). Leiden University, Leiden, 2006.

GELSEMA, T. I. et al. Job stress in the nursing profession: the influence of organizational and environmental conditions and job characteristics. **Int. J. Stress Manag.**, New York, v. 12, p. 222-40, 2005.

GELSEMA, T. I. et al. A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. **J. Nurs. Manag.**, Oxford, v. 14, n. 4, p. 289-99, 2006.

GIFFORD, B. D.; ZAMMUTO, R. F.; GOODMAN, E. A. The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life. **J. Healthc. Manag.**, Chicago, v. 47, n. 1, p. 13-25, 2002.

HARRISON, M. et al. Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 38, n. 6, p. 584-91, 2002.

HÄUSSER, J. A. et al. Ten years on: A review of recent research on the Job Demand-Control (-Support) model and psychological well-being, **Work Stress**, London, v. 24, n. 1, p. 1-35, 2010.

HONDA, M et al. Sharps injuries among nurses in a Thai regional hospital: prevalence and risk factors. **Int. J. Occup. Environ. Med.**, v. 2, n. 4, p. 215-23, 2011.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S; STURDIVANT, R. X. **Applied logistic regression**. 3. ed. New York: John Wiley & Sons, 2013.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Resolução nº 6, de 3 de novembro de 2010. Divulga a relação das populações dos 26 Estados e dos 5.565 municípios brasileiros provenientes do Censo Demográfico 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2010. Seção 1, p. 106.

IBM. **IBM SPSS Statistics 21 Core System User's Guide**. 2012.

JACQUES, C. C.; MILANEZ, B.; MATTOS, R. C. O. C. Indicadores para Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 369-78, 2012.

JENARO, C. et al. Vigour and dedication in nursing professionals: towards a better understanding of work engagement. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 67, n. 4, 865-75, 2011.

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

JUDKINS, S.; MASSEY, C.; HUFF, B. Hardiness, stress, and use of ill-time among nurse managers: is there a connection? **Nurs. Econ.**, Pitman, v. 24, n. 4, p. 187-92, 2006.

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

KIMURA, M.; CARANDINA, D. M. Desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do instrumento para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho de enfermeiros em hospitais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. especial, p. 1044-54, 2009.

KLEIN, L. R. Trabalho, educação e linguagem. **Educar em Revista**, Curitiba, v. 2, n. 21, p. 15-42, 2003.

KRUEGER, P. et al. Organization specific predictors of job satisfaction: findings from a Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey. **BMC Health Serv. Res. (Online)**., London, v. 2, p. 6, 2002.

LASCHINGER, H. K. et al. Testing Karasek's demands-control model in restructured healthcare settings: effects of job strain on staff nurses' quality of work life. **J. Nurs. Adm.**, Wakefield, v. 31, n. 5, p. 233-43, 2001.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção em saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAURITSEN, J. H.; BRUSS, M.; MYATT, M. A. **Epidata - Programa para criar banco de dados**. EpiData Association, Odense Denmark 2002. (v3.0). Versão para o português (Brasil) por João Paulo Amaral Haddad.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, 2011.

LEE, Y. W.; DAI, Y. T.; McCREARY, L. L. Quality of work life as a predictor of nurses' intention to leave units, organisations and the profession. **J. Nurs. Manag.**, Oxford, Forthcoming 2013.

LI, J. et al. Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession - prospective results from the European longitudinal NEXT study. **Int. J. Nurs. Stud.**, Oxford, v. 48, n. 5, p. 628-35, 2011.

LU, H. et al. Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. **Int. J. Nurs. Stud.**, Oxford, v. 49, n. 8, p. 1017-38, 2012.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 187-93, 2010.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Traduzido por Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MATHESON, A.; O'BRIEN, L.; REID, J. The impact of shiftwork on health: a literature review. **J. Clin. Nurs.**, Oxford, Forthcoming, 2014.

MATUMOTO, S. et al. Preparing the care relationship: a welcoming tool in health units. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 1001-8, 2009.

MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 244-52, 2010.

McGILTON, K. S. et al. Supervisory support, job stress, and job satisfaction among long-term care nursing staff. **J. Nurs. Adm.**, Wakefield, v. 37, n. 7-8, p. 366-72, 2007.

McMICHAEL, A. J. Standardized mortality ratios and the 'healthy worker effect': scratching beneath the surface. **J. Occup. Med.**, Chicago, v. 18, n. 3, p. 165-8, 1976.

MORENO, A. P. et al. Calidad de vida laboral en trabajadores de la salud, Tamaulipas, México 2010. **Cienc. Trab.**, Santiago, v. 13, n. 39, p. 11-6, 2011.

MORENO, C. R. C.; FISCHER, F. M.; ROTENBERG, L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. **São Paulo Perspect.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 34-46, 2003.

MRAYYAN, M. T. Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan. **J. Nurs. Manag.**, Oxford, v. 13, n. 1, p. 40-50, 2005.

MÜLLER, M. R.; GUIMARÃES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estud Psicol (Campinas)**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 519-28, 2007.

OSORIO, C. et al. O trabalho cotidiano em hospitais: o ponto de vista da atividade de enfermagem. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Org.). **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 83-107.

PEDROSO, B. **Desenvolvimento do TQWL-42: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho.** Ponta Grossa, 2010. 129 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2010.

PÉREZ SAAVEDRA, V.; FERREIRA, P. S.; PILLON, S. C. Tabagismo en las enfermeras de un hospital nacional de Lima, Perú. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. spe, p. 550-6, 2010.

PIETRAS, T. et al. Anxiety, depression and methods of stress coping in patients with nicotine dependence syndrome. **Med. Sci. Monit.**, Smithtown, v. 17, n. 5, p. CR272-6, 2011.

POMERLEAU, C. S.; MARKS, J. L.; POMERLEAU, O. F. Who gets what symptom? Effects of psychiatric cofactors and nicotine dependence on patterns of nicotine withdrawal symptomatology. **Nicotine. Tob. Res.**, v. 2, n. 3, 275-80, 2000.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 2008.

RAMOS, E. L. **A Qualidade de Vida no Trabalho: dimensões e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem de Terapia Intensiva.** Rio de Janeiro, 2009. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem, Saúde e Sociedade) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

RISSARDO, M. P.; GASPARINO, R. C. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 128-32, 2013.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial.** 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

RODWELL, J.; MUNRO, L. Relational regulation theory and the role of social support and organisational fairness for nurses in a general acute context. **J. Clin. Nurs.**, Oxford, v. 22, n. 21-22, p. 3160-9, 2013.

SANTANA, L. L. et al. Description of workloads and fatigue experienced among health workers in a teaching hospital. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 64-70, 2013.

SANTA ROSA, P. L. F. et al. Percepção da duração do sono e da fadiga entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 100-6, 2007.

SANTOS FILHO, S. B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 73-96.

SARNA, L., et al. Are quit attempts among U.S. female nurses who smoke different from female smokers in the general population? An analysis of the 2006/2007 tobacco use supplement to the current population survey. **BMC Womens Health**, London, v. 12, p. 1-9, 2012.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho entre profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 701-7, 2012.

SCHMIDT, D. R. C. et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 330-7, 2009.

SCHMIDT, D. R. C. Modelo Demanda-Control e estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 779-88, 2013.

SCHMIDT, D. R. C. **Qualidade de vida no trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico**. Ribeirão Preto, 2009. 243 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 368-77, 2011.

SEMBAJWE, G. et al. Psychosocial stress and multi-site musculoskeletal pain: a cross-sectional survey of patient care workers. **Workplace Health Saf.**, v. 61, n. 3, p. 117-25, 2013.

SEZER, H.; GULER, N.; SEZER, R. E. Smoking among Nurses in Turkey: comparison with other countries. **J. Health Popul. Nutr.**, Dhaka, v. 25, n. 1, 107-111, 2007.

