

## **Estudo psicossocial das consequências do trabalho dos enfermeiros hospitalares como gestão de recursos humanos**

M<sup>a</sup> José López-Montesinos<sup>1</sup>

**Objetivos:** analisar a relação entre as variáveis psicossociais e sociodemográficas em profissionais de enfermagem, conhecer os níveis de satisfação com o trabalho, sintomas psicossomáticos e bem-estar psicológico em enfermeiros. **Metodologia:** a pesquisa foi realizada com uma amostra de 476 enfermeiros (as), procedentes de nove hospitais da região de Múrcia, Espanha. Foi distribuído entre os participantes um protocolo de saúde ocupacional para preenchimento, com ferramentas para medir as variáveis psicossociais e descrever as variáveis sociodemográficas. **Resultados:** embora não exista alto risco de problemas psicológicos nos sujeitos da amostra, sintomas psicossomáticos, insatisfação no trabalho e bem-estar psicológico baixo estavam presentes. **Conclusões:** os resultados contribuem para a investigação realizada sobre o assunto, ao identificar a presença de transtornos psicossociais nos profissionais de enfermagem, associada a condições de trabalho e determinadas variáveis psicossociais e sociodemográficas.

**Descritores:** Conseqüências Psicossociais; Enfermagem; Saúde Ocupacional.

<sup>1</sup> PhD, Professor, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Espanha.

---

Endereço para correspondência:

M<sup>a</sup> José López Montesinos  
Universidad de Murcia, Facultad de Enfermería, Departamento de Enfermería  
Edificio Facultad de Medicina, Facultad de Enfermería, s/n  
Campus de Espinardo  
30100 Murcia, España  
E-mail: mjlopez@um.es

## **Psychosocial study about the consequences of work in hospital nurses as human resource management**

Objectives: To analyze the relation between psychosocial and sociodemographic variables in nursing professionals. To discover the levels of job satisfaction, psychosomatic symptoms and psychological well-being in nurses. Method: The research was conducted in a sample of 476 nurses / as from nine hospitals in the region of Murcia (Spain). An occupational health protocol was distributed among the sample participants for completion, which contained tools for measuring and describing psychosocial and sociodemographic variables. Results: Although there is no high risk for psychological problems among the sample participants, psychosomatic symptoms, job dissatisfaction, and low psychological wellbeing are present. Conclusions: The results contribute to research on the subject by identifying the presence of psychosocial disorders in nursing professionals, associated with job conditions and certain psychosocial and sociodemographic variables.

Descriptors: Psychosocial Consequences; Occupational Health; Nursing.

## **Estudio psicosocial de las consecuencias del trabajo de los enfermeros hospitalarios como gestión de recursos humanos**

Objetivos: Analizar la relación entre las variables psicosociales y las variables demográficas y sociolaborales en los profesionales de enfermería. Conocer los niveles de satisfacción laboral, síntomas psicósomáticos y bienestar psicológico en enfermeros. Metodología: La investigación se realizó con una muestra de 476 enfermeros/as, procedentes de 9 centros hospitalarios de la región de Murcia (España). Se distribuye entre los participantes de la muestra un protocolo de salud laboral para su cumplimentación, que contenía herramientas de medición de variables psicosociales y descripción de variables demográficas y sociolaborales. Resultados: Aunque no existe alto riesgo de problemas psicológicos en los componentes de la muestra, se presentan síntomas psicósomáticos, insatisfacción laboral, y bajo bienestar psicológico. Conclusiones: Se aportan resultados a investigaciones desarrolladas sobre el tema, al identificar la presencia de alteraciones psicosociales en profesionales enfermeros, asociado a condiciones laborales y a determinadas variables sociodemográficas y sociolaborales.

Descriptores: Consecuencias Psicosociales; Enfermería; Salud Ocupacional.

## **Introdução**

A utilidade de um protocolo de saúde faz da gestão de recursos humanos um recurso fundamental em qualquer organização. É aplicável diretamente às pessoas, ou indiretamente, através das funções profissionais que desempenham, ou dos programas em que estão incluídas suas obrigações.

Essa gestão é condicionada pelo tipo de sistema organizacional utilizado<sup>(1)</sup>, motivo pelo qual se torna cada vez mais necessário nas organizações prestadoras de serviços a proposição de um modelo teórico que permita identificar e diagnosticar o capital humano à disposição em uma organização e os resultados do seu trabalho.

Em determinados modelos de gestão, tais como o Modelo de Auditoria do Sistema Humano (ASH), ou Análise do Sistema Humano<sup>(2)</sup>, é proposto um modelo sistêmico que abarca o assim chamado Modelo Teórico de Comportamento Organizacional. O autor do modelo

citado<sup>(2)</sup> define a qualidade do sistema humano como "o nível de presença de determinados fatores característicos da organização laboral que incidem nas pessoas, no seu nível de satisfação, bem-estar e qualidade de vida, influenciando seu rendimento e o produto do seu trabalho".

A repercussão das consequências psicossociais do contexto ocupacional podem afetar a saúde e rendimento do pessoal de enfermagem e também a segurança do paciente, devido à possível associação entre essas consequências e a qualidade da atenção prestada, no arcabouço das Políticas de Segurança do Paciente, incluídas dentro do Plano de Qualidade do Sistema Nacional de Saúde na Espanha<sup>(3)</sup>, elaboradas como declaração de apoio à Aliança Global da OMS para a Segurança do Paciente<sup>(4)</sup>.

