

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL – MG

PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PATRÍCIA DE CÁSSIA RUELA PALMIÉRI

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL GERAL DO SUL DE MINAS GERAIS**

ALFENAS/MG

2013

PATRÍCIA DE CÁSSIA RUELA PALMIÉRI

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL GERAL DO SUL DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas. Linha de pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck.

Co-orientador: Prof. Dr. Eric Batista Ferreira.

ALFENAS/MG

2013

Palmiéri, Patrícia de Cássia Ruela.

Avaliação da qualidade de vida de profissionais de enfermagem de um hospital geral do sul de Minas Gerais / Patrícia de Cássia Ruela Palmiéri. - 2013.
129 f. -

Orientadora: Zélia Marilda Rodrigues Resck.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2013.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



PATRÍCIA DE CÁSSIA RUELA PALMIÉRI

“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL GERAL DO SUL DE MINAS”.

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 21/03/2013

Prof(a). Dr(a). Zélia Marilda Rodrigues Resck
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Zmarresck

Prof(a). Dr(a). Fábio de Souza Terra
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: FabiosouzaTerra

Prof(a). Dr(a). Cristiane Aparecida Silveira
Monteiro
Instituição: PUC – Poços de Caldas

Assinatura: Cristiane

Dedico a Deus, aos meus pais, César e Marisa, e ao meu filho Victor Hugo.

AGRADECIMENTOS

Desde o início manifesto aqui minha gratidão pelo que jamais deve ser esquecido em relação ao apoio recebido de pessoas e instituições para a realização desta dissertação. Sendo assim, agradeço:

Primeiramente, aos meus pais, César e Marisa, por acreditarem em mim, investirem em meus sonhos, apoiando-me sempre, representando meu porto seguro a quem eu sempre recorro e encontro guarida. Agradeço, imensamente, pelo cuidado com meu pequeno príncipe, Victor Hugo, preenchendo minhas lacunas no papel de mãe, geradas em função do mestrado conciliado com minha dupla jornada de trabalho. Sou abençoada por tê-los na minha vida!

Ao meu filho, Victor Hugo, que apesar de tão pequeno me ensina tanta coisa, com sua inocência, leveza e simplicidade, inerentes aos seus três aninhos de vida. A ele agradeço pela oportunidade de vivenciar a experiência da maternidade, tão repleta de sentimentos autênticos, intensos e plenos. Obrigada meu filho, você trouxe luz às nossas vidas!

Às minhas queridas irmãs Ana Paula e Priscilla e demais familiares agradeço pela paciência e apoio nos meus momentos de nervosismo, sabendo discernir que não era uma questão pessoal, mas sim inerente às pressões do atribulado cotidiano acadêmico e profissional. Vocês são muito especiais para mim!

Às minhas amadas avós Noêmia e Oscarlina, sempre torcendo por mim, acreditando no meu sucesso e me aconselhando de maneira prudente e serena, conseguindo aplacar a minha inquietação e imediatismo, reforçando que “Deus sabe a hora certa para todas as coisas”. Quanta sabedoria há em suas palavras! A vocês, agradeço pela honra de tê-las na minha vida!

Ao meu companheiro e pai do Victor Hugo, Johnnes, pela parceria e disposição em facilitar a minha vida, com boa vontade e certeza na minha vitória. Obrigada pela confiança e apoio!

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - MG, pela contribuição na construção do saber, pela aceitação e respostas aos meus questionamentos, pela motivação e consideração com que sempre me trataram. Vocês são brilhantes!

Ao professor e co-orientador Dr. Eric Batista Ferreira pelo importante auxílio nas definições metodológicas e na análise estatística.

Aos colegas desta turma pioneira do Mestrado em Enfermagem, com quem pude partilhar minhas dificuldades e facilidades. Já sinto falta dos encontros, das conversas, das discussões e até das divergências de ponto de vista! Quanto crescimento foi proporcionado a partir dessa convivência. Obrigada!

Aos coordenadores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – MG, Clícia Valim Cortes Gradim e Denis da Silva Moreira, pelo empenho em tornar viável este Mestrado, representando verdadeiros desbravadores, vencendo desafios e fazendo a história da Universidade.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas. Obrigada pela atenção, gentileza e ajuda.

Ao administrador da Casa de Caridade de Alfenas Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, Sr. Aécio Lourenço de Assis, que abriu as portas da instituição e permitiu meu livre acesso para que este estudo pudesse ser viabilizado. E, como não poderia deixar de ser, agradeço a todos os auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros da instituição, atores principais deste cenário que procurei descortinar, sem os quais este estudo não teria razão de existir. Todos vocês contribuíram sobremaneira para a realização deste trabalho!

E, por fim, o meu agradecimento todo especial, à minha querida orientadora Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck. Tê-la como orientadora foi um privilégio à parte. Suas leituras sempre críticas e propositivas, nossas longas reuniões de orientação, as conversas por telefone aos finais de semana, seu particular interesse pelo tema desta investigação foram fundamentais para a elaboração desta dissertação. Sua disposição para o debate estimulou-me o raciocínio e capacidade de argumentação. Sua generosidade intelectual enriqueceu muitas questões e abordagens. Zélia extrapolou os domínios da orientação para além do campo acadêmico, assumiu papel de conselheira, como uma mãe, que querendo sempre o melhor para o seu filho sendo firme quando tem que ser, mas também é carinhosa, capaz de identificar e acalantar os rompantes de incertezas e ansiedade que inúmeras vezes invadiram o meu ser. Compartilho com Zélia todos os méritos deste trabalho!

A todos vocês o meu muito obrigada!

“Um músico deve compor, um artista deve pintar, um poeta deve escrever, caso pretendam deixar seu coração em paz. O que um homem pode ser, ele deve ser. A essa necessidade podemos dar o nome de auto-realização”.

MASLOW (1908-1970)

RESUMO

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo-analítico e transversal, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um hospital geral de médio porte de um município do Sul do Estado de Minas Gerais. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG, com o Protocolo nº 164/2011. Os participantes deste estudo foram 07 auxiliares de enfermagem, 84 técnicos de enfermagem e 15 enfermeiros, totalizando 106 profissionais de enfermagem da referida instituição. A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2012. A qualidade de vida foi avaliada pelo questionário World Health Organization Quality of Life-*Bref* (WHOQOL-*bref*). Para a caracterização socioeconômica e de trabalho foi utilizado um questionário semiestruturado e os dados foram tabulados utilizando o Programa BrOffice Calc e submetidos à análise estatística no Software R. Foi avaliada a consistência interna do instrumento por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach. Foi aplicada estatística descritiva para as associações entre as variáveis e a Q.V. Geral e os domínios. Além dos Testes de U de Wilcoxon-Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, adotando-se um p-valor de 0,05% de significância. Houve predominância do gênero feminino, 76,42% (81); na faixa etária dos 21 a 40 anos, 63,21% (67), sendo 32,07% (34) com mais de 40 anos. Todos professaram uma crença religiosa com predomínio da religião católica, 74,53% (79). Possuem ensino médio completo, 76,42% (81), ensino superior, 16,98% (18). A renda individual para 58,50% (62) perfazia até dois salários mínimos, e a renda familiar para 61,32% (65) entre 2 a 4 salários mínimos. Possuem companheiro 51,89% (55) e um a dois ou mais filhos, 47,17% (50). Há 38% (40) que possuem outro emprego. O tempo de serviço na instituição de 1 a 10 anos perfaz 53,77% (57) e o tempo de profissão de 1 a 10 anos, 51,89% (55). O escore médio obtido na avaliação da qualidade de vida geral foi de 69,69; no domínio físico, 65,59; no domínio psicológico, 65,72; no domínio relações sociais, 65,33, e no domínio meio ambiente, 59,19. Nas associações das variáveis socioeconômicas e de trabalho com a qualidade de vida geral e com os domínios de qualidade de vida houve significância para as variáveis grau de formação com a Q.V. Geral; renda individual e renda familiar em relação ao domínio relações sociais, e a categoria profissional com a Q.V. Geral. O Coeficiente Alfa de Cronbach do instrumento WHOQOL-*bref* aplicado neste estudo foi de 0,77, considerado satisfatório. No entanto, no que se refere à QV geral e aos domínios do WHOQOL-*bref* os valores foram baixos. Conclui-se que esses profissionais, em sua maioria, se encontram satisfeitos na vida e no trabalho. Entretanto, algumas questões detectadas merecem ser pontuadas a fim de aparar algumas arestas que, apesar de discretas, podem se tornar incisivas, propondo-se ações de intervenção para a instituição na promoção da qualidade de vida desses profissionais.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Equipe de Enfermagem. Enfermagem. Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital.

ABSTRACT

This is a quantitative, descriptive-analytical and cross-cut research with the aim of evaluating the life quality (LQ) of nursing professionals in a midsize general hospital of a city in the southern state of Minas Gerais, Brazil. It was approved by the Research Ethics Committee of the UNIFAL-MG, Protocol 164/2011. The participants in this study were 07 nursing assistants, 84 nursing technicians and 15 nurses, what amounts to 106 nursing professionals of this institution. Data collection was conducted from May to July 2012. Life quality was assessed by questionnaire of World Health Organization Quality of Life-*BREF* (WHOQOL-*BREF*). To characterize socioeconomic features and labor we used a semi-structured questionnaire and data were tabulated using the BrOffice Calc and statistical analysis were performed in R software. It was applied a test of internal consistency to the instrument by Cronbach's Alpha Coefficient. Descriptive statistics were applied to associations between variables, and General LQ and domains. Besides the U tests of Wilcoxon-Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and p-value 0.05% significance level. There was a predominance of females – 76.42% (81 women); aged 21 to 40 years were 63.21% (67) and 32.07% (34) over 40 years. All professed a religious faith with a predominance of the Catholic religion – 74.53% (79). The educational level was that 76.42% (81) have completed high school and 16.98% (18) have degree. Individual income to 58.50% (62) equaled up to two minimum wages and household income to 61.32% (65) from 2 to 4 minimum wages. 51.89% (55) of respondents have a companion and two or more children 47.17% (50). There are 38% (40) who have other jobs. The length of service in the institution of 1 to 10 years amounts to 53.77% (57) and length of employment 1-10 years is in the range of 51.89% (55). The mean score obtained in assessing the overall quality of life was 69.69; 65.59 in the physical domain, 65.72 in the psychological domain, 65.33 in social relationships domain and 59.19 in the environment domain. In the associations of socioeconomic variables and labor with the general quality of life and the quality of life domains there was significant difference for degree training with LQ General; personal income and family income in relation to the social relationships domain and professional category with General LQ. The Cronbach's Alpha General Coefficient of WHOQOL-*BREF* applied in this study was 0.77, which is considered satisfactory. However, with regard to the General LQ and the domains of WHOQOL-*BREF* values were low. We conclude that these professionals, mostly, are satisfied in life and at work. However, some issues deserve to be highlighted in order to solve some problems that although discreet can become incisive, proposing intervention actions for the institution in promoting the quality of life of these professionals.

Keywords: Quality of Life, Staff Nursing, Nursing, Nursing Staff in Hospital.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Imagem do desenvolvimento da missão da enfermagem.....	31
Figura 2 – Diagrama das necessidades humanas básicas de Maslow.....	41
Quadro 1 - Domínios e facetas do WHOQOL- <i>brief</i>	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos profissionais de enfermagem com relação às variáveis de caracterização socioeconômica - gênero, faixa etária, estado conjugal, crença, grau de formação, renda familiar, renda individual, número de filhos - pertencentes ao quadro de pessoal de um hospital geral do município de Alfenas-MG, 2012.....	53
Tabela 2 –	Distribuição dos profissionais de enfermagem em relação às variáveis de informação profissional - categoria de enfermagem, tempo de serviço na instituição, tempo de profissão, outra atividade e/ou emprego - pertencentes ao quadro de pessoal de um hospital geral do município de Alfenas-MG, 2012.....	54
Tabela 3 –	Escore médio das facetas da Qualidade de Vida Geral do instrumento WHOQOL- <i>bref</i> , em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.....	59
Tabela 4 –	Escore médio das facetas do Domínio Físico do instrumento WHOQOL- <i>bref</i> , em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.....	60
Tabela 5 –	Escore médio das facetas do Domínio Psicológico do instrumento WHOQOL- <i>bref</i> , em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.....	62
Tabela 6 -	Escore médio das facetas do Domínio das Relações Sociais do instrumento WHOQOL- <i>bref</i> , em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.....	64
Tabela 7 –	Escore médio das facetas do Domínio Meio Ambiente do instrumento WHOQOL- <i>bref</i> , em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.....	66
Tabela 8 -	Avaliação da consistência interna por meio da aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach em cada domínio e qualidade de vida geral do instrumento WHOQOL- <i>bref</i> , Alfenas-MG.....	71

Tabela 9 –	Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica gênero com a QV geral e os domínios do WHOQOL- <i>bref</i> , em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.....	73
Tabela 10 –	Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica faixa etária com a QV geral e os domínios do WHOQOL- <i>bref</i> , em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.....	74
Tabela 11 –	Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica estado conjugal com a QV geral e os domínios do WHOQOL- <i>bref</i> , em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.....	76
Tabela 12 –	Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica crença com a QV geral e os domínios do WHOQOL- <i>bref</i> , em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.....	77
Tabela 13 –	Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica grau de formação com a QV geral e os domínios do WHOQOL- <i>bref</i> , em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.....	79
Tabela 14 –	Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica renda individual com a QV geral e os domínios do WHOQOL- <i>bref</i> , em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.....	81
Tabela 15 –	Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica renda familiar com a QV geral e os domínios do WHOQOL- <i>bref</i> , em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.....	83
Tabela 16 –	Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica número de filhos com a QV geral e os domínios do WHOQOL- <i>bref</i> , em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.....	85

Tabela 17 –	Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica categoria profissional com a QV geral e os domínios do WHOQOL- <i>brief</i> , em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.....	87
Tabela 18 –	Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica tempo de serviço na instituição com a QV geral e os domínios do WHOQOL- <i>brief</i> , em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.....	89
Tabela 19 –	Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica tempo de profissão com a QV geral e os domínios do WHOQOL- <i>brief</i> , em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.....	91
Tabela 20 –	Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica possui outra atividade e/ou emprego com a QV geral e os domínios do WHOQOL- <i>brief</i> , em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.....	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ESF – Equipe de Saúde da Família

IQV – Índice de Qualidade de Vida

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

PROBIC – Programa de Bolsa de Iniciação Científica

QV – Qualidade de Vida

QVG – Qualidade de Vida Geral

SUS – Sistema Único de Saúde

UNIFAL/MG – Universidade Federal de Alfenas/MG

USA – United States of America (Estados Unidos da América)

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

WHOQOL-*brief* – World Health Organization Quality of Life

WMW – Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 JUSTIFICATIVA.....	24
1.2 OBJETIVOS.....	25
1.2.1 Objetivo geral.....	25
1.2.2 Objetivos específicos.....	25
1.3 HIPÓTESES.....	25
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
2.1 O TRABALHO DA ENFERMAGEM E O CONTEXTO HOSPITALAR.....	26
2.1.1 Evolução histórica do trabalho da enfermagem no hospital.....	26
2.1.2 Regulamentação legal e ética do exercício da enfermagem, composição e atuação da equipe de enfermagem.....	28
2.1.3 O serviço de enfermagem no hospital.....	30
2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM.....	33
2.3 QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE/ENFERMAGEM.....	37
2.3.1 Fatores ligados à Qualidade de Vida.....	37
2.3.2 Instrumentos para avaliação de qualidade vida.....	42
3 METODOLOGIA.....	46
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	46
3.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
3.3 LOCAL DA PESQUISA.....	47
3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	48
3.5 PERÍODO DE COLETA DOS DADOS.....	48
3.6 PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS.....	48
3.6.1 Instrumento para caracterização da população.....	49
3.6.2 Escala para avaliação da qualidade de vida da população.....	49
3.7 TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS.....	50
3.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	51
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	53
4.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	59
4.3 AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA.....	70

4.4 ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E PROFISSIONAIS COM A QV GERAL E OS DOMÍNIOS DO WHOQOL- <i>BREF</i>	72
5 CONCLUSÃO	94
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	100
ANEXOS	119
APÊNDICES	126

1 INTRODUÇÃO

Desde meu ingresso no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL- MG, em 2006, tenho me dedicado a duas áreas com as quais possuo muita afinidade: o ensino e a pesquisa científica. Logo no primeiro ano do Curso de Enfermagem participei e fui aprovada no processo seletivo para bolsista do Programa de Bolsa de Iniciação Científica, o PROBIC-UNIFAL-MG. Concomitantemente, iniciei minha experiência na docência ao assumir as disciplinas de Literatura, Redação e Gramática no Curso Pré-vestibular da UNIFAL-MG, oferecido no período noturno.

Durante os anos seguintes conciliei pesquisa e docência com uma extensa grade curricular acadêmica, mantendo um desempenho satisfatório em todas as atividades assumidas.

Qualidade de vida sempre foi uma temática que me despertou interesse. Os projetos de iniciação científica desenvolvidos por mim durante a graduação tinham como objeto de estudo a qualidade de vida em pacientes portadores de Artrite Reumatoide e a qualidade de vida em pacientes portadores de Diabetes Mellitus e Síndrome Metabólica. Posso afirmar livre de dúvidas, que a partir de então o que já me despertava gosto passou a ser meu principal foco para pesquisas futuras.

Sempre estive envolvida em vários projetos, cursos e atividades enriquecendo e dinamizando meu processo de ensino-aprendizagem. Mas a partir do meu último ano de graduação percebi uma exacerbação no ritmo da minha vida. Começou com a surpresa e a dádiva de ser mãe. Experiência transcendental, impossível de se traduzir em palavras, a maternidade ocorreu num momento conturbado, mas nem por isso foi menos esplendorosa. Victor Hugo chegou trazendo consigo um rastro de esperança e de mudanças significativas, extensivo para todos do meu convívio familiar.

No ano seguinte iniciei minha carreira profissional na área da enfermagem. E, como não podia deixar de ser, com várias atividades simultâneas: a gerência e a assistência em um hospital de pequeno porte, a docência e a especialização na área de Saúde do Trabalhador, que concluí no final de 2010, e o supremo papel de mãe do Victor Hugo. Foi um ano intenso, uma vez que, além das atividades supracitadas ainda havia a preparação para participar do processo seletivo da primeira turma do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da UNIFAL-MG.

Durante minha atuação como docente e enfermeira percebi que, de maneira geral, o cotidiano da enfermagem é permeado por situações duradouras de alto nível de cobranças, resultando em estresse, também prolongado, que compromete o próprio existir dos indivíduos e da categoria. Pude não só fazer essa constatação como também vivenciar tais situações, de modo que o fato de sentir “na própria pele” permite uma maior empatia e sintonia com a situação-problema.

Essa constatação me inquietou sobremaneira e me instigou a assumir posturas e fazer o que todo pesquisador contumaz faria: proferir perguntas, buscar respostas, desbravar caminhos, construir pontes. E foi com esse entusiasmo que ingressei no Mestrado em Enfermagem em março de 2011, já com o projeto de pesquisa delineado para trabalhar com a investigação sobre a Avaliação da Qualidade de Vida dos Profissionais de Enfermagem em um hospital geral. Entendo que por meio da pesquisa conseguimos consolidar o conhecimento e contribuir para transformar a realidade, o cotidiano da práxis e, assim, poder contribuir para que ao menos um fragmento dessa realidade possa ser modificado.

As áreas da saúde e educação, por estarem dinamicamente envolvidas com as transformações ocorridas na sociedade, são chamadas constantemente a responder reflexiva e criticamente aos novos desafios, buscando as adequações cabíveis tanto no campo epistemológico como metodológico. Esses setores são designados a responder a uma pluralidade de necessidades e especificidades, centradas nos seres humanos, de maneira individual ou coletiva (BETTINELLI, 2002).

Acrescenta Bettinelli (2002) que na era do conhecimento torna-se importante buscar novas competências nos modos de organizar o trabalho, nas atitudes profissionais integradas aos sistemas sociais de relações e interações múltiplas, em suas diversas dimensões, abrangências e especificidades.

Na década de 1990, Marx (1994) apresenta que, de acordo com a concepção histórico-dialética da realidade, o trabalho é concebido como uma atividade humana voltada para um fim. Propõe ainda que o processo de trabalho pode ser decomposto em: objeto, meios, instrumentos e o trabalho em si e que, por sua vez, norteia o trabalho em Enfermagem.

Ainda na década de 1990, Silva (1996) apresenta que na enfermagem o objeto de trabalho a ser transformado é o corpo humano individual ou coletivo, em suas demandas no processo saúde-doença. Os meios e instrumentos são o saber e os equipamentos para o diagnóstico e a terapêutica, assim como a força de trabalho é obtida por meio de seus agentes

(enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e o trabalho em si inclui as formas de organização, divisão e relações no trabalho.

O processo de trabalho é determinante do espaço social das profissões, as quais se inserem na multidimensionalidade desse espaço social que é complexo, por vezes exigente. Diante disso, o profissional de enfermagem, para prestar assistência à clientela com qualidade e de forma humanizada, necessita inserir-se na rede social de cuidados de modo consciente, competente, tanto técnica quanto cientificamente (BETTINELLI, 2002).

Corroborando Bettinelli (2002) que a enfermagem, como uma profissão essencial para a construção de uma assistência qualificada em saúde, vem acompanhando profundas e importantes mudanças nas relações sociais e políticas, no campo tecnológico, nas relações interpessoais e principalmente na maneira de organizar os serviços e responder às novas demandas gerenciais e científicas.

Acrescentam Hausmann e Peduzzi (2009) sobre a característica da divisão técnica do processo de trabalho de enfermagem que envolve três diferentes categorias: o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem, a qual fragmenta a assistência e o cuidado demandando a recomposição dos trabalhos e a mudança da concepção de processo saúde-doença na perspectiva do cuidado integral e da integralidade da saúde.

A cada uma das categorias profissionais reconhecidas na legislação profissional (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro) corresponde um processo de formação próprio, que pressupõe um conjunto distinto de atividades segundo Kirchhof (2003).

No contexto hospitalar, Barboza e Soler (2003) referem que a enfermagem representa a maior força de trabalho, suas atividades são marcadas por fragmentação de tarefas, estrutura hierárquica rígida para o cumprimento de rotinas, normas e regulamentos, dimensionamento qualitativo e quantitativo insuficiente de pessoal. Tal cenário de exercício profissional tem repercutido em elevado absenteísmo e afastamentos por doenças.

