



ORIGINAL ARTICLE

QUALITY OF LIFE OF THREE HEALTH CARE WORKERS CATEGORIES IN A HOSPITAL IN MINAS GERAIS, BRAZIL

QUALIDADE DE VIDA DE TRÊS CATEGORIAS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UM HOSPITAL DE MINAS GERAIS, BRASIL

CALIDAD DE VIDA DE TRES CATEGORIAS PROFESIONALES DE LA SALUD DE UN HOSPITAL EN MINAS GERAIS, BRASIL

Josiane Costa Sales¹, Carolina Marques Borges², Odete Vicente Moreira Alves³, Livia Wagner Paes⁴, Ana Cristina Viana Campos⁵

ABSTRACT

Objective: investigate the quality of life of three health care workers in a philanthropic Hospital in Minas Gerais. **Method:** this is about a descriptive study, from transversal design (n=27) with nurses, doctors and physiotherapists whom work in a philanthropic Hospital in Minas Gerais. The valid and reliable Portuguese WHOQOL-bref version was used as a tool to measure quality of life. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Brazil with protocol number 1662.0.000.213-0. **Results:** dichotomization of all WHOQoL scores based on respective medians showed that most of professionals had partial scores under it: Physic (55.6%), Psychology (63.0%), Social (74.1%) and Environmental (70.4%). **Conclusions:** measurement of health care workers' quality of life suggests low quality of life among them, however due descriptive study design it was not possible to consider none comparison among the three health care worker's categories. **Descriptors:** quality if life; professional practice; intensive care units.

RESUMO

Objetivo: investigar a qualidade de vida de três categorias profissionais da saúde de um hospital filantrópico de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil. **Método:** trata-se de estudo transversal descritivo (n=27) com enfermeiros, médicos e fisioterapeutas de um Hospital Filantrópico no interior de Minas Gerais. O instrumento utilizado para mensurar a qualidade de vida foi o World Health Organization Quality Of Life na sua versão abreviada traduzida e validada para o português, mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) - 1662.0.000.213-0. **Resultados:** a dicotomização dos escores do WHOQoL feitas pelas respectivas medianas mostrou que a maioria dos profissionais apresentou escore parcial abaixo da mediana, Físico (55,6%), Psicológico (63,0%), Social (74,1%) e Ambiental (70,4%). **Conclusão:** a mensuração da qualidade de vida dos profissionais de saúde entrevistados sugere uma baixa qualidade de vida dos mesmos, no entanto devido ao caráter descritivo do estudo nao foi possivel realizar nenhum tipo de comparação entre as três categorias profissionais. **Descritores:** qualidade de vida; pratica profissional; unidades de terapia intensiva.

RESUMEN

Objetivo: investigar la calidad de vida de las tres categorías de profesionales de la salud de un hospital filantrópico de Minas Gerais. **Método:** estudio descriptivo transversal (n=27) con las enfermeras, médicos y terapeutas en un hospital de beneficencia en el estado de Minas Gerais. El instrumento utilizado para medir la calidad de vida era la de la Organización Mundial de la Salud la calidad de vida en su versión abreviada traducido y validado por los portugueses. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais con el numero de protocolo 1662.0.000.213-0. **Resultados:** La dicotomía de la WHOQOL realizados por sus medianas mostraron que la mayoría de los profesionales tenían una puntuación parcial por debajo de la mediana, físico (55,6%), psicológico (63,0%), sociales (74,1%) y Medio Ambiente (70,4%). **Conclusión:** La medición de la calidad de vida de los profesionales de la salud sugiere una menor calidad de vida para nosotros mismos, sin embargo debido a la naturaleza descriptiva de este estudio no fue posible hacer una comparación entre las tres categorías profesionales. **Descriptores:** calidad de vida, práctica profesional; unidades de terapia intensiva.

¹Enfermeira, especialista em Enfermagem Unidade Terapia Intensiva, Instituto de Educação Continuada, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: josii.sales@hotmail.com; ²Cirurgiã-Dentista, Doutoranda em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: carolmborges@yahoo.com.br; ³Enfermeira, especialista em Enfermagem Unidade Terapia Intensiva, Instituto de Educação Continuada, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: odete.moreira@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, especialista em Enfermagem Unidade Terapia Intensiva, Instituto de Educação Continuada, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: liviawp@hotmail.com; ⁵Cirurgiã-Dentista, Mestranda em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: hannakaxyss@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) foram criadas a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração dos recursos humanos para atender aos pacientes graves, em estado crítico e com necessidade de observação constante, mas tido ainda como recuperáveis. O trabalho na UTI é complexo e intenso, devendo o profissional estar preparado para, a qualquer momento, atender pacientes com alterações hemodinâmicas importantes as quais requerem conhecimento específico e grande habilidade para tomar decisões assim como programá-las em tempo hábil.¹

