

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**EFEITOS DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO NA QUALIDADE DE VIDA DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

RAFAELA PEREIRA DE LIMA

UBERLÂNDIA
2017

RAFAELA PEREIRA DE LIMA

**EFEITOS DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO NA QUALIDADE DE VIDA DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Anderson Luiz-Ferreira

UBERLÂNDIA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

L732e
2017

Lima, Rafaela Pereira de, 1982
Efeitos da satisfação no trabalho na qualidade de vida da equipe de enfermagem na atenção primária / Rafaela Pereira de Lima. - 2017.
74 p. : il.

Orientador: Anderson Luiz Ferreira.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas - Teses. 2. Qualidade de vida - Teses. 3. Medicina familiar - Teses. 4. Satisfação no trabalho - Teses. I. Ferreira, Anderson Luiz. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 61

FOLHA DE APROVAÇÃO

RAFAELA PEREIRA DE LIMA

EFEITOS DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO NA QUALIDADE DE VIDA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Presidente da banca: Prof. Dr. Anderson Luiz Ferreira.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Banca Examinadora

Titular: Profa. Dra. Fabiana Ribeiro Santana

Instituição: Universidade Federal de Goiás

Titular: Profa. Dra. Renata Alessandra Evangelista

Instituição: Universidade Federal de Goiás

DEDICATÓRIA

*A meus pais por toda a dedicação
à minha formação profissional.*

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida, pela realização de um dos meus sonhos, pelo sustento nos muitos momentos de angústia e adoecimento durante o percurso.

À minha família por sempre me acolher, me ajudar, me compreender e acima de tudo me amar.

Especialmente aos meus pais, por terem sido meus grandes parceiros, me apoiando incondicionalmente nessa trajetória.

Mãe, muito obrigada por toda paciências, pelas orações, preocupações, pelo carinho e cuidado que tens por mim.

Pai, obrigada por me sustentar e acreditar neste sonho.

Ao meu esposo, meu querido jardineiro sempre tão compreensivo nos momentos de ausência durante a pesquisa, por todo amor dedicado a nós. Vamos continuar a cultivar nosso jardim e que venham as flores e os frutos de nossa dedicação.

Aos meus avós Aura e Orotildes que sempre se preocuparam e oraram por mim e em memória de meus avós que estão com Deus, Jorceluta, Melvina e Odilon, pois sei o quanto torceram pela felicidade de seus netos.

Ao professor e orientador Anderson Luiz Ferreira pela orientação docente.

À professora Tânia Mendonça pelos momentos de orientação, disponibilidade e paciência. Acolheu-me, pegou em minha mão e acreditou que chegaríamos ao final e aqui estamos. Minha eterna gratidão.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde pela oportunidade de crescimento intelectual e pessoal.

Aos técnicos administrativos da secretaria do Programa de Pós Graduação Viviane e Gisele sempre atenciosas e solícitas.

Aos colegas do Programa de Pós-graduação em especial Kamila Rosa Martins, Ariana Leonel, Aive Santos e Patrícia Aparecida minhas amigas de caminhada.

Aos colegas enfermeiros e técnicos de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa, doando sua disposição e precioso tempo. Este trabalho é por vocês também.

Aos gestores municipais de saúde que abriram as portas de seus municípios para a realização deste trabalho.

Aos amigos que sempre estiveram presentes mesmo em minhas inúmeras ausências devido às demandas do mestrado.

A todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

A vitória é nossa.

Não temas, porque eu sou contigo; não te assombres, porque eu sou teu Deus; eu te fortaleço, e te ajudo, e te sustento com a destra da minha justiça.

Isaías 41:10

RESUMO

Introdução Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é um tema que tem despertado crescente interesse nos últimos anos, devido a importância dos fatores envolvidos no contexto do trabalho e saúde, além de sua relação com a qualidade da assistência prestada. **Objetivo** Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos profissionais da equipe de enfermagem e a influência da satisfação no trabalho nesse construto. **Métodos** 50 enfermeiros e 57 auxiliares responderam aos instrumentos de qualidade de vida (SF-36), de satisfação no trabalho (S20/23) e de dados sociodemográficos. As médias dos escores dos instrumentos foram comparadas entre si e entre as categorias. Os escores do SF-36 foram correlacionados com o S-20/23 e variáveis sociodemográficas. As correlações significantes ($p < 0,05$) foram avaliadas em um modelo de regressão multivariada *Stepwise*. **Resultados** Detectamos menores médias para o grupo dos técnicos de enfermagem em todos instrumentos e do SF-36 para os enfermeiros. **Conclusões** Enfermeiros e técnicos de enfermagem apresentaram redução dos escores de qualidade de vida nos domínios vitalidade, dor, estado geral de saúde, e dos componentes mental e físico. Técnicos de enfermagem do sexo masculino apresentaram redução da satisfação no trabalho.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Equipe de Enfermagem. Medicina de família. Satisfação no trabalho.

ABSTRACT

Introduction: Health-related quality of life (HRQoL) is a subject that has been attracting increasing interest in recent years, due to the importance of the factors involved in the context of work and health, as well as its relation with the quality of care provided. **Proposal:** To evaluate the health-related quality of life of nursing professionals and the influence of job satisfaction upon this construct. **Methods:** 50 nurses and 57 nursing assistants answered to the life quality (SF-36) and job satisfaction (S20/23) measurement instruments and had their sociodemographic data collected. The means of the questionnaires scores were compared between themselves and the categories. SF-36 scores were correlated to the S20/23 scores and to the sociodemographic variables. The statistically significant correlations ($p < 0.05$) were evaluated in a stepwise multiple regression model. **Results:** We detected lower means for the nursing technicians group at all measurement instruments and for nurses at SF-36. **Conclusions:** Nurses and nursing technicians presented a decrease in life quality scores for the vitality, pain and general health state domains of the questionnaires, and for their mental and physical components. Male nursing technicians presented a decrease in job satisfaction.

Keywords: Life quality. Nursing staff. Family medicine. Job satisfaction.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada a Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO	14
2FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 Qualidade de Vida	16
2.2 Atenção Primária à Saúde (APS)	18
2.3 Considerações sobre a equipe de enfermagem	22
2.4 Considerações sobre o papel do técnico de enfermagem na APS	25
2.5 Considerações sobre o papel do enfermeiro na APS	26
2.6 Considerações sobre saúde e trabalho	28
3 OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo geral	31
3.2 Objetivos específicos	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXO 1	40

APRESENTAÇÃO

As inquietações contidas neste trabalho partiram das vivências relacionadas ao trabalho da equipe de enfermagem inserida na atenção primária da Região Estrada de Ferro do estado de Goiás formada por dezoito municípios sendo eles: Anhanguera, Caldas Novas, Campo Alegre de Goiás, Catalão, Corumbaíba, Cumari, Davinópolis, Goiandira, Ipameri, Marzagão, Nova Aurora, Ouvidor, Palmelo, Pires do Rio, Rio Quente, Santa Cruz de Goiás, Três Ranchos e Urutaí.

Tais inquietações surgiram na época da graduação em enfermagem por meio das aulas práticas e estágios supervisionados no lócus da atenção básica e posteriormente quando atuei como professora auxiliar na disciplina de saúde coletiva onde minha aproximação com este cenário se tornou ainda mais próxima e aprofundada.

Percebia o alto índice de rotatividade dos trabalhadores enfermeiros e técnicos de enfermagem bem como o alto índice de absenteísmo.

Tais fatores me levaram a acreditar que este cenário gerava impacto negativo nas rotinas de trabalho dos sujeitos e comunidade devido a dificuldade no estabelecimento de vínculos e conseqüentemente no processo do cuidado da comunidade adscrita.

Por meio disto, inúmeros questionamentos foram suscitados referente a qualidade de vida desses profissionais bem como a satisfação no trabalho dos mesmos.

Nas buscas por referências que pudessem fomentar minhas indagações, percebi a escassez de trabalhos realizados na região supracitada, pouco se sabia sobre qualidade de vida e satisfação no trabalho dessa população. Este foi o fator primordial para dar início a este trabalho que visa avaliar a qualidade de vida e sua possível influência na satisfação do trabalho.

Dedico os resultados deste trabalho aos colegas enfermeiros, a população por eles assistida, comunidade acadêmica e gestores dos dezoito municípios da Região Estrada de Ferro.

1 INTRODUÇÃO

O termo Qualidade de Vida (QV) é de difícil conceituação, interpretação e mensuração, por ser uma concepção subjetiva e não haver consenso entre os pesquisadores (LAWTON, 1997; AALGAARD, 2013). A QV está ligada à harmonia e ao equilíbrio em diferentes aspectos dos seres humanos, como saúde, trabalho, lazer, sexo, família e desenvolvimento espiritual (SILVA et al., 2012). A Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como a “percepção do indivíduo em sua posição na vida no seu contexto cultural de sistemas de valores em que vive bem como em suas relações e objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1998). QV engloba também o conceito de saúde sendo um estado bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946). Já o termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) refere-se à influência do estado de saúde sobre essa percepção de bem-estar, sendo definida como os diversos aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças nas condições de saúde e que são significativos para a qualidade de vida da população avaliada (EBRAHIM, 1995).

A QVRS de profissionais da área de saúde tem se apresentado como um tema que tem despertado crescente interesse nos últimos anos, devido a importância dos fatores envolvidos no contexto do trabalho e sua relação com a qualidade da assistência prestada (TRINDADE; LAUTERT, 2010). Nesse sentido, ela se mostra como um indicador nos julgamentos clínicos de possíveis doenças, pois dependendo dos domínios afetados, o profissional de saúde pode deparar-se com diversos transtornos, inclusive acometendo as funções e atribuições do trabalho (SEIDL; ZANNON, 2004). A fim de sintetizar a complexidade da noção de QV e de viabilidade às diferentes culturas e realidades sociais, diversos instrumentos estão disponíveis para sua avaliação, dentre eles destaca-se o questionário genérico de avaliação da QVRS, o SF-36, amplamente utilizado em pesquisa (WATSON et al., 2014).

O ambiente de trabalho tem uma relação direta com a QVRS, pois é nele que o trabalhador passa a maior parte de sua vida, tendo impacto no seu bem estar até nos momentos em que está de folga (FOGAÇA; CARVALHO; MARTINS, 2010; LOPES; RIBEIRO; MARTINHO, 2012). Portanto, a melhoria da qualidade da vida aliada à satisfação profissional pode reduzir o desejo dos profissionais em deixar a

profissão, como descrito em alguns estudos que investigam esta temática nos profissionais da enfermagem (MOTAMED-JAHROMI; FEREIDOUNI; DEHGAN, 2017).

A satisfação no trabalho é definida como a relação percebida entre o que se espera e obtém com o trabalho e a quantidade ou o valor atribuído a ele (LAMBERT; HOGAN BARTON, 2001; DiMEGLIO et al., 2005; RAMBUR et al., 2005). Ela representa o grau em que os trabalhadores desfrutam de seus empregos, um aspecto importante para eles e suas organizações (NING et al., 2009). Estudos mostram-que a satisfação no trabalho da equipe de enfermagem está relacionada à avaliação da qualidade dos cuidados prestados em sua unidade de trabalho (BURTSON; STICHLER, 2010; SZECSENYI et al., 2011; AIKEN et al., 2012). Alguns autores defendem que um dos fatores significativos que influenciam na satisfação e avaliações da qualidade dos cuidados prestados pela equipe enfermagem é o ambiente de prática e a disponibilidade de recursos adequados (VAN BOGAERT et al., 2010; HINNO et al., 2011).