Os trabalhadores de enfermagem, inseridos na produção em saúde, sofrem diferentes agravos à sua saúde oriundos de vários fatores determinantes. Pesquisas realizadas a respeito permitem verificar a diversidade e a gravidade dos problemas de saúde desse grupo laboral, que evidenciam processos de desgaste biopsíquico a que estão submetidos os trabalhadores, seja pela própria natureza do trabalho, seja pelas condições em que este é realizado. Estudiosos, nas últimas décadas, têm caracterizado o trabalho da enfermagem como insalubre e penoso (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2007; SHIMIZU; CIAMPONE, 2004).

Complementando sobre os riscos à saúde do trabalhador no ambiente hospitalar, estudos anteriores de Pitta (1991) e Aquino (1996) apontam-no como local privilegiado para o adoecimento. Acrescenta Pitta (1991) que, além dos riscos de acidentes e doenças de ordem física aos quais os trabalhadores hospitalares estão expostos, o sofrimento psíquico tem se agravado, diante da alta pressão social e psicológica a que estes estão submetidos, tanto na esfera do trabalho, quanto fora dela.

Refere Silva (1998) que o processo de trabalho hospitalar é parcelado e reproduz as características da organização do trabalho industrial, o que produz trabalhadores ora compromissados, ora desesperançados. Aquele frequentemente repete a lógica do trabalho taylorizado, muitas vezes oculto pelo discurso do “trabalho em equipe”. A incorporação de novas tecnologias não significa, nesse setor, o “alívio da labuta humana”; ao contrário, o setor é essencialmente de trabalho intensivo.

Pitta (1991) afirma que o ambiente hospitalar apresenta aspectos muito específicos, como a excessiva carga de trabalho, o contato direto com situações limite, o elevado nível de tensão e os altos riscos para si e para os outros. A necessidade de funcionamento diurno e noturno, que implica a existência de regime de turnos e plantões, permite a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho, comuns entre os profissionais de enfermagem, especialmente quando os salários são insuficientes para a manutenção de sua subsistência. Tal prática potencializa a ação daqueles fatores que, por si só, danificam suas integridades física e psíquica.

Corroborando Pitta, Vasconcelos (2004) classifica o ambiente hospitalar como um ambiente frio, sem vida, com cheiro de éter, aparelhos barulhentos, macas circulando, pessoas conversando e, na maioria das vezes, mal iluminado, com colorações que não proporcionam bem-estar e causam irritação, frustração e mau humor.

Oliveira (2009) assevera que, quando o ambiente não satisfaz as necessidades de quem o utiliza, acontece uma desestruturação nas relações familiares e de trabalho, o que não sustenta o comportamento humano, causando uma verdadeira degradação e perda de identidade, dificultando ainda mais as relações desenvolvidas neste ambiente.

Corroboram Oliniski e Lacerda (2004) que a estrutura atual dos ambientes hospitalares, na maioria das vezes, não favorece o cuidado aos trabalhadores de enfermagem, tornando-se um local de emoções negativas, sentimentos depressivos e estresse.

Além dessas importantes implicações gerais relacionadas ao ambiente de trabalho, constata-se uma série de problemas de saúde que acometem os trabalhadores de enfermagem dado o seu modo de trabalho, como as doenças infecciosas, infectocontagiosas e parasitárias,

os distúrbios osteomusculares, os problemas cardiovasculares e respiratórios, as alergias, os transtornos psíquicos e comportamentais, os acidentes com exposição aos fluidos corpóreos e uma variada sintomatologia, como dores, ansiedade e outros (FELLI et al., 2007).

A dinâmica do trabalho de enfermagem não leva em consideração os problemas que o trabalhador enfrenta no seu cotidiano, dificuldades de toda ordem, fora e dentro do trabalho, mas se espera do profissional que ele jamais expresse junto ao cliente seus dissabores, ao contrário, espera-se serenidade (HADDAD, 1998).

Sendo assim, Welsh (2009) apresenta que a ocorrência de acidentes e de doenças relacionados ao trabalho, nos trabalhadores de enfermagem, tem sido relatada em inúmeros estudos, evidenciando uma séria problemática no campo da saúde que reflete diretamente na qualidade de vida do trabalhador e na qualidade da assistência prestada aos usuários.

Com vistas a esse aspecto potencialmente nocivo do ambiente hospitalar Neumman (2007) alerta para o fato de que o trabalho nesse local, na medida em que priva as necessidades básicas dos profissionais da equipe de enfermagem, não se realizará na sua totalidade e será fonte de adoecimento quando na verdade deveria ser uma fonte de estímulo para o desenvolvimento de multiplicadores do cuidado.

Tais aspectos inerentes ao cotidiano da enfermagem são relevantes quando o foco se desvia do indivíduo que recebe o cuidado para o prestador desse cuidado, uma vez que o cuidador tem necessidades e demandas essenciais para a manutenção da sua qualidade de vida.

Motivar e valorizar os elementos da equipe de saúde é prerrogativa fundamental para uma equação satisfatória num cenário que envolve gente cuidando de gente. A motivação humana pode ser estudada a partir de diferentes referenciais e, dentre esses, pode-se destacar o das necessidades humanas básicas ordenadas em uma hierarquia de prioridades: necessidades fisiológicas ou de sobrevivência; de segurança; de amor ou estima; de pertença ou de aceitação e de autorrealização (MASLOW, 1968 *apud* BATISTA et al., 2005).

Segundo Regis e Porto (2011), dentre os aspectos que levam à satisfação dos integrantes da equipe de saúde, é vital entender que sua satisfação num ambiente de trabalho não decorre, única e exclusivamente, do fator salário. Nesse sentido, é válida a reflexão acerca da Teoria da Motivação Humana de Abraham H. Maslow, que parte do princípio de que todo ser humano tem necessidades comuns que motivam seu comportamento no sentido de satisfazê-las, desde as mais elementares até as mais complexas, de modo que se uma necessidade básica não estiver suprida a subsequente também não o será.

Portanto, o trabalhador de enfermagem também deverá ter assegurado o direito de que as suas necessidades básicas sejam supridas, de modo que ele possa atender as necessidades dos seres humanos que estão sob o seu cuidado. Assim, e somente assim, é possível afirmar que haverá qualidade na vida desse profissional.

Baseado no pensamento de Maslow (1954) teorizado no livro “Motivação e Personalidade” Regis e Porto (2011) descreveram a classificação hierárquica das necessidades apresentada em cinco níveis:

a) Necessidades básicas ou fisiológicas: aquelas diretamente relacionadas à existência e à sobrevivência do ser humano, tais como: alimento, água, vestuário, sexo e saneamento;

b) Necessidades de segurança: as necessidades relacionadas à proteção individual contra perigos e ameaças, tais como: saúde, trabalho, seguro, previdência social e ordem social;

c) Necessidades de amor e/ou sociais: estão relacionadas à vida em sociedade, englobando as necessidades de convívio, amizade, respeito, amor, lazer e participação, referindo-se à necessidade de afeto das pessoas, tais como amigos, noiva, esposa e filhos;

d) Necessidades de estima: guardam relação com a autossatisfação, tais como: independência, apreciação, dignidade, reconhecimento, igualdade subjetiva, respeito e oportunidades, referindo-se a uma autoavaliação estável, bem como uma alta autoestima, conduzindo a sentimentos de autoconfiança, valor, força, capacidade, suficiência e utilidade ao mundo;

e) Necessidades de autorrealização: expressam o mais alto nível das necessidades, estando diretamente relacionadas à realização integral do indivíduo. Nesse grupo destacam-se a utilização plena de suas potencialidades, sua capacidade e existência de ideologias. Além das cinco necessidades acima, Maslow acrescentou à sua teoria o desejo de todo ser humano de saber e conhecer, ou seja, a necessidade natural do ser humano de buscar o sentido das coisas, de forma a organizar sua compreensão sobre o mundo em que vive. São as necessidades cognitivas, tais como: desejo de saber, compreender, sistematizar, organizar, analisar e procurar relações e sentidos. Essas necessidades viriam antes da autorrealização. Destacam-se ainda a necessidade de ajudar os outros a se autodesenvolver e a realizarem seu potencial, as necessidades transcendentais, que viriam depois da autorrealização (MASLOW, 1954 *apud* REGIS; PORTO, 2011).

O tema Qualidade de Vida (QV), incorporado à prática dos profissionais de saúde, tem sido designado como qualidade de vida relacionado à saúde e utilizado no âmbito clínico para expressar o impacto físico e psicossocial causado pelas alterações físicas e biológicas

produzidas por doenças e terapias que interferem nas condições de vida (MINAYO; HARZ; BUSS, 2000; DINIZ; SCHOR, 2006).

A tentativa de alcançar QV, assim como a de procurar defini-la, tem acompanhado o desenvolvimento histórico e cultural da humanidade. O constructo QV é bastante abrangente, refletindo o momento histórico, a classe social e a cultura do indivíduo, por advir de experiências, conhecimentos e valores tanto individuais quanto coletivos (BELASCO; SESSO, 2006).

O termo “qualidade de vida” originou-se e começou a ser utilizado após a Segunda Guerra Mundial, nos Estados Unidos, onde o conceito de “boa vida” foi usado inicialmente para descrever a conquista de bens materiais, caracterizada pela posse de casa própria, carros, aparelhos eletrônicos e outros bens de consumo. A seguir, esse conceito foi ampliado e o crescimento econômico e industrial, saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, crescimento individual, segurança, morbi-mortalidade infantil, entre outros, passaram a integrá-lo (CARR; THOMPSON; KIRWAN, 1996). Dessa maneira, qualidade de vida foi transformada em medida quantitativa, possibilitando seu uso em modelos econômicos e ensaios clínicos. Esses acontecimentos teriam provocado uma tomada de consciência social sobre as graves deficiências decorrentes do desenvolvimento econômico, originando, assim, o termo (GUSMÃO; PIERIN, 2004).

Apesar de a literatura apontar que ainda não existe um consenso sobre o conceito de qualidade de vida, os autores são unânimes sobre três aspectos fundamentais. A partir da concepção de que a qualidade de vida é subjetiva e multidimensional (subjetiva por compreender uma perspectiva individual e multidimensional por atingir um número grande de aspectos ou dimensões da vida de uma pessoa), proporcionando o desenvolvimento de uma definição do termo qualidade de vida pelo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (GUSMÃO; PIERIN, 2004).

Tem-se como pressuposto que a presença de alterações físico-emocionais ou sócio-familiares e as doenças iminentes, dentre outros fatores, podem alterar o estilo de vida e afetar a QV dos profissionais de enfermagem em um curto espaço de tempo (CAMPOS; DAVID, 2007).

Bastos et al. (2009) asseveram que a unidade de trabalho pode influenciar na qualidade de vida, inferindo ainda que o trabalho no hospital determina um desgaste tanto profissional quanto emocional, passível de prejudicar a qualidade de vida do profissional de

enfermagem sendo premente a necessidade de vigilância desses aspectos nocivos, para redução dos danos desse trabalhador.

1.1 JUSTIFICATIVA

O ambiente hospitalar para o profissional de enfermagem é um cenário onde acontecem situações que exigem constante atenção, tomada de decisões e responsabilidades em face do desempenho técnico e do cuidado à clientela, o que pode ser vivenciada desde o período de academia, percebendo ainda a influência desse cotidiano na saúde e no desempenho dos funcionários, o que pode comprometer na sua qualidade de vida.

Reafirmamos que no início das atividades profissionais, o contato com o hospital, como ambiente de trabalho, reforçou a reflexão sobre a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem face à organização do trabalho desses trabalhadores, no contexto organizacional do hospital, e à pouca atenção dada pela administração da instituição a essa temática.

Nessa perspectiva, justifica-se o presente estudo com vistas a caracterizar o perfil socioeconômico e de trabalho do profissional de enfermagem hospitalar pertencente ao quadro de funcionários de um hospital geral de médio porte, conveniado ao SUS (Sistema Único de Saúde), situado no Sul do Estado de Minas Gerais; e avaliar a qualidade de vida desses profissionais, verificando a associação entre as variáveis socioeconômicas e de trabalho e os domínios da QV.

Mediante a avaliação da QV dos profissionais de enfermagem hospitalar participantes deste estudo, propõe-se oferecer subsídios para orientar estratégias específicas quanto às condições de trabalho e de desempenho com vistas à qualidade e à acreditação. A melhoria das condições de vida e de trabalho desses profissionais poderá gerar um impacto positivo na sua saúde, assim como em um melhor atendimento ao cliente.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um hospital geral de médio porte de um município do Sul do Estado de Minas Gerais.

1.2.2 Objetivos específicos

Identificar o perfil dos profissionais de enfermagem nos aspectos socioeconômicos e de trabalho.

Avaliar a qualidade de vida geral dos profissionais de enfermagem e nos domínios físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambiente;

Verificar se existe associação entre as variáveis socioeconômicas e de trabalho com a qualidade de vida geral e com os domínios da qualidade de vida.

1.3 HIPÓTESES

H1 - A relação entre a qualidade de vida e a saúde psicológica e física do profissional de enfermagem encontra-se associada com as variáveis gênero, idade, estado conjugal, crença, grau de formação, renda familiar/individual, número de filhos, nível de categoria de enfermagem, jornada dupla de trabalho e tempo de serviço na instituição e na profissão.

H2 - A qualidade de vida relacionada às relações sociais e com o meio ambiente dos profissionais de enfermagem encontra-se associada com as variáveis gênero, idade, estado conjugal, crença, grau de formação, renda familiar/individual, número de filhos, nível de categoria de enfermagem, jornada dupla de trabalho e tempo de serviço na instituição e na profissão.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O TRABALHO DA ENFERMAGEM E O CONTEXTO HOSPITALAR

2.1.1 Evolução histórica do trabalho da enfermagem no hospital

Coube à mulher, desde as eras primitivas, o papel de responsável pelo zelo da saúde e vida dos mais frágeis e em situações de vulnerabilidade, como crianças, parturientes, idosos e enfermos. Oguisso, Campos e Moreira (2011) compreendem essa proteção materna instintiva como a primeira forma de manifestação de cuidados do ser humano para com seus semelhantes.

Já na Idade Média, a assistência à saúde era realizada por múltiplos agentes que desenvolviam atividades diversas, conferindo ao mesmo tempo um caráter profissional e religioso ao trabalho, que era dividido em ramos do conhecimento, existindo uma prática de saúde exercida pelos religiosos e uma prática de saúde exercida pelos leigos, preferencialmente no domicílio do paciente, podendo ser também em uma espécie de consultório na residência do prestador do serviço ou nas corporações (FERNANDES, 2005).

Resgatando Almeida e Rocha (1997), a prática de enfermagem enquanto o hospital ainda não era considerado local de cura era desvinculada da prática médica, com ações voltadas principalmente para o conforto da alma do doente. Enfermagem e Medicina permaneceram como trabalhos independentes até meados do século XIX, quando o modelo tecnológico de saúde individual começou a se organizar e o hospital passou a representar um meio de intervenção importante sobre o doente e a doença. O hospital-exclusão, que somente abrigava o doente até a morte, foi se extinguindo e apareceu então o personagem do médico de hospital, que antes não existia.

Reitera Fernandes (2005) que o hospital passa, a partir de então, de uma instituição de caráter religioso, prestador de uma assistência espiritual para redenção dos pecados e salvação da alma, contando com religiosos e pacientes recuperados para a prestação desse cuidado, para uma instituição destinada a ser um espaço terapêutico e de formação dos médicos. A assistência à saúde é reconfigurada e as atividades passam a ser delegadas e controladas pelos médicos, por meio de um trabalho coletivo.

Foucault (2003) entende que ocorre, então, o surgimento de uma medicina individualizante, na qual o doente transforma-se em objeto do saber e da prática médica e a clínica aparece como dimensão essencial do hospital.

As práticas médicas e de enfermagem, antes independentes, a partir de então se encontram no mesmo espaço em que o saber médico começa a se estabelecer (FERNANDES, 2005). O pessoal de enfermagem já estava presente nos hospitais, porém, constituíam-se de agentes sem formação específica e trabalhadores de condutas não muito corretas, passando a presença do poder médico no hospital a exercer autoridade sobre eles (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Oguisso, Campos e Moreira (2011) referem que a enfermagem encontrava-se socialmente decadente no início do século XIX em praticamente todos os países do mundo. Sua prática ressurgiu pelas mãos de Florence Nightingale (1820/1910) como uma nova representação, fundada na humanidade, tecnicidade, modernidade, intelectualidade, cientificidade, aristocracia, nobreza de idealismo e arte.

Essencial à recuperação da saúde, a enfermagem pré-profissional, inicialmente caritativa, foi sendo substituída por uma representação autônoma, moderna e científica, fundada em teoria e métodos sistemáticos, que passaram a orientar a assistência.

A partir da segunda metade do século XIX, o paradigma positivista de ciência se torna hegemônico e passam a serem válidos, apenas, os conhecimentos passíveis de verificação empírica e produzidos sob o rigor do método científico. Nesse contexto, os médicos se tornam os detentores do “verdadeiro” saber científico e as outras práticas, não institucionalizadas, são classificadas como charlatanismo e bruxaria. Ocorre a fragmentação do conhecimento, com o incentivo às especializações, refletindo no próprio homem, que passa a ser visto e atendido segundo órgãos doentes (FERNANDES, 2005).

Complementa Fernandes (2005) que o hospital passa a ser instrumento de cura dirigido pelo saber/ poder médico e a enfermagem atende à necessidade político-social de reorganizá-lo, utilizando-se da sistematização das técnicas, da organização do ambiente e do treinamento dos seus agentes, por meio de mecanismos disciplinares, tornando-se subalterna à prática médica. Florence veio validar essa hierarquia, estabelecendo o espaço social que cada trabalhador da saúde deveria ocupar na hierarquia do micro poder hospitalar.

Na visão de Feuerwerker e Cecílio (2007) o hospital é uma organização complexa, palco de interesses variados, com destaque na prestação de serviços de saúde, espaço de construção de identidades profissionais e com elevado reconhecimento social. No contexto hospitalar, a assistência está vinculada ao trabalho de vários profissionais, em que o cuidado

é produto de muitos pequenos cuidados parciais, que vão se complementando, explícita ou implicitamente, a partir da interação entre os vários profissionais que atuam nesse cenário.

A equipe de enfermagem representa numericamente a maior categoria presente no âmbito hospitalar, ao lado do leito do cliente nas 24 horas, exercendo seu trabalho no cuidado direto e como elo com os demais membros da equipe de saúde, reportando intercorrências, fracassos e sucessos terapêuticos aos demais.

A enfermagem é uma categoria profissional que executa seu trabalho, na maioria das vezes, pelo trabalho em equipe. Isso significa que os profissionais de enfermagem estão o tempo todo se relacionando, num trabalho coletivo, associado ao trabalho dos demais profissionais da saúde.

2.1.2 Regulamentação legal e ética do exercício da enfermagem, composição e atuação da equipe de enfermagem

A equipe de enfermagem é formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Essas categorias são regulamentadas por lei e participam de forma direta, pelo cuidado individualizado e integral, do processo de cura e reabilitação do cliente (MARTINS, 2002).

Segundo dados de uma pesquisa nacional do Cofen (Conselho Federal de Enfermagem) realizada no ano de 2011 os profissionais de enfermagem são 1.449.583 em todo o Brasil. Desse total corresponde à categoria de enfermeiros 287.119 profissionais (19,81% do total), técnicos de enfermagem 625.862 profissionais (43,18% do total), auxiliares de enfermagem 533.422 profissionais (36,80% do total), parteiras 106 profissionais (0,01% do total) e não informados 3.074 profissionais (0,21% do total) (COFEN, 2011).

As atividades de enfermagem estão previstas tanto no Regulamento do Exercício Profissional pela Lei nº. 7498/86 (BRASIL, 1986) como no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem discriminados na Resolução COFEN 311/07 (COFEN, 2008).

Rosenstock et al. (2011) asseveram que a ética na Enfermagem é abrangente, devendo contemplar comportamentos e ações, relacionando conhecimentos, valores, habilidades e atitudes no sentido de favorecer as potencialidades do ser humano com a finalidade de preservar ou melhorar a condição humana no âmbito da vida e da morte. Dessa forma, o

trabalho da enfermagem ficará o mais isento possível de erros e danos decorrentes da imperícia, negligência ou imprudência (WALDOW, 2001).

Freire (2005) entende que a ética é difícil de ser vivenciada, disseminada e divulgada na prática, já que valores culturais, sociais e religiosos estão envolvidos no arranjo do caráter e da personalidade dos indivíduos.

Segundo o Coren- MG (2010), em conformidade com a Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, é considerado enfermeiro o titular do diploma de Enfermeiro, diploma ou certificado de Obstetiz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido por instituição de ensino, nos termos da lei; ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetiz. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe, privativamente: direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; organização e direção dos serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Como integrante da equipe de saúde: participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação; prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral; prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem; assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução do parto sem distócia; educação visando à melhoria de saúde da população (COREN-MG, 2010).

São Técnicos de Enfermagem o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente; o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro,

registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem. Em relação às atribuições o Técnico de Enfermagem, exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe, especialmente: participar da programação da assistência de Enfermagem; executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar; participar da equipe de saúde (COREN-MG, 2010).

São Auxiliares de Enfermagem: o titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei e registrado no órgão competente. O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe, especialmente: a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar ações de tratamento simples; prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente; participar da equipe de saúde. As atividades referidas, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro (COREN-MG, 2010).

São Parteiras: a titular de certificado previsto no artigo 1º do Decreto-Lei n. 8.778, de 22 de janeiro de 1964, observado o disposto na Lei n. 3.640, de 10 de outubro de 1959; a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação da lei acima citada, como certificado de Parteira (COREN-MG, 2010).

2.1.3 O serviço de enfermagem no hospital

Segundo Figueiredo e Santos (2005), os profissionais da enfermagem trabalham diuturnamente durante todos os dias, meses, anos, de forma rotineira e exaustiva, desenvolvendo um cuidado incondicional ao cliente, a fim de atender suas necessidades e desejos humanos, num agir que almeja a exclusividade. Se assim acontece, a equipe assume e exerce a sua missão, que é a razão de ser da profissão. A enfermagem cuida ainda da

ambientação do cliente no espaço hospitalar, tornando-o terapêutico para promover a recuperação do paciente sem sequelas e o seu retorno mais precoce possível ao seu convívio familiar e social.

