

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003940015>

ESTRESSE OCUPACIONAL E INSATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM

Bruno Del Sarto Azevedo¹, Adriana Alves Nery², Jefferson Paixão Cardoso³

¹ Mestre em Enfermagem e Saúde. Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: brunodelsarto@outlook.com

² Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora do Departamento de Saúde II e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: aanery@gmail.com

³ Doutorando do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professor do Departamento de Saúde II da UESB, Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: jpcardoso@uesb.edu.br

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre estresse ocupacional, qualidade de vida no trabalho e fatores associados a esta.

Método: estudo transversal, entre 309 trabalhadores de enfermagem de um hospital geral 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*.

Resultados: análise de regressão de Poisson com variância robusta evidenciou associação entre insatisfação com a qualidade de vida no trabalho e tabagismo (RP=1,53; IC95%: 1,02-2,31), atuação em unidades de assistência a pacientes altamente dependentes ou críticos (RP=2,47; IC95%: 1,18-5,19), baixo apoio social no trabalho (RP=1,76; IC95%: 1,29-2,40) e os quadrantes do modelo demanda-controle "trabalho ativo" (RP=1,74; IC95%: 1,04-2,92) e "alta exigência" (RP=2,54; IC95%: 1,51-4,27).

Conclusão: estes resultados podem auxiliar as gerências hospitalares 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 entre a equipe de enfermagem.

DESCRIPTORIOS: Qualidade de vida. Trabalho. Estresse ocupacional. Equipe de enfermagem. Saúde do trabalhador.

OCCUPATIONAL STRESS AND DISSATISFACTION WITH QUALITY OF WORK LIFE IN NURSING

ABSTRACT

Objective: to analyze the association between occupational stress, quality of work life and associated factors among nursing workers.

Method: 309 nursing workers of a public general hospital participated in this cross-sectional study. The Total Quality of Work Life and the Job Stress Scale instruments were used to evaluate the quality of work life and occupational stress, respectively.

Results: associations were estimated using Poisson regression analysis combined with robust variance. We found association between dissatisfaction with quality of work life and smoking (PR=1.53; 95%CI: 1.02-2.31), work at the care units for highly dependent or critically ill patients (PR=2.47; 95%CI: 1.18-5.19), low social support at work (PR=1.76; 95%CI: 1.29-2.40) and the quadrants of the demand-control model "active job" (PR=1.74; 95%CI: 1.04-2.92) and "high-strain job" (PR=2.54; 95%CI: 1.51-4.27).

Conclusion: these results may help the hospital and nursing managers to develop and implement strategies in order to reduce excessive demands and work overload and increase social support among the nursing staff.

DESCRIPTORS: Quality of life. Work. Burnout, professional. Nursing, team. Occupational health.

ESTRÉS OCUPACIONAL E INSATISFACCIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA LABORAL DE ENFERMERÍA

RESUMEN

Objetivo: analizar la asociación entre el estrés ocupacional, la calidad de vida laboral y los factores asociados a esta.

Método: estudio transversal entre 309 trabajadores de enfermería de un hospital público. La calidad de vida laboral y el estrés laboral fueron evaluados, respectivamente, por los instrumentos *Total Quality of Work Life* y *Job Stress Scale*.

Resultados: la regresión de Poisson con varianza robusta mostró asociación entre insatisfacción con la calidad de vida laboral y tabaquismo (RP=1,53; IC95%: 1,02-2,31), trabajo en los sectores para pacientes altamente dependientes o en estado crítico (RP=2,47; IC95%: 1,18-5,19), bajo apoyo social (RP=1,76; IC95%: 1,29-2,40) y los cuadrantes del modelo demanda-control "trabajo activo" (RP=1,74; IC95%: 1,04-2,92) y "alta exigencia" (RP=2,54; IC95%: 1,51-4,27).

Conclusión: estos resultados pueden ayudar a la gestión de los hospitales y de enfermería en el desarrollo e implementación de estrategias para reducir las demandas excesivas y la sobrecarga de trabajo y aumentar el apoyo social entre el equipo de enfermería.