A Atenção Primária à Saúde *locus* deste trabalho tem sido definida como um conjunto de princípios e valores que contribuem para orientar o desenvolvimento dos sistemas de saúde (SOUZA; ROCHA; UCHOA, 2013). Constitui-se porta de entrada desses sistemas e facilitadora da comunicação entre a comunidade e os serviços de saúde (RODRIGUES et al., 2014). O principal foco de ação da Atenção Primária são as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Unidades de Saúde da Família (USF), sendo esses serviços a expressão da descentralização e da capilaridade dos serviços. Ambos trazem a possibilidade de estabelecimento de vínculos, responsabilização e realização de ações coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças na comunidade, no cuidado individual e familiar, oferecendo atenção abrangente e integral (BRASIL, 2011; SOUZA; HORTA, 2012)

O conhecimento da QVRS auto percebida pelos profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem pode auxiliar em estratégias para aqueles em situação de risco, além de incentivar políticas direcionadas à melhora da QVRS desses profissionais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Qualidade de vida

A Qualidade de Vida (QV) vem sendo estudada em vários campos, principalmente em estudos associados às condições de trabalho no campo da saúde (FOGAÇA; CARVALHO; MARTINS, 2010).

O termo QV é polissêmico, complexo e multidimensional, e na contemporaneidade tem sido utilizado de forma difusa tanto científica quanto empiricamente (STUMM; MASTELLA; UBESSI, 2012; GIMENES, 2013; PESTANA et al., 2015).

Dessa forma, e ainda que os conceitos de QV e saúde sejam abrangentes, a percepção do nível de QV tem sido um referencial da concepção do estado geral de saúde (BARALDI et al., 2015).

Para este estudo empregaremos o termo QV como a percepção do indivíduo em sua posição na vida, inserido no contexto cultural e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1998).

No intuito de melhor compreender a percepção do nível de QV tem-se observado nas últimas décadas um crescimento expressivo de pesquisas relacionadas a essa temática (GIMENES, 2013).

A fim de condensar a complexidade da noção de QV e de sua relatividade mediante as diferentes culturas e realidades sociais, vários instrumentos têm sido construídos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Para a mensuração da QV são usados alguns instrumentos através dos indicadores que permeiam amplamente a vida de um ser humano (ALVES, 2011). Os principais instrumentos usados em pesquisas com profissionais de enfermagem são: World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) -100 / Bref, Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, Formulário Abreviado da Avaliação de Saúde 36 (SF-36) e o Índice de Satisfação Profissional (ISF) (CARNEIRO;CORDEIRO, 2012).

Alguns fatores que influenciam a avaliação da QV já são conhecidos, como: sexo, idade, além de hábitos prejudiciais à saúde, como tabagismo e consumo de álcool; estado civil e pobreza (BRASIL, 2008).

Considerando que tais fatores têm níveis de impacto sobre a funcionalidade do indivíduo, a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) associa-se com os vários aspectos da vida de uma pessoa que podem ou não estarem afetados por alterações na sua saúde (PAGANINI; PAGANI JUNIOR, 2006).

Assim, com o intuito de avaliar a QVRS, diversos instrumentos foram criados para serem utilizados na prática e nas pesquisas clínicas. Entre esses instrumentos estão Questionário Genérico de Avaliação da QVRS SF-36, utilizado mundialmente e validado no Brasil por Ciconelli, em 1999 (CICONELLI et al., 1999; PELLICIOTTI, 2009).

No âmbito da assistência, para que haja uma oferta de qualidade ao usuário de forma que as atividades de promoção à saúde sejam eficazes, é necessário que o prestador do cuidado, ou seja, o profissional de saúde apresente QV visto que os fatores que interferem nesse contexto podem influenciar na qualidade do cuidado direcionado à população (TOMASI et al., 2008; FERNANDES et al., 2012).

Sendo assim, a QV de profissionais da área de saúde é um tema que vem despertando crescente interesse nos últimos anos, devido a importância dos fatores envolvidos no contexto do trabalho e sua relação com a qualidade da assistência prestada (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Neste sentido, dependendo dos domínios afetados na QV, os trabalhadores da saúde podem deparar-se com diversos transtornos, inclusive acometendo as funções e atribuições no trabalho (SEIDL; ZANNON, 2004).

Temas relacionados ao trabalho e QV dos profissionais de enfermagem vêm sendo abordados em diferentes perspectivas, áreas e métodos (KIMURA; CARANDINA, 2009).

É fundamental conhecer a QV dos profissionais de enfermagem envolvidos no contexto da Atenção Primária Saúde (APS) para que ações de promoção do bem-estar sejam planejadas, favorecendo suas funções de trabalho (FERNANDES et al., 2012).

Buscando enriquecer o debate e a produção de conhecimento na área, a investigação quanto à qualidade de vida dos profissionais de enfermagem vem favorecer o aprimoramento das políticas públicas de saúde e a assistência à comunidade usuária.

2.2 Atenção Primária à Saúde (APS)

Mediante a Constituição Federal de 1988 saúde é direito de todos, sendo assim, o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde não depende de contribuição ou de quaisquer critérios de exclusão ou discriminação.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL 1988, Art. 196, p.1).

Baseado nos critérios de não exclusão ou discriminação, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 passa a ser direito de todo cidadão brasileiro, sendo dever do Estado prover políticas econômicas e sociais que visem à redução dos riscos de adoecer e devem ser garantidas por meio de políticas de promoção, proteção e recuperação, com participação da sociedade civil organizada nas decisões e na implementação das ações (MARTINS et al., 2009).

Artigo 198 da Constituição Federal aponta ainda que

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL 1988, Art. 198).

Paim et al. (2011) aborda que o SUS se desenvolve baseado nos princípios de acesso, universalidade, equidade e integralidade e com base nas diretrizes organizativas de descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária.

A Atenção Primária à Saúde (APS) surge como parte que integra este sistema, sendo portanto o primeiro nível de contato dos indivíduos com o Sistema Nacional de Saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem, conforme definido pela Organização Mundial de Saúde, na declaração de Alma-Ata, em 1978 (OPAS, 2007).

Por meio da APS, fica estabelecido que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente (BRASIL, 2015).

Segundo Giovanella e Mendonça (2008, p. 586-587), existem atributos que são considerados essenciais nos serviços de APS:

- Primeiro contato – serviços procurados regularmente (...) e porta de entrada do sistema de saúde (...);
- Longitudinalidade – a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente, com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida (...);
- Integralidade – reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde e oferecer serviços preventivos e curativos (...);
- Coordenação–coordenação das diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas;
- Orientação para a comunidade – conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita (...), conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade e participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde;
- Centralidade na família – consideração do contexto e dinâmica familiar (...) e conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde;
- Competência cultural – reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.

O marco histórico da APS foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrido em 1978 em Alma – Ata, antiga União Soviética nos dias de 6 a 12 de setembro, sendo organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) contando com a participação de 134 governos com cerca de três mil delegações e 64 organizações internacionais (PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010).

Desta Conferência emergiu a Declaração de Alma-Ata, que veio coroar o processo de questionamento dos modelos médicos superespecializado e intervencionista, sendo consenso que essas intervenções não davam respostas às principais necessidades de saúde das populações e a necessidade de se desenvolver concepções mais abrangentes (PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010).

No Brasil, a APS é referida como Atenção Básica (AB), e de acordo com a declaração da Conferência de Alma-Ata de 1978 sobre APS temos:

“Cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham” (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p.1)

Como é o primeiro nível de contato entre indivíduos e famílias no sistema de saúde, o intuito é trazer os cuidados em saúde tão próximo quanto possível do local onde as pessoas vivem, moram e trabalham, visando eliminar principalmente as barreiras geográficas, se configurando como primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados em saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

Centra-se no trabalho em equipe e na construção de vínculos entre a população e os membros da equipe de saúde a fim de promover a co-responsabilização dos profissionais com os usuários e a comunidade através de ações dirigidas às populações de áreas delimitadas, assumindo a responsabilidade sanitária por tais áreas (SOUZA; HORTA, 2012).

Agregado a este contexto têm-se o Programa de Saúde da Família (PSF) como proposta governamental que tem por objetivo reorganizar as práticas em saúde, reorientando o modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e focado no profissional médico e no hospital, para um modelo de atenção cujas bases se encontram nos princípios da promoção da saúde individual e coletiva, centrada na família, percebida a partir do seu ambiente físico e social; o que facilita a compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além, das práticas curativas, exigindo um repensar de práticas, valores e conhecimentos de todos os envolvidos no processo de produção social da saúde (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b).

Em 1996, o Ministério da Saúde lançou um documento intitulado Saúde da Família, uma estratégia de organização dos Serviços de Saúde. Assim, fica instituído que o PSF foi lançado como um programa; contudo, afirmou-se como uma estratégia de reorganização da APS (BRASIL, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se mostra como uma forma de reorganização da atenção primária buscando fortalecer-se como porta de entrada do SUS, reafirmando assim os princípios e diretrizes propostas pelas novas políticas de saúde pública, a fim de desconstruir o paradigma do modelo de atenção à saúde curativista, hospitalocêntrico e pouco resolutivo; propondo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral e contínua, por intermédio de um empoderamento da população e ações de educação em saúde, incentivando o autocuidado em relação à sua saúde (CAMPOS et al., 2012; SORATTO et al., 2015).

A ESF é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal, cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012b).

Fortuna et al. (2005) traz que a necessidade de uma articulação do trabalho multiprofissional impõe aos trabalhadores da saúde o desafio do trabalho em equipe. Para Furtado et al. (2010) o processo de trabalho em saúde é semelhante ao universo que agrega saberes e relações humanas, o qual não transforma apenas o corpo do indivíduo, como também a subjetividade.

O processo de trabalho da ESF é regido pelo trabalho no âmbito interdisciplinar, pela valorização dos diversos saberes e pelas práticas na perspectiva de abordagem integral e resolutiva, pelo acompanhamento e pela análise sistemática das atividades implementadas, almejando a readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2011).

Moretti-Pires e Campos (2010) enfatizam a necessidade do trabalho em equipe para a viabilização do processo de trabalho na ESF, uma vez que há compromisso em prestar atenção pautada no atendimento integral, contínuo, com equidade e

resolutividade das necessidades de saúde, por meio de práticas humanizadas, éticas e responsáveis.

Dentre os diversos campos de atuação da saúde, a ESF oportuniza um espaço privilegiado para a aplicação diferenciada das práticas de cuidado, pois através dela é possível identificar de modo aproximado ao contexto da população as suas principais demandas e, com isso, buscar desenvolver uma assistência eficaz (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

Segundo Marcondes et al. (2015) a equipe de enfermagem na APS é componente indispensável na área da saúde para se alcançar os objetivos dos serviços e a finalidade dos processos de trabalho, visando à qualidade de assistência, onde faz-se necessário a busca pelo diálogo com usuários/população e demais trabalhadores que integram os serviços de saúde e a atualização técnico-científica.

2.3 Considerações sobre a equipe de enfermagem

Em 1979 Wanda Horta definiu a enfermagem como sendo uma ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, tornando-o assim independente dessa assistência por meio da educação, recuperação e manutenção da promoção de sua saúde contando se necessário com a colaboração de outros profissionais (HORTA, 1979).

Segundo Geovanini et al. (2010) a enfermagem moderna surgiu a partir de Florence Nightingale, dama da sociedade inglesa que serviu na Guerra da Crimeia (1854-1856) juntamente com 38 voluntárias.

Após a guerra em 1860, Florence fundou a Escola de Enfermagem Saint Thomas com duas categorias distintas de enfermeiras: as ladies, oriundas de classe social mais elevada, a quem cumpria o desempenho de tarefas intelectuais e as nurses, que pertenciam a níveis sociais mais baixos e que, sob a supervisão das ladies, realizavam o trabalho manual da enfermagem (GEOVANINI et al., 2010).

Para Rocha e Almeida:

A enfermagem é uma das profissões da área de saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação de saúde, atuando em equipes, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde." (ROCHA E ALMEIDA, 2000, p.96)

Peduzzi e Anselmi (2002) ressaltam que, no Brasil, a divisão interna à enfermagem deu origem às várias modalidades de trabalho auxiliar (técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem), ficando para o enfermeiro as atividades de ensino, supervisão e administração e, para o pessoal auxiliar, a maioria das atividades assistenciais.

Este modelo reforça uma divisão social do trabalho, sendo traduzida em um modelo de organização hierárquico, onde a dicotomia entre fazer e pensar produz diferentes status cabendo ao técnico ou auxiliar o cumprimento de tarefas repetitivas, enquanto planejamento e gestão ficam para o profissional de nível superior (PEREIRA et al., 2009).