Complementam os autores (FIGUEIREDO; SANTOS, 2005) que esses homens e mulheres representam o Corpo de Enfermagem e utilizam sua força física, mental, intelectual e espiritual para cuidar dos clientes internados. Para cumprir a missão da Enfermagem, esses profissionais não experimentam apenas a troca de plantão, mas de apelos e desafios, de satisfação e insatisfação, de esperança e desesperança, de amor e desamor; convivendo profissionalmente com o sofrimento, as angústias e a morte.

A Figura 1 ilustra sobre o fluxograma para o desenvolvimento da Missão da Enfermagem no ambiente hospitalar para o processo de cuidar:

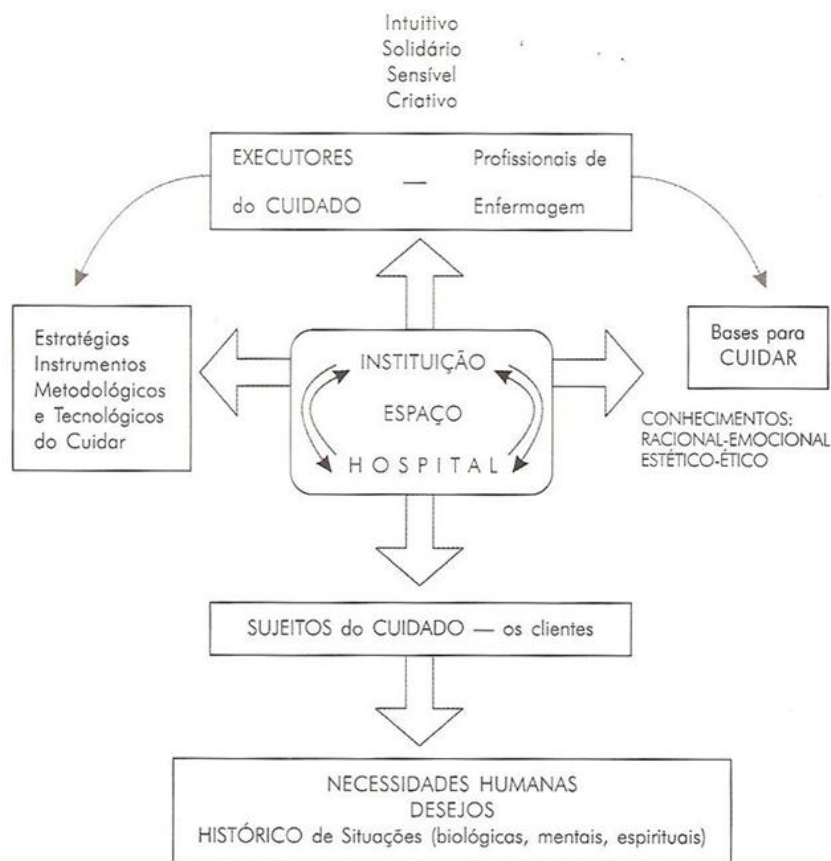


Figura 1 - Imagem do desenvolvimento da missão da enfermagem
Fonte: Figueiredo e Santos (2005, p.7).

Essa ilustração permite identificar os principais elementos envolvidos no exercício da enfermagem. O hospital ocupa a posição central de onde partem as inter-relações inerentes à assistência em saúde. Os executores do cuidado – profissionais de enfermagem – pela intuição, solidariedade, sensibilidade e criatividade utilizam estratégias/ abordagens para o cuidado do cliente, baseadas no método técnico-científico. Esse cuidado, missão magnânima da enfermagem, pautado em bases teóricas e conceituais, deverá ser capaz de identificar e suprir as necessidades do cliente, o sujeito do cuidado.

Corroborando Beck (2001) que o trabalho da enfermagem hospitalar prioriza as atividades inerentes aos cuidados com o cliente e sua família. É um trabalho rigoroso e complexo, com particularidades, tais como: a assistência contínua ao cliente nas vinte e quatro horas, a necessidade de estabelecer relações interpessoais com colegas, clientela e seus familiares e a necessidade de regimentos, normas e rotinas pré-estabelecidas para cada serviço, dentre outros aspectos.

Este trabalho de assistência ininterrupta e quase sempre complexa coloca o profissional de enfermagem em uma posição de entrega incondicional, abdicando de sua própria saúde em benefício de seu cliente (MARTINS, 2002).

O contexto que envolve o Serviço de Enfermagem no hospital foi enfoque de estudo realizado, já na década de 1990, por Leopardi (1999), no qual refere que a integralidade do ser humano sob os seus cuidados exige uma visão holística e uma dedicação intensiva do profissional de enfermagem. Este recebe cobranças dos médicos, clientes, familiares e administração. No entanto, seu poder decisório é pequeno, depende de outros setores e regras de funcionamento da instituição que restringem as possibilidades de ação do profissional.

Lima Júnior e Ésther (2001, p. 21) destacam que “nesse tipo de organização, dificilmente existe a preocupação em proteger, promover e manter a saúde de seus funcionários”. Fica evidente, portanto, uma dicotomia cruel, em que o hospital, local de tratamento e cura dos internos, favorece o adoecimento dos que nele trabalham.

Tendo em vista a discrepância das relações ocorridas no trabalho hospitalar quando as atenções se voltam para os atores do cuidado, é relevante atentar para o fato de que:

O trabalho no hospital, na medida em que priva as necessidades básicas dos profissionais da equipe de enfermagem, não se realizará na sua totalidade. Será fonte de adoecimento quando na verdade deveria ser uma fonte de estímulo para o desenvolvimento de multiplicadores do cuidado (NEUMANN, 2007, p. 37).

Outra característica do Serviço de Enfermagem no hospital diz respeito à jornada de trabalho de cada trabalhador, a qual é pré-estabelecida pela escala de trabalho que vem

atender, na maioria das vezes, à necessidade da instituição para garantir a continuidade da assistência ao cliente, configurando-se no sistema de plantões pelo trabalho em turnos.

Desde a década de 1990, Lautert, Chaves e Moura (1999) referem que o trabalho em turnos constitui fator estressor para os profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar, uma vez que contribui para um expressivo percentual de relatos de alterações físicas decorrentes dessa modalidade de trabalho.

Costa, Morita e Martinez (2000) estudaram as repercussões do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social de uma equipe de enfermagem hospitalar e concluíram que a saúde é afetada prioritariamente por distúrbios neuropsíquicos, cardiovasculares e gastrintestinais; com prejuízo da vida social, primeiramente, pela interferência no relacionamento pessoal e familiar, depois pelas restrições das atividades sociais e, por último, pela dificuldade de planejar a vida.

E como se não bastassem as repercussões do trabalho em turnos soma-se a essa problemática a jornada dupla ou até tripla de trabalho, agravando as repercussões da prática da enfermagem, como descrito a seguir:

O regime de turnos e plantões abre a perspectiva de duplos empregos e jornadas de trabalho, comum entre os trabalhadores de saúde, especialmente num país onde os baixos salários pressionam para tal. Tal prática potencializa a ação daqueles fatores que por si só danificam suas integridades física e psíquica (PITTA, 2003, p. 59).

2.2 A SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM

Primeiramente, ao se considerar sobre as condições e os meios de trabalho da enfermagem, resgata-se que cada categoria profissional tem suas especificidades ligadas ao seu passado histórico, podendo estar sujeita a maiores ou menores riscos ocupacionais na atividade laboral, de acordo com a organização do processo de trabalho, as relações institucionais, seu nível de hierarquia e seu papel na sociedade (CAVALCANTE et al., 2006).

Para que a execução das atividades não ocasione danos à saúde dos trabalhadores, é essencial que haja condições adequadas de trabalho. Essas condições quase sempre representam o conjunto de fatores capaz de determinar a conduta do trabalhador. Tais fatores são compostos pelas exigências definidoras do trabalho objetivo, com seus critérios de

avaliação e condições de execução propriamente ditas, aí incluídas as regras de sua utilização, a organização do trabalho, a remuneração e o ambiente (ZAPPAROLI, 2006).

Rapparini e Cardo (2004) enfatizam que as doenças ocupacionais constituem um grave problema de saúde pública em todo o mundo, mas historicamente os profissionais de saúde não foram considerados categoria de alto risco para acidentes de trabalho. Porém, a partir do século XX começou-se a relacionar riscos a doenças que atingiam especificamente os trabalhadores da área da saúde.

Os riscos ocupacionais classificados pela Organização Mundial de Saúde em biológicos, físicos, químicos, ergonômicos e psicossociais interferem no processo saúde/doença, algumas vezes de maneira abrupta e outras de forma insidiosa, na maneira de viver ou de morrer dos trabalhadores e no modo de conduzir a vida (MARZIALE, 1995; SÊCCO et al., 2005).

Corroboram Pereira et al. (2004) que estudos realizados afirmam que as condições laborais vivenciadas por muitos trabalhadores da equipe de Enfermagem, particularmente no âmbito hospitalar, têm sido a causa de problemas de saúde relacionados à situação e ao setor de trabalho, provocando prejuízos pessoais, sociais e econômicos, refletindo na qualidade de vida e, por conseguinte, na qualidade da assistência de Enfermagem prestada.

Dessa maneira compreende-se que os profissionais de enfermagem no contexto hospitalar são os que estão mais suscetíveis aos riscos ocupacionais entre os profissionais de saúde. E esse elevado número de exposições se deve ao fato de o grupo ocupar o maior número de trabalhadores na equipe de saúde, ter contato mais direto, por 24 horas, na assistência aos clientes, além de responder pela execução de 60% dos procedimentos realizados (LOPES, 2001; PEREIRA et al., 2004; CAVALCANTE et al., 2006).

Tendo em vista as condições frágeis de trabalho das equipes de enfermagem, instituições como a OIT (Organização Internacional do Trabalho) e a OMS (Organização Mundial da Saúde) asseveram que se deve priorizar tanto a identificação como o combate, no ambiente laboral, de todos os fatores físicos, mecânicos, químicos, biológicos e psicossociais que interferem no bem-estar do indivíduo (BULHÕES, 1998).

Na maioria das vezes, a exposição aos fatores de risco durante o trabalho da enfermagem pode dar aos profissionais de enfermagem o direito a um adicional na remuneração. O adicional definido em lei mais conhecido é o de insalubridade, relativo ao exercício do trabalho em condições insalubres. Ou seja, em contato com determinados agentes que prejudiquem a saúde do trabalhador. O adicional de insalubridade é previsto em

três percentuais distintos, 40% (grau máximo), 20% (grau médio) e 10% (grau mínimo), conforme classificação do agente insalubre (MESQUITA NETO, 2008).

Acrescenta Mesquita Neto (2008) que o outro principal adicional é o de periculosidade, previsto para o exercício do trabalho em condições de risco à vida, também definido em lei. Somente as hipóteses legais – explosivos, inflamáveis, eletricidade e radiações – admitem o referido adicional. A Consolidação das Leis do Trabalho traz em seu bojo, inserido no capítulo que trata “Da Segurança e da Medicina do Trabalho” a conceituação legal das atividades insalubres (art. 189).

Segundo Dalri (2007), médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem são categorias com grau médio de insalubridade na maioria dos locais de trabalho. Essa classificação muda para grau máximo quando estes profissionais trabalham em unidades que tratam exclusivamente de AIDS, tuberculose, etc.

Outra questão de risco aos profissionais da área de saúde é o fato de sofrerem frequentemente agressões físicas realizadas por clientes ou acompanhantes nas unidades. Farias e Zeitoune (2005), em um estudo no qual levantaram os riscos do trabalho de enfermagem num serviço ambulatorial, foram mencionados relatos de agressividade da clientela, com ameaças de agressão física, algumas vezes chegando a vias de fato.

Vale acrescentar que no cotidiano dos trabalhadores de enfermagem a proximidade com o sofrimento e a dor reflete na saúde dos mesmos e na sua qualidade de vida.

Referem Gomes, Lunardi Filho e Erdmann (2006) que o trabalho na enfermagem é por vezes fonte de prazer, como também é de sofrimento. Esses autores afirmam que o trabalho apresenta-se prazeroso quando permite o desenvolvimento do potencial humano, com liberdade para criar e executar, promovendo satisfação e conscientização de seu papel para a organização e a sociedade.

Corroboram Santos e Trevizan (2002) que quando o trabalho tem por finalidade única a mercadoria ou o serviço prestado pode reprimir as potencialidades humanas, gerando alienação, estranhamento, insatisfação, angústia e sofrimento psíquico.

Dejours e Abdoucheli (1994, p.137) distinguem dois tipos de sofrimento:

Sofrimento criador e sofrimento patogênico. O último aparece quando todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas. Isto é, quando não há nada além de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo, ou o sentimento de impotência. Quando foram explorados todos os recursos defensivos, o sofrimento residual, não compensado, continua seu trabalho de solapar e começa a destruir o aparelho mental e o equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o

lenta ou brutalmente para a descompensação (mental ou psicossomática) e para a doença. Fala-se então de sofrimento patogênico. O desafio real na prática, para a psicopatologia do trabalho, é definir as ações susceptíveis de modificar o destino do sofrimento e favorecer sua transformação (e não sua eliminação). Quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, ele traz uma contribuição que beneficia a identidade. Aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática e funciona como um mediador para a saúde. Quando, ao contrário, a situação, as relações sociais de trabalho e as escolhas gerenciais empregam o sofrimento no sentido patogênico, o trabalho funciona como um mediador de desestabilização e da fragilização da saúde.

Dalmolin, Lunardi, e Lunardi Filho (2009) asseguram que o sofrimento moral pode ser entendido como aquele que atinge a mente, o corpo ou as relações, em decorrência de uma situação na qual há consciência da questão moral, pois o indivíduo tem o discernimento da sua responsabilidade moral, julgando moralmente o que é correto. Complementa Nathaniel (2002) que o sofrimento moral é a consequência do constrangimento, onde detecta sua participação moral indevida, com riscos à sua motivação e satisfação, contribuindo, invariavelmente, para uma baixa produtividade e queda na qualidade do cuidado prestado.

O negativismo também é uma característica presente no cotidiano do enfermeiro, sendo considerado como um conjunto de fatores objetivos e subjetivos que interferem no comportamento individual ou coletivo, de tal forma, que o impeçam de impulsionar suas potencialidades, dificultando seu desenvolvimento. Dentre os fatores objetivos, destacam-se os problemas de saúde, acidentes, violência, situações de crise e catástrofes naturais (AMESTOY, 2009).

Já os fatores subjetivos referem-se ao pessimismo, baixa autoestima, inadaptação, atitudes negativas, medos e dificuldades de relacionamento. O negativismo na equipe não é um fenômeno surgido espontaneamente, mas costuma ser o reflexo do negativismo de algum de seus integrantes. Assim, se em uma equipe manifestam-se fenômenos negativos é porque algum de seus integrantes está se encarregando de inseri-lo no ambiente de trabalho (MAXWELL, 2008). Nesse sentido, caso o líder venha a ser uma pessoa negativa, poderá prejudicar o próprio crescimento e de seus colaboradores. Por isso, identificar o negativismo consiste na principal estratégia para combatê-lo.

O estresse ocupacional na enfermagem é um termo constantemente referido como repercussão do modo de vida do mundo moderno, no qual o tempo se torna escasso mediante o volume de afazeres e a cobrança, oriunda do próprio indivíduo e também do meio externo, chega a limites não toleráveis e até mesmo insuportáveis.

Carvalho e Malagris (2007) apontam que a comunidade científica, cada vez mais, vem fazendo do estresse ocupacional seu objeto de estudo, em decorrência das implicações negativas na saúde do trabalhador.

Insatisfação profissional, diminuição da produtividade no trabalho, absenteísmo, acidentes de trabalho e algumas patologias ocupacionais podem ser melhor compreendidas e esclarecidas pelo estudo da manifestação do estresse ocupacional no labor de enfermeiros (STACCIARINI; TRÓCOLI, 2000).

Em estudo realizado, Stacciarini e Trócoli (2001) analisam o contexto atual da profissão e argumentam em favor de que a enfermagem vive uma “crise”. Esses autores reconhecem como componentes ameaçadores à estabilidade do enfermeiro: o número reduzido de enfermeiros na equipe de enfermagem, dificuldades na delimitação dos diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e a falta de um reconhecimento nítido entre o público em geral, de quem é o enfermeiro. Citam, ainda, a atual situação política, com o achatamento dos salários, estreitamento do mercado de trabalho e o desemprego, como fatores agravantes aos profissionais que são obrigados a atuar em mais de um local de trabalho, exercendo uma carga horária mensal desumana. Tais particularidades do momento profissional do enfermeiro encontram semelhanças nos estressores ocupacionais

2.3 QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

2.3.1 Fatores ligados à qualidade de vida

O termo qualidade de vida (QV) vem sendo amplamente investigado no campo da enfermagem, tanto no âmbito de atuação dos profissionais envolvidos quanto da clientela por eles assistida.

Segundo a OMS, qualidade de vida pode ser definida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1998). Assim sendo, a partir dessa conceituação, incluem seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual.

Minayo, Harz e Buss (2000) definem qualidade de vida como uma descrição eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial.

Ampliando a discussão para além das questões de saúde, é válida a análise de Morato (2004) a partir do estudo de Santos e Martins (2002) quando estabelecem as inter-relações de três âmbitos de análise mais generalista relativos à qualidade de vida:

O primeiro se refere à distinção entre os aspectos materiais e imateriais da qualidade de vida. Os aspectos materiais dizem respeito às necessidades humanas básicas, como condições de habitação, abastecimento de água, sistema de saúde, ou seja, aos aspectos de natureza essencialmente física e infraestrutural. Para as sociedades menos desenvolvidas, os aspectos materiais são mais significativos. Para as mais desenvolvidas, as questões imateriais ligadas ao ambiente, ao patrimônio cultural são mais centrais.

O segundo diz respeito à distinção entre os aspectos individuais e coletivos. As componentes individuais são mais relacionadas com as condições econômica, pessoal e familiar dos indivíduos. As componentes coletivas são relacionadas com os serviços básicos e os serviços públicos.

O terceiro é a distinção entre os aspectos objetivos e subjetivos. Os aspectos objetivos são mais facilmente apreendidos por meio da definição de indicadores de natureza quantitativa. Os subjetivos remetem à percepção que os indivíduos têm da qualidade de vida e que é muito diferente de pessoa para pessoa, e de estrato social para estrato social (SANTOS; MARTINS, 2002).

Pode-se inferir, a partir das variadas conceituações expostas que a designação qualidade de vida extrapola os domínios da saúde para abranger todos os segmentos inerentes à condição humana. Não se pode assegurar um viver de qualidade se aspectos essenciais humanos não estiverem plenamente garantidos.

Nessa linha de pensamento cumpre trazer à luz da discussão a importante contribuição do psicólogo americano Abraham Harold Maslow quando teorizou acerca da hierarquia das prioridades inerentes à realização da espécie humana. Maslow concebeu esta hierarquia pelo fato de o homem ser uma criatura que expande suas necessidades no decorrer de sua vida. À medida que o homem satisfaz suas necessidades básicas, outras mais elevadas assumem o predomínio do seu comportamento (SAMPAIO, 2009).

Situando o contexto histórico em que Maslow desenvolveu sua teoria, Bueno (2002, p.9) destaca a respeito da sua biografia:

Abraham Maslow nasceu a 1º de Abril de 1908, em Nova Iorque, o primeiro filho do imigrante russo Samuel Maslow. Apesar de ter sido educado numa comunidade judaica, a mãe não era uma religiosa praticante, mas uma mulher supersticiosa, que o castigava permanentemente e o atormentava com a possibilidade de um castigo divino, um comportamento que, mais tarde, Maslow caracterizou como esquizofrenia e utilizou como exemplo em palestras de psicologia. O antisemitismo, a que assistiu entre as décadas de 20 e 40, também marcou profundamente o jovem Maslow. Apesar de não terem formação escolar, os seus pais valorizavam muito a educação, sobretudo a do seu filho mais velho. Este interesse complementou a infância conturbada com uma certa estabilidade emocional. Na escola Boys High, Maslow estava rodeado de jovens brilhantes, o que o estimulava. Foi editor da revista *Latin* e colaborador da publicação de física *Principia*. Tornou-se social-democrata, idealisticamente comprometido em trabalhar por um mundo melhor. Os estudos posteriores em Wisconsin foram todos nas áreas da psicologia, anatomia, fisiologia e comportamento animal. Ao longo dos anos nesta universidade, Maslow propôs a publicação de diversos artigos da sua autoria ao *Journal of Philosophy*, mas nenhum foi aceite. Nenhum dos temas na área da psicologia que lhe interessava versar na sua tese de mestrado parecia merecer o interesse da comunidade académica. O tema «Aprendizagem, retenção e reprodução de material verbal» - acabou por ser imposto. Os primeiros artigos publicados tiveram origem nesta tese, apesar de o autor a ter retirado das prateleiras da biblioteca, por vergonha.

Pedrassoli (2008) afirma que Maslow logo no início de sua carreira passou a interessar-se pelo estudo da sexualidade humana e uma das muitas coisas interessantes que descobriu, quando pesquisava o comportamento de macacos, é que algumas necessidades têm mais prioridade que outras. Por exemplo, diante de fome e sede, a tendência é tentar resolver a sede em primeiro lugar. Afinal, pode-se ficar sem comida por semanas, mas apenas sobreviverá por alguns dias se não beber água. Por isso, a sede é uma necessidade “mais forte” que a fome. Do mesmo modo, se está com muita sede e alguém impede de respirar, o mais importante é a necessidade de respirar. Por outro lado, sexo é a necessidade mais fraca comparada com todas essas, já que sua privação não coloca a vida em risco.

As necessidades humanas, segundo Maslow, estão arranjadas numa hierarquia denominada de hierarquia dos motivos humanos. Conforme o seu conceito de premência relativa, uma necessidade é substituída pela seguinte mais forte na hierarquia, na medida em que começa a ser satisfeita. Assim, por ordem decrescente de premência, as necessidades estão classificadas em: fisiológicas, segurança, afiliação, autoestima e autorrealização. A necessidade fisiológica é, portanto, a mais forte, a mais básica e essencial, enquanto a necessidade de autorrealização é a mais fraca na hierarquia de premência (POTTER; PERRY, 2004).

Acrescentam Potter e Perry (2004) que as necessidades fisiológicas se encontram na base da pirâmide e representam as necessidades relacionadas ao organismo, como alimentação, sono, abrigo, água.