SILVA, A. A. et al. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 718-25, 2010.

SILVA, J. L. L. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 10, n. 4, p. 1174-5, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a32.htm>. Acesso em 12 nov. 2013.

SILVA, S. M. et al. Estratégias de intervenção relativas à saúde dos trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários no Brasil. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 300-8, 2013.

SILVA, V. E. F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem**: estudo da relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. São Paulo, 1996. 289 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SMITH, D. R. et al. Musculoskeletal disorders among female nurses in a rural Japanese hospital. **Nurs. Health Sci.**, Carlton, v. 5, n. 3, p. 185-8, 2003.

SOROUR, A. S.; EL-MAKSOU, M. M. Relationship between musculoskeletal disorders, job demands, and burnout among emergency nurses. **Adv. Emerg. Nurs. J.**, Philadelphia, v. 34, n. 3, p. 272-82, 2012.

SOUZA, N. V. D. O. **Dimensão subjetiva das enfermeiras frente à organização e ao processo de trabalho em um hospital universitário**. Rio de Janeiro, 2003. 348 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SPINDOLA, T.; MARTINS, E. R. C. O estresse e a enfermagem: a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 212-9, 2007.

STATA. **Stata Statistical Software: Release 9**. Stata press: Texas, 2005.

SVEINSDÓTTIR, H.; BIERING, P.; RAMEL, A. Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. **Int. J. Nurs. Stud.**, Oxford, v. 43, n. 7, 875-89, 2006.

TEIXEIRA, C et al. Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. **BMC Anesthesiol.**, London, v. 13, n. 1, p. 13-38, 2013.

TOH, S. G.; ANG, E.; DEVI, M. K. Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in

oncology/haematology settings. **Int. J. Evid. Based Healthc.**, Carlton South, v. 10, n. 2, p. 126-41, 2012.

TOURANGEAU, A. E.; CRANLEY, L. A. Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 55, n. 4, p. 497-509, 2006.

UMANN, J.; GUIDO, L. A.; GRAZZIANO, E. S. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 159-66, 2012.

VAGHARSEYYEDIN, A. S.; VANAKI, Z.; MOHAMMADI, E. The nature nursing quality of work life: an integrative review of literature. **West. J. Nursing Res.**, Beverly Hills, v. 33, n. 6, p. 786-804, 2011a.

VAGHARSEYYEDIN, A. S.; VANAKI, Z.; MOHAMMADI, E. Quality of work life: Experiences of Iranian nurses. **Nurs. Health Sci.**, Carlton, v. 13, n. 1, p. 65-75, 2011b.

VASCONCELOS, S et al. Morbidity among nursing personnel and its association with working conditions and work organization. **Work**, Amsterdam, v. 41, supl. 1, p. 3732-7, 2012.

WALTON, R. E. Improving the quality of work life. **Harv. Bus. Rev.**, Boston, v. May-June, p. 12-6, 1974.

WALTON, R. E. Quality of working life: what is it? **Sloan Manage. Rev.**, Cambridge, v. 15, n. 1, p. 11-21, 1973.

ZANGARO, G. A.; SOEKEN, K. L. A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. **Res. Nurs. Health**, New York, v. 30, n. 4, p. 445-58, 2007.