DESCRIPTORES: Calidad de vida. Trabajo. Estrés laboral. Grupo de enfermería. Salud laboral.

INTRODUÇÃO

Estudos têm demonstrado que os trabalhadores de enfermagem enfrentam mais sofrimento psicológico do que a população em geral,^{1,2} estando expostos a uma variedade de elementos geradores de desgaste.³ Por este motivo, a qualidade de vida relacionada ao trabalho percebida por eles é um tema que vem despertando crescente interesse, dada a importância de fatores pessoais, ambientais e organizacionais envolvidos no contexto laboral.⁴

Um considerável contingente de trabalhadores de enfermagem está inserido em hospitais, os quais geralmente se mostram como instituições onde a gerência de enfermagem não é empoderada, não participando, assim, das tomadas de decisão que impactam a organização. Além disso, a própria sobrecarga laboral dos trabalhadores da categoria representa uma barreira à efetivação desse empoderamento, já que, pela falta de tempo na prática diária do pessoal de enfermagem, a assistência direta ao paciente acaba tendo prioridade sobre as iniciativas e projetos de mudança organizacional.⁵ Isso, inevitavelmente, repercute de forma negativa na condição do trabalhador, favorecendo ainda mais o aumento das demandas e sobrecarga laboral e, por conseguinte, afetando a qualidade de vida relacionada ao trabalho.

Não há um consenso em relação ao conceito de qualidade de vida no trabalho (QVT), de modo que existem vários modelos de avaliação da mesma. Dentre os modelos clássicos, destaca-se o modelo de Walton,⁶ que afirma que a QVT enfatiza as necessidades e aspirações do ser humano, bem como a responsabilidade social do trabalhador. 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 fragilidades, sobretudo em relação à esfera biológica/fisiológica do trabalhador, que é pouco explorada.⁷

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.⁸⁻¹⁰ Contudo, a QVT é um construto mais amplo que a satisfação no trabalho, englobando esta.¹¹ Alguns autores consideram a QVT como um construto que envolve ainda outros fatores, como o sentimento de orgulho pelo trabalho realizado, segurança no emprego,¹² reconhecimento pelos resultados alcançados, salário percebido, relacionamento humano dentro do grupo e da organização, ambiente de trabalho, liberdade de decisão, entre outros.¹³⁻¹⁴ Logo, concentrar-se em apenas uma característica do trabalho é uma abordagem inadequada na avaliação da QVT.¹⁵

A literatura tem apontado também atitudes e comportamentos importantes para o trabalho que podem ser afetados pela QVT, como vigor, dedicação, motivação, engajamento, adaptabilidade a mudanças no ambiente de trabalho, criatividade, vontade de inovar, e até mesmo influenciar na intenção de permanecer ou deixar a organização/profissão.^{11-14,16}

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, QVT e fatores associados a esta entre a equipe de enfermagem.

MÉTODOS

O presente trabalho é 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, realizado em um hospital público de grande porte que se localiza no município de Jequié, Estado da Bahia, no Brasil. O Hospital Geral Prado Valadares (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.).

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 (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE número 26737214.0.0000.0055).

Precedendo a coleta de dados, em fevereiro de 2014 foi realizado um teste piloto com 20 trabalhadores de enfermagem de um hospital filantrópico do município de Jequié. Este procedimento permitiu estabelecer se os instrumentos poderiam ser satisfatoriamente compreendidos e respondidos. Após o teste piloto, a coleta de dados ocorreu entre março e junho de 2014, por meio da utilização de questionário padronizado, composto por três blo-

cos de questões, todos preenchidos pelos próprios participantes após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com garantia de anonimato e sigilo das informações. O contato com os participantes ocorreu de forma espontânea em seus locais de trabalho, a partir da conferência prévia das escalas de trabalho de cada setor. No caso dos trabalhadores afastados, houve agendamento prévio para visita aos domicílios desses indivíduos. Todos os procedimentos da coleta de dados foram realizados por um dos autores do estudo.

O primeiro bloco, composto por 29 questões, 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.