Hall et al. (2000) ressaltam que Maslow não afirmou categoricamente se as necessidades são conscientes ou inconscientes, mas sugeriu que os desejos do cotidiano são “indicadores para as necessidades básicas”, inferindo ainda que Maslow reconhece que existe um ambiente cultural que deve ser considerado e que sua hierarquia não é unidade universal. Maslow comungava da mesma opinião de Freud, o qual enfatizava que a maior parte dos comportamentos humanos é direcionada pelas necessidades humanas mais elementares. Maslow afirmou ainda que alguns comportamentos não são apenas motivados, mas sim determinados pelo ambiente externo, ou são um reflexo do estilo de vida da pessoa humana (HALL et al., 2000).

Sampaio (2009) aponta que a necessidade de segurança e estabilidade aparecem após o suprimento das necessidades fisiológicas e são representadas pela necessidade de proteção contra a violência, proteção para saúde, recursos financeiros e outros. O indivíduo se tornará gradualmente mais interessado em encontrar circunstâncias seguras, de estabilidade e proteção, de ter uma estrutura, alguma ordem e alguns limites.

Corroborando, Potter e Perry (2004) afirmam que as necessidades sociais somente aparecerão após as necessidades de segurança serem supridas. São necessidades sociais sentir necessidade de ter amigos, companheiro, filhos, bons relacionamentos em geral, uma profissão e mesmo um senso de comunidade. Pedrassoli (2008) analisa que, olhando pelo lado negativo, o indivíduo se torna gradualmente mais sensível à solidão e às ansiedades sociais.

As necessidades de *status* e estima ocorrem depois que as necessidades sociais são supridas. Segundo Pedrassoli (2008), Maslow percebeu duas versões das necessidades de estima: uma inferior e uma superior. A inferior é o desejo de ter o respeito dos outros, a necessidade de *status*, fama, glória, reconhecimento, atenção, reputação, apreciação, dignidade e mesmo dominância. A versão superior envolve a necessidade de autorrespeito, incluindo sentimentos como confiança, competência, capacidade de realização, mestria, independência e liberdade. Essa é uma forma “superior” porque o autorrespeito é muito mais difícil de perder. A falta de satisfação dessas necessidades são o que geram a baixa autoestima e os complexos de inferioridade. Maslow percebeu que essas eram as raízes da maioria dos problemas psicológicos (SAMPAIO, 2009).

Acrescenta Pedrassoli (2008) que Maslow classificou os quatro níveis anteriores como D-Needs (Deficit Needs, necessidades geradas pela falta). Isso significa que não se tem o que precisa – ou seja, existe um déficit – então há a necessidade. Maslow vê esses quatro primeiros níveis como necessidades de sobrevivência. Até mesmo amor e estima são necessários à manutenção da saúde. Ele diz que todos têm essas necessidades implantadas geneticamente, como se fossem instintivas. De fato, ele usa o termo “necessidades instintóides” (instintóide significa “como se fosse um instinto”).

Nesse aspecto Pedrassoli (2008) assevera que Maslow fala desses níveis inferiores em termos de homeostase, definindo este termo como sendo o princípio pelo qual a temperatura do organismo é controlada, buscando sempre o ponto de equilíbrio. Quando o tempo está muito quente, a transpiração faz com que o corpo esfrie. Quando o tempo está frio, o metabolismo se acelera para aquecer o corpo. Do mesmo modo, quando o corpo precisa de alguma substância, surge um desejo por algum alimento que contenha aquela substância. Quando houver essa substância em quantidade suficiente no corpo, aquela fome específica cessará. O ponto de equilíbrio foi atingido, pelo menos por enquanto. Maslow simplesmente estendeu o princípio da homeostase para as necessidades de segurança, pertencimento e estima (SAMPAIO, 2009).

As necessidades de autorrealização que se encontram no topo da pirâmide hierárquica são: moralidade, criatividade, espontaneidade, autodesenvolvimento, prestígio (POTTER; PERRY, 2004).

Sendo assim, pode-se afirmar que o ser humano busca instintivamente sempre melhorias para sua vida. Quando uma necessidade é suprida surge outra em seu lugar; de modo que as mesmas vão ascendendo hierarquicamente, como ilustrado a seguir:

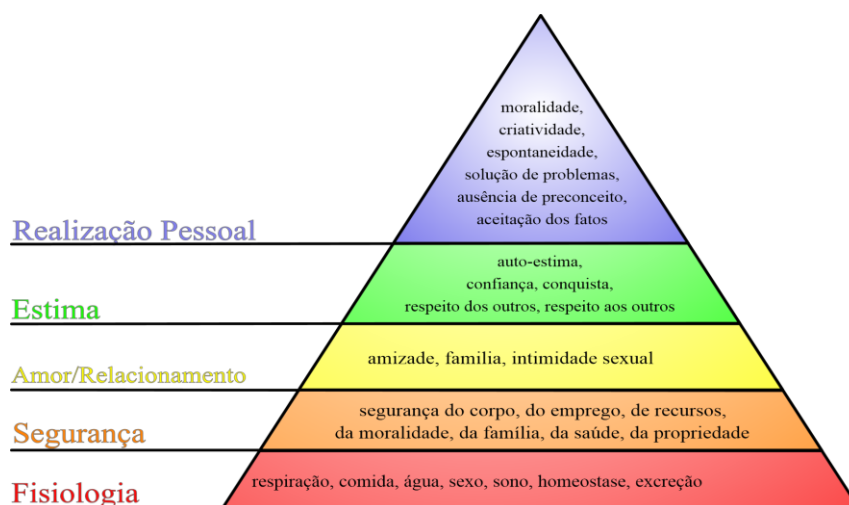


Figura 2 – Diagrama das necessidades humanas básicas de Maslow

Fonte: J. Finkelstein (translated to pt by Felipe Sanches)¹

Quando as necessidades humanas não são supridas, sobrevêm sentimentos de frustração, agressividade, nervosismo, insônia, desinteresse, passividade, baixa autoestima, pessimismo, resistência a novidades, insegurança e outros. Tais sentimentos negativos podem ser recompensados por outros tipos de realizações (BUB, 2001).

A motivação constitui uma das preocupações dos empresários e dos gestores desde que Elton Mayo se deu conta que a produtividade não decorria apenas da qualidade técnica e da eficiência dos processos, mas também da atitude das pessoas em relação às tarefas que lhes eram solicitadas. Tratava-se, então, de motivar as pessoas (SCHMIDT, 2004).

No final da década de 1990, Bergamini (1997) define motivação como uma força propulsora que leva o indivíduo a satisfazer suas necessidades e desejos. A motivação no trabalho leva os recursos humanos, além de buscarem satisfações pessoais, a realizarem os objetivos da organização.

O desenvolvimento do processo motivacional na organização é o elemento-chave de uma gestão estratégica e de resultados. Seu grande diferencial se dá por meio do equilíbrio da capacidade produtiva e da motivação dos trabalhadores. Este, porém, não ocorre sem um conjunto claro e expressivo de valores (VOLPATO; CIMBALISTA, 2002).

2.3.2 Instrumentos para avaliação de qualidade vida

Existem duas formas de mensurar QV, por meio de instrumentos genéricos e instrumentos específicos. Os dois instrumentos fornecem informações diferentes e podem ser empregados concomitantemente.

Fayers (2000) refere que os instrumentos genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Podem ser usados para estudar indivíduos da população geral ou de grupos específicos, como portadores de doenças crônicas. Assim, permitem comparar a QV de indivíduos sadios com doentes ou de portadores da mesma doença,

¹ Imagem disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Hierarquia_das_necessidades_de_Maslow.svg

vivendo em diferentes contextos sociais e culturais. Como desvantagem não são sensíveis na detecção de aspectos particulares e específicos da QV de uma determinada doença.

Complementa Fayers (2000) que a vantagem dos instrumentos específicos é a capacidade de detectar particularidades da QV em determinadas situações. Eles avaliam de maneira individual e específica determinados aspectos de QV como as funções físicas e sexuais, o sono, a fadiga etc. Têm como desvantagem a dificuldade de compreender o fenômeno e de validar as características psicométricas do instrumento.

A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-*bref* (WHOQOL, 1998).

O WHOQOL-*bref* consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Assim, diferente do WHOQOL-100, em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 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 (WHOQOL, 1998).

O Quadro 1 discrimina os domínios e facetas do instrumento WHOQOL-*bref*:

Quadro 1: Domínios e facetas do WHOQOL-*bref*

<p>Domínio 1 – Domínio físico</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
<p>Domínio 2 – Domínio psicológico</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Autoestima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos 24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Domínio 3 – Relações sociais

- 13. Relações pessoais
- 14. Suporte (apoio) social
- 15. Atividade sexual

Domínio 4 – Meio ambiente

- 16. Segurança física e proteção
- 17. Ambiente no lar
- 18. Recursos financeiros
- 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
- 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
- 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
- 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
- 23. Transporte

Fonte: Adaptado de Fleck et al. (2000)

O WHOQOL-*bref* fornece um perfil da qualidade de vida obtido pelos escores dos quatro domínios, em que, quanto mais alto os escores, melhor é a qualidade de vida. As duas questões gerais são examinadas separadamente, sendo que a primeira questão revela a percepção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida e a segunda questão revela a percepção do indivíduo sobre a sua saúde. Os quatro domínios indicam a percepção individual da qualidade de vida do trabalhador. Cada uma das 24 questões possui uma pontuação que varia de 1 a 5. Para o cálculo manual de cada domínio há uma equação que resulta em um escore bruto. O escore bruto é então convertido em um escore transformado, utilizando-se uma tabela de referência. O método de transformação converte os escores brutos em uma escala de 4 a 20, comparável com o WHOQOL-100, e em uma escala de 0 a 100 (WHO, 1996). Os escores dos domínios podem ser agrupados e então revelar um escore único para a qualidade de vida.

Outro instrumento para avaliação de QV é o “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey” (SF-36), um questionário genérico que avalia aspectos da qualidade de vida que estão diretamente relacionadas à saúde do indivíduo. Desenvolvido no final dos anos 1980 nos EUA, foi aplicado em diversas situações com boa sensibilidade, eliminando-se o problema de distribuição excessiva das pontas de escala como excelente e muito ruim (VIACAVA, 2002).

Foi traduzido e validado no Brasil para avaliar a qualidade de vida em pacientes com artrite reumatóide e mostrou-se adequado às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira (CICONELLI et al., 1999).

Como instrumento avaliador de QV também há o Índice de Qualidade de Vida (IQV), desenvolvido em 1982, pelas enfermeiras norte-americanas Ferrans e Powers, do Departamento Médico-Cirúrgico da Universidade de Illinois, Chicago – USA. É um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida destinado a pessoas tanto saudáveis como aquelas com algum tipo de doença. Foi traduzido e validado para 13 idiomas: inglês, francês, japonês, coreano, chinês mandarim, norueguês, polonês, romeno, espanhol, sueco, tailandês, português de Portugal e português do Brasil (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005).

Diante dos instrumentos elencados para avaliação da qualidade de vida, questionou-se qual adotar, qual seria a melhor opção para este estudo. Levou-se em conta as considerações de Fleck et al. (2000) quando detectou características psicométricas satisfatórias na aplicação e validação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida. Guyatt, Feeny e Patrick (1993), Testa e Simonson (1996), Paschoal (2001), Eurich e Kluthcovsky (2008) também empregaram este instrumento para dimensionar a qualidade de vida tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo desenvolvido segundo a metodologia quantitativa, descritivo-analítica e transversal, uma vez que a investigação quantitativa subsidiou dados mais precisos que permitiram caracterizar a população, sujeitos desta pesquisa, e avaliar a qualidade de vida dos mesmos.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2006), a pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos. A primeira razão para se conduzir uma pesquisa quantitativa é descobrir quantas pessoas de uma determinada população compartilham uma característica ou um grupo de características. Ela é especialmente projetada para gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística.

Na pesquisa descritiva, o objetivo primordial é a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (CRUZ; RIBEIRO; 2004).

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e ordena dados sem manipulá-los, isto é, sem interferência do pesquisador. Procura descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, características, causas, relações com outros fatos. Assim, para coletar tais dados, utiliza-se de técnicas específicas dentre as quais se destacam a entrevista, o formulário, o questionário, o teste e observação, corrobora Almeida (1996).

Na fase analítica os dados quantitativos reunidos na fase empírica não são relatados na forma bruta. Eles são submetidos à análise e à interpretação, que ocorrem na fase seguinte do processo de pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2006).

Investigações que produzem “instantâneos” da situação de saúde de um grupo ou comunidade são chamadas de estudos seccionados ou de corte-transversal, ou seja, pretende dar uma ideia de seccionamento transversal, um corte no fluxo histórico da situação-problema, evidenciando as características apresentadas por ela naquele momento (ROUQUAYROL, 1994).

Assim, os estudos transversais examinam dados num ponto do tempo, ou seja, os dados são coletados apenas numa ocasião com os mesmos assuntos e não sobre os mesmos assuntos em vários pontos do tempo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

Obedecendo à Resolução 196/96, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), obteve-se da administração do hospital a autorização escrita para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados aos profissionais de enfermagem no horário do turno de trabalho dos mesmos, anexada na Plataforma Brasil.

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFAL-MG, com o Protocolo nº 164/2011(ANEXO A) e encaminhado à Câmara de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) para registro. Aos voluntários do estudo foram proporcionados orientações e esclarecimentos quanto aos objetivos da pesquisa (APÊNDICE A) e solicitada a concordância em participar da investigação, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com garantia do anonimato (APÊNDICE B).

3.3 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado num hospital geral, filantrópico, de médio porte, com capacidade atual para 148 leitos, situado no município de Alfenas, no Sul do Estado de Minas Gerais. Trata-se, portanto, de um hospital de médio porte, pela capacidade de operação de 50 a 150 leitos (BRASIL, 2007). Oferece atendimento para referência de vinte e seis (26) municípios pertencentes ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região dos Lagos, nos serviços de Oncologia, Hemodiálise, Clínica e Cirurgia geral, clínicas especializadas como: ortopedia, neurologia, endocrinologia, cardiovascular, respiratório, gerontologia, gastrointestinal, ginecologia, obstetrícia, pediatria, nefrologia e hematologia.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta de profissionais de enfermagem pertencentes ao quadro de funcionários da referida instituição. Constitui-se de: 21 auxiliares de enfermagem, 99 técnicos de enfermagem e 19 enfermeiros, totalizando 139 profissionais de enfermagem. Esses dados foram fornecidos pela instituição no mês de abril de 2012.

Foram critérios de inclusão: os profissionais de enfermagem que estavam trabalhando no período de coleta e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

A amostra foi constituída pelos funcionários da equipe de enfermagem que atenderam aos critérios de inclusão, totalizando 106 participantes, sendo 15 enfermeiros, 84 técnicos de enfermagem e 07 auxiliares de enfermagem. Dos 33 funcionários não-participantes, 02 estavam em licença-maternidade, 03 de licença-médica, 15 de férias e os demais não aceitaram participar do estudo.

3.5 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2012.

3.6 PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

Quivy e Campenhoudt (1998) descrevem o questionário como um instrumento de observação não-participante, baseado numa sequência de questões escritas dirigidas a um conjunto de indivíduos, questionando suas opiniões, representações, crenças sobre eles próprios ou seu meio.

Fazendo a distinção, vantagens e desvantagens entre questionário e formulário, Figueiredo (2009, p. 21) afirma que:

O questionário e o formulário são instrumentos bem semelhantes de coleta de dados, sendo que o questionário é preenchido pelo participante da

pesquisa e é constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito; o formulário, por sua vez é preenchido pelo entrevistador.

O questionário precisa ser testado antes de sua utilização definitiva, aplicando-se alguns exemplares em uma pequena população escolhida, ou seja, antes de utilizar o questionário oficial deve-se, previamente, fazer um Pré-teste que evidenciará possíveis falhas existentes no questionário oficial. O pré-teste serve para verificar se o questionário apresenta três importantes elementos: Fidedignidade: qualquer pessoa que o aplique obterá sempre os mesmos resultados; Validade: mede aquilo que se propõe a medir; Operatividade: vocabulário acessível e significado claro.

Como vantagens da utilização do questionário como instrumento de coleta de dados, pode-se dizer que sua aplicação economiza tempo e obtém grandes números de dados, sem contar que atinge maior número de pessoas simultaneamente e que obtém respostas mais rápidas e mais precisas.

O Protocolo para a coleta de dados junto aos participantes da amostra destina-se à caracterização socioeconômica e de trabalho, por meio de um questionário, e a identificação da qualidade de vida do participante pela aplicação da Escala WHOQOL-*bref*.

3.6.1 Instrumento para caracterização da população

Foi utilizado um questionário semiestruturado com questões abertas e fechadas como Protocolo para Coleta de Dados, elaborado a partir de estudo prévio (PEREIRA, 2008).

As variáveis investigadas foram de cunho socioeconômico e de trabalho, a saber: gênero, faixa etária, estado conjugal, crença, grau de formação, número de filhos, renda individual, renda familiar, categoria de enfermagem, tempo de serviço na instituição, tempo de profissão e outra atividade/emprego (APÊNDICE C).

3.6.2 Escala para avaliação da qualidade de vida da população (WHOQOL-*bref*)

A qualidade de vida foi avaliada pelo questionário World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-*bref*), segundo Fleck (2000) (ANEXO B).

Esse instrumento utilizado para avaliação de qualidade de vida baseia-se nos pressupostos de que a qualidade de vida é um conjunto subjetivo (percepção do indivíduo em

questão), multidimensional e composto por dimensões positivas (por ex., mobilidade) e negativas (por ex., dor).

A versão em português do WHOQOL-*bref* foi desenvolvida e validada no Centro WHOQOL (Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde) para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (FLECK, 2000).

O questionário é composto de vinte e seis perguntas que compreendem quatro domínios: físico (I), psicológico (II), relação social (III) e meio ambiente (IV). Esses domínios são divididos em 24 facetas, além de 2 facetas que compreendem a QV geral. Cada faceta é composta de uma pergunta.

As respostas para as questões do WHOQOL-*bref* são dadas em uma escala do tipo Likert. As perguntas são respondidas por meio de quatro tipos de escalas: intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito, muito satisfeito, muito ruim, muito bom). O escore para cada domínio pode ser transformado em uma escala que varia de 0-100, sendo zero o pior e cem o melhor resultado (FLECK, 2000).

Este instrumento validado foi escolhido devido ao fato de ser genérico, ou seja, abrangente em relação aos aspectos da QV, e a ter mostrado características psicométricas satisfatórias na população brasileira (FLECK, 2000).

Conhecendo a QV desses trabalhadores nos permite identificar as mudanças necessárias para a promoção do bem-estar, assim como, a adequação de condições para a sua reabilitação. Dependendo dos domínios afetados na QV, os mesmos trabalhadores podem deparar-se com diversos transtornos, inclusive com comprometimento das funções e atribuições no trabalho (BITTENCOURT et al., 2004).

3.7 TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de contato pessoal prévio, para entrega dos apêndices B e C, no intuito de esclarecer sobre a pesquisa e coleta das assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respectivamente. Mediante o aceite dos funcionários, foi entregue o Questionário para caracterização socioeconômica e o Questionário para Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-*bref*).

Os questionários foram respondidos pelos participantes e entregues à pesquisadora no mesmo dia ou em até 48 horas.

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados de caracterização da população foram tabulados utilizando o Programa BrOffice Calc e submetidos à análise estatística no Software R (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2011).

Foi utilizada a estatística descritiva analítica e inferencial (média, moda, mediana) e de variabilidade (desvio-padrão e coeficiente de variação) das variáveis que compõem o questionário de caracterização socioeconômica e de trabalho.

A Consistência Interna da Escala WHOQOL-*bref* foi avaliada por meio do Teste Alfa de Cronbach para verificar a fidedignidade dos domínios e questões.

Freitas e Rodrigues (2005) referem que o coeficiente α de Cronbach (assim como é cientificamente conhecido) foi apresentado por Lee J. Cronbach em 1951 e representa uma das estimativas da confiabilidade de um questionário que tenha sido aplicado em uma pesquisa. Dado que todos os itens de um questionário utilizam a mesma escala de medição, o coeficiente α , com $\alpha \in [0,1]$, é calculado a partir da variância dos itens individuais e das covariâncias entre os itens.

Cumprе ressaltar que ainda não existe um consenso entre os pesquisadores acerca da interpretação da confiabilidade de um questionário obtida a partir do valor deste coeficiente. Em geral, considera-se satisfatório um instrumento de pesquisa que obtenha $\alpha \geq 0,70$ (FREITAS; RODRIGUES, 2005).

Foram estabelecidos cruzamentos de interesse para verificar a independência entre pares de variáveis (sendo cada variável uma questão do questionário). Os Testes de U de Wilcoxon-Mann-Whitney (WMW) e Kruskal-Wallis foram aplicados, adotando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) (FERREIRA, 2009).

Ferreira (2009) resalta que o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney (WMW) é um teste não-paramétrico que possui um importante papel na comparação de duas médias populacionais, para averiguar se são iguais as medianas de duas populações contínuas e independentes onde as duas amostras envolvidas não têm de ter a mesma dimensão.

Assim como o teste de Mann-Whitney, o teste de Kruskal-Wallis é não-paramétrico, e primeiramente converte os dados em postos, tendo por finalidade testar a diferença nas classificações dos escores de três ou mais grupos independentes (POLIT; BECK; HUNGLER, 2006).

Segundo Ferreira (2009), o p-valor, também denominado nível descritivo do teste, é a probabilidade de que a estatística do teste (como variável aleatória) tenha valor extremo em relação ao valor observado (estatística) quando a hipótese H_0 é verdadeira.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO ESTUDO

Participaram deste estudo 106 profissionais de enfermagem, sendo 15 enfermeiros, 84 técnicos de enfermagem e 07 auxiliares de enfermagem, pertencentes ao quadro de funcionários de um hospital geral de médio porte situado no município de Alfenas-MG.