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Prezado senhor(a),

Sou Bruno Del Sarto Azevedo e estou realizando, juntamente com a professora Adriana Alves Nery do Mestrado em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), o estudo “**Condições laborais, de saúde e qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem**”. Convidamos o(a) senhor(a) a participar da nossa pesquisa, que tem como objetivo: avaliar as condições laborais, de saúde e qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem de um hospital público. Este estudo poderá contribuir para que instituições hospitalares voltem sua atenção para a análise das condições de trabalho, de modo que a equipe de enfermagem conquiste um trabalho mais saudável e satisfatório. Ao concordar em participar da pesquisa, o(a) senhor(a) estará à disposição para responder as perguntas por meio de sete questionários. Este estudo não prevê riscos para a sua integridade física, mental ou moral. Entretanto, se alguma questão lhe causar desconforto, constrangimento ou incômodo, fique à vontade para não responder a mesma. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidade. Os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo. Nós guardaremos os registros e somente os pesquisadores responsáveis e colaboradores terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a sua identificação não será revelada. Reiteramos que se houver algum desconforto decorrente deste estudo, o(a) senhor(a) poderá deixar de participar do mesmo a qualquer momento. Se o(a) senhor(a) sentir necessidade de mais informações sobre esta pesquisa, poderá entrar em contato com Bruno Del Sarto Azevedo ou Adriana Alves Nery no endereço da UESB, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia, pelo telefone (73) 3528-9738, no Pavilhão Josélia Navarro, na sala do Mestrado em Enfermagem e Saúde ou pelos e-mails: “brunodelsarto@outlook.com” e “aanery@gmail.com”. Ou pode ainda entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, que se localiza no Módulo Administrativo, sala do CEP/UESB ou pelo telefone (73) 3528-9727.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar livremente deste estudo, por favor, assine este termo de consentimento em duas vias. Agradecemos sua atenção!

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Jequié - BA, Data: ____/____/_____.

APÊNDICE B
CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E OCUPACIONAL

- 1) Sexo:
 Feminino Masculino
- 2) Idade: _____ anos
- 3) Situação conjugal:
 Solteiro(a) ou sem companheiro(a)
 Casado(a) ou com companheiro(a)
- 4) Tem filho(s)?
 Não Sim. Quantos? _____
- 5) Você sustenta (financeiramente) sozinho(a) sua família?
 Não Sim
- 6) Categoria profissional:
 Enfermeiro(a) Auxiliar de enfermagem
 Técnico(a) de enfermagem Atendente de enfermagem
- 7) Exerce função:
 Somente ou primordialmente assistencial
 Somente ou primordialmente gerencial/coordenação/chefia
 Ambas as funções (assistencial e gerencial)
- 8) Tempo de formação: _____ anos _____ meses
- 9) Possui pós-graduação?
 Não
 Sim. Que tipo?
 Especialização Mestrado Doutorado
- 10) Tempo de serviço no HGPV: _____ anos _____ meses
- 11) Tipo de vínculo empregatício no HGPV:
 Contratado Efetivo
- 12) Setor(es) em que trabalha no HGPV:
 Acolhimento
 Ambulatórios
 Comissão de Prevenção e Tratamento ao Portador de Feridas
 Centro Cirúrgico/Centro de Material e Esterilização
 Clínica Cirúrgica
 Clínica Médica
 Clínica Saúde Mental/Psiquiatria

- Pediatria
 - Emergência Pediátrica
 - Pronto Socorro/Reanimação/Estabilização
 - Serviço de Neurociências/Clínica Neurológica
 - Unidade de Terapia Intensiva
 - Equipe de Apoio 1 ou 2
 - Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
 - Serviço de Internação Domiciliar
 - Direção de Enfermagem
 - Outro (especifique): _____
- 13) Tempo de serviço neste(s) setor(es): _____ anos _____ meses
- 14) Trabalha neste setor porque:
- Escolheu essa área
 - Não havia vagas nos demais setores
 - Foi remanejado por necessidade do serviço
 - Outro motivo (especifique): _____
- 15) Carga horária semanal de trabalho no HGPV: _____
- 16) Turno de trabalho:
- Manhã
 - Tarde
 - Serviço Diurno
 - Serviço Noturno
 - Alterna entre Serviço Diurno e Noturno
- 17) Na maior parte do tempo o número de pessoas na escala de trabalho em seu(s) setor(es) é:
- Suficiente
 - Insuficiente
- 18) Salário líquido mensal no HGPV (salário mínimo atual = R\$ 724,00):
- Menor que 2 salários mínimos (R\$ 1.448,00)
 - Menor que 3 salários mínimos (R\$ 2.172,00)
 - Menor que 4 salários mínimos (R\$ 2.896,00)
 - Menor que 5 salários mínimos (R\$ 3.620,00)
 - Menor que 6 salários mínimos (R\$ 4.344,00)
 - Maior que 6 salários mínimos
- 19) Possui outro emprego ou trabalho remunerado?
- Não (caso não possua, pule para a questão 23)
 - Sim