O ambiente hospitalar é considerado insalubre e local propenso para o adoecimento dos próprios profissionais de saúde devido à freqüente exposição aos riscos de acidentes e doenças. Vive-se, neste terceiro milênio, um período de aumento constante da tecnologia hospitalar. Em meio aos diversos fatores estressantes, fazem-se necessários cuidados da saúde física e mental da equipe de saúde a fim de evitar, por exemplo, baixa produtividade e ou doenças crônicas cujas conseqüências podem prejudicar a qualidade de vida destes profissionais.²

A qualidade de vida é uma condição humana que abrange vários significados e engloba experiências e valores de indivíduos e sociedades.³ Não há um consenso na literatura científica sobre o conceito do termo *Qualidade de Vida*, no entanto o presente estudo adotou a definição da Organização Mundial da Saúde que considera a qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.⁴

O local de trabalho pode ser considerado um dos elementos-chave para a compreensão da qualidade de vida dos profissionais, pois esta uma vez comprometida pode refletir negativamente no posicionamento das pessoas diante da rotina diária do trabalho como o absenteísmo, por exemplo.⁵

Frente a essas questões, a motivação para a presente pesquisa surgiu do pré-suposto de que a qualidade de vida de profissionais de saúde que trabalham em Unidades de Tratamento Intensivo é pior do que a qualidade de vida de profissionais de saúde que trabalham em outro setor de internação. Dessa maneira, o objetivo deste estudo foi descrever a qualidade de vida de três categorias profissionais que atuavam na UTI ou em setores de internação não especificados

em um hospital Filantrópico do Estado de Minas Gerais.

MÉTODO

O desenho epidemiológico deste estudo foi transversal descritivo com a utilização de dados primários. A população de referência foi composta por todos os enfermeiros, médicos e fisioterapeutas que atuavam na Unidade de Tratamento Intensivo ou em unidade de internação não especificada de um hospital Filantrópico de Minas Gerais.

Todos os profissionais de saúde (n=32) com curso superior enfermagem, fisioterapia e medicina e que trabalhavam em pelo menos um ou ambos os setores supracitados foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária. A taxa de resposta foi igual a 84,4%, podendo ser considerada satisfatória e representativa da população estudada. A amostra foi formada por n=27 profissionais de três categorias, a saber: treze enfermeiros, sete fisioterapeutas e sete médicos.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo informações completas referentes aos objetivos e às justificativas do estudo. É válido destacar que foram respeitados os preceitos éticos, conforme a Resolução 196/96, que determina as diretrizes das pesquisas envolvendo seres humanos.⁶

Mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) - 1662.0.000.213-09, a coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2009 sob forma de entrevista estruturada e em sala reservada nas dependências do próprio hospital.

O instrumento utilizado para mensurar a qualidade de vida foi o World Health Organization Quality Of Life (WHOQoL-100), na sua versão abreviada traduzida e validada para o português, o WHOQoL-bref, desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - Grupo WHOQoL, para estudos epidemiológicos sobre avaliação de qualidade de vida⁷. A necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão mais curta.

O WHOQoL-bref possui 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, diferente do WHOQoL-100 em que cada

Sales JC, Borges CM, Alves OVM et al.

uma das 24 facetas é avaliada a partir de 04 questões, no WHOQoL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes.⁷

No presente estudo, considerou-se como desfecho cada um dos quatro domínios do WHOQoL que foram dicotomizados segundo a mediana dos seus respectivos escores, a saber: físico (≤ 57,14 e > 57,14), psicológico (≤ 75,00 e > 75,00), social (≤ 75,00 e > 75,00) e ambiental (≤ 71,88 e > 71,88).

As variáveis independentes estudadas foram: sexo (masculino ou feminino); idade dicotomizada segundo mediana (≤29 ou >29 anos); estado civil (solteiro, casado ou divorciado); formação profissional (enfermeiro, fisioterapeuta ou médico); pós-graduação (nenhuma, especialização, mestrado ou doutorado); turno de trabalho (manhã, tarde, noite ou mais de um turno); setor de trabalho no hospital (UTI, unidade de internação não especificada, ambos); outro emprego (sim ou não).