A caracterização socioeconômica e as informações profissionais são apresentadas nas Tabelas 1 e 2, respectivamente.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de enfermagem com relação às variáveis de caracterização socioeconômica - gênero, faixa etária, estado conjugal, crença, grau de formação, renda familiar, renda individual, número de filhos - pertencentes ao quadro de pessoal de um hospital geral do município de Alfenas-MG, 2012. (n = 106)

Variáveis	Freq. Absoluta (n)	Freq. Relativa (%)	Variáveis	Freq. Absoluta (n)	Freq. Relativa (%)
Gênero			Grau de formação		
Masculino	25	23,58	Ensino Fundamental completo	07	6,60
Feminino	81	76,42	Ensino Médio completo	81	76,42
			Ensino Superior	18	16,98
Faixa Etária			Renda individual		
≤ 20	5	4,72	≤ 2 salários mínimos	62	58,50
20 - 40 anos	67	63,21	2 - 4 salários mínimos	37	34,90
Mais de 40 anos	34	32,07	Mais de 4 salários mínimos	7	6,60
Estado civil			Número de filhos		
Com			Nenhum	56	52,83
companheiro (a)	55	51,89	1	23	21,70
Sem			2 ou mais	27	25,47
companheiro (a)	51	48,11			
Crença			Renda familiar		
Católico (a)	79	74,53	≤ 2 salários mínimos	17	16,04
Evangélico (a)	12	11,32	2 - 4 salários mínimos	65	61,32
Espírita	9	8,49	Mais de 4 salários mínimos	24	22,64
Outros	6	5,66			

Fonte- Elaborada pela autora (2012)

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais de enfermagem em relação às variáveis de informação profissional - categoria de enfermagem, tempo de serviço na instituição, tempo de profissão, outra atividade e/ou emprego - pertencentes ao quadro de pessoal de um hospital geral do município de Alfenas-MG, 2012. (n=106)

Variáveis	Freq. Absoluta (n)	Freq. Relativa (%)
Categoria de enfermagem		
Enfermeiro	15	14,15
Técnico	84	79,25
Auxiliar	7	6,60
Tempo de serviço na instituição		
– 1 ano	24	22,64
1 – 10 anos	57	53,77
10 – 20 anos	16	15,09
Mais de 20 anos	9	8,50
Tempo de profissão		
– 1 ano	14	13,21
1 – 10 anos	55	51,89
10 – 20 anos	22	20,75
Mais de 20 anos	15	14,15
Possui outra atividade e/ou emprego		
Sim	40	38
Não	66	62
Se sim:		
1	30	75
2	10	25

Fonte- Elaborada pela autora (2012)

Dos 106 profissionais de enfermagem participantes deste estudo, verifica-se pela Tabela 1 predomínio do gênero feminino, 76,42% (81). A priori esta hegemonia do universo feminino pode ser atribuída ao fato de que a população feminina é maior que a masculina no planeta, seguindo a tendência de dados mundiais (MARTINS, 2007). Mas as especificidades do contexto da enfermagem devem ser consideradas, uma vez que as práticas de cuidado sempre estiveram associadas ao gênero feminino (COELHO, 2005). Entretanto, essa tendência vem se reconfigurando na contemporaneidade e o percentual masculino encontrado neste estudo de 23,58 % (25) se assemelha ao encontrado no trabalho de Robaina (2009) 20,1%. Jesus et al. (2010) referem que a inserção do homem na enfermagem tem aumentado nas últimas décadas e atualmente, há enfermeiros atuando em diversas áreas da assistência,

inclusive nas áreas obstétricas e neonatal, embora se reconheça que o preconceito nessa área ainda exista.

Há ainda o preconceito das próprias enfermeiras que não aprovam ou recomendam a presença masculina na enfermagem, considerando o homem “estranho, preguiçoso ou menos capacitado” (JESUS et al., 2010). Somado a essa reprovação velada existe ainda um forte estereótipo que precisa ser enfrentado pelo homem na enfermagem, no que se refere a sua sexualidade (OXTOBY, 2003).

Quanto à faixa etária, pela Tabela 1 observa-se que houve a predominância na faixa de 21 a 40 anos, 63,21% (67), evidenciando uma equipe de enfermagem eminentemente jovem, no momento mais produtivo da vida, em consonância com os estudos de Santos (1992), Lautert (1997), Silva e Marziale (2000), Carvalho e Lima (2001), Sarella e Paravic (2002), Matsuda e Évora (2003) e Campos (2005).

Faixa etária semelhante à do presente estudo foi apresentada em uma pesquisa sobre enfermeiros com doença crônica e suas relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho, realizada por Teixeira e Mantovani (2009), com 23 enfermeiros, evidenciando que a idade variava de 35 a 58 anos.

Schmidt e Dantas (2006), no trabalho que investigou a qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem sob a ótica da satisfação, observaram a idade média de 38,7 anos dos participantes da pesquisa, ressaltando que, apesar da idade média ter apontado para um grupo de adultos jovens, havia profissionais com idade próxima à faixa etária dos 60 anos, o que poderia repercutir sobre a saúde dessas pessoas.

Em relação ao estado civil, 51,89% (55) possuem companheiro (TABELA 1). Estudo que investigou a qualidade de vida de profissionais de enfermagem identificou que os indivíduos que possuem companheiro apresentaram melhores escores de qualidade de vida se comparado aos que não possuem. O autor aponta que o afeto existente entre o casal gera sentimentos e pensamentos positivos, melhor autoestima e, em geral, os problemas próprios da vida são, muitas vezes, melhor administrados, se são compartilhados com o parceiro (FERNANDES et al., 2010).

Independente da crença religiosa, todos os funcionários referem professar uma religião, sendo que 74,53% (79) apontam ser católicos (TABELA 1). É uma característica positiva o fato de a religião ser bastante expressiva entre os profissionais de enfermagem, uma vez que, estudiosos dedicados em avaliar e documentar os efeitos da religiosidade/espiritualidade na saúde têm apontado uma relação positiva com vários aspectos do bem-estar físico e mental, bem como têm considerado que a

religiosidade/espiritualidade pode funcionar como um suporte diante de situações difíceis, eventos traumáticos e/ou estresse decorrente do trabalho, entre outros (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; FOSARELLI, 2008).

Quanto ao grau de formação, 76,42% (81) possuem o Ensino Médio Completo, 16,98% (18) Ensino Superior e 6,6% (7) Ensino Fundamental Completo (TABELA 1). Ressalta-se que 18 dos profissionais do estudo possuem nível superior, no entanto, conforme se verifica pela Tabela 2, foram 15 enfermeiros participantes deste estudo. Esse dado chama a atenção pelo fato de profissionais de enfermagem que atuam em funções de nível médio possuir formação em nível superior, o que lhes confere qualificação maior do que as exigências da função.

Reitera-se a questão referente aos baixos salários, aquém da pretensão desses profissionais que investiram em sua carreira, o que acaba por interferir diretamente na autoimagem e autoestima, por não serem condizentes com a sua formação, contribuindo para a multiplicidade de empregos e expondo o profissional a desgaste físico e mental (CORDEIRO, 2012).

A renda individual de 58,50% dos profissionais de enfermagem é de até dois salários mínimos, já a renda familiar de 61,32% está entre 2 a 4 salários mínimos (TABELA 1). Cumpre ressaltar que o salário mínimo vigente na época da coleta de dados deste estudo perfazia o valor de R\$ 622,00 (seiscentos e vinte e dois reais) conforme o Art. 1º do Decreto nº 7.655 (BRASIL, 2011).

É possível perceber a participação do profissional de enfermagem para elevar a renda da família, notadamente pelo predomínio de mulheres entre os participantes deste estudo.

No que se refere ao número de filhos, 52,83% (56) não possuem filhos e, vale destacar que 47,17% (50) das famílias os possuem de 1 a 2 ou mais (TABELA 1).

Nesse contexto ressalta-se o levantamento do IPEA (2008) o qual retrata que o formato da família brasileira está se diversificando, com mais espaço para casais com filhos chefiados por mulheres e núcleos familiares formados apenas por mãe e filhos. Acrescenta-se que as famílias monoparentais, nas quais as mulheres criam seus filhos sozinhas, aumentaram 53% na última década e exige da mulher uma multiplicidade de papéis com responsabilidades integrais quanto às despesas dos filhos (IPEA, 2008).

Complementam Pafaro e De Martino (2004) que, levando em consideração a baixa remuneração do profissional de enfermagem, essa situação pode interferir na sua qualidade de vida, uma vez que o mesmo tende a procurar novas fontes de renda, como assumir dupla

jornada de trabalho, para promover a subsistência da família e assegurar saúde e educação para os filhos.

Schrader et al. (2011) afirmam que a valorização profissional está fortemente associada à remuneração como fonte de motivação para o trabalho. Assim, a remuneração adquire um significado importante para os trabalhadores de enfermagem, já que se constitui como fonte de motivação para a qualidade de vida. Esses autores detectaram em seu estudo que a maioria dos profissionais se sentem mal remunerados e desvalorizados pelas atividades e responsabilidades que possuem, desmotivando esse trabalhador, que acaba não exercendo seu trabalho da melhor maneira e se vê obrigado a optar por mais de um vínculo empregatício para se realizar financeiramente.

Esse inglório panorama salarial tem sido observado com frequência no cenário da enfermagem nacional, como constatam Batista et al. (2005) em pesquisa sobre os fatores de insatisfação no trabalho do enfermeiro, na qual 52 participantes, 84,6%, estavam insatisfeitos com o salário pelas seguintes justificativas: o salário não atende às necessidades pessoais e profissionais, não é adequado à realidade e o valor é incompatível para as atribuições e carga horária.

Não obstante a necessidade de complementar a renda ou mesmo de suprir integralmente as necessidades da família, essa realidade tem como agravante o fato de a enfermagem ser uma profissão predominantemente feminina, o que infere nos tempos atuais o exercício de dupla ou tripla jornada de trabalho, a que se somam as atividades domésticas cotidianas (SPINDOLA; SANTOS, 2004, NUNES; SILVA, 2007).

Pela Tabela 2 verificou-se que 79,25% (84) dos profissionais deste estudo são técnicos de enfermagem, o que retrata a adequação da instituição ao nivelamento proposto pelo Cofen de formação em nível médio para a maioria da força de trabalho nos hospitais, estando acima do percentual exigido por este órgão de classe. E ainda que 14,15% (15) são enfermeiros, valor considerado aquém do determinado pelo Cofen (2004), mesmo para a assistência mínima e intermediária.

A Resolução COFEN n. 189/96, que foi a primeira a normatizar em âmbito nacional a obrigatoriedade de haver Enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde, foi reformulada em 2004, ampliando o número de horas de assistência de enfermagem por nível de complexidade e por leito, conforme determina em seu art. 5º:

A distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem deve observar as seguintes proporções e o SCP²:

- 1 – Para assistência mínima e intermediária: de 33 a 37% são Enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem;
- 2 – Para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são Enfermeiros e os demais, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
- 3 – Para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem (COFEN, 2004, p.4).

Complementa-se que, segundo o Cofen (2011), perfazem no Brasil 1.449.583 profissionais de enfermagem, dentre eles 19,81% enfermeiros, 43,18% técnicos de enfermagem e 36,8% auxiliares de enfermagem, constituindo uma realidade em desenvolvimento para a adequação dos profissionais de enfermagem também em âmbito nacional, face às exigências do Cofen (2004).

No que se refere ao tempo de serviço na instituição e de profissão, pela Tabela 2 é possível identificar que há proporcionalidade entre os resultados obtidos nos intervalos de anos. Assim, dos 22,64% (24) funcionários com menos de 1 ano na instituição, verificou-se que 13,21% (14) são recém-formados há menos de 1 ano; 53,77% (57) têm de 1 a 10 anos na instituição; e 51,89 % estão na profissão de 1 a 10 anos; 15,09% (16) estão de 10 a 20 anos na instituição e 20,75% (22) perfazem o tempo de 10 a 20 anos de profissão. E, ainda, 8,50% (9) trabalham na instituição há mais de 20 anos e 14,15% (15) possuem mais de 20 anos de profissão (TABELA 2). Ocorre que 68,86% (73) dos profissionais de enfermagem deste estudo estão entre 1 a 20 anos neste emprego, e 72,64% (77) possuem de 1 a 20 anos de profissão, o que sugere que esses profissionais trabalham na instituição desde o início de sua vida profissional. Ocorre ainda que a instituição tem admitido funcionários que concluem o curso de formação em Enfermagem, seja no nível técnico ou de graduação, o que permite o reconhecimento, a valorização do profissional no serviço, a maior satisfação, refletindo em sua qualidade de vida e na qualidade de seu trabalho.

Apesar de 62% (66) dos profissionais de enfermagem não possuírem outra atividade e/ou emprego, 38% (40) relataram que possuem, sendo que, desses, 75% (30) possuem outro emprego, caracterizando a jornada dupla de trabalho. E, ainda, 25% (10) dos profissionais de enfermagem possuem tripla jornada, com mais empregos além da instituição (TABELA 2).

O duplo vínculo empregatício pode estar associado à baixa remuneração desses profissionais no mercado de trabalho, notadamente na área hospitalar, conforme reiteram Carvalho e Kalinke (2008), mobilizados pela necessidade de complementar o orçamento

² Sistema de Classificação de Pacientes

familiar, optam pelo trabalho no contraturno ou até mesmo no noturno, cuja sobrecarga física e psíquica reflete na saúde desses profissionais.

4.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO ESTUDO

Na teoria de Maslow (1954 apud REGIS; PORTO, 2011) a hierarquia entre as necessidades está ligada às características do ser humano, independente do sistema de produção ao qual estão inseridos. Para Maslow, o comportamento é motivado por necessidades a que ele deu o nome de necessidades fundamentais, as quais quando não estão sendo supridas, cria-se uma pressão por parte dos sujeitos envolvidos.

Tabela 3 – Escore médio das facetas da Qualidade de Vida Geral do instrumento WHOQOL-*brief*, em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.

Número da questão	Facetas da Qualidade de Vida Geral	Valor do Escore Médio
01	Como você avaliaria a sua qualidade de vida	68,16
02	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	71,23
Escore Médio Geral		69,69

Fonte - Elaborada pela autora (2012)

O escore médio das facetas da qualidade de vida geral dos profissionais da equipe de enfermagem é de 69,69. No que se refere à avaliação da qualidade de vida, consideram-na entre nem ruim, nem bom e boa (68,16); e à satisfação em relação à saúde entre nem satisfeito, nem insatisfeito e satisfeito (71,23) (TABELA 3).

Em relação ao Escore Médio da Qualidade de Vida Geral deste estudo (69,69) foi encontrado valor maior no estudo realizado em um hospital chileno com 100 enfermeiras que obteve 3,99, o que na escala de 100 corresponde a 79,80, considerada como boa (ANDRADES; VALENZUELA, 2004).

No entanto, convém considerar, à luz de Souza e Stancato (2011), que a condição de incerteza demonstrada pelos profissionais de enfermagem do presente estudo pode estar influenciada face às condições do próprio trabalho em ambiente hospitalar, permeado pelo contato com o sofrimento humano, a morte, os conflitos pelas relações hierarquizadas

decorrentes da divisão técnica e social do trabalho, a remuneração, a sobrecarga dos plantões e, ainda, por se tratar de mais de dois terços de mulheres que acrescentam às suas responsabilidades a jornada de afazeres domésticos.

Em contraposição, o escore de 71,23 a respeito do “Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?”, foi mais elevado em relação ao encontrado no estudo de Martins (2000) que versava sobre a qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos, sendo de 16,67 muito insatisfeitos.

Corroborando Ximenes (2000) que a satisfação é “ação ou efeito de realizar-se; prazer, contentamento; corresponder às expectativas, corresponder ao que se deseja”. Em psicologia, “satisfação é o resultado de uma variedade de atitudes da pessoa perante fatores associados ao seu trabalho e atitude no trabalho designa o sentimento que o empregado experimenta a propósito do seu emprego” (LEMPEREUR, 1984).

Tabela 4 – Escore médio das facetas do Domínio Físico do instrumento WHOQOL-*bref*, em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.

Número da questão	Facetas do Domínio Físico	Valor do Escore Médio
03	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?	75,24
04	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	56,13
10	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	63,44
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	70,75
16	Quão satisfeito (a) você está com seu sono?	59,43
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	63,92
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	70,28
Escore Médio Geral do Domínio Físico		65,59

Fonte- Elaborada pela autora (2012)

Na Tabela 4, verifica-se que o escore médio das facetas do Domínio Físico dos profissionais da equipe de enfermagem é de 65,59%. Escore abaixo (53,1) foi encontrado no trabalho de Paschoa, Zanei e Whitaker (2007), com 126 trabalhadores de enfermagem em nove unidades de Terapia Intensiva de um hospital de ensino de São Paulo (SP) no ano de 2005.

Atribuem o quanto a dor física pode vir a interferir nas atividades do dia-a-dia entre mais ou menos e bastante (75,24), o que vem refletir na qualidade de vida. Corroboram o escore de 56,13, um valor médio entre muito pouco e mais ou menos, referente aos que atestam que precisam de algum tratamento médico para levar sua vida diária, o qual contribui para diminuir o escore médio do domínio físico.

Merskey e Bogduk (1994) consideram a dor uma manifestação subjetiva, que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais; um sinal vital tão importante quanto os outros, que deve sempre ser avaliada e tratada no ambiente clínico, assim como no ambiente de trabalho.

Em um estudo realizado por Marziale et al. (1998) sobre as condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem, em unidade de internação de cardiologia, foram comuns as queixas de dor aguda ou crônica que interferem diretamente no desempenho do profissional que presta cuidados, além de representar riscos para a sua saúde por ser fator que causa limitações as quais levam ao afastamento temporário ou definitivo do trabalho e ao tratamento médico contínuo.

E em relação à satisfação com o sono foi considerado por eles entre ruim e nem ruim nem bom (59,43) (TABELA 4).

Segundo McCrae et al. (2003) a dor, o uso de medicações e diferentes situações clínicas são alguns dos fatores que podem afetar a quantidade e a qualidade do sono, interferindo diretamente na qualidade de vida.

Complementam Marziale, Nishimura e Ferreira (2004) que os trabalhadores do plantão noturno nunca repõem totalmente o sono, uma vez que, não conseguem dormir bem durante o dia, o que, com o tempo, pode causar problemas de saúde. Robaina et al. (2009) encontraram em seu estudo a prevalência de 45,8% de queixas de insônia - 16,7% e 29,1% para queixas frequentes e ocasionais, respectivamente – considerada alta, se comparada a outro estudo com profissionais da enfermagem, como o de Kageyama et al. (2009) cuja estimativa de prevalência de insônia foi de 29,2%.

Portanto, avaliando as facetas do domínio físico encontradas, percebe-se que a dor e o sono foram os principais pontos negativos dentre os avaliados e merece atenção, já que, levando em consideração a hierarquia de Maslow, estão na base das necessidades prementes que, se não satisfeitas, comprometem a saúde e a satisfação geral do trabalhador. Assim, a homeostase, definida por Maslow (1954 apud REGIS; PORTO, 2011) como o equilíbrio dentro da hierarquia das necessidades humanas, fica comprometida e compromete todos os demais aspectos implicados na qualidade de vida.

As facetas do domínio físico que podem ser relacionadas ao condicionamento para o trabalho - Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? (63,92)- nem ruim nem bom; e Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho? (70,28) – entre nem ruim, nem bom e bom.

Isso pode inferir que exista neste ambiente de trabalho o que Ceccin (2005) denomina como importante fator motivador para o processo de trabalho: a educação permanente. Sua concretização depende dos trabalhadores da saúde sendo alvo de processos educativos, objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (FERRAZ et al., 2006).

Resck (2006) resgata que três dimensões coexistem no exercício da práxis de enfermagem, a práxis transformadora/criadora, a práxis reflexiva/espontânea e a práxis reiterativa/imitativa. Dessas, a práxis transformadora, definida como uma ação criativa pela intervenção da consciência e da prática humana, exige do profissional de saúde trabalhar com a indeterminação, a imprevisibilidade, as diversidades e os conflitos. Sendo assim, tais habilidades adquiridas preferencialmente na formação do profissional devem ser continuamente estimuladas pela educação permanente, de modo que estejam aptos a lidar com as adversidades sem maiores consequências nocivas à saúde.

Nessa perspectiva, os profissionais vêm buscando cursos de especialização ou de atualização e aperfeiçoamento, a fim de que possam respaldá-los com conhecimentos necessários, face às exigências do mercado de trabalho (FERNANDES, 2009).

Tabela 5 – Escore médio das facetas do Domínio Psicológico do instrumento WHOQOL-bref, em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.

Número da questão	Facetas do Domínio Psicológico	Valor do Escore Médio
05	O quanto você aproveita a vida?	55,42
06	Em que medida você acha que sua a vida tem sentido?	75,94
07	O quanto você consegue se concentrar?	63,68
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	68,63
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	66,98
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos?	63,68
Escore Médio Geral do Domínio Psicológico		65,72

Fonte- Elaborada pela autora (2012)

O escore médio das facetas do Domínio Psicológico dos profissionais da equipe de enfermagem é 65,72 (TABELA 5). Dado semelhante foi encontrado no trabalho de Paschoa,

Zanei e Whitaker (2007), com 126 trabalhadores de enfermagem em nove unidades de Terapia Intensiva de um hospital de ensino de São Paulo (SP) no ano de 2005, que obteve o escore de 60,8.

Referem que aproveitam a vida entre muito pouco e mais ou menos (55,42). Essa foi a faceta que obteve o escore mais baixo dentre os demais relacionados ao domínio psicológico.

Para Beuter (2005), em geral o indivíduo que valoriza o lazer durante o tempo livre tende a ser mais flexível, sensível, crítico e criativo, portanto, favorável à ludicidade em sua vida, inclusive no contexto do trabalho. Corroboram Pereira e Bueno (1997) que o lazer representa importante função enquanto meio alternativo para o relaxamento e alívio dos problemas advindos do cotidiano do indivíduo, tanto no nível pessoal quanto profissional. Sendo assim, o lúdico, pelos benefícios que incorpora, deveria ser incentivado e oferecido pela instituição empregadora, encarado como importante fator de realização humana.

Os demais aspectos avaliados conferem positividade em face da valorização da vida, atribuindo bastante sentido para a vida (75,94) e a média de aceitação da aparência pessoal (68,63), o que se contrapõe aos frequentes sentimentos negativos que apontam (63,68) e à capacidade de concentração/memória estar mais ou menos face às exigências para o trabalho (63,68).

Segundo Molina (1996), em sua pesquisa sobre o estresse no cotidiano, o bom humor tem um efeito parecido com o do trabalho sadio e faz aumentar a autoestima, atrai um número maior de amigos, afasta o estresse e permite levar a vida de uma forma mais tranquila, já que durante as situações de lazer e contato consigo mesmo as endorfinas são liberadas, promovendo a sensação de prazer.

Araujo e Silva (2007) definem o humor como forma de comunicação espontânea e contextual, caracterizada por expressões verbais e faciais e risada. Referem ainda que o bom humor e a alegria, representados pela risada, são capazes de aliviar a tensão em um contexto de dor e sofrimento.