A investigação sobre temas de segurança enfoca principalmente o conhecimento sobre a identificação causal

dos eventos adversos, o que, atualmente, pressupõe uma barreira à adoção de soluções<sup>(5)</sup>.

O relatório do *National Quality Forum*<sup>(6)</sup>, realizado nos EUA, que trata de *Safe Practices for Better Healthcare*, já mostrava as recomendações iniciais para a gestão e melhoria da segurança do paciente e, quatro anos depois<sup>(7)</sup>, outras ações e recomendações do mencionado relatório foram apresentadas em relação à segurança do paciente.

As evidências sobre as situações adversas e fatores de risco associados, que afetam a segurança do paciente no contexto hospitalar<sup>(8)</sup>, são interpretadas como a necessidade de empreender ações que respondam às lacunas no sistema de saúde atual, responsabilizando mais as deficiências e o desenho organizacional do sistema de saúde do que os próprios profissionais<sup>(9)</sup>. Estratégias como o sistema de classificação de pacientes e sua validação como instrumento de monitoramento da carga de trabalho e identificação da complexidade assistencial, que favorece os efeitos adversos, são utilizadas em numerosos países. Inclusive, como no caso do Brasil<sup>(10)</sup>, sua utilização é recomendada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), como instrumento para o dimensionamento dos recursos humanos em enfermagem, apesar de se reconhecer sua implantação lenta nas atividades diárias de enfermagem profissional.

Na publicação da *Agency for Healthcare Research and Quality USA*<sup>(7)</sup>, intitulada *Nurse Staffing and Quality of Patient Care*, manifesta-se o vínculo estreito entre o dimensionamento apropriada de recursos humanos (RH) em enfermagem, considerando o número e tipo de pacientes (índice enfermeira/paciente), e o conseqüente aparecimento de estresse, Burnout, sintomas psicossomáticos e perda de bem-estar e insatisfação do pessoal de enfermagem, com repercussões claras para a segurança do paciente, como fator de risco.

Resultados de pesquisas realizadas<sup>(10-12)</sup> sobre a relação entre gestão de recursos humanos, conseqüências psicossociais para o trabalhador e segurança do paciente mostram altos números para o aumento nos índices de morbidade e mortalidade do paciente e o aparecimento de infecções hospitalares<sup>(13-15)</sup>. Estudos semelhantes foram desenvolvidos no Brasil, refletindo os processos psíquicos e físicos sofridos pelos profissionais de enfermagem hospitalares, relacionados tanto à carga de trabalho e ao ambiente ocupacional<sup>(14)</sup> quanto às atividades de gestão assumidas<sup>(16)</sup>.

No desenvolvimento desta investigação, analisam-se, como conseqüências psicossociais, os sintomas psicossomáticos, os níveis de satisfação laboral e o bem-estar psicológico, aos quais os profissionais de

enfermagem estão sujeitos, profissionais esses que trabalham nos hospitais da Comunidade Autónoma de Múrcia, Espanha. Este estudo justifica-se pelo vínculo estreito existente entre o sistema organizacional do trabalho sanitário, as conseqüências psicossociais desse sistema de gestão para o trabalhador e seu potencial para a repercussão na segurança do paciente.

## Metodologia

### Objetivos

- Analisar a relação entre as variáveis psicossociais e as variáveis demográficas e socioprofissionais dos profissionais de enfermagem.
- Conhecer os níveis de satisfação profissional, sintomas psicossomáticos e bem-estar psicológico nos profissionais de enfermagem.

### População, procedência e características da amostra

Esta investigação foi realizada em 2009, em uma população de profissionais de enfermagem da Comunidade Autónoma de Múrcia, Espanha. Dessa população foi extraída uma amostra incidental, procedente dos centros hospitalares selecionados. Foram distribuídos 600 Protocolos de Saúde Ocupacional para preenchimento em nove centros públicos hospitalares. Esse Protocolo contém perguntas para a coleta de dados sociodemográficos e socioprofissionais, e abrange os itens das variáveis psicossociais incluídas no estudo (satisfação profissional, sintomas psicossomáticos e bem-estar psicológico). Do total de protocolos distribuídos, foram considerados válidos 457. O motivo da exclusão do restante foi o preenchimento incorreto do protocolo.

Dos nove Hospitais da Comunidade Autónoma de Múrcia, seis são regionais. A amostra abrange os três centros localizados na capital de Múrcia, correspondendo a 71,8% (328) do total (n=457), enquanto os outros 28,2% (129) são procedentes de outros centros regionais.

Características da amostra relacionadas às variáveis sociodemográficas foram idade, gênero e estado civil. As características socioprofissionais verificadas foram tempo de experiência na função e tempo de experiência na empresa, tipo de contrato, tipo de horário, jornada de trabalho e sistema de turnos de trabalho - manhã, tarde e noite, realização de plantões, atividades de formação continuada realizadas e participação em cursos, congressos, jornadas clínicas etc. No que diz respeito aos questionários usados para a mensuração de variáveis psicossociais, usaram-se as ferramentas descritas a seguir.