A construção do banco de dados assim como a realização da estatística descritiva foi

Quality of life of three health care workers categories...

conduzida através do pacote estatístico SPSS versão 17.0. Em um primeiro momento, verificou-se a distribuição de todas as variáveis numéricas (valores mínimo e máximo, média e mediana, desvio padrão da média e porcentagem) e nominais. Seguiu-se com a recategorização de cada um dos quatro domínios do WHOQoL em variáveis binárias, segundo o valor das respectivas medianas.

RESULTADOS

A Tabela 01 apresenta a distribuição das variáveis independentes ou exploratórias na amostra. Verificou-se que 74,1% dos entrevistados eram do sexo feminino e 51,9% eram solteiros. Com relação à formação profissional, treze eram enfermeiros, sete médicos e sete fisioterapeutas e, a maioria possuía especialização (70,1%). No que se refere ao setor de trabalho, 44,4% trabalhavam somente na UTI, 48,1% exclusivamente na UIA e apenas dois profissionais trabalhavam em ambos os setores. Ainda assim, 19 (70,4%) profissionais afirmaram possuir mais de um emprego e 13 (48,1%) deles trabalhavam em mais de um turno.

Tabela 01. Distribuição na amostra das variáveis exploratórias investigadas. Hospital Filantrópico, Minas Gerais. 2009 (N=27).

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	07	25,9
Feminino	20	74,1
Idade		
≤ 29 anos	15	56,6
> 29 anos	12	44,4
Estado Civil		
Solteiro	14	51,9
Casado	12	44,4
Divorciado	01	3,7
Formação Profissional		
Médico	07	25,9
Fisioterapeuta	07	25,9
Enfermeiro	13	48,1
Pós-Graduação		
Nenhuma	05	18,5
Especialização	19	70,4
Mestrado	02	7,4
Doutorado	01	3,7
Turno Trabalho		
Manhã	03	11,1
Tarde	04	14,8
Noite	07	25,9
Mais de um turno	13	48,1
Setor Trabalha Hospital		
Unidade Terapia Intensiva	12	44,4
Unidade de Internação	13	48,1
Ambos	02	7,4
Outro Emprego		
Sim	19	70,4
Não	08	29,6

A tabela 02 apresenta as médias observadas em cada domínio do WHOQoL: 57,94 (Físico), 72,22 (Psicológico), 73,46 (Social) e 73,46 (Ambiental). Os maiores escores foram observados no domínio Psicológico e Social,

91,67 e 100,00, respectivamente. Entretanto, o menor valor verificado também foi no domínio Social (25,00) seguido pelo domínio Físico (28,57).

Tabela 02. Domínios do WHOQoL-bref (físico, psicológico, social e ambiental) segundo valores mínimo, máximo, média e desvio padrão. Hospital Filantrópico, Minas Gerais. 2009 (N=27).

Domínios WHOQoL-bref	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Físico	28,57	71,43	57,94	±9,57
Psicológico	37,50	91,67	72,22	± 11,67
Social	25,00	100,00	73,46	± 16,51
Ambiental	31,25	84,38	67,01	± 11,74

A maioria dos profissionais apresentou escore parcial abaixo da mediana, Físico (55,6%), Psicológico (63,0%), Social (74,1%) e Ambiental (70,4%). Essa comparação dos

escores quando feita entre os setores de trabalho revelou mínimas diferenças (Tabela 3).

Tabela 03. Domínios do WHOQoL-bref (físico, psicológico, social e ambiental) segundo medianas dos respectivos escores por setor de trabalho. Hospital Filantrópico, Minas Gerais, 2009 (N=27).

Domínio	N			%
	UTI*	UIA**	Ambos	Total
Físico				
≤ 57,14	05	06	01	55,6
> 57,14	07	07	01	44,4
Psicológico				
≤ 75,00	04	05	01	63,0
> 75,00	08	08	01	37,0
Social				
≤ 75,00	02	04	01	74,1
> 75,00	10	09	01	25,9
Ambiental				
≤ 71,88	04	03	01	70,4
> 71,88	08	10	01	29,6

* UTI: Unidade de Terapia Intensiva **UIA: Unidade Internação Adulto

DISCUSSÃO

Participaram do presente estudo vinte e sete profissionais de saúde de três categorias distintas e com curso superior (enfermeiros, médicos e fisioterapeutas). No que se refere à mensuração da qualidade de vida dos profissionais de saúde investigados, o resultado do presente estudo evidenciou que a maioria obteve escores inferiores à mediana em todas as dimensões, sugerindo baixa qualidade de vida destes trabalhadores (média dos domínios - Físico: 57,94 / Psicológico: 72,22/ Social: 73,46 e Ambiental: 67,01).