Jarrett e Payne (2000) e Dean e Gregory (2004) em seus estudos apontam que o bom humor e a risada proporcionam um modo de aliviar a ansiedade, a tensão e a insegurança, além de servir como mecanismo de *coping* pelo qual o indivíduo lida com questões opressivas. Utilizar o humor como estratégia de defesa ou *coping* permite ao indivíduo aliviar o estresse, mostrar sentimentos que geralmente são difíceis de expressar e lidar com a impotência e o medo, esquecer as preocupações, evitar conflitos, aliviar a tensão e relaxar.

Segundo Maslow (1954 apud REGIS; PORTO, 2011), a necessidade de estima guarda relação com a autossatisfação, consolidando-se em situações tais como: independência, apreciação, dignidade, reconhecimento, igualdade subjetiva, respeito e oportunidades, referindo-se a uma autoavaliação estável; bem como uma autoestima alta, conduzindo a sentimentos de autoconfiança, valor, força, capacidade, suficiência e utilidade ao mundo. Regis e Porto (2011) alegam que desânimo, desinteresse e estresse dos profissionais na vida e no trabalho podem gerar consequências prejudiciais nesses âmbitos. Diante disso, para garantir uma boa assistência de enfermagem, é necessário que os integrantes da equipe de enfermagem estejam mais satisfeitos, para que seu desempenho ao cuidar dos clientes possa estar plenamente desenvolvido.

Tabela 6 - Escore médio das facetas do Domínio das Relações Sociais do instrumento WHOQOL-*brief*, em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.

Número da questão	Facetas do Domínio Relações Sociais	Valor do Escore Médio
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	66,27
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	63,92
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	65,80
Escore Médio Geral do Domínio das Relações Sociais		65,33

Fonte- Elaborada pela autora (2012)

O escore médio das facetas do Domínio das Relações Sociais em profissionais da equipe de enfermagem foi 65,33 (TABELA 6). Dado semelhante foi encontrado no trabalho de Paschoa, Zanei e Whitaker (2007), com 126 trabalhadores de enfermagem em nove unidades de Terapia Intensiva de um hospital de ensino de São Paulo (SP) no ano de 2005, que obteve o escore de 66,3.

Conforme os escores apresentados na Tabela 6, os profissionais de enfermagem deste estudo manifestaram ser nem ruim nem bom as relações pessoais e apoio recebido de familiares, amigos, colegas, conhecidos e a relação com o(a) parceiro(a). Esses escores podem ser analisados como intermediários e demonstram não haver insatisfação considerável.

Segundo pesquisa sobre a Qualidade de Vida desenvolvida por Daly et al. (1996) conviver com a família, ter amigos e manter um bom relacionamento social com as outras

peças foram consideradas pelos entrevistados como relacionadas à Qualidade de Vida. Assim, os profissionais de enfermagem devem ser estimulados a manter uma relação de interação com os demais membros, uma vez que a convivência social contribui para o seu desenvolvimento interior, pois o homem é um ser gregário, sendo essencial sua participação social.

Complementa Corradi, Zgoda e Paul (2008) que na prática os profissionais de enfermagem se deparam com situações que geram conflitos, como mal entendidos, desconfianças, sentimentos de coerção, egoísmo, desrespeito e irritação, as quais são evidenciadas pelas diferenças individuais e o mau relacionamento interpessoal.

Em pesquisa realizada por Braga (2004) sobre facilidades e dificuldades encontradas na comunicação em grupos de profissionais de saúde, a boa interação profissional e pessoal foram identificadas como uma facilitadora para a comunicação, o que se evidencia nos dados obtidos: 53,6% estão satisfeitos com suas relações pessoais.

Gonçalves (2004) admite que a sexualidade constitui ainda hoje um dogma existencial, que apaixona alguns e divide muitos, o que permite a eternização de obstáculos epistemológicos (natureza intrínseca, cultural e social) e didáticos (enviesamento/ ausência da informação) de difícil solução e mesmo a perpetuação de grosseiros erros científicos, sociais e humanos.

Uslander e Weiss, (1997) referem que o homem, como um ser humano, necessita de humanizar todas as suas condutas, entre as quais a conduta sexual, porque, independentemente das conotações que lhe sejam atribuídas, a sexualidade faz parte das relações humanas, da educação para a vida.

Segundo Lentz (2000), as situações vivenciadas pelos enfermeiros no seu cotidiano, assim como as características próprias da profissão, no que se refere a ajudar e apoiar os indivíduos, acabam se entrelaçando com os desejos pessoais e individuais de realizar atividades extratrabalho, sendo a sobrecarga de trabalho o fator principal de indiferença quanto às atividades sociais, comunitárias e cívicas.

Maslow (1954 apud REGIS; PORTO, 2011) ressalta que a necessidade de segurança, amor/relacionamento permitem ao indivíduo dar preferência pelas coisas familiares, tender por uma religião ou filosofia de vida e pelas rotinas do dia a dia.

Corroborando Chiavenato (2000) que “quando as necessidades sociais não estão suficientemente satisfeitas, a pessoa se torna resistente, antagônica e hostil com relação às pessoas que a cercam. A frustração dessas necessidades conduz geralmente a falta de

adaptação social e a solidão. A necessidade de dar e receber afeto é uma importante ativadora do comportamento humano quando se utiliza a administração participativa”.

Tabela 7 – Escore médio das facetas do Domínio Meio Ambiente do instrumento WHOQOL-*brief*, em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.

Número da questão	Facetas do Domínio Meio Ambiente	Valor do Escore Médio
08	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	66,27
09	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	54,48
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	49,53
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	58,25
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	57,08
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	64,62
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	59,67
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	63,68
Escore Médio Geral do Domínio Meio Ambiente		59,19

Fonte- Elaborada pela autora (2012)

O escore médio do Domínio Meio Ambiente foi 59,19 (TABELA 7). Dado superior ao encontrado no trabalho de Paschoa, Zanei e Whitaker (2007), com 126 trabalhadores de enfermagem em nove unidades de Terapia Intensiva de um hospital de ensino de São Paulo (SP) no ano de 2005, que obteve o escore de 49,4.

Verificou-se que algumas facetas contribuíram para diminuir o escore, como referente à questão financeira para a satisfação de suas necessidades, os funcionários deste estudo, apresentaram um escore de (49,53) considerado entre muito pouco e médio.

Acrescenta Mesquita Neto (2008) que, dentro do atual contexto socioeconômico, o trabalhador de enfermagem vem sofrendo uma redução no seu poder aquisitivo devido aos baixos salários, sendo uma saída a busca de outros vínculos empregatícios. Dessa estratégia resultam as jornadas duplas ou triplas de trabalho, que deixam os trabalhadores suscetíveis a

desenvolver estresse emocional, uma vez que a pluralidade de empregos soma-se às tarefas domésticas e educação dos filhos.

Nascimento e Erdmann (2006) defendem que QV não significa apenas que o indivíduo ou o grupo social tenha saúde física e mental, mas que estejam bem com eles mesmos, com a vida, com as pessoas que os cercam, enfim, é essencial o equilíbrio. E esse equilíbrio diz respeito ao controle sobre aquilo que acontece à volta como, por exemplo, sobre os relacionamentos sociais. Mas se o indivíduo não tem ou não consegue ter esse controle, poderá controlar a maneira com que reage a esses acontecimentos, essas ações.

Acrescenta-se aos escores mais baixos desse domínio o de 54,48 referente às condições do ambiente físico de trabalho, ao qual é atribuído estar entre muito pouco a mais ou menos saudável. Dentre os fatores envolvidos nesse domínio merece destacar aqueles que mais comumente estão associados a queixas, absenteísmo, adoecimento e até mesmo afastamento das atividades laborais.

Exemplificando essa questão, Ballone (2002) salienta que o ruído excessivo pode comprometer a audição, diminuindo o poder de concentração e repercussões em nível físico e/ou psicológico, capaz de desencadear reação de estresse, fator este que pode produzir alterações em funções fisiológicas essenciais, como do sistema cardiovascular. Acrescenta ainda que o ruído também pode influenciar outros hormônios, como testosterona, que pode ter efeitos prolongados sobre o organismo.

Costa e Lima (2003) corroboram que o principal fator gerador de insatisfação e estresse no meio ambiente de trabalho decorre dos aspectos da organização, administração e sistema de trabalho e da qualidade das relações humanas. Esse clima torna o trabalho dos profissionais de enfermagem complexo e envolve uma grande tensão emocional e desgaste físico e psíquico, o que contribui para desencadear a insatisfação e o estresse. Nesse aspecto, Beck (2001) argumenta também que a complexidade das relações no trabalho é responsável pelo sofrimento na vida do trabalhador e fonte geradora de preocupação, angústia e tristeza.

Mauro (1993) elenca outros fatores extrínsecos capazes de influenciar em vários aspectos a saúde do trabalhador como a distância da residência, constrangimentos do trânsito, inexistência de creches, responsabilidade exagerada do cargo, despersonalização das relações entre trabalhador e patrão, apreensão ante a possibilidade de demissão ou aproximação da aposentadoria, redução de gastos da empresa (situação econômica), provocando sensação de fadiga e aborrecimentos.

A faceta sobre as oportunidades para o lazer (57,08) foi considerada entre muito pouco e médio. Como também, apresentam que a acessibilidade aos serviços de saúde está

nem ruim nem boa (59,67); e a disponibilidade para acesso às informações no dia-a-dia está entre muito pouco e médio (58,25).

No que se refere à segurança em sua vida diária (66,27) e às condições do local onde mora (64,62) foram consideradas mais ou menos e nem satisfeito nem insatisfeito, respectivamente.

Quanto ao enfoque na avaliação da QV, em detrimento da multiplicidade de conceitos, e por ser um termo de natureza abstrata, considera-se necessário apreender aspectos objetivos e subjetivos do ser humano. Não se pode negar o componente qualitativo na avaliação da QV, contudo, a subjetividade não seria total, pois existem determinados componentes objetivos presentes no meio e na vida das pessoas que influenciam a percepção sobre a QV (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007). Como exemplo, podemos citar o salário, a carga horária de trabalho semanal, o tempo dedicado ao lazer, as horas de sono diárias.

Quase sempre o profissional de enfermagem, por assumir várias jornadas de trabalho, distancia-se do convívio familiar e social, vivendo quase que exclusivamente em função do trabalho. Como nas duplas jornadas o trabalho noturno é uma constante, as poucas horas de folgas são utilizadas para a reposição do sono e tarefas domésticas. Portanto, falta vigor e sobram tarefas, o que acaba afastando esses profissionais de atividades de recreação e lazer, tão essenciais para a realização humana. Lembrando que Maslow (1953) há tempos já assinalava a importância do lazer para a satisfação pessoal como um dos requisitos para promover a realização do indivíduo.

Oliveira (2004) compreende que o lazer é essencial para a manutenção da saúde, da integridade física e mental do trabalhador, podendo ser definido como toda atitude e/ou atividade que proporcione bem-estar, num momento específico pela ação da prática ou contemplativa. Esse autor considera que o conteúdo do lazer abrange os propósitos que formam a globalidade do ser humano e se inter-relacionam, como os aspectos lúdicos, intelectuais, interativos, criativos, estéticos, físicos, esportivos, artísticos, socioculturais, afetivos, políticos e econômicos.

França (1996) ressalta que a qualidade de vida no trabalho é um conjunto de ações de uma instituição visando à melhoria do desempenho de seus funcionários, envolvendo vários aspectos relacionados às atividades a serem desenvolvidas como aspectos de vida particular, como lazer, entre outros aspectos que são responsáveis pelo bom andamento do serviço. De forma geral a ênfase é dada ao grau de satisfação da pessoa com a instituição, condições ambientais gerais e promoção da saúde que favorecem o ser enquanto pessoa e profissional.

Devido aos baixos salários, a grande maioria dos trabalhadores da enfermagem trabalha em mais de um emprego, o que os leva a permanecerem no ambiente dos serviços de saúde a maior parte do tempo de suas vidas produtivas. Com isso há uma diminuição de tempo para atividades de lazer e recreação, necessárias para a manutenção da saúde física e mental dos trabalhadores (SCHMIDT; DANTAS, 2006). Estudo sobre a qualidade de vida de profissionais da enfermagem constatou que a recreação é um dos principais aspectos na avaliação da qualidade de vida geral (LENTZ et al., 2000). Sendo assim, essa faceta influencia de forma significativa na QV dos profissionais de enfermagem.

Miranda (2006), em um estudo realizado com 47 profissionais de enfermagem que trabalham no Centro Cirúrgico, também constatou que as atividades de lazer foram referidas pelas categorias com uniformidade, sendo denotado muito pouco. As oportunidades de lazer foram referidas pelos enfermeiros em número de 6 (40%) como muito pouca, os técnicos 10 (47,6%) muito pouca também e os auxiliares 6 (54,5%) muito pouco lazer. No mesmo estudo, ao relacionar a satisfação dos profissionais de enfermagem ao acesso aos serviços de saúde, identificou que 7 (46,7%) dos enfermeiros mencionaram ser ruim o acesso aos serviços de saúde, 8 (38,9%) dos técnicos disseram bom e os auxiliares 7 (63,6%) disseram ruim. Continuando, Miranda (2006) afirma que um dos aspectos que gera motivação no trabalho são as questões ligadas à biologia, pois o oferecimento de condições que garantam ou assegurem a saúde e promova o relaxamento, como ginásticas após um dia exaustivo de trabalho, pode garantir um melhor desempenho do profissional. O acesso a bens essenciais e práticas de lazer, além de uma alimentação assegurada, é outro ponto-chave para a boa integração do profissional ao serviço.

Almeida (2010) afirma que o lazer tem papel fundamental enquanto meio alternativo para o relaxamento e alívio dos problemas advindos da contextualidade e do cotidiano do indivíduo, tanto no nível pessoal quanto profissional. No seu estudo sobre qualidade de vida, realizado com 28 profissionais de enfermagem que trabalham em UTI, observou que 32,1% desses profissionais se referem à qualidade de seu lazer como médio e 25,0% muito pouco, podendo refletir na qualidade de vida dos profissionais.

Além de todos esses propósitos, o lazer colabora para a manutenção da saúde mental. Somente as mudanças dos ambientes domiciliar e profissional, onde são cumpridos horários e normas, para outro onde não há vigilância e cobrança já é suficiente para promover benefícios psicológicos e alívio de tensão.

Percebe-se que muitas pessoas são seres humanos insatisfeitos, que se entregam e se esgotam no trabalho com dificuldade de encontrarem tempo para reporem as energias (LUNARDI; LEOPARDI, 1999).

No quesito acessibilidade aos serviços de saúde é importante considerar a população masculina que participou do estudo. Pesquisas confirmam as dificuldades do acesso dos homens aos serviços de saúde, como no estudo de Kalckmann, Batista e Souza (2005) realizado em São Paulo com homens sobre saúde sexual, que concluiu que havia escassez e inadequação tanto para os homens que dependiam dos serviços públicos de saúde quanto para aqueles que possuíam planos de saúde oferecidos pelo empregador.

Outras questões levantadas na literatura consideram os serviços de saúde pouco aptos em atender a demanda masculina, não havendo incentivo para que os homens procurem por esse espaço. O ambiente é repleto de mulheres e crianças, os atendimentos são morosos e o mercado de trabalho geralmente não garante formalmente a adoção de tal prática, levando o homem a se sentir ameaçado no seu papel de provedor (GOMES; NASCIMENTO e ARAÚJO, 2007).

Contudo, ressalta-se que a interação entre a teoria da motivação humana de Maslow e algumas características peculiares da prática da enfermagem leva a perceber que as necessidades humanas podem influenciar o desenvolvimento das atividades da equipe de enfermagem no trabalho e repercutir em seus cotidianos sociais e familiares.

4.3 AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA

Para a avaliação da confiabilidade do instrumento de qualidade de vida, *WHOQOL-bref*, utilizou-se a análise da “Consistência Interna”, que para Trochim (2003) refere-se ao grau com que os itens do questionário utilizado estão correlacionados entre si e com o resultado geral da pesquisa, representando uma mensuração da confiabilidade do mesmo. A análise de consistência interna se deu pelo Coeficiente Alfa de Cronbach.

Tabela 8 - Avaliação da consistência interna por meio da aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach em cada domínio e qualidade de vida geral do instrumento WHOQOL-*bref*, Alfenas-MG.

Domínios	Valor do Escore Médio	Valor do Coeficiente
Qualidade de Vida Geral	69.69	0.235
Domínio Físico	65.60	0.532
Domínio Psicológico	65.72	0.449
Domínio Relações Sociais	65.33	0.361
Domínio Meio Ambiente	59.20	0.528

Fonte- Elaborada pela autora (2012)

O coeficiente geral do Alfa de Cronbach do instrumento WHOQOL-*bref* aplicado neste estudo foi 0,77, sendo considerado satisfatório conforme classificação de Freitas e Rodrigues (2005) para os valores de $\alpha > 0,60$. Propõem que $\alpha \leq 0,30$ é muito baixo; $0,30 < \alpha \leq 0,60$ é baixo; $0,60 < \alpha \leq 0,75$ moderado; $0,75 < \alpha \leq 0,90$ alto e $\alpha > 0,90$ muito alto (FREITAS; RODRIGUES, 2005).

No que se refere à QV geral e aos domínios do WHOQOL-*bref* os valores do coeficiente Alfa de Cronbach foram baixos segundo a classificação de confiabilidade apresentada por Freitas e Rodrigues (2005).

Moreno et al. (2006) durante a fase dos pré-testes, objetivando avaliar aspectos pertinentes à clareza de formulação das perguntas, tiveram como comentários mais frequentes os que se relacionavam com o termo “quão”, que, por ser pouco usual, suscitou dúvidas na inteligibilidade das questões que o continham. Diante da representatividade dos profissionais de nível médio participando do presente estudo, vale considerar essa questão como passível de interferir na compreensão da pergunta, e, conseqüentemente, na resposta e até mesmo na ausência desta.

Conforme Freitas e Rodrigues (2005), a substituição de itens não respondidos do questionário pelos participantes do estudo pelo valor zero implica que o mesmo não expressa o real significado do valor do item não avaliado, particularmente quando este confere a subjetividade do respondente, como ocorreu no presente estudo.

Acrescentam ainda Freitas e Rodrigues (2005) que “uma amostra de pessoas semelhantes pode resultar em um questionário de baixa confiabilidade”, o que pode justificar os baixos coeficientes de confiabilidade obtidos no presente estudo, uma vez que os respondentes são profissionais de enfermagem pertencentes a uma mesma instituição hospitalar, a maioria são mulheres e técnicos de enfermagem.

Complementam também que:

É importante destacar que as pessoas geralmente possuem percepções e interpretações distintas sobre os itens de avaliação. Desta forma, considerando uma amostra significativa de avaliadores, é muito improvável que haja uma concordância absoluta a respeito do valor de determinado item. Porém, quando os avaliadores são semelhantes em sua natureza e formação profissional (*experts*), possivelmente haverá menor variabilidade nos julgamentos, o que pode conduzir a menores valores de confiabilidade do questionário (FREITAS; RODRIGUES, 2005).

Corroborando Hayes (1995) que, para se obter valores de consistência interna altos de um instrumento com propriedades psicométricas, é necessário que a amostra de pessoas seja heterogênea quanto ao que se está sendo medido.

4.4 ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E PROFISSIONAIS COM A QV GERAL E OS DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF

As tabelas de 9 a 20 apresentam a estatística descritiva das associações das variáveis socioeconômicas e profissionais com a Qualidade de Vida Geral e os domínios do WHOQOL-*brief* com a análise do p-valor, considerando o intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$).

A partir desse tópico as análises estatísticas se deram pelos Testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Tabela 9 – Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica gênero com a QV geral e os domínios do WHOQOL-bref, em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.

Gênero	Estatística Descritiva	Q.V. geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Feminino						
	Média	69.91	64.64	64.97	64.61	59.80
	Mediana	75.00	64.29	62.50	66.67	59.38
	Desvio padrão	13.80	11.37	11.21	14.47	10.83
	Mínimo	37.50	42.86	41.67	25.00	15.63
	Máximo	100.00	100.00	91.67	100.00	81.25
Masculino						
	Média	69.00	68.71	68.17	67.67	57.25
	Mediana	75.00	67.86	70.83	66.67	56.25
	Desvio padrão	14.49	14.48	12.72	15.83	10.11
	Mínimo	37.50	39.29	37.50	33.33	40.63
	Máximo	100.00	96.43	87.50	91.67	81.25
	P-valor	0.6275	0.1747	0.1417	0.3228	0.1552

* Teste de Mann-Whitney.

Verifica-se na tabela 9 que não houve associação da variável gênero com a qualidade de vida geral e os quatro domínios do instrumento WHOQOL-bref, ou seja, esta variável não interferiu na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem estudados.

Considerando-se a mediana, observou-se que a QV geral de homens e mulheres tem valores iguais, no entanto, nos domínios físico e psicológico o gênero feminino apresenta valores menores, mais acentuados no domínio psicológico. No estudo de Gonçalves (2008), foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre gênero feminino e masculino, na qual este último apresentou uma percepção mais positiva no âmbito do Questionário de Saúde Geral e domínio psíquico. Tal fato pode ser entendido por meio de estudos que apontam o fato de muitas mulheres viverem a complexidade da maternidade concomitante ao papel de profissionais de enfermagem, em que a conciliação da atividade remunerada com o cotidiano familiar nem sempre é uma tarefa simples. Essa dupla jornada de trabalho gera cansaço e estresse, sobrecarregando a mulher com o acúmulo de funções (SPINDOLA; SANTOS, 2005).

Spindola e Santos (2005), analisando a situação da mulher brasileira atual, perceberam que difere bastante de outrora. Enfatizam que hoje ela necessita trabalhar para ajudar na subsistência da família, seu salário não permite uma única jornada de trabalho, chegando até mesmo à tripla jornada; mora longe dos empregos, com longos períodos de ausência, impedindo de se dedicar aos interesses pessoais, gerando angústia e desilusão.

Tabela 10 – Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica faixa etária com a QV geral e os domínios do WHOQOL-*bref*, em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.