Os limites das atividades dos profissionais de enfermagem estão definidos no Decreto n. 94.406/87, que regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. As funções são divididas por níveis de complexidade e cumulativas, ou seja, ao técnico, competem as suas funções específicas e as dos auxiliares (não é mais regulamentada em lei, por isto está em extinção), enquanto o enfermeiro é responsável pelas suas atividades privativas, outras mais complexas, e ainda pode desempenhar as tarefas das outras categorias (COFEN, 2015).

Nos dias atuais há grande preocupação em proporcionar um cuidado integral aos clientes, envolvendo a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a adscrição de clientela e o estabelecimento de vínculo com os clientes, família e comunidade sendo de suma importância a abordagem multiprofissional e interdisciplinar na realização das ações de saúde possibilitando demandas individuais e coletivas da população, evitando fragmentações na assistência de saúde (HIGARASH et al., 2011).

Para Leonello e Oliveira (2010) a integralidade do cuidado à saúde amplia o olhar frente ao processo saúde doença, pois parte das necessidades de saúde dos clientes, levando em consideração seus modos de viver e de enfrentar os agravos de saúde.

Sendo assim, é de suma importância o trabalho em equipe multidisciplinar, a formação inicial do enfermeiro, bem como ações educativas desenvolvidas na atenção básica a fim de auxiliar a promoção do cuidado integral de enfermagem envolvendo o comprometimento, confiança e respeito entre o cliente e o profissional de saúde, considerando a complexidade das condições sociais, econômicas e do

estilo de vida das pessoas inseridas na comunidade adscrita (FERTONANI; PIRES, 2010).

O trabalho em equipe promove a integração entre disciplinas e profissões, fatores essenciais para o desenvolvimento das práticas de saúde com base na concepção do processo saúde-doença na perspectiva da integralidade da saúde (PEDUZZI et al., 2009).

Marcondes et al. (2015) traz que a equipe de enfermagem na APS é componente indispensável na área da saúde para se alcançar os objetivos dos serviços e a finalidade dos processos de trabalho, visando à qualidade de assistência. Faz-se necessário sempre refletir sobre sua prática, buscando o diálogo com usuários/população e demais trabalhadores que integram os serviços de saúde e acessando a atualização técnico-científica (MARCONDES et al., 2015).

Para que os profissionais de enfermagem ofereçam uma assistência integral e resolutive, é necessária sua participação em processos de educação permanente que os façam refletir criticamente sobre suas atuações nos cenários da prática (FONSECA et al., 2014).

A educação continuada consta nas diretrizes curriculares para a formação dos profissionais de enfermagem, como requisito para o exercício da prática profissional comprometida com as reais necessidades de saúde da população (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012).

Dentro desse contexto, a assistência de enfermagem é fator primordial que favorece a integralidade e a promoção da saúde, de forma que superar as dificuldades de articulação entre os níveis de atenção, primário, secundário e terciário faz-se necessário para que a integralidade da assistência ocorra de forma eficiente para o alcance de melhores níveis de saúde individual e coletivo (SILVA; RAMOS, 2011).

A assistência prestada pelo profissional de enfermagem por vezes encontra limitações como, por exemplo, a complementaridade das atividades laborais interdisciplinares envolvendo os diversos profissionais, vulnerabilidades nos relacionamentos interpessoais que inevitavelmente interferem na qualidade da assistência prestada gerando discordâncias com os preceitos doutrinários e organizativos do SUS (PASSOS, 2011; ROCHA; MUNARI, 2013).

Existem atividades comuns aos profissionais na ESF sendo:

- o conhecimento do território e da clientela adscrita com o objetivo de conhecer a realidade das famílias cadastradas;
- a identificação dos problemas de saúde e situações de risco mais comuns, construindo, de forma conjunta, propostas para o enfrentamento dos mesmos, discutindo com a comunidade seu protagonismo e conceitos de cidadania (BRASIL, 2012b).

Nesse sentido, o olhar ampliado no trabalho em saúde enquanto prática social, que faz parte da sociedade, possibilita entender o processo saúde-doença em sua dimensão social, rompendo com o modelo de assistência voltado para a doença, tendo como principais atividades as ações curativistas, deixando de lado a prevenção e promoção de saúde (GRAZIANO; EGRY, 2012).

2.4 Considerações sobre o papel do técnico de enfermagem na APS

O profissional técnico de enfermagem atua nas áreas de promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde, além de participar da gestão, prestando assistência aos indivíduos em todas as fases de vida, família e comunidade, no âmbito de suas competências, de acordo com a legislação de enfermagem que rege seu exercício profissional (BRASIL, 1999).

O trabalho da APS exige dos técnicos de enfermagem diversos saberes para a realização de suas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, tanto no nível individual quanto no coletivo, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007).

Para tal, faz-se necessário a dedicação intensificada do profissional, fato que pode levar ao desgaste físico e psíquico principalmente por desempenhar suas atribuições num novo modelo de atenção que propõe superar a hegemonia biomédica focando numa atenção multi e interdisciplinar (PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007).

Quanto as suas atividades compete a este profissional, segundo a Política Nacional de Atenção Básica:

- I-Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
- II - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

- III - Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- IV - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente (BRASIL, 2012a, p.47)

2.5 Considerações sobre o papel do enfermeiro na APS

O enfermeiro possui papel de destaque na APS frente à equipe multidisciplinar, pois é capacitado para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de saúde, devido ao processo de assistência de enfermagem e características do seu saber centrado em um modelo holístico, humanizado e contextualizado (BORGES, 2010).

Como participante da equipe multidisciplinar os enfermeiros possuem atividades comuns aos demais membros da equipe e atividades privativas à sua categoria profissional. Quanto as suas atividades privativas, compete a este profissional, segundo a Política Nacional de Atenção Básica:

- I - Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- III – Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV - Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com outros membros da equipe;
- V – Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe;
- VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2012a, p.46)

O enfermeiro necessita conhecer e se integrar ao contexto familiar do indivíduo a fim de criar vínculos de confiança e respeito para então realizar ações que garantam um cuidado integral, atendendo às necessidades sociais de saúde da população além da prevenção, promoção da saúde, a escuta e o apoio ao cliente (ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

A consulta de enfermagem está regulamentada pela Lei N° 7.498/86 e pelo Decreto N° 94.406/87 que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem, pela Resolução COFEN 159/93 que dispõe sobre a Consulta de Enfermagem e também pela Resolução COFEN 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, além da Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90 que estabelecem os princípios doutrinários e organizativos do SUS (COREN/RJ, 2012).

Com a criação do SUS e consequentemente a ESF, o enfermeiro ampliou seu processo de trabalho inserido no campo comunitário e social, possibilitando um maior cuidado de enfermagem na coordenação da equipe, na educação e promoção da saúde, reconhecendo as necessidades de saúde das famílias e da comunidade (BACKES et al., 2012).

É necessário articular a organização do trabalho em equipe, o planejamento das ações e dos programas, uma vez que a cooperação pode contribuir para o desenvolvimento das atividades, possibilitando um maior acesso da população ao serviço de saúde (SCHIMITH; LIMA, 2009).

Os profissionais de enfermagem devem vivenciar aprendizagem contínua, sendo responsabilidade e dever do enfermeiro estimular, promover e criar condições para aperfeiçoamento técnico, científico e cultural dos profissionais sob sua orientação e supervisão, pois a equipe deve atuar como multiplicadores do conhecimento sobre saúde (OLIVEIRA; CANDIÁ; LEOPOLDO, 2012).

Ademais, o enfermeiro tem o desafio de implementar o cuidado em enfermagem na construção de relações interpessoais de diálogo, escuta, humanização e respeito. Esta prática perpassa, portanto, pela compreensão do enfermeiro sobre o significado do seu fazer profissional, ou seja, do praticar o cuidado de enfermagem APS (ACIOLI et al., 2014).

O processo de cuidar envolve uma relação entre a pessoa que cuida e o sujeito, na qual o contexto socioeconômico e as singularidades políticas e culturais estão intimamente presentes (SERRANO; COSTA; COSTA, 2011). Com isso, pode-se inferir que as práticas de cuidado do enfermeiro na APS ganham significado importante, pois é neste campo que muitos contextos expressam-se claramente, refletidos através da aproximação social e cultural com a população (ACIOLI et al., 2014).

2.6 Considerações sobre saúde e trabalho

Spagnoli et al. (2011) traz que a temática satisfação no trabalho vem se destacando nos últimos anos em contextos organizacionais, nos quais é valorizada como determinante do sucesso profissional. Trata-se de um indicador de qualidade de vida no trabalho e sua medida tem sido utilizada em estudos no Brasil e no exterior (SUHONEN et al., 2012).

Delimitar o conceito de satisfação profissional é uma tarefa complexa e subjetiva, pois está inseparavelmente relacionada com a forma como o indivíduo se sente no trabalho e com suas características pessoais (PRON, 2013).

A Teoria de Locke é amplamente aceita e divulgada no meio científico pois contempla aspectos psicossociais do trabalho (KUMAR; SINGH, 2011). A teoria traz um dos conceitos clássicos da satisfação no trabalho considerando a mesma como uma função da relação entre o que um indivíduo quer de seu trabalho e o que ele percebe que obtém (LOCKE, 1976).

A satisfação profissional reflete diretamente na produtividade, bem como no desempenho, na saúde, no bem-estar e na satisfação do indivíduo (LORBER; SAVIČ, 2012). De forma inversa, a insatisfação no trabalho pode levar o trabalhador a desenvolver síndromes ou doenças ocupacionais, como estresse, doenças cardíacas, alérgicas e burnout (GOVARDHAN; PINELLI; SCHNATZ, 2012).

A avaliação da QV de certas categorias profissionais em específico passou a ter maior interesse com o surgimento da saúde do trabalhador e com a visão de que o funcionário deve estar bem para poder exercer bem o seu trabalho (HADDAD, 2000).

Desde a criação da ESF, observa-se um aumento no contingente de trabalhadores nas Unidades de Saúde da Família (USF) onde estão inseridos médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, ACS, entre outros (BRASIL, 2008).

O processo de trabalho onde tais profissionais estão inseridos é bastante peculiar, no qual interagem habilidades técnicas e relações interpessoais, reincidindo sobre eles grandes e crescentes responsabilidades (TOMASI et al., 2008).

A sobrecarga de trabalho aliada à elevada produtividade, pode interferir na rotina e estilo de vida desses trabalhadores, contribuindo para a deterioração da sua

saúde e QV favorecendo o desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Embora os trabalhadores da APS constituam um enorme contingente de força de trabalho no contexto do SUS, pouco ainda se sabe sobre suas condições de saúde e relações com o trabalho (TOMASI et al., 2008).

O trabalho tem uma relação direta com a QV, pois é nele que o trabalhador passa a maior parte de sua vida, tendo impacto no seu bem estar até nos momentos em que está de folga (FOGAÇA; CARVALHO; MARTINS, 2010; LOPES; RIBEIRO; MARTINHO, 2012).

Na APS os trabalhadores manifestam satisfação quando há afinidade com o trabalho bem como a profissão, quando se sentem realizados com suas tarefas (LIMA et al., 2014).

Na atual conjuntura do universo do trabalho, destaca-se a investigação sobre a Qualidade de Vida do Trabalhador (QVT) de enfermagem, justificado por sua relevância para o desenvolvimento do sistema de saúde (VAGHARSEYYEDIN; VANAKI; MOHAMMADI, 2011).

O ser humano e o seu ambiente de trabalho tem sido alvo de constantes pesquisas, com os primeiros estudos sobre fadiga até a definição de qualidade de vida no trabalho (NOGUEIRA; MAESTRI, 2012).

A QVT tem sido preocupação do homem desde o início de sua existência, às vezes apresentada com outros títulos, mas sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador. Os estudos sobre QVT foram aprofundados com Eric Trist e seus colaboradores que, em 1950, desenvolveram várias pesquisas no *Tavistock Institute* de Londres, com base na análise e reestruturação das tarefas (TRIST, 1951).