Para a satisfação profissional, usou-se o Questionário S10/12<sup>(17)</sup>, a versão elaborada e previamente validada com base no Questionário Geral de Satisfação em Organizações Profissionais (S4/82)<sup>(18)</sup>, resultando em melhoras em seis critérios exclusivos, um dos quais relacionados à relevância e pertinência do item através de diferentes funções e organizações, outro à sua relação com o construto global satisfação e três à sua validade de critério. Como resultado desse processo, foi elaborado o questionário S10/12. Seus 12 itens apresentam conteúdos relevantes para qualquer função organizacional em qualquer organização, com avaliação em uma escala tipo Likert (escala de respostas de 1 a 7), variando entre "muito insatisfeito" e "muito satisfeito" e abrange três dimensões: a) "satisfação com a supervisão ou superiores", b) "satisfação com o meio e ambiente de trabalho, seu ambiente físico, suas características e espaços existentes" e c) "satisfação com a compensação recebida no contexto profissional".

Para avaliar os sintomas psicossomáticos associados ao estresse no trabalho, utilizou-se a escala Golembiewski, adaptada de Hock<sup>(19)</sup>. A escala abrange 12 itens, com respostas avaliadas numa escala de 0 a 6, entre "nunca" e "com muita frequência", com a nota máxima de 72.

Para o nível de bem-estar psicológico, foi usado o Questionário de Saúde Geral de Goldberg GHQ-28<sup>(20)</sup>, adaptado e validado por Lobo, Pérez Echeverria e Artal<sup>(21)</sup>, que avalia o estado geral de saúde do entrevistado através de 28 itens, aplicando o formato de uma escala tipo Likert, de 0 a 3. Os itens são distribuídos em 4 subescalas com 7 itens cada uma.

Essas subescalas permitem conhecer as quatro dimensões sob estudo, às quais o indivíduo pode estar sujeito: "sintomas somáticos", "angústia/insônia", "disfunção social" e "depressão grave".

### Procedimento de coleta e análise de dados

Foi utilizado o *software* estatístico SPSS-para Windows. As variáveis psicossociais foram analisadas mediante análise descritiva, análise bivariada e multivariada. Para o resto das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais, foram aplicadas análise de frequências absolutas e porcentagens de variáveis psicossociais, sociodemográficas e socioprofissionais. Foram efetuados cálculos de média e desvio-padrão. A confiabilidade de cada escala e subescalas de todos os questionários foi determinada com a ajuda do alfa de Cronbach. A relação entre cada uma das variáveis psicossociais é estabelecida mediante o uso do qui-quadrado de Pearson. Foi analisada a associação entre as variáveis psicossociais e o resto das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais, determinando sua correlação através do qui-quadrado

de Pearson e Anova de um fator para as variáveis qualitativas, e através do teste t de Student para as variáveis quantitativas.

## Resultados

### Variáveis sociodemográficas e socioprofissionais

A idade dos entrevistados (n=457) variava entre 22 e 63 anos, com idade média de 40 anos, 29% tem entre 20 e 34 anos (n=131), 29 dos quais são homens (22,3%) e 102 (n=31,8%) mulheres. As variáveis idade e gênero mostram diferenças significativas ( $p < 0,05$ )

No que diz respeito ao gênero, 71,3% da amostra (n=457) é feminina (n=326) e 28,7% (n=131) masculina.

Em relação à variável estado civil, a maior frequência foi encontrada para "casado ou parceiro fixo" (n=301) com 68,4%, seguida por 21,3% "solteiro" (n=97) e, em menor grau, (10,3%) "viúvo, separado/divorciado" (n=47). Aproximadamente 79,4% da quantidade total de homens (n=104) e 63,9% das mulheres (n=207) eram casados. Por outro lado, havia maior número de solteiras (23,5% mulheres e 16% homens) e divorciadas/separadas (12,7% mulheres e 4,6% homens), maior número entre mulheres do que entre homens. Quanto às variáveis estado civil e gênero, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

### Variáveis socioprofissionais

*Tempo de experiência na função* - O tempo médio de experiência na função era de 12,14 anos, sendo a mínima de 1 ano e a máxima de 35 anos, com desvio-padrão de 8,61. A maior quantidade (n=136) de participantes na amostra total (n=445) tem menos de 6 anos de experiência na função (29,8%).

Com relação às diferenças de gênero, encontrou-se porcentagem maior em mulheres com 5 anos de experiência (32,6%) do que em homens (25,6%). Apesar disso, a comparação das distribuições com o uso do teste qui-quadrado não mostra diferenças significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2=5,09$ ; n.s.;  $p=0,078$ ).

*Tempo de experiência na empresa* - A experiência média na empresa era de 16,9 anos, variando entre 1 e 35 anos de experiência, com desvio-padrão de 9,19. O grupo mais numeroso da amostra (n=84) tinha menos de 11 anos de experiência (18,4%). A porcentagem de profissionais com 35 anos ou mais de experiência na empresa foi maior entre mulheres (2,9%) do que entre homens (1,6%). O teste qui-quadrado, para provar se há associação entre o gênero e o tempo de experiência na empresa, não revelou resultado estatisticamente significativo ( $\chi^2=8,73$ ; n.s.;  $p=0,27$ ).