Faixa etária	Estatística Descritiva	Q. V. geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
20 anos						
	Média	67.50	66.43	75.83	66.67	68.13
	Mediana	62.50	64.29	79.17	58.33	68.75
	Desvio padrão	6.85	7.82	10.79	19.54	7.13
	Mínimo	62.50	57.14	58.33	50.00	59.38
	Máximo	75.00	78.57	87.50	100.00	75.00
20 40 anos						
	Média	70.15	65.46	65.98	66.29	58.30
	Mediana	75.00	64.29	66.67	66.67	59.38
	Desvio padrão	13.93	12.35	10.75	13.33	10.04
	Mínimo	37.50	39.29	37.50	33.33	15.63
	Máximo	100.00	100.00	83.33	100.00	81.25
Mais de 40 anos						
	Média	69.12	65.76	63.73	63.24	59.65
	Mediana	75.00	64.29	62.50	66.67	59.38
	Desvio padrão	14.83	12.78	12.79	16.93	11.88
	Mínimo	37.50	46.43	41.67	25.00	37.50
	Máximo	100.00	96.43	91.67	100.00	81.25
	P-valor	0.8283	0.9315	0.06097	0.6507	0.1062

* Teste de Kruskal-Wallis.

Pela Tabela 10 observa-se que não houve associação da variável faixa etária com a qualidade de vida geral e os quatro domínios do instrumento WHOQOL-*bref*, ou seja, não foi observado p-valor menor que 0,05, significando que esta variável não interferiu na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem estudados.

No entanto, é possível verificar, pelos valores da mediana, que conforme evolui a faixa etária dos profissionais o domínio psicológico tem uma tendência a ficar comprometido, o que reitera com o p-valor 0.06097, valor próximo ao limite máximo de 0,05.

Apesar de limítrofe, o escore obtido nessa associação entre a qualidade de vida geral e faixa etária não fornece elementos substanciais para inferir causalidade. Buscando por trabalhos similares, perceberam-se variantes nas interpretações da faixa etária e sua repercussão na qualidade de vida geral. Sendo o domínio psicológico o principal afetado, vale citar Guido (2003) que, em estudo no qual avaliou estresse e *coping* de enfermeiros de um Centro Cirúrgico, constatou que quanto maior a faixa etária menor a utilização de mecanismos de *coping*, utilizados como recursos de enfrentamento de estresse no trabalho.

Martins (2002) observou em sua pesquisa que profissionais na faixa etária de 49 a 59 apresentaram a menor média do escore de capacidade para o trabalho, inferindo que quanto mais idade maior a chance de perda da capacidade para o trabalho, havendo, conseqüentemente, repercussão na qualidade de vida geral. O autor assevera ainda que o declínio da capacidade para o trabalho e da qualidade de vida apresentado pelas faixas etárias de maior idade e entre os viúvos faz premente a necessidade de programas que promovam a saúde dos trabalhadores. Além disso, é importante considerar que as características normais do envelhecimento podem ser aceleradas e/ou agravadas pelas condições adversas do trabalho e com isso interferir no modo e na qualidade de vida do indivíduo (ODEBRECHT; GONÇALVES; SEEL, 2001).

Já Stumm (2009) não encontrou associação da idade com qualidade de vida em seu estudo. Ao avaliar a saúde e qualidade de vida de profissionais de um SAMU, observou, de maneira geral, que os pesquisados avaliam sua qualidade de vida como boa e se sentem satisfeitos com sua saúde, independente da idade e do gênero.

Tabela 11 – Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica estado conjugal com a QV geral e os domínios do WHOQOL-*bref*, em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.

Estado conjugal	Estatística Descritiva	Q. V. geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Com companheiro						
	Média	70.00	64.03	64.39	63.03	58.92
	Mediana	75.00	64.29	62.50	66.67	59.38
	Desvio padrão	12.87	12.58	11.56	14.94	10.09
	Mínimo	37.50	42.86	37.50	25.00	37.50
	Máximo	100.00	100.00	91.67	91.67	81.25
Sem companheiro						
	Média	69.36	67.30	67.16	67.81	59.50
	Mediana	75.00	64.29	66.67	66.67	59.38
	Desvio padrão	15.07	11.72	11.60	14.34	11.37
	Mínimo	37.50	39.29	45.83	41.67	15.63
	Máximo	100.00	96.43	87.50	100.00	81.25
	P-valor	0.882	0.1115	0.213	0.2795	0.7482

* Teste de Mann-Whitney

Pode-se observar que não houve associação significativa da variável estado conjugal com a qualidade de vida geral e os quatro domínios do instrumento WHOQOL-*bref*, ou seja, esta variável não interferiu na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem estudados. Almeida (2010) em seu estudo investigou a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem na unidade de Terapia Intensiva de um Hospital de Grande Porte e observou a frequência de 50,0% de casados, inferindo uma realidade na qual os indivíduos têm a necessidade de formar sua família e fazer-se parte da sociedade, evidenciando que o ser humano deseja que a vida cotidiana lhe permita o mínimo de esforços para que esteja enquadrado na reprodução social.

Heller (2000) em seu livro sobre o cotidiano e a história enfatiza que a forma como se dá a organização do trabalho e o espaço que o mesmo ocupa na vida das pessoas vem reduzindo a possibilidade de os trabalhadores viverem as múltiplas dimensões da vida, não se limitando ao mundo do trabalho. Sob o aspecto da vida cotidiana, a sobrecarga de trabalho interfere nas relações familiares e na vida particular dos trabalhadores da enfermagem, em virtude da redução do tempo livre.

Diferentemente do que foi observado, a não-interferência do estado conjugal na QV dos profissionais de enfermagem, no estudo realizado por Lourt (1997), mulheres casadas apresentaram maior exaustão quando comparadas com as solteiras. Já Gonçalves (2008) observou que enfermeiros casados, ou vivendo em união estável, apresentam percepção mais positiva quanto às atividades cotidianas e de trabalho.

Tabela 12 – Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica crença com a QV geral e os domínios do WHOQOL-bref, em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.

Crença	Estatística Descritiva	Q.V. geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Católico (a)						
	Média	69.15	67.00	65.88	66.77	58.54
	Mediana	75.00	64.29	66.67	66.67	59.38
	Desvio padrão	14.41	12.33	11.19	14.22	11.24
	Mínimo	37.50	39.29	37.50	33.33	15.63
	Máximo	100.00	100.00	87.50	100.00	81.25
Evangélico (a)						
	Média	69.79	63.39	66.32	64.58	61.72
	Mediana	75.00	60.71	62.50	62.50	57.81
	Desvio padrão	14.56	11.31	15.33	12.87	10.07
	Mínimo	50.00	50.00	45.83	50.00	50.00
	Máximo	87.50	82.14	91.67	91.67	78.13
Espírita						
	Média	73.61	63.10	65.74	59.26	62.15
	Mediana	75.00	64.29	70.83	50.00	62.50
	Desvio padrão	11.60	11.71	11.37	20.17	8.90
	Mínimo	62.50	46.43	50.00	25.00	43.75
	Máximo	100.00	85.71	79.17	91.67	75.00
Outros						
	Média	70.83	55.36	62.50	56.94	58.33
	Mediana	68.75	53.57	62.50	58.33	56.25
	Desvio padrão	10.21	9.24	11.79	15.29	5.82
	Mínimo	62.50	42.86	45.83	33.33	53.13
	Máximo	87.50	67.86	79.17	75.00	65.63
	P-valor	0.9115	0.1237	0.904	0.2904	0.6433

* Teste de Kruskal-Wallis.

Pela Tabela 12, detecta-se que não houve associação significativa da variável crença com a qualidade de vida geral e os quatro domínios do instrumento WHOQOL-*brief*, ou seja, não foi observado p-valor menor que 0,05, o que significa que esta variável não interferiu na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem estudados, apesar de todos terem manifestado religiosidade independente da religião professada.

Vários estudos apontam que, de modo geral, as dimensões de espiritualidade e religiosidade estão associadas à melhor qualidade de vida (DALGALARRONDO, 2007; VOLCAN et al., 2003). A influência positiva da religiosidade sobre a saúde e qualidade de vida pode ser explicada devido à mobilização de energias e iniciativas extremamente positivas, que fortalecem o indivíduo, fazendo com que ele tenha condições de lidar de forma mais eficaz com suas condições (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001; Alves et al., 2010). Desse modo, ele passa a apresentar potencial ilimitado para melhorar a sua qualidade de vida (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001).

Diante da amplitude da temática crença, fé, espiritualidade e de suas repercussões na qualidade de vida, tornou-se notória a necessidade de parâmetros mais fidedignos para mensurar este segmento. À mesma conclusão sobre a importância da dimensão religiosa/espiritual na QV chegou o Grupo WHOQOL, quando organizou grupos focais por todo o mundo em 1991 e os participantes afirmaram que espiritualidade/religião/crenças pessoais eram variáveis importantes em sua QV e saúde (SKEVINGTON, 2002).

Segundo Pedroso (2012), ao perceber que uma única faceta composta por quatro questões era insuficiente para avaliar o domínio Espiritualidade/religião/crenças pessoal do instrumento WHOQOL-100, os pesquisadores iniciaram o projeto WHOQOL-SRPB, que consiste na suplementação do WHOQOL-100 com facetas que ampliem o domínio Espiritualidade/religião/crenças pessoais do referido instrumento. Nessa perspectiva, reitera o autor, intenta-se aumentar a possibilidade da realização de investigações empíricas no entorno da qualidade de vida com ênfase no domínio da espiritualidade, religião e crenças pessoais.

Ferriss (2002) examinou a relação entre religião e QV por meio de indicadores objetivos e subjetivos de QV e detectou a variável felicidade associada à frequência/presença em serviços religiosos e a preferências doutrinárias, bem como a certas crenças relacionadas à religião, como a de que o mundo é bom ou mau, mas não à crença na imortalidade. O autor concluiu que organizações religiosas contribuem para a integração da comunidade, aumentando a QV; como a frequência/presença em serviços religiosos esteve imperfeitamente associada com QV, outros fatores deveriam estar atuando; a concepção

americana de “vida boa” se baseia fortemente em ideais judaico-cristãos; os princípios da religião podem atrair pessoas com disposição para a felicidade e, por último, que a religião pode explicar um propósito na vida que promova bem-estar.

Tabela 13 – Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica grau de formação com a QV geral e os domínios do WHOQOL-*brief*, em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.

Grau de Formação	Estatística Descritiva	Q. V. geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Ensino Fundamental						
	Média	53.57	63.78	58.93	57.14	53.57
	Mediana	50.00	64.29	62.50	58.33	56.25
	Desvio padrão	11.89	7.83	9.14	12.20	8.73
	Mínimo	37.50	50.00	41.67	33.33	40.63
	Máximo	75.00	71.43	70.83	75.00	62.50
Ensino Médio						
	Média	71.30	65.12	66.00	65.23	59.49
	Mediana	75.00	64.29	66.67	66.67	59.38
	Desvio padrão	13.32	12.97	12.03	14.66	11.08
	Mínimo	37.50	39.29	37.50	25.00	15.63
	Máximo	100.00	100.00	91.67	100.00	81.25
Ensino Superior						
	Média	68.75	68.45	67.13	68.98	60.07
	Mediana	68.75	67.86	64.58	70.83	57.81
	Desvio padrão	13.73	9.97	9.99	15.60	9.26
	Mínimo	37.50	46.43	50.00	41.67	50.00
	Máximo	100.00	85.71	83.33	100.00	75.00
	P-valor	0.0074	0.3712	0.2458	0.1988	0.3377

* Teste de Kruskal-Wallis.

De acordo com os dados expostos na Tabela 13 pode-se observar que houve associação significativa da variável grau de formação com a qualidade de vida geral, ou seja, verificou-se o p-valor 0,0074, o que significa que essa variável interferiu na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem estudados.

Observando-se pela mediana, a interferência da variável grau de formação na qualidade de vida geral apresentou um escore maior para os técnicos de enfermagem, seguido pelos enfermeiros e os auxiliares de enfermagem. Os profissionais de enfermagem

dessa última categoria atingiram escores baixos, evidenciando uma relação direta entre a sua formação e a qualidade de vida. Entretanto, o grau de formação, por si só, não é garantia de qualidade de vida satisfatória, já que os enfermeiros apresentaram escore mais baixo que os técnicos de enfermagem. Uma justificativa para essa relação pode ser o elevado nível de expectativas do enfermeiro em relação a sua vida de modo geral, uma vez que, segundo Rebouças, Legay e Abelha (2007), os profissionais com escolaridade mais elevada possuem mais expectativas em relação ao trabalho.

Estudo realizado por Gonçalves (2008) refere haver uma diferença estatisticamente significativa, em que o grupo com formação pós-graduada apresentou uma média superior face aos enfermeiros com graduação. O que aponta para o fato de que, quanto mais qualificado seja o profissional, maior será sua satisfação no trabalho, contribuindo para melhorar sua qualidade de vida.

Como fator de alerta para a categoria dos auxiliares de enfermagem mais diretamente envolvida na questão de sua formação e qualidade de vida cabe citar o estudo de Palhares e Matsubara (2002) os quais avaliaram qualidade de vida, sono e fatores de risco cardiovascular de profissionais de enfermagem e constataram que houve associação inversa significativa entre a categoria profissional do auxiliar de enfermagem e risco cardiovascular global, indicando que quanto menor a qualificação profissional, maior o risco cardiovascular. Nesse cenário, a qualificação dos profissionais tem sido primordial para o sucesso e desenvolvimento dos trabalhadores e das organizações em que atuam (RESENDE; TAKERSHINA, 2000).

Tabela 14 – Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica renda individual com a QV geral e os domínios do WHOQOL-*bref*, em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.

Renda Individual	Estatística Descritiva	Q. V. geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
2 – 3 salários mínimos						
	Média	71.37	66.76	67.54	70.16	60.58
	Mediana	75.00	64.29	66.67	66.67	62.50
	Desvio padrão	14.20	13.65	11.93	14.36	11.68
	Mínimo	37.50	39.29	37.50	25.00	15.63
	Máximo	100.00	100.00	91.67	100.00	81.25
2 – 4 salários mínimos						
	Média	67.23	62.93	62.61	57.43	56.50
	Mediana	62.50	60.71	62.50	58.33	53.13
	Desvio padrão	12.96	9.87	10.74	11.42	8.57
	Mínimo	37.50	42.86	41.67	33.33	40.63
	Máximo	100.00	85.71	83.33	83.33	75.00
Mais de 4 salários mínimos						
	Média	67.86	69.39	66.07	64.29	61.16
	Mediana	75.00	71.43	66.67	66.67	59.38
	Desvio padrão	15.91	7.95	11.14	17.82	9.86
	Mínimo	37.50	53.57	50.00	41.67	53.13
	Máximo	87.50	78.57	79.17	91.67	75.00
	P-valor	0.2204	0.1911	0.1544	<0.0001	0.05108

* Teste de Kruskal-Wallis.

Na Tabela 14 verificou-se que houve associação significativa da variável renda individual com o domínio relações sociais, ou seja, verificou-se o p-valor menor 0,0001, o que significa que essa variável interferiu na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem participantes deste estudo.

Observou-se ainda que não houve associação da variável renda individual com o domínio meio ambiente do instrumento WHOQOL-*bref*, ou seja, não foi observado p-valor menor que 0,05. No entanto, é possível verificar pelo p-valor 0.05108 a proximidade ao valor limite menor que 0,05, o que pode sugerir que o domínio meio ambiente tem uma tendência a interferir na qualidade de vida desses profissionais, envolvendo mais os que ganham entre 2 e 4 salários mínimos, mediana- 53.13.

Sobre a questão da representação financeira, Miranda (2006) refere que as pessoas vivem em um mundo capitalista e elitista, onde as classes dominantes são as mais bem remuneradas, acentuando a desigualdade social, tornando a realização de sonhos mais remota, dificultando o trabalho e fazendo com que a motivação e bem estar no dia a dia sejam metas distantes de serem alcançadas.

Analisando a questão salarial em nível nacional, destaca-se a forte desigualdade existente entre trabalhadores organizados no que diz respeito à remuneração. O salário, além de ser o fundamento de sua vida econômica, reflete o próprio valor do trabalhador. É uma variável extremamente importante dentro de uma instituição, funcionando como um dos fatores de motivação e participação, determinante no funcionamento de um serviço (SENAC, 2004).

Trazendo à tona o que tanto angustia o trabalhador mal remunerado, Lunardi Filho (1995) sustenta que o salário recebido pela enfermagem é extremamente baixo e injusto, pelo tipo de atividade e responsabilidade que esses profissionais têm e pelas restrições à vida pessoal que a profissão impõe, não garantindo condições decentes de sobrevivência, constituindo-se em fator tributário do sofrimento no trabalho.

Batista et al. (2005) desenvolveram uma pesquisa sobre os Fatores de Insatisfação no Trabalho do Enfermeiro, obtendo o seguinte perfil dos profissionais: salário entre R\$ 500,00 e R\$ 3.500,00 e carga horária entre 30 e 40h semanais, apontando que 52 participantes, 84,6%, estavam insatisfeitos com o salário pelas seguintes justificativas: o salário não atende às necessidades pessoais e profissionais, não é adequado à realidade e o valor é incompatível para as atribuições e carga horária, o que foi evidenciado na presente pesquisa.

Tabela 15 – Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica renda familiar com a QV geral e os domínios do WHOQOL-bref, em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.

Renda Familiar	Estatística Descritiva	Q. V. geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
2 – 2 salários mínimos						
	Média	71.32	70.38	69.36	72.55	59.01
	Mediana	75.00	75.00	66.67	75.00	59.38
	Desvio padrão	18.63	14.66	13.66	14.95	16.04
	Mínimo	37.50	46.43	45.83	50.00	15.63
	Máximo	100.00	89.29	91.67	100.00	81.25
2 – 4 salários mínimos						
	Média	70.19	65.88	65.32	65.64	60.10
	Mediana	75.00	64.29	66.67	66.67	62.50
	Desvio padrão	13.20	12.31	11.81	14.77	8.90
	Mínimo	37.50	39.29	37.50	25.00	40.63
	Máximo	100.00	100.00	87.50	100.00	78.13
Mais de 4 salários mínimos						
	Média	67.19	61.46	64.24	59.38	56.90
	Mediana	62.50	60.71	62.50	58.33	54.69
	Desvio padrão	12.12	8.75	9.19	12.61	10.63
	Mínimo	37.50	42.86	41.67	33.33	37.50
	Máximo	87.50	75.00	79.17	91.67	75.00
	P-valor	0.4912	0.1227	0.4549	0.0222	0.2492

* Teste de Kruskal-Wallis.

Identificou-se pela Tabela 15 que houve associação significativa da variável renda familiar com o domínio relações sociais, ou seja, p-valor 0,0222, o que significa que essa variável interferiu na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem estudados.

Corroborando com os dados constantes nas Tabelas 14 e 15, em estudo realizado por Schmidt e Dantas (2006) investigando a insatisfação com relação à remuneração, foi considerada como indicador de menor satisfação entre os trabalhadores. Lino (1999) e Carandina (2003) reforçam esta informação, asseverando que os baixos salários da equipe de enfermagem são uma das causas de maior insatisfação desses profissionais.

A remuneração de uma família é contundente para assegurar meios de subsistência dos seus elementos. Quando a família é composta por indivíduos adultos em idade produtiva

pode ocorrer a colaboração entre eles pela qual o valor recebido individualmente se soma aos demais, numa equação democrática que visa a atender a demanda coletiva.

Esse empoderamento do indivíduo, capaz de se responsabilizar pelas despesas, torna-o mais autônomo e satisfeito consigo mesmo. Essa constatação pode ser confirmada nos trabalhos de Cavanagh (1992), Matsuda (2002), Schmidt (2004) quando evidenciaram a importância dos benefícios recebidos pelos funcionários como fonte de satisfação no trabalho e na vida.

Segundo Silva et al. (2011), ser o único responsável pela renda familiar e, portanto, o único a suprir as necessidades financeiras da família pode implicar na submissão à dupla jornada de trabalho profissional. Isso resulta em demandas excessivas de empenho físico e psicológico, exposições prolongadas a ambientes adversos em um ou mais hospitais, além de possíveis problemas de saúde.

Tabela 16 – Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica número de filhos com a QV geral e os domínios do WHOQOL-*brief*, em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.

Número de filhos	Estatística Descritiva	Q. V. geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Nenhum filho						
	Média	69.87	65.43	67.19	65.33	59.82
	Mediana	75.00	64.29	64.58	66.67	59.38
	Desvio padrão	13.44	12.24	11.62	13.46	9.69
	Mínimo	37.50	39.29	41.67	33.33	40.63
	Máximo	100.00	96.43	91.67	100.00	78.13
1filho						
	Média	67.39	62.73	61.96	62.32	61.14
	Mediana	62.50	60.71	62.50	58.33	62.50
	Desvio padrão	13.45	10.81	11.40	16.45	10.23
	Mínimo	37.50	50.00	37.50	25.00	43.75
	Máximo	87.50	89.29	79.17	100.00	81.25
2 ou mais filhos						
	Média	71.30	68.39	65.90	67.90	56.25
	Mediana	75.00	67.86	66.67	66.67	59.38
	Desvio padrão	15.43	13.13	11.44	15.96	12.65
	Mínimo	37.50	50.00	41.67	33.33	15.63
	Máximo	100.00	100.00	87.50	100.00	81.25
	P-valor	0.6163	0.3012	0.2658	0.3763	0.3986

* Teste de Kruskal-Wallis.

Na Tabela 16 pode-se verificar que não houve associação significativa da variável número de filhos com a qualidade de vida geral e os quatro domínios do instrumento WHOQOL-*brief*, ou seja, não foi observado p-valor menor que 0,05, o que significa que esta variável não interferiu na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem estudados.

Com resultado semelhante ao deste estudo no que diz respeito ao número de filhos, Almeida (2010) atribuiu o percentual obtido na sua pesquisa de 39,3% dos participantes possuírem apenas 1 ao fato de o trabalho centralizar o trabalhador que acaba ficando mais tempo no ambiente de trabalho, convivendo com seus parceiros profissionais, reduzindo o tempo de convivência familiar, o que pode levar esses profissionais optarem por ter um

número menor de filhos. Afirma ainda que a centralidade que o trabalho assume na vida cotidiana dos indivíduos diminui a disponibilidade, tanto do homem quanto da mulher, para a vida familiar, inclusive no que concerne a sua relação com os filhos.

Sobre essa questão da prole, Matsuda (2002) afirma que o número e a idade dos filhos podem influenciar no nível de satisfação no trabalho e qualidade de vida, pois para suprir as suas necessidades básicas são exigidos esforços extras, somadas as dificuldades dos serviços, resultando em sentimentos de impotência e frustração.