De modo geral, o trabalho tem se caracterizado por limitações estruturais nos serviços bem como falta de recursos humanos, formação inadequada, falta de recursos materiais e hierarquização entre os profissionais que compõem as equipes, e também pela relação desigual entre trabalhadores e usuários (SCHERER; PIRES; SORATTO, 2014).

Atuar no âmbito da APS exige que o profissional construa vínculos entre si e com os usuários assim como a capacidade para lidar com a complexidade do processo saúde-doença e a articular práticas e saberes que ultrapassam o núcleo de competência profissional (SCHERER; PIRES; SORATTO, 2014).

Todos esses são fatores contribuem para a elevação das cargas de trabalho sobre os profissionais e que, ao não serem reconhecidos e enfrentados, podem limitar o alcance das ações de promoção e integralidade na APS (SCHERER; PIRES; SORATTO, 2014).

Concomitante a isso, fatores como os baixos salários, a dupla jornada de trabalho, a carga horária excessiva, as situações de tensão nos serviços de saúde, tanto pelo tipo de atenção aos indivíduos em momentos críticos quanto pela fragmentação do trabalho, a hierarquização e a desvalorização social dentro da equipe, entre outros fatores, juntam-se às condições de trabalho da equipe de enfermagem e interferem na qualidade do cuidado ao usuário e no desgaste mental, aumentando as cargas de trabalho dos profissionais, levando à abdicação da profissão e diminuindo os recursos humanos na enfermagem (SCHMOELLER et al., 2011)

Os profissionais de enfermagem desempenham o papel de liderança ampliada em relação aos outros profissionais, somando à essa função, as atividades assistenciais, gerenciais e levantamento dos fatores interferentes no processo saúde-doença, reconhecendo as especificidades/necessidades de cada indivíduo (KIAN; MATSUDA; WAIDMANN, 2011).

O contexto de trabalho pautado na forma taylorista na ESF (divisão de tarefas; atividades que são realizadas com a mesma frequência e sequência; controle do exercício e ausência de comunicação entre os profissionais), soma-se ao desajuste e a carência de recursos indispensáveis para o curso das atividades laborais, que causam ônus humanos, tanto psicofísicos quanto afetivos, referente ao empenho produzido para no cuidado dos usuários (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

Para compor o contexto de qualidade de vida, o trabalho é entendido como parte integrante e essencial da vida em uma sociedade produtiva e um fator imprescindível para a satisfação pessoal, sendo também o meio onde o indivíduo consegue sua identidade pessoal e reconhecimento social (CAMPOS; DAVID, 2011). Assim, o trabalho passou a ocupar um lugar central na vida do homem e dependendo da forma como está sendo executado e organizado pode ser gerador de fatores desgastantes. Reconhece-se que a instituição interfere de maneira particular em cada indivíduo e na sua saúde (SCHMIDT, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a QVRS dos profissionais da equipe de enfermagem e a influência da satisfação no trabalho nesse construto

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sóciodemográfico dos participantes do estudo;
- Avaliar a QVRS dos enfermeiros e técnicos de enfermagem por meio dos escores do instrumento SF-36;
- Comparar as médias dos escores dos domínios do instrumento S20/23 para satisfação no trabalho de enfermeiros e técnicos de enfermagem;
- Correlacionar os domínios e componentes do SF-36 com os domínios do S20/23 e variáveis sociodemográficas da amostra geral dos participantes do estudo.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro (RJ), v.22, n.5, p.637- 42, 2014.
- AALGAARD, K, G. Quality of life in nursing homes: A theoretical and empirical review. **Great Plains Sociologist**. [S.I.], v. 23, p. 33-63, 2013.
- AIKEN, L.H.et al., Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ Quality & Safety**. [S.I.], v. 344, 2012.
- BACKES, D.S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro (RJ), v.17, n.1, p. 223-230, 2012.
- BARALDI, S. et al. Avaliação da qualidade de vida de estudantes de nutrição. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro (RJ), v.13 n. 2, p. 515-531, 2015.
- BARBOSA, V.B.A.; FERREIRA, M.L.S.M.; BARBOSA, P.M.K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação de agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.33, n.1, p.56-63, 2012.
- BORGES, I.AL. Consulta de enfermagem, prescrições de medicamentos e solicitações de exames por enfermeiros na atenção básica à saúde. **Enfermagem em Foco**, [S.I.], v.1, n.1, p. 5-8, 2010.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição de República Federativa do Brasil**. Brasília,DF: Senado, 1988.
- _____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CEB nº 04/99**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília (DF): Ministério da Educação; 1999.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundamento e descentralização com equidade no acesso. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS**. Brasília [s.n], 2001 a.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. [S.I.: s.n.] 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília; 2012b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

BURTSON, P.L., STICHLER, J.F. Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. **Journal of Advanced Nursing**, [S.l], v. 66, p. 1819-1831, 2010.

CAMPOS, J.F.; DAVID, H.S.L. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo (SP), v.45, n.2, p.363-368, 2011.

CAMPOS, G.W. de S.; CARVALHO, Y.M de.; MINAYO, M.C de S.; JUNIOR, M.D.; AKERMAN, M. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec, 2012.

CARNEIRO e CORDEIRO, T.M.S. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. Ponta Grossa, v.4, n.1, p 36-46, 2012.

CICONELLI, R.M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF- 36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira Reumatologia**. São Paulo, v. 39, n. 3, p.143-50, 1999.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. URSS, Alma-Ata, 1978.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM **Decreto n. 94.406/87**. [S.l.: s.n.]. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN/RJ). **Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro, 2012.

DIMEGLIO, K. et al. Group cohesion and nurse satisfaction: examination of a team building approach. **Journal for Nurses in Staff Development**. [S.l], v. 35, p.110-120, 2005.

EBRAHIM, S. Clinical and Public Health Perspectives and Applications of Health-Related Quality of Life Measurement. **Social Science Medicine**. [S.l], 41, n.10, p.1383-94, 1995.

FERNANDES, J.S.et al.The effects of professional factors on the quality of life of Family health team nurses. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 46, n. 2, p. 404-12, 2012.

FERTONANI, H.P.; PIRES, D. Concepção de saúde de usuários da estratégia saúde da família e novo modelo assistencial. **Enfermagem em Foco**. Brasília, v.1, n. 2, p. 51-4, 2010.

FOGAÇA, M. C.; CARVALHO, W. B.; MARTINS, L. A. N. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 44 n. 3, p. 708-712, 2010.

FONSECA, R. (2014). Satisfação Profissional nas USF da ARS Centro: Factores intrínsecos e extrínsecos do trabalho. Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do Grau de Mestre.

FONSECA, R. **Satisfação Profissional nas USF da ARS Centro**: factores intrínsecos e extrínsecos do trabalho. 2014. 152 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) - Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-8, 2005.

FURTADO, A.M. et al. Trabalho em saúde: o modo de agir da enfermagem dialítica. **Revista enfermagem UFPE online**. [S.I.], v.4, p.395-400, 2010.

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem: versões e interpretações**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010.

GIMENES, G. F. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro (RJ), v.11, n.2, p. 291-318, 2013.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.); ESCOREL, S. (Org.); LOBATO, L. (Org.); NORONHA, J. (Org.); CARVALHO, A. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625

GOVARDHAN, L.; PINELLI, V.; SCHNATZ, P.F. Burnout, depression and job satisfaction in obstetrics and gynecology residents. **Connecticut Medicine**. New Haven, v. 76, n. 7, p. 389-395, 2012.

GRAZIANO, A.P., EGRY, E.Y. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo (SP), v.46, n. 3, p. 650-6, 2012.

HADDAD, M.C.L. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Revista Espaço para a Saúde**. [S.I.], v.1, n. 2, p. 75-88, 2000.

HIGARASHI, I.H. et al. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 375 - 80, 2011.

HINNO, S., PARTANEN, P., VEHVILAINEN-JULKUNEN, K. Hospital nurses' work environment, quality of care provided and career plans. **Journal Nursing Ver.** [S.l], v. 58, p. 255-262, 2011.

HORTA, WA. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979.

KEBIAN, L.V.A., OLIVEIRA, S.A. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família. **Ciencias Cuidados Saúde**. [S.l], v.14, n.1, p. 893-900, 2015.

KIAN, K.O., MATSUDA, L.M., WAIDMANN, M.A.P. Compreendendo o cotidiano do profissional do enfermeiro-líder. **Revista Rene**. Fortaleza, v.12, n.4, p. 724-31, 2011.

KIMURA, M.; CARANDINA, D.M. Desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do instrumento para avaliação de qualidade de vida no trabalho de enfermeiros em hospitais. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v.43, n. esp, p.1044-54, 2009.

KUMAR, N.; SINGH, V. Job satisfaction and its correlates. **International Journal of Research in Economics & Social Sciences**. Lueneburg, v. 1, n. 2, p.11-24, 2011.

LAMBERT, E., HOGAN, N., BARTON, S. The impact of job satisfaction on turnover intent: a test of a structural measurement model using a national sample of workers. **Social Science Medicine**. [S.l], v. 38, p. 233-250, 2001.

LAWTON, M. P. Measures of quality of life and subjective well-being. **Generations**, v.2, p.45-47, 1997.

LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.63, n.3, p. 366-70, 2010.

LIMA, L et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais na atenção básica. **Escola de Enfermagem Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.17-24, 2014.

LOCKE, E. A. The nature and causes of job satisfaction. In: DUNNETTE, M. D. (Org.). **Handbook of industrial and organizational psychology**. Chicago: Rand McNally, 1976.

LOPES, C.C.P.; RIBEIRO, T.P.; MARTINHO, N.J.C. Síndrome de Burnout e sua relação com a ausência de qualidade de vida no trabalho do enfermeiro. **Enfermagem em Foco**. [S.l], v.3, n.2, p.97-101, 2012.

LORBER, M.; SAVIČ, B. S. Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. **Croatian Medical Journal**. Zagreb, v. 53, n. 3, p. 263-270, 2012.

MARCONDES, F.L.; E. Capacitação profissional de enfermagem na atenção primária à saúde: Revisão integrativa. **Revista Pró- UniverSUS**. Jul./Dez.; v.6, n. 3, p. 09-15, jul./dez, 2015.

MARTINS, P.C. et al. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. **Physis**. [S.l], v.19, n. 3, p. 679-694, 2009.

MINAYO, M. C. S., HARTZ, Z. M. A., BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l], v.5, n.1, p 7-1, 2000.

MORETTI-PIRES, R.O.; CAMPOS, D.A. Equipe multiprofissional em saúde da família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. **Revista brasileira educação medicina**. Florianópolis, v.34, p.379-89,2010.

MOTAMED-JAHROMI, M., FEREIDOUNI, Z., DEHGHAN, A. Effectiveness of Positive Thinking Training Program on Nurses' Quality of Work Life through Smartphone Applications. **International Scholarly Research Notices**. 2017.

MOTAMED-JAHROMI, M.; FEREIDOUNI, Z.; DEHGHAN, A. Effectiveness of Positive Thinking Training Program on Nurses' Quality of Work Life through Smartphone Applications. **International Scholarly Research Notices**, [S.l.], 2017. Disponível em: <link>. Acesso em: 8 ago. 2017.

NINF, S., ZHONG, H., LIBO, W., QIUJIE, L. The impact of nurse empowerment on job satisfaction. **Journal of Advanced Nursing** . [S.l], v.65, p. 2642-2648, 2009.

OLIVEIRA, J.LT.; CANDIÁ, M.R.; LEOPOLDO, M.LA. Educação continuada para profissionais de saúde de uma unidade de atenção primária à saúde de Juiz de Fora por estagiários de enfermagem. **Revista APS**, v.15, n.3, p. 368-373. 2012.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde das américas**. Washington DC: Organização Panamericana da Saúde, 2007.

PAGANINI, T. C. S.; PAGANI Junior, C. R. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. **Ensaio e Ciência Brasil**. [S.l], v.1, n.1, p. 32-37, 2006.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**. [S.l] v.377, p.1778-97, 2011.

PASCHOA, S.; ZANEI, S.S.V.; WHITAKER, I.Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 20, n. 3, p.305 -10, 2007.

PASSOS, C.M. O trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte: avaliação das ações programáticas. [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.