*Tipo de contrato* - Em 83,7% dos participantes da amostra o contrato era indefinido (n=342), 11,2% com contrato temporário (n=46) e 5,1% estava contratado por substituição (n=21). Entre os 46 contratados temporariamente, 12,1% correspondia a mulheres (n=35) e 9,2% a homens (n=11). A menor frequência era de 21 contratos de substituição (5,1%), com 6,6% (n=19) das mulheres e 1,7% dos homens (n=2).

O teste qui-quadrado, aplicado para provar a associação entre o gênero e o tipo de contrato não revelou resultado estatisticamente significativo ( $\chi^2=5,09$ ; n.s.;  $p=0,078$ ).

*Tipo de horário* - Dos 457 participantes da amostra, 394 responderam de forma válida. Desses 394 participantes, 56,60% (n=223) tinham horário diurno, 15 (3,8%) horário noturno, e os outros 156 (39,6%) trabalhavam em ambos os horários. Os trabalhadores do turno diário correspondiam a 57,6% de mulheres e 54,2% de homens. Nos turnos com rodízio entre dia e noite rodados trabalhavam 40,2% das mulheres (n=111) e 38,1% dos homens (n=45). Porém, a diferença mais clara foi encontrada no turno noturno, com 2,2% do total de mulheres contra 7,6% do total de homens. O teste qui-quadrado, aplicado para comprovar a independência entre gênero e tipo de horário, mostrou resultado estatisticamente significativo, motivo pelo qual pôde-se considerar que o gênero e o tipo de horário estão relacionados ( $\chi^2=6,71$ ;  $p<0,035$ ).

*Tipo de jornada* - Da amostra, 96,3% (n=389) trabalhava em jornada contínua e 3,7% (n=15) em jornada fracionada. A distribuição dos dados não mostra diferenças significativas entre gênero e tipo de jornada na distribuição dos dados ( $\chi^2=1,34$ ;  $p=0,510$ ).

*Trabalho em turnos* - Nesta amostra, 66,7% (n=297) (n=445) não trabalhava em turnos, enquanto 33,3% (n=148) fazia esse tipo de trabalho.

Não houve diferença significativa entre o gênero e o trabalho em turnos ( $\chi^2=1,64$ ;  $p=0,199$ ).

*Realização de plantões* - 35,6% (n=144) da amostra trabalhava em plantões, dos quais 100 mulheres (35,1% das mulheres) e 44 homens (36,7% dos homens). Por outro lado, 64,4% (n=261) não realizava plantões. A comparação de distribuições, realizada com o teste qui-quadrado, não mostrou diferenças significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2=0,92$ ; n.s.;  $p=0,762$ ).

*Realiza atividades de educação continuada?* - 66,3% (n=303) da amostra total realizava atividades de educação continuada, enquanto os outros 33,7% (n=154) não realizavam essas atividades. Quanto a essa variável e a variável de gênero, a comparação de distribuições, realizada com o teste qui-quadrado, mostrou diferenças

significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2=4,00$ ;  $p=0,045$ ). Aproximadamente 63,5% do total de mulheres (n=207) e 73,3% do total de homens (n=96) participavam de atividades de educação continuada.

*Atividades de formação: cursos, participação em congressos, sessões de atualização, jornadas clínicas* - quando foram especificadas, aqui, as atividades de formação, 58,4% da amostra participava de cursos e 41,6% não. A comparação de distribuições, realizada com o teste qui-quadrado, não mostrou diferenças significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2=3,15$ ; n.s.;  $p=0,76$ ).

Considerando a participação em congressos, pelo contrário, somente 33,3% da amostra participou e 66,7% não. No que diz respeito a essa variável e às diferenças de gênero, observou-se que 42% dos homens participava contra 29,8% das mulheres, com diferenças significativas na distribuição dos dados ( $\chi^2=6,29$ ;  $p=0,012$ ).

Considerando a participação em jornadas de atualização, 29,4% participava e 75,1% não. Quando se relacionou essa variável com o gênero, 35,9% dos homens e 20,6% das mulheres participavam, com diferenças significativas na distribuição dos dados ( $\chi^2=11,72$ ;  $p=0,001$ ). Por último, dentro dessa variável sobre educação continuada, encontrou-se que 17,7% dos profissionais participavam em jornadas clínicas, enquanto 82,3% não participavam. Não existe associação estatisticamente significativa na distribuição dessas variáveis ( $\chi^2=3,37$ ;  $p=0,066$ ).

### Mensuração das variáveis psicossociais

No que diz respeito à satisfação profissional, o Questionário S10/12<sup>(17)</sup> abarca três dimensões: satisfação com a supervisão, com o ambiente físico e com as compensações recebidas.

Quanto à "satisfação com a supervisão ou supervisores", os resultados mostraram pontuação média de 4,89, com desvio-padrão de 1,25, nota máxima de 7 e a mínima de 1, com índice de confiabilidade de 0,919.