O segundo bloco foi utilizado para avaliar a QVT da população do estudo e diz respeito ao instrumento *Total Quality of Work Life* - TQWL-42 (Qualidade de Vida no Trabalho Total). O mesmo foi desenvolvido e validado com base na cultura contemporânea brasileira e teve como alicerce os modelos teóricos clássicos de QVT.¹⁷

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.¹⁷

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,¹⁷ 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).

Utilizou-se ainda o *Job Stress Scale* - JSS (terceiro bloco), em sua versão adaptada e validada para o português.¹⁸ 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.¹⁸

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 proba-

bilidade 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 RPs ajustadas segundo variáveis que nele permaneceram. O modelo foi então avaliado pelo teste de bondade de ajuste de Hosmer-Lemeshow¹⁹ e verificado graficamente através da área sob a curva *Receiver Operating Characteristic* (ROC). As RPs 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.²⁰ 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.

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, percebeu-se uma graduação 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 exi-

gência. O trabalho considerado ativo foi maioria também entre ambos os sexos, ambas as 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.

A prevalência global de insatisfação com a QVT foi de 36,7% entre a equipe de enfermagem. A tabela 1 apresenta os resultados da análise bivariada, em que se observa, ao nível de significância de 5%, uma pior percepção da QVT mais presente entre os trabalhadores que frequentemente pensam

em mudar de profissão (RP=1,54; IC95%: 1,13-2,11; p=0,005), que dormem sete horas ou menos por dia (RP=1,42; IC95%: 1,01-1,99; p=0,036), que atuam em unidades de assistência a pacientes altamente dependentes ou críticos (RP=2,96; IC95%: 1,30-6,77; p=0,001), que percebem baixo apoio social de colegas e da chefia (RP=1,84; IC95%: 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; IC95%: 1,44-4,02; p<0,001) e de alta exigência (RP=3,36; IC95%: 2,04-5,56; p<0,001).

Tabela 1 - 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. Jequié-BA, 2014

Variável/categorias	(P%)	RP	IC95%	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				
≥ 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

Variável/categorias	(P%)	RP	IC95%	Valor de p
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 na instituição				
> 5 anos	37,3	1,00		
≤ 5 anos	36,2	0,97	0,72-1,30	0,842
Tipo de vínculo				
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				
Suficiente	25,6	1,00		
Insuficiente	38,5	1,50	0,88-2,56	0,103
Salário líquido na instituição				
≥ 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

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; IC95%: 1,18-5,19; p=0,017), os quadrantes “trabalho ativo” (RP=1,74; IC95%: 1,04-2,92; p=0,034) e “alta exigência” (RP=

1,51-4,27; p<0,001) do modelo demanda-controle, bem como o baixo apoio social percebido no trabalho (RP=1,76; IC95%: 1,29-2,40; p<0,001). Tabagismo presente ou pregresso (RP=1,53; IC95%: 1,02-2,31; p=,042), por sua vez, adquiriu significância estatística na análise multivariada, associando-se diretamente à insatisfação com a QVT (Tabela 2).

Tabela 2 - Modelo de regressão final com razões de prevalência (RP), intervalos de confiança e respectivos valores de p de insatisfação com a qualidade de vida no trabalho entre trabalhadores de enfermagem. Jequié-BA, 2014

Variável/categorias	(P%)	IC95%	Valor de p
Tabagismo			
Nunca fumou	1,00		
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

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 corroboraram com o pressuposto de que o trabalho de alta exigência geraria repercussões negativas à saúde do indivíduo,²¹ na medida em que a maior prevalência de insatisfação com a QVT foi encontrada entre os trabalhadores de enfermagem que per-

cebem, 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 estrutural²² e a intenção de permanecer ou deixar a profissão,²³ fatores estes já citados anteriormente como associados ou inerentes ao construto da QVT.