- 20) Carga horária semanal de trabalho no outro emprego/trabalho: _____
- 21) Turno de trabalho no outro emprego:
- Manhã
 - Tarde
 - Diurno (manhã e tarde)
 - Noturno
- 22) Salário líquido mensal total (salário mínimo atual = R\$ 724,00):
- Menor que 3 salários mínimos (R\$ 2.172,00)
 - Menor que 4 salários mínimos (R\$ 2.896,00)
 - Menor que 5 salários mínimos (R\$ 3.620,00)
 - Menor que 6 salários mínimos (R\$ 4.344,00)
 - Menor que 7 salários mínimos (R\$ 5.068,00)
 - Maior que 7 salários mínimos
- 23) Já pensou em mudar de profissão?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Frequentemente
 - Diariamente
- 24) Número médio de horas de sono por dia: _____
- 25) Você fuma?
- Não, nunca fumei.
 - Não, parei de fumar. Fumou durante quanto tempo? _____ anos _____ meses
Você fumava quantos cigarros por dia? _____
 - Sim. Há quanto tempo? _____ anos _____ meses
Você fuma quantos cigarros por dia? _____
- 26) Realiza atividade(s) física(s) regularmente por recreação, esporte, exercício ou lazer?
- Não (caso não realize, não há necessidade de responder as questões 27 a 29)
 - Sim. Qual dos dois tipos abaixo melhor a(s) define(m)?
 - Atividade(s) física(s) VIGOROSA(S): aquela(s) que precisa(m) de um grande esforço físico e que faz(em) respirar MUITO mais forte que o normal.
 - Atividade(s) física(s) MODERADA(S): aquela(s) que precisa(m) de algum esforço físico e que faz(em) respirar UM POUCO mais forte que o normal.
- 27) Quantas vezes por semana você a(s) realiza?: _____
- 28) Quanto tempo, em média, ela(s) dura(m) por dia? _____ minutos
- 29) Há quanto tempo pratica atividade(s) física(s) regularmente: _____ anos _____ meses

ANEXO A

TOTAL QUALITY OF WORK LIFE – TQWL-42**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO**

Este questionário objetiva diagnosticar como você se sente a respeito da sua **Qualidade de Vida no Trabalho**. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Nós estamos perguntando o quanto você está satisfeito(a), em relação a vários aspectos do seu **trabalho** nas **últimas duas semanas**. Escolha entre as alternativas de cada questão e coloque um círculo no número que melhor representa a sua opinião.

F1.1 - Como você avalia a sua Qualidade de Vida no Trabalho?

Muito ruim 1	Ruim 2	Nem ruim nem boa 3	Boa 4	Muito boa 5
-----------------	-----------	-----------------------	----------	----------------

A1.1 - Com que frequência você se sente cansado(a) durante o trabalho?

Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Repetidamente 4	Sempre 5
------------	----------------	---------------	--------------------	-------------

A1.2 - O quanto você está satisfeito(a) com a disposição que você possui para trabalhar?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

A2.1 – Você se sente capaz de realizar as suas tarefas no trabalho?

Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
-----------	------------------	------------	------------	--------------------

A2.2 - O quanto você está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

A3.1 - A empresa em que você trabalha disponibiliza atendimento médico, odontológico e social aos seus colaboradores?

Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
-----------	------------------	------------	------------	--------------------

A3.2 - Quão satisfeito(a) você está com a qualidade dos serviços de saúde e de assistência social disponibilizados pela empresa em que você trabalha?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

A4.1 - Com que frequência você se sente sonolento(a) durante o trabalho?

Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Repetidamente 4	Sempre 5
------------	----------------	---------------	--------------------	-------------

A4.2 - Quão satisfeito(a) você está com o tempo que você possui para dormir?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

B1.1 - Com que frequência você se sente incapaz de realizar o seu trabalho?

Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Repetidamente 4	Sempre 5
------------	----------------	---------------	--------------------	-------------

B1.2 - O quanto você está satisfeito(a) consigo mesmo(a)?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

B2.1 - O quão importante você considera o trabalho que você realiza?

Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
-----------	------------------	------------	------------	--------------------

B2.2 - O quanto você está satisfeito(a) com a contribuição que o seu trabalho representa para a empresa como um todo e para a sociedade?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

B3.1 - Em que medida você consegue compreender o quão correto ou errado você realiza o seu trabalho?

Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
-----------	------------------	------------	------------	--------------------

B3.2 - Quão satisfeito(a) você está com as informações que te fornecem sobre o seu desempenho no trabalho?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

B4.1 - A empresa em que você trabalha te incentiva e/ou libera para fazer cursos e outras atividades relacionadas com o seu trabalho?

Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
-----------	------------------	------------	------------	--------------------

B4.2 - O quanto você está satisfeito(a) com o apoio que a empresa em que você trabalha concede para o seu desenvolvimento pessoal e profissional?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

C1.1 - Na empresa em que você trabalha, você pode expressar a sua opinião sem que isso te prejudique?

Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
-----------	------------------	------------	------------	--------------------

C1.2 - O quanto você está satisfeito(a) com relação à possibilidade de expressar suas opiniões livremente na empresa em que você trabalha?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

C2.1 - Com que frequência você tem desentendimentos com os seus superiores ou colegas de trabalho?

Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Repetidamente 4	Sempre 5
------------	----------------	---------------	--------------------	-------------

C2.2 - Quão satisfeito(a) você está com a sua equipe de trabalho?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

C3.1 - Em que medida você pode tomar decisões no seu trabalho, sem a necessidade de consultar o seu supervisor?

Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
-----------	------------------	------------	------------	--------------------

C3.2 - O quanto você está satisfeito(a) com o nível de autonomia que te é concedido no seu trabalho?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

C4.1 - Com que frequência você pratica atividades de lazer?

Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Repetidamente 4	Sempre 5
------------	----------------	---------------	--------------------	-------------

C4.2 - O quanto você está satisfeito(a) com o tempo que você possui para praticar atividades de lazer?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

D1.1 - O seu salário é suficiente para você satisfazer as suas necessidades?

Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
-----------	------------------	------------	------------	--------------------

D1.2 - O quanto você está satisfeito(a) com o seu salário?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

D2.1 - Em que medida a empresa em que você trabalha apresenta vantagens e benefícios?

Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
-----------	------------------	------------	------------	--------------------

D2.2 - O quanto você está satisfeito(a) com as vantagens e benefícios oferecidos pela empresa em que você trabalha?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

D3.1 - Você julga o seu trabalho cansativo e exaustivo?

Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
-----------	------------------	------------	------------	--------------------

D3.2 - O quanto você está satisfeito(a) com a sua jornada de trabalho semanal?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

D4.1 - Com que frequência ocorrem demissões na empresa em que você trabalha?

Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Repetidamente 4	Sempre 5
------------	----------------	---------------	--------------------	-------------

D4.2 - O quanto você está satisfeito(a) com relação à segurança de permanecer empregado na empresa em que você trabalha?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

E1.1 - As condições de trabalho (temperatura, luminosidade, barulho, etc.) do seu cargo são adequadas?

Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
-----------	------------------	------------	------------	--------------------

E1.2 - Quão satisfeito(a) você está com as suas condições de trabalho?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

E2.1 - A empresa em que você trabalha oferece plano de carreira e/ou possibilidades de você ser promovido de cargo?

Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
-----------	------------------	------------	------------	--------------------

E2.2 - O quanto você está satisfeito(a) com o plano de carreira e/ou a possibilidade de promoção de cargo presentes na empresa em que você trabalha?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

E3.1 - Com que frequência você julga o seu trabalho monótono?

Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Repetidamente 4	Sempre 5
------------	----------------	---------------	--------------------	-------------

E3.2 - O quanto você está satisfeito(a) com a variedade de atividades que você realiza no seu cargo?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

E4.1 - Com que frequência você realiza no seu trabalho atividades completas, ou seja, do início ao fim?

Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Repetidamente 4	Sempre 5
------------	----------------	---------------	--------------------	-------------

E4.2 - O quanto você está satisfeito(a) com o trabalho que você realiza?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

F1.2 - O quanto você está satisfeito(a) com a sua Qualidade de Vida no Trabalho?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------

ANEXO B
JOB STRESS SCALE – JSS

Abaixo nós temos algumas questões sobre as características do seu trabalho e gostaríamos que, para cada uma delas, você indicasse com que frequência ela ocorre ou o seu grau de concordância ou discordância com que está sendo dito. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Escolha entre as alternativas de cada questão e coloque um círculo no número que melhor representa a sua opinião.

	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca
a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	4	3	2	1
b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?	4	3	2	1
c) Seu trabalho exige demais de você?	4	3	2	1
d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?	1	2	3	4
e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	4	3	2	1
f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?	4	3	2	1
g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	4	3	2	1
h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	4	3	2	1
i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	1	2	3	4
j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?	4	3	2	1
k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?	4	3	2	1
	Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente
l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.	4	3	2	1
m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.	4	3	2	1
n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.	4	3	2	1
o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.	4	3	2	1
p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.	4	3	2	1
q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.	4	3	2	1

ANEXO C
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições laborais, de saúde e qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem

Pesquisador: Bruno Del Sarto Azevedo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26737214.0.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 526.584

Data da Relatoria: 22/01/2014

Apresentação do Projeto:

Durante a execução de suas atividades laborais, muitas vezes o trabalhador de enfermagem vê-se diante de dificuldades de toda ordem a fim de gerenciar devidamente sua unidade e/ou de prestar assistência adequada aos usuários do serviço hospitalar, o que acaba por se caracterizar como um processo destrutivo, que se acumula e se intensifica, favorecendo o declínio da qualidade de vida no trabalho deste trabalhador. Nesse sentido, objetiva-se com esta pesquisa avaliar as condições laborais, de saúde e qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem de um hospital público. Trata-se de um estudo de corte transversal, com abordagem quantitativa. O local do estudo será um hospital público de médio porte do interior baiano e a população será composta pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem desta instituição. A coleta de dados será realizada por meio da aplicação de sete instrumentos: um questionário para caracterização sociodemográfica e ocupacional, o Total Quality of Work Life, o Job Stress Scale, o Self-Reporting Questionnaire, o Índice de Capacidade para o Trabalho, o Nordic Musculoskeletal Questionnaire e a Escala de Necessidade de Descanso. Para tabulação e análise dos dados, serão utilizados os programas Microsoft Excel e SPSS 22.0. A presença e magnitude da associação entre as variáveis serão aferidas por meio do teste qui-quadrado e do odds ratio ($p < 0,05$ e IC 95%), seguidas de análise por regressão logística. Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, o projeto

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 526.584

de pesquisa será desenvolvido segundo os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Avaliar as condições laborais, de saúde e qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem de um hospital público.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as características sociodemográficas e ocupacionais da equipe de enfermagem de um hospital público;

Verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e a Qualidade de Vida no Trabalho da equipe de enfermagem de um hospital público;

Verificar a associação entre estresse ocupacional, transtornos mentais comuns, distúrbios osteomusculares, capacidade para o trabalho, fadiga induzida pelo trabalho e Qualidade de Vida no Trabalho da equipe de enfermagem de um hospital público.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Este estudo não prevê riscos à integridade física do participante. Entretanto, poderá causar algum desconforto mediante alguma pergunta sobre aspecto específico sobre sua saúde e/ou seu trabalho, sendo, então, orientado a ficar à vontade para não responder tal pergunta.