Dos participantes, 11,8% estavam insatisfeitos com seu trabalho, enquanto 67,8% encontravam-se satisfeitos. Para "satisfação com o ambiente físico", foi alcançada pontuação média de 4,05, com desvio-padrão de 1,22 e índice de confiabilidade de 0,734, variando entre 1,50 e 7. A pontuação média para "satisfação com as compensações percebidas" foi de 4,17, com desvio-padrão de 1,45, índice de confiabilidade de 0,888, nota máxima de 7 e mínima de 1. A pontuação média para "satisfação" foi de 4,50, com desvio-padrão de 1,06 e índice de confiabilidade de 0,898, e, também, 15,6% dos participantes estava insatisfeito com seu trabalho, enquanto 53,1% estava satisfeito. 31,3% não estava nem

*satisfeito nem insatisfeito.*

Os resultados relacionadas aos sintomas psicossomáticos, associados ao nível de estresse na amostra (n=446), revelaram pontuação média de 29,33%, com máxima de 72 e desvio-padrão de 10,89.

Na mensuração do bem-estar psicológico, o questionário contém 28 itens, com quatro alternativas, e mede 4 dimensões do bem-estar psicológico: 1) sintomas somáticos, 2) angústia e insônia, 3) disfunção social e 4) depressão grave, com 7 itens cada uma. Os resultados correspondentes a "sintomas somáticos" (GHQ-A) mostraram pontuação média de 6,61 (n=450), com máxima de 21 e desvio-padrão de 4,26. O índice de confiabilidade correspondeu a 0,888. Na dimensão "angústia/insônia" (GHQ-B), os resultados revelaram pontuação média de 6,10 (n=449) e desvio-padrão de 4,22, com índice de confiabilidade de 0,893. Essas pontuações indicam que 30,7% não manifestava nenhuma influência no seu bem-estar *absoluto*, enquanto 69,3% vivenciaram angústia e insônia, sem que ninguém alcançou a pontuação máxima de 21, o menor bem-estar psicológico possível nessa escala. Na dimensão "disfunção social" (GHQ-C), a pontuação média correspondeu a 7,24 e o desvio-padrão a 2,40, com índice de confiabilidade de 0,785. Da amostra, 4,4% revela *bem-estar psicológico acima do comum* nessa dimensão, enquanto os 95,6% restantes foram vítimas de disfunção social. Na dimensão "depressão grave" (GHQ-D), os resultados revelaram pontuação média de 1,77 e desvio-padrão de 3,15, com índice de confiabilidade de 0,905, indicando que 84,3% apresentava *bem-estar psicológico acima do comum*, enquanto 15,7% manifestava diminuição do seu bem-estar devido a depressão grave. Os resultados do bem-estar psicológico na "escala global" revelaram pontuação média de 21,75 e desvio-padrão de 11,35. A maior pontuação indica menor bem-estar. O índice de confiabilidade correspondeu a 0,936. Na escala global, lembrando que a nota de corte utilizada é igual ou superior a 7, observou-se que 3% da amostra não tinha problemas de bem-estar psicológico, enquanto 97% apresentava problemas de bem-estar psicológico. Entre as 4 subescalas, a escala GHQ\_D "depressão grave" mostrou a menor média, indicando maior bem-estar psicológico, seguida da GHQ\_B, relacionada à dimensão "angústia e insônia". As escalas GHQ\_A e GHQ\_C, "sintomas somáticos" e "disfunção social", respectivamente, indicam menor bem-estar psicológico através dos maiores resultados médios.

### Correlação entre as variáveis psicossociais

Pode-se afirmar que existem diferenças significativas

nas variáveis psicossociais ( $p < 0,05$ ). Se se observa uma correlação linear inversa significativa entre satisfação total, sintomas psicossomáticos e GHQ Total, o que indica que maior satisfação está associada a diminuição nos outros indicadores psicossociais. Pelo contrário, todos os indicadores das outras variáveis mostraram associações positivas significativas.

### Variáveis sociodemográficas e socioprofissionais relacionadas com os indicadores psicossociais

Para coletar esses dados, utilizou-se a análise de correlação para estabelecer as associações entre cada uma das variáveis psicossociais e as variáveis quantitativas sociodemográficas e socioprofissionais (idade, tempo de experiência na função e na empresa).

O teste t de Student foi aplicado para analisar a associação entre variáveis psicossociais e qualitativas de dois níveis ou respostas possíveis (gênero, trabalha em turnos? realiza plantões? participa de atividades de educação continuada?) e a Anova de um fator para conhecer se existem diferenças significativas nas variáveis psicossociais e variáveis qualitativas de três opções de resposta (tipo de jornada, tipo de contrato, tipo de horário, estado civil).

No que diz respeito ao estado civil – variáveis psicossociais, observou-se que a maior pontuação média em satisfação profissional correspondeu aos *solteiros* na amostra, e a menor aos *separados ou divorciados* ( $f=0,64$ ;  $p > 0,05$ ). Além disso, os participantes *separados ou divorciados* alcançaram maior pontuação média em sintomas psicossomáticos ( $f=0,53$ ;  $p > 0,05$ ), e menor pontuação média em bem-estar psicológico ( $f=2,22$ ;  $p > 0,05$ ). Novamente os *solteiros* apresentaram a menor pontuação nessas variáveis. Não existem diferenças significativas em função do estado civil nas variáveis analisadas.