Ainda segundo o pressuposto do modelo demanda-controle, 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.²¹

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, 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.²⁴

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,²¹ hipótese essa que já dispõe de boa evidência na literatura científica.^{9,23,25}

Nesse sentido, um estudo entre trabalhadores de enfermagem na Espanha¹⁶ 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 organização/profissão.^{23,25-29}

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.³⁰

A literatura tem apontado que o apoio da chefia parece ser mais importante para os trabalhadores de enfermagem do que o apoio dos colegas,^{27-29,31} 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.³¹ Além do apoio de colegas e chefia, também se faz importante o reconhecimento do trabalho pela organização. A percepção de que a organização apoia e valoriza a profissão contribui para uma satisfação profissional reforçada.³²

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 atrelada a situações como ritmo de trabalho acelerado, maior demanda de esforço físico no cuidado prestado ao paciente e exigência de rapidez e agilidade de raciocínio nas tomadas de decisões. Assim, o trabalho nesses setores pode configurar-se em situação geradora de desgaste ao trabalhador de enfermagem, contribuindo para a ocorrência de problemas como estresse ocupacional³³ e distúrbios osteomusculares,³⁴⁻³⁵ eventos estes que podem

repercutir negativamente nas esferas fisiológica, psicológica, relacional e organizacional que constituem a QVT.

Apesar da baixa prevalência de fumantes e ex-fumantes (11%) 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.³⁶⁻³⁷ 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.

Compete acrescentar que 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 relação causal das associações observadas. A generalização dos achados é limitada, uma vez que a coleta de dados foi restrita a uma única instituição hospitalar. Por fim, embora o instrumento utilizado para avaliar a QVT possua natureza multidimensional, o que constitui um aspecto positivo, ressalta-se que o pouco consenso existente entre os pesquisadores acerca do conceito e dos métodos de mensuração da QVT foi um fator limitante para o estabelecimento de comparações entre os resultados deste estudo e os achados presentes na literatura.

CONCLUSÕES

Em suma, 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 (tais como em situações de estresse elevado, geradoras de ansiedade, em que predomina sobrecarga de trabalho, ritmo acelerado de trabalho ou baixo apoio social), 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 as gerências hospitalares 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.

REFERÊNCIAS

1. Karanikola M, Giannakopoulou M, Mpouzika M, Kaite CP, Tsiaousis GZ, Papatthanassoglou EDE. Dysfunctional psychological responses among Intensive Care Unit nurses: a systematic review of the literature. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 Oct; 49(5):847-57.
2. Cheung T, Yip PS. Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2015 Sep; 12(9):11072-100.
3. Silva SM, Baptista PCP, Felli VEA, Martins AC, Sarquis LMM, Mininel VA. Intervention strategies for the health of university hospital nursing staff in Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013 Jan-Feb; 21(1):300-8.
4. Kimura M, Carandina DM. Development and validation of a short form instrument for the evaluation of quality of working life of nurses in hospitals. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 Dec; 43(spe):1044-54.
5. Van Bogaert P, Peremans L, de Wit M, Van Heusden D, Franck E, Timmermans O, et al. Nurse managers' perceptions and experiences regarding staff nurse empowerment: a qualitative study. *Front Psychol*. 2015 Oct; 6:1585.
6. Walton RE. Quality of working life: what is it? *Sloan Manage Rev*. 1973; 15(1):11-21.
7. Pedroso B, Pilatti LA. Notas sobre o modelo de qualidade de vida no trabalho de Walton: uma revisão literária. *Conexões*. 2009 Set-Dez; 7(3):28-43.