Em um estudo realizado no estado de São Paulo se verificou baixa qualidade de vida entre 126 enfermeiros de nove Unidades de Terapia Intensiva, porém os valores das médias das dimensões do WHOQoL foram relativamente mais baixos quando comparadas ao presente estudo.⁸ Assim como os enfermeiros, os médicos também podem apresentar baixa qualidade de vida, especialmente nos domínios psicológico e físico associados à exaustão do trabalho. Alguns fatores parecem explicar o comprometimento do bem estar psicológico de médicos como, por exemplo, limitações da vida pessoal devido às horas excessivas de trabalho e irritabilidade devido à sobrecarga de responsabilidades.⁵ Parece que essa constatação se estende, também, aos estudantes da área da saúde uma vez que a limitação do tempo livre, insatisfação com o

sono e a presença de sentimentos negativos pode se relacionar à baixa qualidade de vida.⁹

Ainda no tocante à qualidade de vida, o presente estudo verificou que quando os participantes foram separados por local de trabalho, observou-se que mais pessoas do setor de internação estavam no pior escore em todas as dimensões. Contrariando as expectativas, setores abertos são, em muitos casos, mais estressantes do que setores fechados em decorrência do ritmo de trabalho e porque na falta de vaga na UTI, pacientes graves são admitidos em enfermarias que não estão preparadas para tal. No entanto, há estudos que apontam a UTI como local de trabalho mais insalubre, portanto esperado que se obtenha maior impacto na qualidade de vida dos profissionais desse setor.¹⁰

A grande parte desses profissionais eram enfermeiras, mulheres, especialistas, jovens e solteiras. Por haver mais mulheres na amostra, tal fato pode refletir uma tendência das profissões da saúde e não apenas da enfermagem: profissões predominantemente femininas e com força de trabalho cada vez mais jovem e especializada. O Brasil elevou sua escolaridade, e a oferta de educação superior se diversificou em profissões e áreas de especialidade. No entanto, o que se percebe é uma mudança gradativa no perfil demográfico e epidemiológico; portanto, mudanças no processo de trabalho em saúde.¹¹

Sales JC, Borges CM, Alves OVM et al.

No presente estudo, grande parte dos profissionais possuía mais de um emprego e dupla jornada de trabalho. O ambiente de trabalho hospitalar tem sido considerado deletério por agrupar pacientes portadores de diversas enfermidades infectocontagiosas e viabilizar muitos procedimentos que oferecem riscos de acidentes e doenças para os profissionais da saúde.¹⁰⁻² Um estudo com enfermeiros do bloco cirúrgico revelou que a maioria possui baixos salários, longos períodos de trabalho em uma única unidade, dupla jornada, pouco tempo livre para lazer, entre outros.¹⁴

O nível de estresse profissional tem sofrido um aumento vertiginoso nos últimos anos, principalmente, em virtude dos avanços tecnológicos, das inovações da metodologia de trabalho e do aumento do volume de tarefas.^{15,16} Além disso, alguns trabalhos mostram que a presença de sintomas depressivos está negativamente correlacionada com a qualidade de vida, ou seja, quanto mais intenso o sintoma depressivo, pior é a qualidade de vida.¹³

Para a maioria das profissões de saúde, a escolha das oportunidades de emprego está ligada ao maior ou menor prestígio ocupacional e à aquisição de autonomia técnica e gerencial. Em especial para os médicos, a oferta de trabalho é muito grande, e, por isso, o simples adicional no salário não resolve o problema do provimento e fixação em empregos com menores oportunidades sociais em geral.¹¹

Entretanto, quando os profissionais de saúde desenvolvem suas atividades em diversos locais pode-se pensar que os mesmos buscam uma complementação da renda, acarretando um aumento da carga horária que pode ser considerada um fator de risco importante para os desgastes físico e psicológico. Em adição, uma jornada de trabalho desgastante, responsabilidade e situações de tensão relacionadas ao risco de morte de pacientes sob seus cuidados podem aumentar as chances de aquisição de doenças e, assim afetar diferentemente a qualidade de vida dos profissionais de saúde.¹⁷

Apesar da dinâmica de trabalho exaustivo, não são levados em consideração os problemas enfrentados pela equipe dos profissionais da saúde como as dificuldades que eles vivenciam dentro e fora do trabalho. As pessoas, em geral, e os próprios profissionais esperam, muitas vezes, que os mesmos jamais expressem os seus desprazeres no ambiente de trabalho.¹⁶ Seria mais adequado que existissem espaços próprios para o acompanhamento psicológico dos profissionais

Quality of life of three health care workers categories...

como, por exemplo, sessões individuais de terapia ou mesmo momentos em grupos para dividir alegrias e frustrações do cotidiano da clínica.