*Tipo de horário- variáveis psicossociais* - Nas opções de resposta relacionadas ao tipo de horário (diurno, noturno ou ambos), observou-se que os profissionais que trabalhavam no *horário diurno* alcançaram a maior média em satisfação, e os que trabalhavam no *horário noturno* a menor, com diferença significativa entre essa variável e satisfação ( $f=3,16$ ;  $p=0,043$ ). Apareceram mais sintomas psicossomáticos nos profissionais do *horário diurno* e menos naqueles do *horário noturno* ( $f=2,06$ ;  $p > 0,05$ ). Existe maior bem-estar psicológico entre os que trabalhavam em *ambos os turnos* e menor entre aqueles do *horário noturno* ( $f=0,31$ ;  $p > 0,05$ ).

*Tipo de jornada- variáveis psicossociais* - Entre as duas opções de resposta dessa variável (jornada contínua ou fracionada), observou-se que os profissionais que

trabalhavam em *jornada contínua* alcançaram a maior média em satisfação ( $t=,332$ ;  $p=0,001$ ), mas, também, revelaram mais sintomas psicossomáticos ( $t=,117$ ;  $p>0,05$ ) e menos bem-estar psicológico ( $t=,068$ ;  $p>0,05$ ). Foi encontrada diferença significativa ( $p<0,05$ ) na variável "satisfação ocupacional" ( $p=0,001$ ).

*Tipo de contrato- variáveis psicossociais* - No que diz respeito ao tipo de contrato (indefinido, temporário ou substituição), pode-se observar que aqueles que tinham *contrato indefinido* apresentaram menor bem-estar psicológico. Os profissionais que trabalhavam com *contrato temporário* tinham a menor pontuação média em satisfação (menos satisfeitos), mas, em contrapartida, as menores notas médias em sintomas psicossomáticos. Os participantes com *contrato de substituição* revelaram a maior média em satisfação (mais satisfeitos), a menor em bem-estar (mais bem-estar psicológico), mas também apresentaram alguns sintomas psicossomáticos determinados e concretos. Não existem diferenças estatisticamente significantes em nenhuma das variáveis em função do tipo de contrato.

*Trabalha em turnos - variáveis psicossociais* - No que diz respeito a se trabalhavam em turnos ou não, a maior nota média em satisfação indicou que existe maior satisfação entre os trabalhadores que não *trabalham em turnos* ( $t=2,31$ ;  $p=0,021$ ), mas esses também mostraram maior pontuação média em sintomas psicossomáticos ( $t=1,33$ ;  $p>0,05$ ) e bem-estar psicológico ( $t=,527$ ;  $p=596$ ), o que indica menor bem-estar psicológico. Existe diferença estatisticamente significativa ( $p<0,05$ ) na variável satisfação ( $p=0,021$ ).

*Gênero- variáveis psicossociais* - Os resultados da associação entre gênero e variáveis psicossociais mostraram maior pontuação média, ou maior satisfação, *nas mulheres* ( $t=-,170$ ;  $p>0,05$ ). Também nas *mulheres* observou-se maior pontuação média em sintomas psicossomáticos ( $t=-4,31$ ;  $p=0,000$ ) e bem-estar psicológico ( $t=-3,26$ ;

$p=0,000$ ), traduzido como "menor bem-estar psicológico" em comparação com os homens. Nas variáveis bem-estar psicológico e sintomas psicossomáticas, encontraram-se diferenças estatisticamente significantes com o gênero ( $p<0,05$ ).

*Realiza plantões- variáveis psicossociais* - No que diz respeito a se realizavam plantões, a maior nota média em satisfação foi encontrada entre aqueles que não *trabalhavam em plantões* ( $t=-393$ ;  $p>0,05$ ), além de menores pontuações médias em sintomas psicossomáticos ( $t=1,05$ ;  $p>0,05$ ). Os participantes que não realizavam plantões revelaram maior bem-estar psicológico ( $t=,373$ ;  $p>0,05$ ), ou menor pontuação média nessa variável.

*Acesso à educação continuada- variáveis psicossociais* - Nessa variável, conclui-se que há maior satisfação ( $t=4,67$ ;  $p=0,000$ ) e maior bem-estar psicológico ( $t=-1,42$ ;  $p>0,05$ ) entre os participantes da amostra que *participavam de educação continuada*. Aqueles que *não participavam* mostraram mais sintomas psicossomáticos ( $t=-,983$ ;  $p>0,05$ ) quando comparados com os outros.

### **Correlação entre variáveis quantitativas, sociodemográficas e socioprofissionais (idade, tempo de experiência na função e tempo de experiência na empresa) e variáveis psicossociais**

A correlação entre *variáveis psicossociais* e a variável *idade* não mostrou diferença significativa ( $p<0,05$ ). Igualmente, não foi encontrada diferença significativa entre as variáveis psicossociais e a variável *tempo de experiência na função*. Somente foi encontrada diferença significativa ( $p<0,05$ ) entre *tempo de experiência na empresa* e *satisfação total*, mas não entre *tempo de experiência na empresa* e as outras *variáveis psicossociais*.