PEDUZZI, M.; Anselmi, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: A cisão entre o planejamento e execução do cuidado. **REBEN-Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.55, n.4; p. 392-398. 2002.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde

presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009.

PELLICIOTTI, J. S. S. Qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem e erros de medicação em Unidades de Terapia Intensiva. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. 164 f.

PEREIRA, M. J. B. et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: Perfil e legislação. **REBEN-Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.62, n.5, p.771-777, 2009.

PESTANA, P. R. M. et al. Fatores relacionados à percepção do nível de qualidade de vida entre bombeiros militares. In: JONAFES 2015 CIÊNCIAS EXATAS, HUMANAS, SOCIAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE. 2015, Montes Claros. **Anais...** Montes Claros: Associação Educativa do Brasil, 2015. p. 22.

PIRES-ALVES, F.; PAIVA, C.; FALLEIROS, I. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. In: PONTE, C.; FALLEIROS, I. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 151-178. 2010.

PRON, A. L. Job satisfaction and perceived autonomy for nurse practitioners working in nurse-managed health centers. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, Malden, v. 25, n. 4, p. 213-221, 2013.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96 -101, 2000.

RAMBUR, B. et al. Education as a determinant of career retention and job satisfaction among registered nurses. **Journal Nurse Scholl**. [S.I], 37, p. 185-192, 2005.

ROCHA, B.S.; MUNARI, D.B. Avaliação da competência interpessoal de enfermeiros coordenadores de equipe na saúde da família. **Revista Enfermagem Atenção Saúde**. [S.I], v. 2, n.3, p:53-66, 2013.

RODRIGUES, L.B.B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciências Saúde Coletiva**, [S.I] ,v.19, n. 2, p. 343-52, 2014.

ROSENSTOCK, K.I.V.; NEVES, M.J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n.4, p. 581-6, 2010.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.E.P.; SORATTO, J.O. O trabalho na Estratégia Saúde da Família. In: SOUSA, M.F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.M. (Org). **Saúde da família nos municípios brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**, Campinas: Saberes Editora, 2014. Cap 4, p.521-571.

SCHMIDT, D.R.C. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v.66, n.1, p.13-17, 2013.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. O enfermeiro na equipe de saúde da família: estudo de caso. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 252-6, 2009.

SCHMOELLER, R et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n. 2, p.368-377, 2011.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.LC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro (RJ), v.20, n.2, p.580-588, 2004.

SERRANO, M.T.P.; COSTA, A.S.M.C.; COSTA, N.M.V.N. Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). **Referência**, [S.I], v.3, n.3, p.15-23, 2011.

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO JUNIOR, D.A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro (RJ), v.17, n.9, p. 2405-14, 2012.

SILVA, R.V.G.O.; RAMOS, F.R.S. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v. 32, n. 2, p.309-15. 2011.

SILVA, L. M. et al. Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 109-115, mar. 2012.

SPAGNOLI, P.; CAETANO, A.; SANTOS, S. C. Satisfaction with job aspects: do patterns change over time? **Journal of Business Research**. Athens, v. 65, n. 5, p. 609-616, 2011.

SORATTO, J. et al. Family health strategy: a technological innovation in health. **Texto Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584–92, 2015.

SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SOUZA, M.B.; ROCHA, P.M.; SÁ, A.B.; UCHOA, S.A.C. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. **Revista Panamericana Salud Publica**. [S.I], v. 33, n. 3, p.190-195 , 2013.

STUMM, E. M. F.; MASTELA, R. C. G.; UBESSI, L. D. Qualidade de vida da enfermagem em terapia intensiva - adulto neonatal e pediátrica. **Trabalho & Educação**. [S.I], v. 21, n. 2, p.131-147, 2012.

SUHONEN, R. et al. Caregivers' work satisfaction and individualised care in care settings for older people. **Journal of Clinical Nursing, Oxford**. [S.I], v. 22, n. 3-4, p. 479-490, 2012.

SZECSENYI, J. et al. Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? **BMJ Quality & Safety**. [S.l], v. 20, p.508-514, 2011.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science Medicine**, v.46, n.12, p. 1569-85, 1998.

TOMASI, E.; FACCHININI, L.A.; PICCININI, R.X et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro (RJ), v. 24, n.1, p.193-201, 2008.

TRINDADE, L.L.; LAURDET, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo (SP), v. 44, n. 2, p 274-279, 2010.

TRIST, E.; EBAMFORTH, W. Algumas consequências sociais e psicológicas do método da parede longa de carvão obtendo. **Relações Humanas**. [S.l], v. 4, p. 3-38, 1951.

VAGHARSEYYEDIN, S.A; VANAKI, Z; MOHAMMADI, E. The Nature Nursing Quality of Work Life: An Integrative Review of Literature. **Western Journal of Nursing Research**. [S.l], v. 33, n. 6, p. 786-804, 2011.

VAN BOGAERT, P. et al. Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modeling approach. **Journal of Clinical Nursing**. [S.l], v.19, p.1664–1674, 2010.

WATSON, R., WANG, W., THOMPSONS, D.R Violations of local stochastic independence exaggerate scalability in Mokken scaling analysis of the Chinese Mandarin SF-36. **Health and Quality of Life Outcomes**. [S.l], v.12, p.149, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Organization. (1946). Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). Biblioteca Virtual de Direitos Humanos – Universidade de São Paulo (USP). Nova Iorque: [s.n.], 22 jul. 1946.

**ANEXO 1 – ARTIGO 1 “EFFECTS OF JOB SATISFACTION ON THE LIFE
QUALITY OF NURSING PROFESSIONALS”**



Submissions Being Processed for Author Anderson Luiz-Ferreira

Page: 1 of 1 (1 total submissions)

Display 10 results per page.

Action ▲▼	Manuscript Number ▲▼	Title ▲▼	Initial Date Submitted ▲▼	Status Date ▲▼	Current Status ▲▼
Action Links	QURE-D-17-00752	Effects of job satisfaction on the life quality of nursing professionals	26 Jun 2017	26 Jun 2017	New Submission

Page: 1 of 1 (1 total submissions)

Display 10 results per page.

<< Author Main Menu

Order of Authors Secondary Information:	
Funding Information:	
Abstract:	<p>Proposal: To evaluate the health-related quality of life of nursing professionals and the influence of job satisfaction upon this construct.</p> <p>Methods: 50 nurses and 57 nursing assistants answered to the life quality (SF-36) and job satisfaction (S20/23) measurement instruments and had their sociodemographic data collected. The means of the questionnaires scores were compared between themselves and the categories. SF-36 scores were correlated to the S20/23 scores and to the sociodemographic variables. The statistically significant correlations ($p < 0.05$) were evaluated in a stepwise multiple regression model.</p> <p>Results: We detected lower means for the nursing technicians group at all measurement instruments and for nurses at SF-36.</p> <p>Conclusions: Nurses and nursing technicians presented a decrease in life quality scores for the vitality, pain and general health state domains of the questionnaires, and for their mental and physical components. Male nursing technicians presented a decrease in job satisfaction.</p>
Suggested Reviewers:	<p>Aguinaldo Gonçalves Pontificia Universidade Católica de Campinas aguinaldogon@uol.com.br</p>
	<p>Nívea de Macedo Oliveira Morales Universidade Federal de Uberlândia niveamacedo@netsite.com.br</p>

Quality of Life Research
Effects of job satisfaction on the life quality of nursing professionals
 --Manuscript Draft--

Manuscript Number:	QURE-D-17-00752
Full Title:	Effects of job satisfaction on the life quality of nursing professionals
Article Type:	Original Research
Keywords:	Life quality; nursing staff; family medicine; job satisfaction
Corresponding Author:	Anderson Luiz-Ferreira Universidade Federal de Goiás Catalão, Goiás BRAZIL
Corresponding Author Secondary Information:	
Corresponding Author's Institution:	Universidade Federal de Goiás
Corresponding Author's Secondary Institution:	
First Author:	Rafaela Pereira de Lima
First Author Secondary Information:	
Order of Authors:	Rafaela Pereira de Lima
	Tânia Maria da Silva Mendonça, PhD
	Anderson Luiz-Ferreira

Effects of job satisfaction on the life quality of nursing professionals

Rafaela Pereira de Lima¹, Tânia Maria da Silva Mendonça², Anderson Luiz-Ferreira^{3*}

1Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina, Pós Graduação em Ciências da Saúde, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

2Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

3Universidade Federal de Goiás, Instituto de Biotecnologia, Departamento de Ciências Biológicas, Catalão, Goiás, Brasil.

*Corresponding author: Anderson Luiz-Ferreira; luiz_ferreira@ufg.br

Abstract

Proposal: To evaluate the health-related quality of life of nursing professionals and the influence of job satisfaction upon this construct.

Methods: 50 nurses and 57 nursing assistants answered to the life quality (SF-36) and job satisfaction (S20/23) measurement instruments and had their sociodemographic data collected. The means of the questionnaires scores were compared between themselves and the categories. SF-36 scores were correlated to the S20/23 scores and to the sociodemographic variables. The statistically significant correlations ($p < 0.05$) were evaluated in a stepwise multiple regression model.

Results: We detected lower means for the nursing technicians group at all measurement instruments and for nurses at SF-36.

Conclusions: Nurses and nursing technicians presented a decrease in life quality scores for the vitality, pain and general health state domains of the questionnaires, and for their mental and physical components. Male nursing technicians presented a decrease in job satisfaction.

Keywords: Life quality; nursing staff; family medicine; job satisfaction

INTRODUCTION

The term Life Quality (LQ) is hard to conceptualize, interpret and measure due to its subjective conception and to the lack of consensus between researchers [1–3]. The World Health Organization (WHO) defines it as the “individuals’ perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” [4]. LQ also encompasses the concept of health as a physical, mental and social well-being state, and not just the absence of illnesses [5, 6]. In addition, the term Health-Related Quality of Life (HRQoL) refers to the influence of health condition over this well-being perception, and is defined as the various aspects in the lives of people that are affected by the changes in their health condition and are important for their life quality [7, 8].

Health area professionals’ HRQoL is a theme that has drawn growing concern over the last years due to the importance of job conditions on the quality of the assistance provided by these professionals [9]. As LQ issues could lead workers to any kind of physical or mental disruption, and consequently to a decrease in the quality of the health services, measuring HRQoL plays an important role in the detection of any probable sickness affecting such professionals. [10, 11]. In order to summarize the complex notions of LQ and viability to different cultures and social realities, several instruments for HRQoL measurement have been made. One of these instruments is the generic HRQoL evaluation questionnaire, SF-36, widely used in researches. [12–14].

Work environment has a direct relation with HRQoL because it is where workers spend most of their lives at, and it may consequently have a great impact on their well-being even during relaxing moments [15, 16]. Therefore, improving LQ and granting job satisfaction could possibly reduce professional discouragement. Such improvements could even lead workers to quit their careers, as it has already been shown in literature [17].

Job satisfaction is defined as the realized relation of what is expected of and gotten from work and the amount or value attributed to it [18–21]. It represents the extent to which workers enjoy their jobs, a crucial aspect in their

lives and organizations [22]. Studies show that nursing staff job satisfaction is related to the evaluation of the quality of the assistance provided at work [21, 23, 24, 25]. Some authors claim that significant factors influencing job satisfaction and the provided assistance quality evaluation include the working environment and the availability of adequate resources [26–28].

Knowing the HRQoL self-perceived by nursing professionals may help to build mitigating strategies for those in risk situation. Additionally, it stimulates the creation of policies to improve the LQ of workers. Thus, the goal of this study was to evaluate the HRQoL of a nursing staff and the influence of job satisfaction on it.

METHODS

Participants and Procedures

This is a transversal, descriptive and exploratory research, performed in February and March of 2016, with a convenience sampling of nurses and nursing technicians inserted in the family medicine services in southeastern Goiás state, Brazil. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Uberlândia (REC/UFU), protocol number 47940515.0.0000.5152. All participants signed an Informed Consent (IC) prior to joining the project. We included in the study workers of both sexes, employed for over four weeks (experience period), and that agreed to participate. All the participants who gave up taking part of the assessment or who failed to answer to more than two items of the applied questionnaires were excluded from analyzes.