Uma das fragilidades do presente estudo foi o pequeno número de participantes (N=27) para aplicação de um instrumento psicométrico como o WHOQoL-bref. Além disso, não se pode inferir nenhum tipo de resultado uma vez que a não foi realizado nenhum teste estatístico que comprove o tamanho mínimo da amostra. Da mesma maneira, não foi possível estabelecer nenhuma comparação entre os profissionais no que se refere à qualidade de vida, pois o estudo não submeteu os dados a nenhum teste estatístico específico para comparação de resultados, tornando inconsistente qualquer conclusão nesse sentido.

Em contrapartida, o presente estudo é parte essencial na cadeia de estudos científicos uma vez que através de uma descrição criteriosa de um evento ou agravo, pode-se avançar para outros desenhos de estudos, com estatística sofisticada e de acordo com objetivos específicos. Outros pontos fortes da pesquisa se referem: 01- a utilização de um instrumento mundialmente conhecido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde para medir a qualidade de vida das pessoas; 02- a inclusão de profissionais da saúde de três categorias distintas e 03- à seriedade dos pesquisadores durante a elaboração e execução da mesma.

Devido à relevância do tema da qualidade de vida dos profissionais de saúde e número limitado de trabalhos direcionados a esta população, torna-se desejável a realização de novas investigações que considerem a diversidade da equipe multidisciplinar assim como as particularidades de cada profissão.

CONCLUSÃO

A mensuração da qualidade de vida dos profissionais de saúde entrevistados sugere uma baixa qualidade de vida dos mesmos, no entanto devido ao caráter descritivo do estudo não foi possível realizar nenhum tipo de comparação entre as três categorias profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Villa VSC, Rossi LAA. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva. Rev latinoam enferm. 2002; 10(2):136-44.

2. Carvalho L, Malagris L. Avaliação do nível de estresse em profissionais de saúde.

Sales JC, Borges CM, Alves OVM et al.

Interações estud pesqui. psicol. 2007; 7(3):570-82.

3. Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. Rev latinoam enferm. 2003; 11(4):532-38.

4. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995; 10:1403-409.

5. Schwartzmann L. Health related quality of life in medical doctors: study of a sample of Uruguayan professionals. Vertex 2007; 18 (72):103-10.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CNS – Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002. 83-91p.

7. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. Rev saúde pública. 2000; 34(2):178-83.

8. Pascoa S, Zanei SSV, IY Whitaker. Qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. Acta paul enferm. 2007; 20(3): 305-10.

9. Botti NCL, Cotta EM, Célio FA, Rodrigues TA, Araújo MD. Evaluation of the quality of life for nursing students according to WHOQoL-Bref. Rev enferm UFPE on line[periódico na internet]. 2009 Jan/Mar[acesso em 2010 Fev 01]; 3(1):9-14. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/255/251>

10. Nishide VM, Benatti MCC. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Rev Esc Enferm. USP. 2004; 38(4): 406-414.

11. Ceccim RB, Pinto LF. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. Rev bras educ méd. 2007;31(2):266-77.

12. Silva LG, Yamada KN. Estresse Ocupacional em Trabalhadores de uma Unidade de Internação de um Hospital Escola. Ciênc cuid saúde. 2008;1(7):98-105.

13. Fogaça MC, Carvalho WB, Nogueira PCK, Martins LAN. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e

Quality of life of three health care workers categories...

neonatais. Rev bras ter intensiva. 2009; 21(3):299-305.

14. Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. Rev gaúch enferm. 2006; 27(1):100-08.

15. Santos RMA, Beresin R. Quality of life of nurses in the operating room. Einstein (São Paulo). 2009; 7:152-58.

16. Ho WH, Chang CS, Shih YL, Da Liang R. Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment. BMC Health Serv Res. 2009, 9(8):1-10.

17. Carvalho L, Malagris L. Avaliação do nível de estresse em profissionais de saúde. Interações estud pesqui psicol. 2007; 7(3):570-82.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/02/02

Last received: 2010/03/17

Accepted: 2010/03/22

Publishing: 2010/07/01

Address for correspondence

Ana Cristina Viana Campos
Rua dos Jês, 151, Ap. 302, Indians
CEP: 31530-160 – Belo Horizonte, Minas
Gerais, Brasil