Para fins de maior compreensão, na tabela seguinte, estão resumidas as associações entre as variáveis e os maiores ou menores níveis de satisfação, presença de sintomas psicossomáticos e estado de bem-estar (Tabela 1)

Tabela 1 – Associação de variáveis

	Satisfação		Sintomas psicossomáticos*		Bem-estar psicológico*	
	Mais	Menos	Mais	Menos	Mais	Menos
Gênero	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Homem	Mulher
Idade	22/25	30/35	30 a 35	22 a 25	22 a 25	35 a 40
Estado civil	Solteiro	Separado	Separado	Solteiro	Solteiro	Separado
Tempo de experiência na função	1 a 5	30 a 35	20 a 25	1 a 5	15 a 20	25 a 30
Tempo de experiência na empresa	1 a 5 <sup>†</sup>	10 a 15 <sup>†</sup>	10 a 15	30 a 35	1 a 5	>30
Horário	Diurno	Ambos	Diurno	Noturno	Noturno	Ambos
Tipo de jornada	Contínuo <sup>‡</sup>	Não contínuo <sup>‡</sup>	Contínuo	Não contínuo	Não contínuo	Contínuo
Turnos	Não <sup>§</sup>	Sim <sup>§</sup>	Sim	Não	Sim	Não
Plantões	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim
Formação	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não
Tipo contrato	Substituição*	Temporário*	Substituição	Temporal	Substituição	Indefinido

\* $p=0,000$ ; <sup>†</sup> $p=0,012$ ; <sup>‡</sup> $p=0,001$ ; <sup>§</sup> $p=0,021$

## Discussão

Os resultados relacionados aos níveis de satisfação coincidem com as contribuições de outros autores<sup>(16-17,21-25)</sup> sobre os sentimentos e emoções do trabalhador perante seu trabalho, no que diz respeito ao agrado ou desagrado diante do que fez e as relações pessoais que mantém no seu local de trabalho; sua percepção sobre o papel que desempenha, associada ao seu reconhecimento e tratamento na empresa. Também coincide com o modelo de afeto perante o papel, que preconiza a satisfação recebida quando se relaciona o papel do trabalhador com os resultados positivos após o desempenho desse papel, sendo reconhecidos pelos demais e com relação ao serviço ou à unidade onde faz seu trabalho<sup>(23-25)</sup>. Os resultados, aqui mostrados, relacionados à importância dada à satisfação com a supervisão também coincidem com outros estudos, afirmando que a organização, na pessoa dos seus superiores, precisa auxiliar os trabalhadores quando de mudanças organizacionais ou de outro tipo. A não reciprocidade do superior com o trabalhador, devido ao não reconhecimento do seu trabalho e trato injusto, causa a insatisfação profissional. Essa não reciprocidade do superior com o trabalho do outro gera no trabalhador mudanças comportamentais negativas, agressividade e perda de recursos pessoais. Sobre a mensuração do estresse e os sintomas psicossomáticos consequentes, encontrou-se, também, que outras investigações<sup>(23-26)</sup> também afirmam que o aparecimento, entre os profissionais da saúde, de sintomas psicossomáticos, associados ao estresse e à insatisfação profissional, devidos à ideia social generalizada que se tem do profissional da saúde em determinadas ocasiões, para tratar de problemas difíceis de resolver. Isso produz despersonalização, estresse, sintomas psicossomáticos e insatisfação profissional no trabalhador. A fadiga e o cansaço extremo, que aparecem como os maiores sintomas psicossomáticos nesta amostra, coincidem com as afirmações de outros autores anteriormente citados, com o consequente aparecimento de patologias crônicas. Outros estudos apresentam que o estresse e seu enfrentamento podem influenciar os estados de saúde e o aparecimento de sintomas psicossomáticos, mas não foi demonstrado que esses são as causas de determinadas patologias. Os resultados, aqui, corroboram afirmações sobre a associação entre sintomas psicossomáticos e determinadas variáveis socioprofissionais e sociodemográficas, sendo as mulheres as que mais manifestam sintomas psicossomáticos ( $p < 0,05$ ), a maioria separada ou divorciada e com idade entre 30 e 35 anos. No que diz respeito à mensuração do bem-estar

psicológico, os resultados deste estudo coincidem com as afirmações daqueles autores que mostram a relação existente entre determinados fatores profissionais e suas consequências psicossociais para a saúde, satisfação e bem-estar do trabalhador<sup>(23-26)</sup>. Ainda, nesta amostra, o resultado evidencia a dimensão "disfunção social" como uma das que mais apresenta problemas de bem-estar, já que os trabalhadores de serviços de saúde e sociais adotam uma conduta mais emocional na sua atividade profissional, quando comparados com outros grupos profissionais que apresentam conduta racional, com menores implicações nas relações de ajuda e menor desgaste físico e, principalmente, psicológico. Não é coincidência, portanto, que o item que mostra menor bem-estar psicológico nessa dimensão seja: *você gasta mais tempo fazendo as coisas?* - pergunta relacionada ao rendimento do trabalho.