Instruments

Sociodemographic information

The eligible nurses and nursing technicians who agreed to participate answered to a self-application questionnaire based on sociodemographic data (working time, sex, marital status, type of labor bond, number of jobs, chronic disease, income and physical activities practice).

Health-related quality of life

We used the Brazilian version of the generic instrument SF-36 [29, 30] in order to evaluate the LQ of the participants over the four weeks before the assessment. The usage of SF-36 was made after authorization of its rights holders (license number QM039007). The 36 items of this questionnaire are distributed among the domains of *functional capacity*, *physical aspects*, *pain*,

general health state, vitality, social aspects, emotional aspects and mental health, and the *physical* and *mental* summary components. The answers to the items are of the Likert-type with a 5 points scale, and can be codified into a scale score that goes from zero to 100, corresponding to worse and better LQ, respectively [29].

Job Satisfaction Scale (S20/23)

We evaluated nursing staff job satisfaction through the self-application questionnaire S20/23 [31] in its translated, adapted and validated version to the Brazilian population [32]. It is composed by 20 items subdivided in the domains of *hierarchical relations satisfaction* (11 items), *physical working environment satisfaction* (5 items) and *intrinsic job satisfaction* (4 items). The items in the three domains are also of the Likert-type, in a scale from one to five, where one means completely dissatisfied and five means completely satisfied. The scores were codified into a global score from 0 to 100, corresponding respectively to low and high job satisfaction.

Statistical analyzes

We used the descriptive statistics (frequency, proportion, mean and standard deviation) to characterize the samples, the workers LQ and the job satisfaction. To evaluate the comparisons between the means of LQ and job satisfaction scores we used Student's t-test.

We used Pearson correlations between SF-36 scores, the sociodemographic variables and the S20/23 domains for general and stratified populations by professional category (general and by sex). We analyzed the significant general population correlations ($p < 0.05$) and then tested them in a multivariate regression model. In order to do this, we checked the assumptions for the application of a *stepwise*-type multiple regression (sample size; normality, using the *Shapiro-Wilk* test; outliers; missing data; multicollinearity; and homoscedasticity) [33]. We couldn't find any outlier or missing data and, for

this analysis we transversalized the two samples into one [34], which resulted into a single sample of 107 participants. We considered SF-36 domains and components to be the dependent variables and the sociodemographic data and the S20/23 domains to be the independent variables.

We calculated the reliability of both instruments through the use of the internal consistency coefficient represented by Cronbach's alpha coefficient, which resulted in an internal consistency of 0.8 for both SF-36 and S20/23 [35]. We checked the magnitude of the significant differences ($p < 0.05$), i.e. the *effect size*, using *Cohen's d*, which is the ratio between the mean differences and the standard deviation combined in comparisons between distinct groups (0.2 = low effect; 0.5 = moderate effect; > 0.7 = high effect) [36]. We assumed 5% as the significance level for the analyzes, and used the *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) software, version 24.

RESULTS

We obtained a higher age mean for the technicians group ($p < 0.05$). This group also had higher means for working time, sex, number of jobs, chronic disease, income, and physical activities practice ($p < 0.05$). The nurses group presented higher proportions of single individuals in the marital status category, and of incomes of over three minimum wages ($p < 0.05$) than nursing technicians, as shown in **Table 1**.

Life Quality

LQ scores related to sex were equivalent for both groups, and there was no statistically significant difference between them ($p < 0.05$). Cohen's d varied from 1.1 in the mental health domain to 29.5 in the physical component for the nurses group, and from 1.1 in the social aspects limitation domain to 10.3 in the vitality domain for the technicians. This is shown in **Table 2**.

When comparing the means of SF-36 components and domains, we found a statistically significant difference ($p < 0.05$) of the *functional capacity* domain between the two groups, with lower means for technicians in general and for the female ones. Male nursing technicians presented lower means for the *physical component* related to sex ($p < 0.05$) (**Table 3**).

Job Satisfaction

We also found statistical difference ($p < 0.05$) between the groups in the comparison of the means of S20/23 domains scores and total scores for the *intrinsic job satisfaction* and *physical working environment satisfaction*, as well as for *general job satisfaction*, with male technicians again presenting the lowest means (**Table 4**).

Nurses and technicians presented equivalent job satisfaction, and we couldn't find statistical difference ($p < 0,05$) when comparing both groups between their categories by sex (**Table 5**).

Life Quality and the Sociodemographic and Job Satisfaction Variables

Table 6 shows that the variables with significant correlations ($p < 0.05$) to SF-36 domains of all participants were income, working time, number of jobs, age, and chronic disease. As for the summary components, the statistically significant correlation ($p < 0.05$) between chronic disease and the *mental component* are depicted in this same table.

The variables presenting statistically significant correlation to the SF-36 scores obtained from the total sample of nursing staff were included in a multiple linear regression model. Such models explained a small part of the variation found for the SF-36 scores ($0.07 \leq \text{adjusted } R^2 \leq 0.05$; $p < 0.05$). The *age* variable explained the variation of the *vitality* ($\beta = 0.4$; $p < 0.05$) and *chronical disease* ($\beta = 8.8$; $p < 0.05$) domains, while the *general health state* and the *age* variable combined influenced the variation in the summary score the *mental component* ($\beta = 0.4$; $p < 0.05$) (**Table 7**).

DISCUSSION

This study was performed with nurses and nursing technicians from 15 municipalities within Goiás state (Brazil), with a population of 280,113 inhabitants, according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics [37]. In Brazil, nursing professionals are divided in three categories: nurses, nursing technicians and nursing auxiliaries.

The nurses possess bachelor's degree and are responsible for highly complex tasks and to manage the caring of patients. Nursing technicians and auxiliaries, in contrast, present high school degree besides a specific training of one year (auxiliaries) or two (technicians). Both are involved in less complex activities, such as hygiene and comfort [38]. Thus, the assistants, technicians and nurses engaged in the direct assistance to the patient were considered eligible to participate of the study.

Our results confirm that the participants LQ were equivalently impacted by the age and chronic disease variables, which negatively influenced their vitality, general health state, and mental health. We also found that male nursing technicians face physical working environment and intrinsic work limitations that are responsible for reducing their general job satisfaction.

Although this category participates of less complex activities, it also faces physically demanding tasks, such as feeding, cleaning and caring for bedridden patients [38, 39].

The highest age means and working times were also identified for the nursing technicians category. These results corroborate to the findings of Grosh et al. [40] and Orfila et al. [41], in which significant percentages of middle-age workers were found active. Studies show that individuals with longer periods of work tend to face greater risks in the labor skills, besides also presenting a decrease in physical and mental capacities, with subsequent functional aging [42, 43].

We identified the presence of chronic diseases in both groups. This finding, however, was more significant for the group of nursing technicians. Professionals at older ages, like the ones identified here, present alterations in the pattern of diseases, which includes changes in LQ [44]. Furthermore, the

biological differences between elderly men and women also involve gender differences in LQ [41, 44, 45]. According to literature, people inflicted by chronic diseases need to learn how to live with several limitations in daily routine, as adjustments in the lives of these individuals and their families are demanded in several different life aspects, possibly reducing their LQ perception [46–49].

Most evaluated participants claimed to be satisfied about their HRQoL. This well-being perception may be positively reflected in the patient care process [50, 51]. Some authors name factors that may relate to the personal job satisfaction in the nursing area, such as to enjoy the profession and to practice a humanized care that focuses on the patient [52, 53].

In general, nursing area workers comprehend that a good LQ is related to the multidimensional aspects of physical and psychosocial health, like the availability of a separate time to be spent with the family and to practice hobbies, the presence of healthy habits related to adequate feeding, sleeping and relaxation, and the perception of professional satisfaction [54, 55].

We also found that nursing technicians practice physical activities more regularly than nurses. Health professionals comprehend the largest global work force, and 48% of health professionals are nurses [56]. Sleep, feeding and exercising are the essential pillars for a good health condition, and can fight the adverse effects of shift work, as commonly performed by nurses [57]. However, studies related to nurse professionals predominantly focus in the sleep and feeding aspects [58–60].

The number of researches studying nurses and their physical activities practices is limited [61, 62]. Our results are in accordance with those published in literature showing that the average level of physical activities of nurses is moderate and that the current physical activity guidelines are not met by these workers [63–65].

It is noteworthy that the domains vitality, pain, general health state, and the summary scores for the mental and physical components presented lower mean LQ scores for both studied work groups, possibly corresponding in the short term to a yellow flag for potential future issues, and in the long term to indicative of serious illnesses (red flag). The results of our study demonstrate another alert signal for nursing staff in what concerns job satisfaction, and more

specifically to male nursing technicians.

Literature reports that nursing auxiliaries usually need to perform physical effort during the handling and transportation of patients [38, 66], what may be increased due to the growing working demand caused by the shortage of staff [67]. Nursing technicians are among the health area workers with the greatest number of jobs, either because of time availability or financial necessities. This fact may result in labor overload and longer grueling working journeys [68]. These professionals spend more time in direct contact with the patients and their families than any other assistance staff members, and several aspects could make them vulnerable to a diversity of comorbidities [69].

Job satisfaction and its relation to health and LQ are a *sine qua non* condition, and have been a concern along the last decades. The negative impacts of job satisfaction over nurses LQ haven't been detected for the participants of this study yet. However, the tendency is that they might happen along their career in case no preventive measure be directed to these professionals. Studies show that nurses that are highly satisfied about their jobs present better LQ [70, 71]. Altogether, job dissatisfaction contributes to a nursing task force with less LQ and less satisfied.

Our study presents methodologic limitations, due to its transversal design, performed in a single Family Medicine Unit and, therefore, with a small sampling, predominantly female-based and restricting result generalization.

Despite of this, the used tools are valid to evaluate the constructs of life quality and job satisfaction, and allow us to make comparisons to international studies.

Our results have practical and important implications for health managers, as they may orientate effective strategies and actions towards the promotion of health in the working environment of health professionals. After all, to promote health it is firstly necessary to be healthy. We suggest the development of new longitudinal and multicentric studies with larger, randomized and controlled samplings, focused in the population of nursing area professionals' individual health and in the quality of the assistance provided to the patients as a consequence of their well-being.

CONCLUSION

The nurses and nursing technicians that participated of this study presented a negative perception in the evaluation of their life quality, which was evidenced in the vitality, pain, general health state domains and in the mental and physical components. Male nursing technicians also presented higher job dissatisfaction.

REFERENCES

1. Aalgaard, K, G. (2013). Quality of life in nursing homes: A theoretical and empirical review. *Great Plains Sociologist*, 23, 33-63.
2. Challinger, Y., Julious, S., Watson, R., Philp, I. (1995). Quality of care, quality of life and the relationship between them in long-term care institutions for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 883-888.
3. Lawton, M. P. (1997). Measures of quality of life and subjective well-being. *Generations*, 2, 45-47.
4. The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46(12), 1569-85.
5. World Health Organization. (1946). Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). Biblioteca Virtual de Direitos Humanos – Universidade de São Paulo (USP). Nova Iorque: [s.n.], 22 jul. 1946.
6. Banz, V.M., Inderbitzin, D., Fankhauser, R., Studer, P., Candinas, D. (2009). Long-term quality of life after hepatic resection: health is not simply the absence of disease. *World J Surg*, 33(7):1473-80.
7. Ebrahim, S. (1995). Clinical and Public Health Perspectives and Applications of Health-Related Quality of Life Measurement. *Soc Sci Med*, 41(10), 1383-94.
8. Ware, J.J., Dewey, J. (2000). Health status and outcome assessment tools. *Int J Health Educ*, 3, 138-48.
9. Trindade, L.L., Lautert, L. (2010). Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 44(2), 274-279.