Benefícios: O estudo poderá contribuir e auxiliar instituições hospitalares a perceberem a importância de voltarem sua atenção para a análise das condições de trabalho e sua relação com a qualidade de vida no trabalho, facilitando o desenvolvimento de intervenções que promovam a construção de novas formas de organização do trabalho, com vistas a que a equipe de enfermagem conquiste um trabalho mais saudável e satisfatório, permitindo que o trabalho se torne um processo criativo e fonte de prazer, possibilitando ao trabalhador liberdade de agir, individual e coletivamente, na busca de um trabalho pleno.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa investiga uma temática interessante e importante sobre o universo dos trabalhadores da área de saúde. Apresenta-se bem estruturado tanto do ponto de vista do referencial teórico quanto da metodologia. Do ponto de vista ético esclarece sobre os riscos e benefícios, o TCLE em forma de convite, com linguagem adequada aos participantes da pesquisa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 526.584

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nada a declarar.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovo ad referendum o parecer do relator em 10/02/2014.

JEQUIE, 11 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
APROVAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO SOBRE ALTERAÇÃO EM QUESTIONÁRIO DE
COLETA DE DADOS APÓS TESTE PILOTO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições laborais, de saúde e qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem

Pesquisador: Bruno Del Sarto Azevedo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26737214.0.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Alteração em questionário de coleta de dados

Justificativa: Informamos para apreciação do CEP-UESB que foram realizadas alterações

Data do Envio: 07/03/2014

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 564.121

Data da Relatoria: 19/03/2014

Apresentação da Notificação:

O pesquisador informa que foram realizadas alterações no primeiro instrumento de coleta de dados no que diz respeito a mudanças nas questões/perguntas para melhor compreensão dos participantes. Entretanto, estas mudanças em nenhum momento interferem no conteúdo. Tais mudanças estão sendo realizadas por conta da realização e análise do pré-teste do instrumento de coleta de dados. Este questionário foi elaborado pelos próprios pesquisadores do estudo. Vale ressaltar que os demais questionários validados, bem como o TCLE e os objetivos do estudo não foram alterados.

Objetivo da Notificação:

Alteração no TCLE e instrumento de coleta

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 564.121

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Notificação aceita

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Notificação aceita

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovo ad referendum o parecer do relator em 21.03.2014

JEQUIE, 21 de Março de 2014

Assinador por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

ANEXO D
AUTORIZAÇÃO PARA A COLETA DE DADOS



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



Of. PPGES nº.10/2014

Jequié, 10 de fevereiro de 2014.

Ilmo. Gilmar Barros Vasconcelos
Diretor Hospital Geral Prado Valadares

Senhor Diretor,

Apresentamos a V.S.^a o mestrando Bruno Del Sarto Azevedo, orientando da professora Dr.^a Adriana Alves Nery do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES, (Nível de Mestrado), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, para realização da coleta de dados do Projeto de Pesquisa “Condições laborais, de saúde e qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem”. Ressaltamos que a coleta acontecerá com a equipe de enfermagem deste hospital.

Atenciosamente,

Alba Benemerita Alves Vilela
Prof.^a Dr.^a Alba Benemerita Alves Vilela

Coordenadora do PPGES.

Recebido
Quilicel Santos de Oliveira
Diretora em Exercício/ HGRV
Cadastro 19.547.924-5
18/02/14

Recebido
19/02/2014
Gilva dos Santos Rosta E.
Diretora de Enfermagem
Cadastro 19.547.924-5

Recebido em
18/02/14
Tatiana Esthiane M. Vasconcelos
Coordenadora do HGRV
Cadastro 19.547.924-5