## Conclusões

Pode-se afirmar, como principal conclusão deste estudo para o avanço do conhecimento científico, que seus resultados contribuem com novos dados à investigação desenvolvida entre a Região de Múrcia e o Ministério da Saúde e do Consumo da Espanha "Indicadores de boas práticas sobre segurança do paciente", além de contribuir com dados ao desenvolvimento do projeto de pesquisa qualitativa "Avaliação participativa do processo de trabalho da equipe de enfermagem de um hospital em Múrcia (Espanha)", em colaboração com o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFP), Brasil, gerado a partir dos resultados quantitativos alcançados neste estudo, dentro da linha de pesquisa do Departamento de Enfermagem da Universidade de Múrcia "Administração e gestão de qualidade dos serviços de saúde. Fatores psicológicos relacionados à saúde ocupacional e à gestão de recursos humanos", e financiado por uma Bolsa Carolina na Universidade Federal de Pelotas, UFP. O projeto foi iniciado dentro de um Convênio de Cooperação firmado entre as duas universidades.

Como conclusões do presente estudo, destacam-se a presença de sintomas psicossomáticos, insatisfação profissional e problemas de bem-estar psicológico, associados às dimensões sintomas somáticos e disfunção social. As consequências psicossociais, derivadas do trabalho, também repercutem no rendimento e absenteísmo profissional. As boas relações com os superiores são fontes de satisfação com os superiores,

diferente da percepção de receber trato e reconhecimento injustos no que diz respeito ao papel desempenhado, mas, mesmo assim, combinada com alto nível de interesse no trabalho e motivação profissional, quando do alcance de objetivos. As condições profissionais relacionadas ao espaço e ambiente físico de trabalho são motivos de insatisfação. A impossibilidade de acesso a atividades de educação continuada é causa de consequências psicossociais. A estabilidade profissional de um contrato indefinido não corresponde ao bem-estar e à satisfação profissional. O trabalho em turnos, trabalho noturno e a rotação horária estão associados às consequências psicossociais. A situação familiar, idade do profissional e tempo de experiência na função e na empresa afetam os profissionais vistas como consequências psicológicas que podem ser evidenciadas. Deve-se considerar o estudo sobre a diferença entre homem e mulher com relação às consequências psicossociais presentes na mulher. As consequências psicossociais do trabalho nos profissionais de enfermagem afetam seus níveis de saúde e seu desempenho profissional. Considera-se necessário investigar a associação entre as consequências psicossociais nos profissionais de enfermagem e os níveis de morbidade e mortalidade dos pacientes. Propõe-se, aqui, incluir essas consequências psicossociais do trabalho como indicadores da segurança do paciente

## Referências

1. Raventos Joseph. Es hoy determinante invertir en el desarrollo de las organizaciones? *Capital Humano*. octubre 2004;(181):16-8.
2. Quijano S, Navarro J, Yepes M, Berger R, Romeo M. La Auditoría del Sistema Humano (ASH) para el análisis del comportamiento humano en las organizaciones. *Papeles del Psicólogo*. 2008;29(1):92-106.
3. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. Madrid; 2006. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo; 2005. ENEAS Informe (Es).
4. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud A55/13. 23 de marzo de 2002. OMS: Informe de la Secretaría OMS; [acceso 8 jun 2012]; Disponible em: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA55/sa5513.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5513.pdf).
5. Martínez Ques AA. ¿Quién se ocupa de la seguridad de los pacientes? *Rev Evidentia*. [periódico na Internet]. ene-feb 2007;4(13). [acceso 18 maio 2012]; Disponible em: <http://www.index.com>
6. National Quality Forum: Safe Practices for Better Healthcare. A Consensus report. NQF. Washington; 2003.
7. National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare 2006 update. (NQF), Washington: The National Quality Forum [Internet]. 2007; [acceso 10 marzo 2012]; Disponible em: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>
8. Silva AEB de C, Reis AMM, Miasso AI, Santos JO, Cassiani SH De B. Eventos adversos causados por medicamentos en un hospital centinela del Estado de Goiás, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na Internet]. 2011; 19(2) [acceso 14 sept. 2012]; 378-86. Disponible em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000200021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200021&lng=pt&nrm=iso). ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000200021>.
9. López Montesinos MJ, Guerrero Fernández M, Martínez Fresneda M, Cortés Angulo J. Intervención para la disminución de las estancias inapropiadas. Un estudio de tres años en un hospital universitario. Evaluación mediante empleo de Appropriateness evaluación protocolo (AEP). *Rev Gestión Hospitalaria*. 2003;14(1):99-107.
10. Perroca MG. Desarrollo y validación de contenido de la nueva versión de un instrumento para clasificación de pacientes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na Internet]. 2011;19(1); [acceso 14 sept 2012];58-66. Disponible em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000100009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100009&lng=pt&nrm=iso). ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100009>.
11. Aiken LH, Mullin M. Hospital con Magnetismo: un mecanismo de organización para mejorar los resultados de los pacientes. *Enferm Clín*. 1995;5(6):35-8.
12. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Int J Qual Health Care*. 2002;14(1):5-13.
13. Urbanetto Janete de Souza et al. Estrés en el trabajo de enfermería en hospital de emergencia: análisis usando la Job Stress Scale. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na Internet]. 2011;19(5). [acceso 14 sept 2012];1122-31 . Disponible em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000500009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500009&lng=pt&nrm=iso). ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500009>.
14. Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Cargas psíquicas y procesos de desgaste en trabajadores de enfermería de hospitales universitarios brasileños. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na Internet]. 2011;19(2). [acceso 14 sept 2012]; 340-7 . Disponible em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000200016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200016&lng=pt&nrm=iso)