10. Seidl, E.M.F., Zannon, C.M.LC.(2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20 (2), 580-588.
11. Robinson, F.P. (2004). Measurement of quality of life in HIV disease. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 15(5 Suppl):14S-19S.
12. Watson, R., Wang, W., Thompsons, D.R (2014). Violations of local stochastic independence exaggerate scalability in Mokken scaling analysis of the Chinese Mandarin SF-36. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12,149.
13. Teke, F., Bucaktepe, P., Kibrıslı, E., Demir, M., Ibiloglu, A., Inal, A. (2016). Quality of Life, psychological burden, and sleep quality in patients with brain metastasis undergoing whole brain radiation therapy. *Clin J Oncol Nurs*, 20(5), AE-2.
14. Hussain, A.I., Garratt, A.M., Beitnes, J.O., Gullestad, L., Pettersen, K.I.(2016). Validity of standard gamble utilities in patients referred for aortic valve replacement. *Qual Life Res*, 25(7),1703-12.
15. Fogaça, M. C.; Carvalho, W. B.; Martins, L. A. N. (2010). Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 44 (3), 708-712.
16. Lopes, C.C.P., Ribeiro, T.P., Martinho, N.J. (2012). Síndrome de Burnout e sua relação com a ausência de qualidade de vida no trabalho do enfermeiro. *Enfermagem em Foco*, 3(2):97-101
17. Motamed-Jahromi, M., Fereidouni, Z., Dehghan, A. (2017). Effectiveness of Positive Thinking Training Program on Nurses' Quality of Work Life through Smartphone Applications. *International Scholarly Research Notices*. DOI: <https://doi.org/10.1155/2017/4965816>

18. Lambert, E., Hogan, N., Barton, S. (2001). The impact of job satisfaction on turnover intent: a test of a structural measurement model using a national sample of workers. *Soc Sci J*, 38, 233-250.
19. DiMeglio, K., Padula, C., Piatek, C., Korber S., Barrett, A., Ducharme, M., Lucas, S., Piermont, N., Joyal, E., DeNicola, V., Corry, K. (2005). Group cohesion and nurse satisfaction: examination of a team building approach. *J Nurs Staff Dev*, 35: 110-120.
20. Rambur, B., McIntosh, B., Palumbo, M.V., Reinier, K (2005). Education as a determinant of career retention and job satisfaction among registered nurses. *J Nurs Schol*, 37: 185-192.
21. Monroe, M., Wofford, L. (2017). Open Visitation and Nurse Job Satisfaction: An Integrative Review. *J Clin Nurs*. DOI: 10.1111/jocn.13919
22. Ning, S., Zhong, H., Libo, W., Qiujie, L. (2009). The impact of nurse empowerment on job satisfaction. *J Adv Nurs*, 65, 2642-2648.
23. Burtson, P.L., Stichler, J.F (2010). Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. *J Adv Nurs*, 66: 1819-1831.
24. Szecsenyi, J., Goetz, K., Campbell, S., Broge, B., Reuschenbach, B., Wensig, M (2011). Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *BMJ Qual Saf*, 20, 508-514.
25. Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T., Tishelman, C., Scott A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I.S., Smith, H.L., Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344.

26. Van Bogaert, P., Clarke, S., Roelant, E., Meulemans, H., Van de Heyning, P (2010). Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modeling approach. *J Clin Nurs*, 19, 1664–1674.
27. Hinno, S., Partanen, P., Vehviläinen-Julkunen, K (2011). Hospital nurses' work environment, quality of care provided and career plans. *J Nurs Rev*, 58: 255-262.
28. Zhang, Y. L.M., Liu, K., Zheng, J., Fang, J.B., Lu, M.M., Lv, A.L., Ma, W.G., Wang, J., Wang, S.H., Wu, X., Zhu, X.W., Bu, X.Q.(2014). The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. *Nursing Outlook*, 62(2),128-137.
29. Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-83.
30. Ciconelli, R.M., Ferraz, M.B., Santos, W., Meinão, I., Quaresma, M.R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev. Bras. Reumatol*, 39 (3),143-150.
31. Meliá, J. L., Peiró, J. M. (1989). La medida de la satisfacción laboral em contextos organizacionales: el Cuestionario de Satisfacción S20/23. *Psicologemas*, 3 (5), 59-74.
32. Carlotto, M. S., Câmara, S. G. (2008). Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Psico-PUCRS*, 39(2), 152-158.
33. Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2007). Using multivariate statistics (5^a ed.). Boston: Pearson Education.

34. Mendonça, T.M., Terreri, M.T., Silva, C.H., Neto, M.B., Pinto, R.R., Natour, J., Len, C.A (2013). Effects of Pilates exercises on health-related quality of life in individuals with juvenile idiopathic arthritis. *Arch Phys Med Rehabil*, Epub 94(11), 2093-102. DOI:10.1016/j.apmr.2013.05.026.
35. Hair, J. R. et al. Multivariate data analysis. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall, 2006.
36. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
37. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Censo 2010. Available from: URL: <http://censo2010.ibge.gov.br>.
38. Alves, D.F., Guirardello, E.B. (2016). Safety climate, emotional exhaustion and job satisfaction among Brazilian paediatric professional nurses. *Int Nurs Rev*, 63(3), 328-35.
39. Serranheira, F., Sousa-Uva M., Sousa-Uva, A. (2015). Hospital nurses tasks and work-related musculoskeletal disorders symptoms: A detailed analysis. *Work*. 51(3),401-9.
40. Grosch, J.W., Caruso, C.C., Rosa, R.R., Sauter, S.L. (2006). Long hours of work in the U.S.: associations with demographic and organizational characteristics, psychosocial working conditions, and health. *Am J Ind Med*, 49(11),943-52.
41. Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca,R., Tebe, C., Domingo, Salvany, A., Alonso J. (2006). Gender differences in health quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. *Soc Sci Med*. 63,2367–2380.

42. Fischer, FM., Martinez, MC. (2012). Work ability among hospital food service professionals: Multiple associated variables require comprehensive intervention. *Work*,41(Suppl. 1), 3746- 52.
43. Da Silva, FJ., Felli, VE., Martinez, MC., Mininel, VA., Ratier, AP. (2015). Association between work ability and fatigue in Brazilian nursing workers. *Work*. 53(1),225-32.
44. Van Nguyen, T., Van Nguyen, H., Duc Nguyen, T., Van Nguyen, T., The Nguyen. T. (2017). Difference in quality of life and associated factors among the elderly in rural Vietnam. *J Prev Med Hyg*, 58(1), 63-71.
45. Apidechkul, T. (2011). Comparison of quality of life and mental health among elderly people in rural and suburban areas, Thailand. *South Asian J. Tropical Med Public Health*, 42,1282–1292.
46. Gold: Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2013.
47. Kristenson, M. (2012). Impact of socioeconomic determinants on psychosocial factors and lifestyle - implications for health service: The Swedish experience. *Soc Sci Med*, 74(5),661-4.
48. Schmidt, D.R.C., Dantas, R.A.S., Marziale, M.H.P.(2011).Anxiety and depression among nursing professionals who work in surgical units. *Rev. esc. enferm. USP*,45 (2),487-493.
49. World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
50. Bieber, C., Muller, K.G., Blumenstiel, k., Schneider, A., Richter, A., Wilke, S. (2006). Long-term effects of a shared decision-making intervention on physicianpatient interaction and outcome in fibromyalgia. A qualitative and

quantitative 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*, 63:357–66.

51. Fellowes, D., Wilkinson, S., Moore, P. (2004). Communication skills training for healthcare professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database Syst Rev*, 2:CD003751.

52. Wong, C.A., Cummings, G.G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *J Nurs Manag*, 15(5):508–21.

53. Chapman, D. K., Collingridge, D. S., Mitchell, L. A., Wright, E. S., Hopkins, R. O., Butler, J. M., & Brown, S. M. (2016). Satisfaction with elimination of all visitation restrictions in a mixed-profile intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 25(1), 46-50.

54. World Health Organization. (2010). Reducing risks and preventing disease: population-wide interventions. WHO; 2010.

55. Urbaneto, J.S., Silva, P.C., Hoffmeister, E., Negri, B.S., Costa, B.E.P., Figueiredo, C.E.P. (2011). Workplace stress in nursing workers from an emergency hospital: Job Stress Scale analysis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(5),1122-31.

56. World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals.

57. Horoho, P.D. (2013). A system for health: essential element of national security US Army Med. *Dep. J.* 4–5.

58. Han, K., Trinkoff, A.M., Storr, C.L., Geiger-Brown, J., Johnson, K.L., Park, S.Horoho, P.D. A system for health: essential element of national security US Army Med. *Dep. J.* 4–5, 2013.

59. Järvelin-Pasanen, S., Ropponen, A., Tarvainen, M.P., Karjalainen, P.A., Louhevaara, V. (2013). Differences in heart rate variability of female nurses between and within normal and extended work shifts *Ind. Health*, 51 (2).154–164.
60. Almajwal, A.M. (2015). Correlations of physical activity, body mass index, shift duty, and selected eating habits among nurses in riyadh, Saudi Arabia. *Ecol. Food Nutr.*, 54 (4), 397–417.
61. Albert, N.M., Butler, R., Sorrell, J. (2014). Factors Related to Healthy Diet and Physical Activity in Hospital-Based Clinical Nurses. *Online J Issues Nurs.* 30;19(3),5.
62. Perry, L., Gallagher, R., Duffield, C. (2015). The health and health behaviours of Australian metropolitan nurses: an exploratory study. *BMC Nurs*, 3(14),45. doi: 10.1186/s12912-015-0091-9.
63. Department of Health. Australia's Physical Activity and Sedentary Behaviour Guidelines Commonwealth of Australia, Canberra (2014).
64. Ahmad, W., Taggart, F., Shafique, M.S., Muzafar, Y., Abidi, S., Ghani, N., Malik, Z., Zahid, T., Waqas, A., Ghaffar, N. (2015). Diet, exercise and mental-wellbeing of healthcare professionals (doctors, dentists and nurses) in Pakistan. *Peer J.*, 3 (9) 13 p.
65. Jung, H.-S., Lee, B. (2015). Contributors to shift work tolerance in South Korean nurses working rotating shift. *Appl. Nurs. Res.*, 28 (2), 150–155.
66. Wei-Wen, L., Feng-Chuan, P., Pei-Chi, W., Sen-Ji, C., Su-Hui, L. (2010). Job Stressors and Coping Mechanisms among Emergency Department Nurses in the Armed Force Hospitals of Taiwan. *Int J Human Soc, Scis*, 5:10.

67. Delamaire, M., Lafortune, G. (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. *OECD Health Working Papers*, No. 54, OECD Publishing, Paris.
68. Wu, S., Zhu, W., Wang, Z., Wang, M., Lan, Y. (2007). Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *J Adv Nurs*, 59(3): 233-9.
69. Meneghini, F., Paz, A.A., Lautert, L. (2011). Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto – Enferm*, 20(2): 225-33.
70. Guler, N., Kuzu, F. (2009). The health-related quality of life of the health professionals working in the primary healthcare centers and its correlation with selected sociodemographic factors in Sivas, a central Anatolian city. *Sci. Res. Essays*, 4 (12): 1547-1552.
71. Ioannou, P., Katsikavali, V., Galanis, P., Velonakis, E., Papadatou, D., Sourtzi, P. (2015). Impact of Job Satisfaction on Greek Nurses' Health-Related Quality of Life. *Saf Health Work*. Dec; 6(4):324-8.

Tables legends

Table 1. Descriptive analysis of the study participants.

*N0 = number; MW =minimum wages (per month); *According to Student's T test; **Binomial test;***Chi-square test.*

Table 2. Mean scores on the quality of life of nurses (male: n = 3); Female (n = 47) and nursing technicians (male: n = 2); (Female: n = 55)

F = Female; M = Male; SD = Standard Deviation; Tec. = Technician; FC = Functional Capacity; PA = Physical Aspects Limitation; Pain = Pain; GHS= General Health State; VT = Vitality; SA= Social Aspects Limitation; EA = Emotional Aspects Limitation; MH = Mental Health; MENCOM = MentalComponent; PHYCOM = Physical Component.; d[†] =Cohen's d; NC= Not calculated

Table 3. Average quality of life scores of nurses (n = 50) and Nursing (n = 57) in general and according to gender.