8. Khamisa N, Peltzer K, Oldenburg B. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2013 May; 10(6):2214-40.
9. Häusser JA, Mojzisch A, Niesel M, Schulz-Hardt S. Ten years on: A review of recent research on the Job Demand-Control (-Support) model and psychological well-being. *Work Stress*. 2010 Mar; 24(1):1-35.
10. Lu H, Barriball KL, Zhang X, While AE. Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2012 Aug; 49(8):1017-38.
11. Flores N, Jenaro C, Orgaz MB, Martín MV. Understanding quality of working life of workers with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2011 Mar; 24(2):133-41.
12. Mosadeghrad AM. Quality of working life: an antecedent to employee turnover intention. *Int J Health Policy Manag*. 2013 May; 1(1):43-50.
13. Chiavenato I. Recursos humanos: o capital humano das organizações. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier; 2009.
14. 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.
15. Krueger P, Brazil K, Lohfeld L, Edward HG, Lewis D, Tjam D. Organization specific predictors of job satisfaction: findings from a Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*. 2002 Mar; 2:6.
16. Jenaro C, Flores N, Orgaz MB, Cruz M. Vigour and dedication in nursing professionals: towards a better understanding of work engagement. *J Adv Nurs*. 2011 Apr; 67(4):865-75.
17. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Picinin CT. Construção e validação do TQWL-42: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2014 Dez; 16(6):885-96.
18. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. *Rev Saude Publica*. 2004 Abr; 38(2):164-71.
19. Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. *Applied logistic regression*. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 2013.
20. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Rev Saude Publica*. 2008 Dec; 42(6):992-8.
21. Karasek R, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
22. Laschinger HK, Finegan J, Shamian D, Almost J. Testing Karasek's demands-control model in restructured healthcare settings: effects of job strain on staff nurses' quality of work life. *J Nurs Adm*. 2001 May; 31(5):233-43.
23. Chiu YL, Chung RG, Wu CS, Ho CH. The effects of job demands, control, and social support on hospital clinical nurses' intention to turn over. *Appl Nurs Res*. 2009 Nov; 22(4):258-63.
24. Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. *Cien Saude Colet*. 2003; 8(4):991-1003.
25. McGilton KS, Hall LM, Wodchis WP, Petroz U. Supervisory support, job stress, and job satisfaction among long-term care nursing staff. *J Nurs Adm*. 2007 Jul-Aug; 37(7-8):366-72.
26. Bond MA, Punnett L, Pyle JL, Cazeca D, Cooperman M. Gendered work conditions, health, and work outcomes. *J Occup Health Psychol*. 2004 Jan; 9(1):28-45.
27. Gelsema TI, van der Doef M, Maes S, Akerboom S, Verhoeven C. Job stress in the nursing profession: the influence of organizational and environmental conditions and job characteristics. *Int J Stress Manag*. 2005 Aug; 12(3):222-40.
28. Gelsema TI, van der Doef M, Maes S, Janssen M, Akerboom S, Verhoeven C. A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. *J Nurs Manag*. 2006 May; 14(4):289-99.
29. 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*. 2013 Nov; 22(21-22):3160-9.

30. Ferreira RC. Apoio social no trabalho e absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2010.
31. Gelsema TI. Job stress in the nursing profession [doctoral dissertation]. Leiden: Leiden University; 2006.
32. Bradley JR, Cartwright S. Social support, job stress, health, and job satisfaction among nurses in the United Kingdom. *Int J Stress Manag.* 2002 Jul; 9(3):163-82.
33. Schmidt DRC, Dantas RAS, Marziale MHP, Laus AM. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. *Texto Contexto Enferm.* 2009 Abr-Jun; 18(2):330-7.
34. Reed LF, Battistutta D, Young J, Newman B. Prevalence and risk factors for foot and ankle musculoskeletal disorders experienced by nurses. *BMC Musculoskelet Disord.* 2014 Jun; 15:196.
35. Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Camponogara S, Nonnenmacher CQ, et al. Nursing workers: Work conditions, social-demographic characteristics and skeletal muscle disturbances. *Acta Paul Enferm.* 2010 Mar-Apr; 23(2):187-93.
36. Carceller-Maicas N, Ariste S, Martínez-Hernández A, Martorell-Poveda MA, Correa-Urquiza M, DiGiacomo SM. El consumo de tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto. *Adicciones.* 2014; 26(1):34-45.
37. Pietras T, Witusik A, Panek M, Szemraj J, Górski P. Anxiety, depression and methods of stress coping in patients with nicotine dependence syndrome. *Med Sci Monit.* 2011 May; 17(5):CR272-6.

Correspondência: Bruno Del Sarto Azevedo
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
45208-091 - Jequiezinho, Jequié, BA, Brasil
E-mail: brunodelsarto@outlook.com

Recebido: 17 de agosto de 2015
Aprovado: 05 de maio de 2016