G = General; F =Female; M = Male; SD = Standard Deviation; Tec. = Technician; FC = Functional Capacity; PA = Physical Aspects Limitation; Pain = Pain; GHS= General Health State; VT = Vitality; SA= Social Aspects Limitation; EA = Emotional Aspects Limitation; MH = Mental Health; MENCOM = Mental Component; PHYCOM = Physical Component; d[†] =Cohen's d; NC= Not calculated

Table 4. Global and domains score (general and according to sex) of S20/23 Job Satisfaction Questionnaire.

G = General; F = Female; M = Male; SD = Standard Deviation; Tec = Technician; IWS = Intrinsic Work Satisfaction; PWES = Physical Working Environment Satisfaction; HRS = Hierarchical Relations Satisfaction; GWS= General Work Satisfaction; d[†] =Cohen's d.

Table 5. Score of the domains and overall of the job satisfaction questionnaire (S20 / 23) of nurses and nursing technicians according to gender.

F = Female; M = Male; SD = Standard Deviation; IWS = Intrinsic Work Satisfaction; PWES = Physical Working Environment Satisfaction; HRS = Hierarchical Relations Satisfaction; GWS= General Work Satisfaction; d[†] =Cohen's d.

Table 6. Correlations between SF-36 domains and components and S20/23 domains and the sociodemographic variables of the study participants general sample (n=107).

FC = Functional Capacity; PA = Physical Aspects Limitation; Pain = Pain; GHS= General Health State; VT = Vitality; SA= Social Aspects Limitation; EA = Emotional Aspects Limitation; MH = Mental Health; MENCOM = Mental Component; PHYCOM = Physical Component; Mar. Status = Marital Status; NO = number; C. Pain = Chronical Pain; Act. = Activity; IWS = Intrinsic Work Satisfaction; PWES = Physical Working Environment Satisfaction; HRS = Hierarchical Relations Satisfaction; GWS= General Work Satisfaction.

Table 7. Multiple regression stepwise analysis in the analysis of the effect of variables moderately correlated with SF-36 domains of the study participants (n = 107).

FC = Functional Capacity; VT = Vitality; GHS= General Health State; MH = Mental Health; VIF=Variance Inflation Factor.

Variable	Nurse (n=50)	Nursing Technician (n=57)	P _{value}
Age, m (SD)	33,7	41,8	0,000*
Working time (months)	63,2	138,4	0,000*
Sex n (%)			
Female	47 (94)	55 (96,5)	0,000**
Marital status, n(%)			
Single	14 (28)	7 (12,3)	0,000***
Married	33 (66)	29 (50,9)	
Divorced	1 (2)	9 (15,8)	
Stable Union	2 (4)	9 (15,8)	
Widow		3 (5,3)	
Nº of jobs, n(%)			
1	41 (82)	49 (86)	0,000***
>1	9 (18)	8(14)	
Working Category, n(%)			
Civil servant	21 (42,0)	29 (50)	0,562
Others	29 (58)	28 (49)	
Chronical disease, n(%)			
Absent	42 (84)	46 (80,7)	0,000**
Income, n(%)			
Up to 3 MW	25 (50,0)	51 (89,5)	0,000**
> 3 MW	25 (50,0)	6 (10,5)	
Physical activity, n(%)			
YES	32 (64)	47 (82,5)	0,000***

Table 1

Variable	F	M	P _{value}	d ^f
	m ± SD			
Nurse				
FC	17,3 ± 2,5	93,3 ±7,6	0,967	13,4
PA	25,6 ± 3,7	93,8 ±10,8	0,78	8,5
PAIN	20,9 ± 3	69,3± 12,7	0,227	5,4
GHS	17,5 ± 2,6	63 ±14,9	-0,049	1,5
VT	17 ± 2,5	56,3 ± 6,3	-0,227	11,4
SA	21,3 ± 3,1	83,3 ±14,4	0,645	5,9
EA	25,3± 3,7	100 ± 0	1,046	NC
MH	17,3 ± 2,5	70,0 ±13,2	0,364	1,1
MENCOM	9,3 ± 1,4	50,2± 4,2	0,533	13,1
PHYCOM	6,7 ± 1	52,6± 2,2	0,42	29,5
Nurse Tec				
FC	28,2 ± 3,8	72,5± 17,7	0,065	3,5
PA	29,9 ± 4	87,5 ± 17,7	0,319	4,6
PAIN	21 ± 2,8	63 ± 15,6	-0,247	0,4
GHS	13,6 ± 1,8	52± 21,2	-0,715	0,6
VT	17,1 ± 2,3	53,1± 4,4	-0,914	10,3
SA	21,8 ± 2,9	75 ± 17,7	-0,16	1,1
EA	27,9 ± 3,8	66,7± 47,1	-0,773	1,2
MH	18,7 ± 2,5	60 ± 7,1	-0,948	2,4
MENCOM	8,1 ± 1,1	50,2 ± 6,5	0,396	9,1
PHYCOM	10,7 ± 1,4	42,8 ± 5,1	-1,022	8,6

Table 2

Variable	Category	Nurse	Nursing Technician	P _{value}	d [†]
		m±SD	m±SD		
FC	G	84,1 ± 17	71,2 ± 27,8	0,005	0,7
	F	83,5 ± 17,4	71,2 ± 28,2	0,011	0,5
	M	93,3 ± 7,6	72,5 ± 17,70	0,152	0,2
PA	G	82,8 ± 25,1	80,9 ± 29,5	0,732	0,1
	F	82,0 ± 25,6	80,7 ± 29,9	0,807	0,0
	M	93,8 ± 10,8	87,5 ± 17,7	0,647	0,4
PAIN	G	66,7 ± 20,4	66,6 ± 20,8	0,975	0,0
	F	66,6 ± 20,9	66,7 ± 21	0,967	0,0
	M	69,3 ± 12,7	63,0 ± 15,6	0,648	0,4
GHS	G	63,5 ± 17,2	58,8 ± 13,7	0,124	0,3
	F	63,5 ± 17,5	59,1 ± 13,6	0,155	0,3
	M	63,0 ± 14,9	52,0 ± 21,2	0,536	0,6
VT	G	58,4 ± 16,5	63,9 ± 16,9	0,092	0,3
	F	58,5 ± 17	64,3 ± 17,1	0,092	0,5
	M	56,3 ± 6,3	53,1 ± 4,4	0,591	0,6
SA	G	75,8 ± 20,9	77,4 ± 21,6	0,687	0,1
	F	75,3 ± 21,3	77,5 ± 21,8	0,603	0,1
	M	83,3 ± 14,4	75,0 ± 17,7	0,599	0,5
EA	G	85,5 ± 24,8	81,9 ± 28,2	0,484	0,1
	F	84,6 ± 25,3	82,4 ± 27,9	0,686	0,1
	M	100,0 ± 0	66,7 ± 47,1	0,272	NC
MH	G	66,5 ± 17	72,2 ± 18,5	0,102	0,4
	F	66,3 ± 17,3	72,6 ± 18,7	0,079	0,3
	M	70,0 ± 13,2	60,0 ± 7,1	0,413	0,9
MENCOM	G	47,5 ± 9	47,9 ± 8	0,787	0,5
	F	47,3 ± 9,3	47,9 ± 8,1	0,754	0,1
	M	50,2 ± 4,2	50,2 ± 6,5	0,992	0,0
PHYCOM	G	51,1 ± 6,5	50,4 ± 10,6	0,676	0,1
	F	51,0 ± 6,7	50,6 ± 10,7	0,845	0,0
	M	52,6 ± 2,2	42,8 ± 5,1	0,052	2,495.247

Table 3

Variable	Category	Nurse (n =50)	Nursing Technician	p _{value}	d^f
		m±SD	m±SD		
IWS	G	74,1 ± 19,4	69,1 ± 17,8	0,173	0,3
	F	73,2 ± 19,7	69,7 ± 17,8	0,358	0,2
PWES	M	88,3 ± 5,8	52,5 ± 3,5	0,005	7,5
	G	70,1 ± 25,5	63,5 ± 24,8	0,180	0,3
	F	68,3 ± 25,4	64,0 ± 24,8	0,386	0,2
HRS	M	97,3 ± 2,3	50,0 ± 25,5	0,029	2,6
	G	74,5 ± 20,2	71,1 ± 19,2	0,372	0,2
	F	74,1 ± 20,6	71,7 ± 19,3	0,537	0,1
	M	81,2 ± 12,1	56,4 ± 12,9	0,115	2,0
GWS	G	62,2 ± 13,8	58,2 ± 12,8	0,121	0,3
	F	61,3 ± 13,7	58,6 ± 12,8	0,292	0,2
	M	76,1 ± 4,4	48,8 ± 12,8	0,035	2,9

Table 4

Variable	F	M	P _{value}	d ^f
	m ± SD			
Nurse				
IWS	19,7 ± 2,9	88,3 ± 5,8	1,322	14,9
PWES	25,4 ± 3,7	97, 3 ± 2,3	1,96	23,4
HRS	20,6 ± 3	81,2 ± 12,1	0,586	7,9
GWS	13,7 ± 2	76,1 ± 4,4	1,842	20,1
Nurse Technician				
IWS	17,8 ± 2,4	52,5 ± 3,5	-1,358	11,6
PWES	24,8 ± 3,3	50 ± 25,5	-0,783	1,1
HRS	19,3 ± 2,6	56,4 ± 12,9	-1,109	3,9
GWS	12,8 ± 1,7	48,8 ± 12,8	-1,064	3,9

Table 5

Variables	Category	Sex	Age	Mar. Status	N° Jobs	Working Category	Chronical Disease	Income	Phys. Activity	Working Time	IWS	PWES	HRS	GWS
<i>FC</i>	-,267**	-0,071	-0,155	-0,158	0,119	-0,01	0,003	,193*	-0,168	-,218*	0,055	0,019	-0,045	-0,009
<i>PA</i>	-0,033	-0,077	0,075	-0,01	,191*	-0,038	0,138	-0,026	0,126	-0,14	0,023	-0,034	0,013	-0,01
<i>PAIN</i>	-0,003	-0,002	-0,025	-0,019	0,183	-0,025	0,034	0,009	-0,023	-0,04	-0,008	-0,144	0,089	-0,048
<i>GHS</i>	-0,15	0,034	-,191*	-0,112	0,048	-0,12	,222*	0,02	-0,001	-0,116	-0,068	-0,079	0,077	-0,019
<i>VT</i>	0,163	0,083	,268**	0,027	0,126	-0,067	0,158	-,223*	-0,058	,198*	-0,001	-0,099	-0,023	-0,081
<i>SA</i>	0,039	-0,035	0,089	-0,067	0,148	0,006	,210*	-0,16	-0,116	-0,025	-0,028	-0,125	-0,089	-0,111
<i>EA</i>	-0,068	-0,026	0,097	-0,161	0,093	0,132	,266**	-0,032	-0,043	-0,048	0,044	-0,172	-0,047	-0,125
<i>MH</i>	0,159	0,044	,227*	0,084	0,183	-0,072	0,104	-,225*	-0,136	0,143	-0,027	-0,095	-0,011	-0,075
<i>MENCOM</i>	0,026	-0,065	0,083	0,066	0,105	0,007	,253**	-0,017	-0,037	-0,121	-0,07	-0,041	-0,049	-0,048
<i>PHYCOM</i>	-0,041	0,05	0,051	-0,156	0,164	-0,037	0,039	-0,112	-0,069	0,074	0,07	-0,145	0,028	-0,08

Table 6

Dependent Variables	Independent Variables	Constant	R ²	Adjusted R ²	β	p _{value} β	F	p _{value} F	VIF
FC		88,1	0,09	0,06				0,020	
	Category				-8,7	0,112	3,4		1,4
	Income				4,5	0,422			1,3
	Working time				-0,03	0,258			1,3
VT		54,4	0,09	0,07			3,6	0,001	
	Age				0,4	0,01			1,1
	Income				-5,7	0,211			1,5
GHS	Working time				0,1	0,498			1,6
		56,6	0,08	0,07			4,7	0,01	
	Age				-0,3	0,05			1,0
SM	Chronical Disease				8,8	0,02			1,0
		54,8	0,06	0,05					
	Age				0,4	0,010	3,6	0,032	1,2
	Chronical Disease				5,2	0,139			1,1

Table 7