Spíndola (2000) em seu trabalho intitulado “Mulher, mãe e... trabalhadora de enfermagem” evidencia a dificuldade das mulheres em conciliar seus diversos papéis assumidos, havendo uma sobrecarga de afazeres, com a rotina doméstica que absorve o seu cotidiano, porque tudo o que ocorre na casa requer sua atenção, sua participação direta, seu envolvimento. O cansaço com a dupla jornada é referido por algumas mulheres como fator que, muitas vezes, interfere em suas opções na vida do trabalho (a busca de novas oportunidades) e familiar (a escolha do número de filhos). Alegam que a sobrecarga maior de responsabilidade sobre os filhos e as rotinas domésticas ainda recaem sobre ela. As mulheres se ressentem pela “sensação de perda” do acompanhar o crescimento/amadurecimento dos filhos.

Tabela 17 – Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica categoria profissional com a QV geral e os domínios do WHOQOL-*bref*, em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.

Categoria profissional	Estatística Descritiva	Q. V. geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Enfermeiro						
	Média	70.00	69.05	65.56	70.00	60.00
	Mediana	75.00	67.86	62.50	66.67	56.25
	Desvio padrão	12.32	7.95	11.52	14.71	9.61
	Mínimo	37.50	57.14	50.00	41.67	50.00
	Máximo	87.50	85.71	83.33	100.00	75.00
Técnico de enfermagem						
	Média	70.68	64.92	66.17	64.48	59.38
	Mediana	75.00	64.29	66.67	66.67	59.38
	Desvio padrão	13.23	12.91	11.81	14.87	11.10
	Mínimo	37.50	39.29	37.50	25.00	15.63
	Máximo	100.00	100.00	91.67	100.00	81.25
Auxiliar de enfermagem						
	Média	57.14	66.33	60.71	65.48	55.36
	Mediana	50.00	67.86	58.33	58.33	56.25
	Desvio padrão	20.23	11.27	9.27	13.97	7.38
	Mínimo	37.50	50.00	50.00	50.00	46.88
	Máximo	100.00	85.71	75.00	91.67	62.50
	P-valor	0.04023	0.2714	0.3982	0.4134	0.5342

* Teste de Kruskal-Wallis.

Verifica-se pela Tabela 17 que houve associação significativa da variável categoria profissional com a qualidade de vida geral, ou seja, p-valor 0.04023, o que significa que esta variável interferiu na qualidade de vida geral dos profissionais de enfermagem participantes deste estudo.

Esses dados vão ao encontro dos revelados no estudo de Miranda (2006) sobre qualidade de vida com 47 profissionais de enfermagem, pelo qual se constatou que 73,3% dos enfermeiros consideram boa sua qualidade de vida, enquanto somente 57,1% dos técnicos de enfermagem e 54,5% auxiliares de enfermagem têm essa percepção.

Resultados antagônicos foram apresentados pelo estudo de Assunção, Miranzi e Scorsolini-Comin (2010) que investigaram a qualidade de vida de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Pronto Socorro, ressaltando as avaliações positivas dos domínios físico

(76,7%) e psicológico (71,9%), diferentemente do esperado para a população investigada. Segundo os autores, a atuação dos técnicos e auxiliares de enfermagem no âmbito hospitalar é frequentemente permeada por pressões no trabalho e esperava-se que os mesmos estivessem desmotivados, principalmente pela convivência diária com a dor e a doença, ou seja, a hipótese era a de que houvesse negativas sobre a QV. Os resultados apresentados no referido estudo indicam que o conceito de qualidade de vida tem conotações muito importantes a serem exploradas, uma vez que, se observou que a percepção da QV que os entrevistados têm não sofre impacto do trabalho, a não ser pelos recursos financeiros (ASSUNÇÃO; MIRANZI; SCORSOLINI-COMIN, 2010).

A questão importância da formação profissional para a qualidade de vida fica também evidenciada no estudo de Gonçalves (2008), no qual os enfermeiros com formação pós-graduada apresentam uma média relativamente superior aos enfermeiros com estudos universitários em todos os domínios do WHOQOL-*bref* e também no Questionário de Saúde Geral.

Baba, Galaperin, e Lituchy (1999) asseveram que técnicos e auxiliares de enfermagem são suscetíveis à alteração de QV porque interagem, a maior parte do tempo, com indivíduos que necessitam de cuidados, sendo este contato muito próximo e exaustivo, o que pode ser identificado pela mediana da QV geral dos auxiliares de enfermagem neste estudo.

Tabela 18 – Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica tempo de serviço na instituição com a QV geral e os domínios do WHOQOL-*bref*, em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.

Tempo de serviço na instituição	Estatística Descritiva	Q. V. geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
1 ano						
	Média	68.75	66.67	67.88	66.32	60.94
	Mediana	75.00	64.29	70.83	66.67	60.94
	Desvio padrão	12.23	12.08	11.29	13.79	8.50
	Mínimo	50.00	46.43	45.83	50.00	40.63
	Máximo	100.00	96.43	87.50	100.00	75.00
1 10 anos						
	Média	70.61	65.79	66.30	65.20	58.99
	Mediana	75.00	64.29	62.50	66.67	59.38
	Desvio padrão	13.26	12.72	11.25	14.10	11.21
	Mínimo	37.50	39.29	37.50	25.00	15.63
	Máximo	100.00	100.00	91.67	91.67	81.25
10 20 anos						
	Média	68.75	60.27	60.42	61.98	58.01
	Mediana	68.75	57.14	58.33	62.50	57.81
	Desvio padrão	15.14	8.54	11.88	16.09	10.82
	Mínimo	37.50	50.00	41.67	33.33	37.50
	Máximo	87.50	78.57	83.33	100.00	75.00
Mais de 20 anos						
	Média	68.06	71.03	65.74	69.44	57.99
	Mediana	62.50	71.43	66.67	75.00	59.38
	Desvio padrão	20.83	13.42	13.30	19.98	13.27
	Mínimo	37.50	50.00	41.67	33.33	40.63
	Máximo	100.00	89.29	87.50	100.00	81.25
	P-valor	0.8807	0.1464	0.2283	0.6193	0.7239

* Teste de Kruskal-Wallis.

Na Tabela 18 pode-se verificar que não houve associação significativa da variável tempo de serviço na instituição com a qualidade de vida geral e os quatro domínios do instrumento WHOQOL-*bref*, ou seja, não foi observado p-valor menor que 0,05, o que significa que esta variável não interferiu na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem estudados.

Resultado semelhante obteve Gonçalves (2008), o qual constatou em seu estudo que a variável “tempo de serviço” não apresentou influência estatisticamente significativa para as diferentes dimensões do questionário WHOQOL-*bref*, assim como para o questionário de Saúde Geral.

Apesar disso, Marqueze e Moreno (2005), ao discorrerem sobre a dualidade entre a satisfação e insatisfação no trabalho enfatizam que estabilidade no emprego, salário e benefícios, perspectiva de carreira e oportunidade de desenvolvimento profissional são elementos determinantes na satisfação no trabalho.

Batista (2005) ao analisar os fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro revelou que, apesar de os enfermeiros estarem insatisfeitos com os salários recebidos, havia a questão da estabilidade no emprego, conferida pelos concursos públicos.

Conforme Dejours (2004), o desemprego tem sido fator ameaçador da vida humana, por isso o trabalhador acaba se submetendo a situações indesejadas ou até nocivas para continuar empregado. O autor alega ainda que, diante dessas condições áridas com as quais o profissional se depara, há repercussão negativa do trabalho em relação à saúde do trabalhador, podendo gerar adoecimento.

Tabela 19 – Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica tempo de profissão com a QV geral e os domínios do WHOQOL-*bref*, em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.

Tempo de profissão	Estatística Descritiva	Q. V. geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
≤ 1 ano						
	Média	70.54	66.33	69.35	69.64	59.82
	Mediana	75.00	64.29	70.83	66.67	62.50
	Desvio padrão	11.61	11.61	11.51	14.84	15.69
	Mínimo	50.00	46.43	45.83	50.00	15.63
	Máximo	87.50	85.71	87.50	100.00	75.00
1 – 10 anos						
	Média	69.55	65.32	65.15	62.88	58.35
	Mediana	75.00	64.29	62.50	66.67	56.25
	Desvio padrão	13.34	12.52	10.03	13.69	8.92
	Mínimo	37.50	39.29	37.50	25.00	40.63
	Máximo	100.00	100.00	83.33	91.67	81.25
10 – 20 anos						
	Média	68.18	61.69	63.07	66.67	60.65
	Mediana	62.50	60.71	60.42	66.67	60.94
	Desvio padrão	14.80	9.43	13.81	15.21	8.71
	Mínimo	37.50	46.43	41.67	33.33	40.63
	Máximo	100.00	82.14	91.67	100.00	75.00
Mais de 20 anos						
	Média	71.67	71.67	68.33	68.33	59.58
	Mediana	75.00	71.43	66.67	66.67	59.38
	Desvio padrão	17.34	13.93	13.44	17.59	14.10
	Mínimo	37.50	50.00	41.67	33.33	37.50
	Máximo	100.00	96.43	91.67	100.00	81.25
	P-valor	0.8219	0.1587	0.3515	0.3535	0.4303

* Teste de Kruskal-Wallis.

Na Tabela 19 pode-se verificar que não houve associação significativa da variável tempo de profissão com a qualidade de vida geral e os quatro domínios do instrumento WHOQOL-*bref*.

Como verificado anteriormente na Tabela 18, tanto o tempo de vínculo profissional com a instituição, assim como o tempo de profissão pela Tabela 19, não demonstraram

associação com a qualidade de vida geral e os quatro domínios do instrumento WHOQOL-*bref*.

Corroborando essa constatação, Gonçalves (2008), em estudo no qual avaliou a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros, concluiu que a variável anos de serviço não apresentou uma influência estatisticamente significativa para as diferentes dimensões do questionário WHOQOL-*bref*, assim como para o questionário de saúde geral.

No entanto, no estudo de Carvalho e Lopes (2006) referente à satisfação profissional de enfermeiros, realizado em uma unidade de emergência de um hospital geral, obteve-se média de 4,7 (94%) para a satisfação geral. Porém, ao cruzarem esse dado com o tempo de trabalho na unidade, observaram que quanto maior o tempo de trabalho, menor é a satisfação geral do profissional, corroborando com os resultados deste estudo.

Portanto, verifica-se que não há um consenso a respeito da associação entre tempo de serviço e qualidade de vida. Estudos mais específicos são necessários para estabelecer precisamente esta questão, já que são escassos trabalhos que explorem a qualidade de vida por esse viés.

Tabela 20 – Descrição estatística com apresentação da média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo da característica possui outra atividade e/ou emprego com a QV geral e os domínios do WHOQOL-*bref*, em profissionais da equipe de enfermagem num hospital geral no município de Alfenas-MG, 2012.

Outra atividade e/ou emprego	Estatística Descritiva	Q. V. geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Sim	Média	67.81	66.25	64.69	65.42	59.53
	Mediana	62.50	64.29	62.50	62.50	57.81
	Desvio padrão	15.48	11.63	12.41	14.93	10.47
	Mínimo	37.50	50.00	37.50	33.33	40.63
	Máximo	100.00	96.43	87.50	100.00	81.25
Não	Média	70.83	65.21	66.35	65.28	59.00
	Mediana	75.00	64.29	66.67	66.67	59.38
	Desvio padrão	12.85	12.64	11.14	14.81	10.87
	Mínimo	37.50	39.29	45.83	25.00	15.63
	Máximo	100.00	100.00	91.67	100.00	81.25
	P-valor	0.1485	0.7285	0.5114	0.9365	0.9556

* Teste de Mann-Whitney.

Na Tabela 20 pode-se verificar que não houve associação significativa da variável outra atividade e/ou emprego com a qualidade de vida geral e os quatro domínios do instrumento *WHOQOL-bref*, ou seja, não foi observado p-valor menor que 0,05, o que significa que esta variável não interferiu na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem estudados.

Resultado diferente foi encontrado por Oliveira (2011) num estudo realizado em Equipes de Saúde da Família (ESF), em Fortaleza-CE, em que identificando a carga horária semanal referente aos vínculos extra Estratégia Saúde da Família (ESF) com atividade de plantões no hospital, observou-se que o trabalho com carga horária de 20 horas além das 40 horas semanais dedicadas à atenção primária esteve associado ao mais alto nível de estresse referido pelos enfermeiros. Arruda (2001) confirma esse fato, quando afirma que os profissionais de enfermagem na sua grande maioria percebem baixos salários para a manutenção de sua sobrevivência, o que acarreta a busca incansável de inúmeros empregos, podendo gerar esgotamento físico e mental, ocasionando em diminuição da energia corporal, o que pode provocar eventuais falhas no atendimento e/ou no exercício da profissão, repercutindo desta forma em prejuízos para a qualidade de vida.

Segundo Carvalho (2005), em estudo realizado sobre o estresse ocupacional na equipe de enfermagem atuando em ambiente fechado, o período dedicado ao trabalho, decorrente do aumento da jornada contribui para a redução do tempo de convivência do trabalhador com sua família.

É inegável que vivemos em um mundo elitista e capitalista. Essa condição expõe todos a uma série de aquisições de bens de consumo para se enquadrar nos parâmetros da normalidade social. Sendo assim, muitas vezes uma busca desenfreada por conquistas materiais são empreendidas na expectativa de aprovação e enquadramento na sociedade. E na demanda de recursos financeiros para arcar com esse estilo de vida consumista muitos são levados a assumir vários turnos de trabalho, inclusive na enfermagem. Evidentemente que essa questão não se resume nesta justificativa, mas é importante considerá-la ao se analisar o cenário de trabalho da enfermagem. Esta análise se justifica ao observar que trabalhadores jovens e solteiros, que teoricamente não possuem obrigações pungentes como educação e subsistência de filhos, estão inseridos em várias jornadas de trabalho, possivelmente para financiar uma série de aspirações projetadas pela cultura do ter para ser.

5 CONCLUSÃO

Ao identificar o perfil socioeconômico e de trabalho dos profissionais de enfermagem deste estudo verificou-se predominância do gênero feminino, 76,42% (81); na faixa etária dos 21 a 40 anos, 63,21% (67), sendo 32,07% (34) funcionários com mais de 40 anos, o que pode influenciar nos domínios da QV.

Todos professam uma crença religiosa retroalimentando sua espiritualidade, havendo predomínio para a religião católica, 74,53% (79).

Atendem ao grau de formação mínimo exigido conforme categoria, sendo ensino médio completo para os técnicos de enfermagem, ensino superior para os enfermeiros, verificando-se que há enfermeiros ainda exercendo a função de técnico de enfermagem, uma vez que 14,15% (15) são enfermeiros e 16,98% (18) possuem nível superior completo. Por sua vez a instituição buscou qualificar os profissionais de enfermagem, uma vez que, 79,25% (84) são técnicos de enfermagem, valor superior ao nacional de 43,18%.

A renda individual foi baixa para aproximadamente a metade dos profissionais de enfermagem, ou seja, 58,50% (62) recebem até dois salários mínimos, no entanto, contribuem para aumentar a renda familiar, uma vez que 61,32% (65) perfazem a renda entre 2 a 4 salários mínimos. No que se refere ao estado conjugal dos profissionais de enfermagem estudado 51,89% (55) possuem companheiro e a família, apesar de pequena, um ou dois ou mais filhos, 47,17% (50). Alguns profissionais buscam pela melhora das condições financeiras optando pelo duplo emprego/jornada de trabalho.

Neste estudo há 38% (40) funcionários que possuem outro emprego, caracterizando jornada dupla ou tripla de trabalho, interferindo no repouso/sono, lazer, memorização/concentração e disposição para o trabalho.

O tempo de serviço na instituição de 1 a 20 anos, 68,86% (73) e o de profissão de 1 a 20 anos, 72,64% (77), mostra que os funcionários têm permanecido na instituição desde o início de suas atividades profissionais, reforçando vínculos que refletem na segurança no ambiente de trabalho, contribuindo para a qualidade de vida.

No que se refere à avaliação da qualidade de vida geral dos profissionais de enfermagem e nos domínios físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambiente do instrumento WHOQOL-*bref*, verificou-se que o escore médio geral para a qualidade de vida geral foi de 69,69, sendo que avaliam sua qualidade de vida entre *nem ruim nem boa e boa* (68,16) e a satisfação com sua saúde entre *nem satisfeito, nem insatisfeito e satisfeito* (71,23).

No domínio físico dos profissionais de enfermagem deste estudo detectou-se o escore médio geral de 65,59. Atribuem que a dor física os impede de desenvolver o trabalho entre *mais ou menos e bastante* (75,24); que a satisfação com o sono foi considerada entre *ruim e nem ruim e bom* (59,43) e ainda que precisam de algum tratamento médico para levar sua vida diária (56,13), facetas que contribuem para diminuir o escore médio do domínio físico.

Quanto ao domínio psicológico dos profissionais de enfermagem estudados verificou-se que o escore médio geral foi 65,72 em que referem em aproveitar a vida entre *muito pouco e mais ou menos* (55,42), constituindo a faceta com escore mais baixo neste domínio.

Conferem positividade psicológica com *bastante* valorização e sentido para a vida (75,94) e média aceitação da aparência pessoal (68,63) o que contrapõem aos frequentes sentimentos negativos que apontam (63,68) e a capacidade de concentração/memória estar *mais ou menos* face as demandas requeridas pelo trabalho (63,68).

No domínio relações sociais o escore médio geral obtido foi 65,33, com manifestação de ser *nem ruim nem bom* as relações pessoais e o apoio recebido de familiares, amigos, colegas, conhecidos e a relação com o (a) parceiro (a).

O escore médio geral do domínio meio ambiente foi o mais baixo de todos 59,19, sendo a questão financeira para a satisfação de suas necessidades a faceta de menor escore (49,53), considerado entre *muito pouco e médio*. Acrescenta-se aos escores mais baixos desse domínio o referente às condições do ambiente físico (54,48) ao qual está entre *muito pouco a mais ou menos* saudável; o das oportunidades para o lazer (57,08), considerado entre *muito pouco e médio*; o da acessibilidade aos serviços de saúde, que está *nem ruim nem boa* (59,67); e o da disponibilidade para o acesso às informações no dia-a-dia, que atribuem estar entre *muito pouco e médio* (58,25).

Na verificação das associações entre as variáveis socioeconômicas e de trabalho com a qualidade de vida geral e com os domínios de qualidade de vida do instrumento WHOQOL-*brief*, houve associação, com p valor menor que 0,05, para as variáveis grau de formação em relação à qualidade de vida geral; a renda individual em relação ao domínio relações sociais, havendo proximidade com o domínio meio ambiente; a renda familiar em relação ao domínio relações sociais e a categoria profissional com a qualidade de vida geral. No que se referem às demais variáveis socioeconômicas e de trabalho deste estudo não foram detectadas associações.

A hipótese H1 não foi confirmada no que se refere à relação entre a qualidade de vida e a saúde psicológica e física do profissional de enfermagem, uma vez que, não se encontra associada com as variáveis gênero, idade, estado conjugal, crença, grau de formação, renda

familiar/individual, número de filhos, nível de categoria de enfermagem, jornada dupla de trabalho e tempo de serviço na instituição e na profissão.

A hipótese H2 foi parcialmente confirmada no que se refere à qualidade de vida relacionada às relações sociais e com o meio ambiente dos profissionais de enfermagem, uma vez que, encontra-se associada com as rendas familiar e individual.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar em qualidade de vida é falar em um viver com qualidade. E levando em consideração as implicações do trabalho na vida trazemos neste estudo um recorte que avalia a qualidade de vida de profissionais de enfermagem de uma instituição hospitalar de um município do Sul do Estado de Minas Gerais. De maneira geral, podemos considerar que esses profissionais, em sua maioria, encontram-se satisfeitos com a qualidade de suas vidas e saúde. Entretanto, algumas questões detectadas merecem ser pontuadas, a fim de aparar algumas arestas que apesar de discretas podem se tornar incisivas.

Como a dor física foi apontada como limitante na vida e no trabalho, algumas intervenções podem ser adotadas no sentido de minimizar/evitar o problema. A primeira sugestão seria a adoção de um programa interno de ações voltadas para a saúde do trabalhador. Aproveitando os recursos já existentes no ambiente hospitalar como o profissional fisioterapeuta, sugere-se instituir atividade laboral com sessões diárias de 15 minutos de alongamento, relaxamento e meditação antes do início e/ou término de cada plantão. Essa prática propicia, além do benefício físico (como prevenção de LER/DORT, dores lombares e cervicais, tendinites, fadiga e outras patologias relacionadas ao trabalho), o benefício psicológico, com melhoria na atenção, concentração, memória e raciocínio. Também poderia ser oferecido um Plano de Saúde aos funcionários, facilitando o acesso a exames e atendimento médico, já que essa questão foi apontada como problemática para os profissionais. Nessa perspectiva, seria interessante também que houvesse acompanhamento periódico para os funcionários que se enquadrassem nas categorias de risco, como os hipertensos, diabéticos, obesos, gestantes e outros.

Tendo em vista que o profissional motivado apresenta maior rendimento no trabalho, algumas sugestões são pertinentes. Valorizar o profissional, reconhecer que o seu trabalho faz diferença e é essencial, sendo que isso pode acontecer por meio de uma reunião mensal com todos os funcionários para comemoração dos aniversariantes do mês, além de duas grandes confraternizações anuais, uma na Páscoa e outra no Natal, com a participação dos familiares e sorteios de brindes e cestas adquiridas por meio de patrocinadores da ação, na ausência de recursos próprios. Essas reuniões seriam um aliado para o fortalecimento das relações sociais que se mostraram fragilizadas no contexto analisado.

Outro ponto crucial diz respeito à remuneração individual dos profissionais que recebem salários intermediários entre 1 a 2 salários mínimos, evidenciado pelo

comprometimento do Domínio das Relações Sociais e Meio Ambiente. Ainda tendo como pano de fundo a questão financeira, houve interferência da característica renda familiar no Domínio Relações Sociais entre os indivíduos que recebiam a maior remuneração, acima de 4 salários mínimos, inferindo que quanto maior a remuneração mais compromissos assumidos com o salário recebido.

Levando em consideração que o fator financeiro contribuiu para redução dos escores de QV, alguns incentivos poderiam ser oferecidos na forma de gratificação. Buscando recursos e patrocínio de representantes do comércio local e de empresas que investem na área hospitalar e laboratórios farmacêuticos, promover o sorteio mensal de cestas básicas para os profissionais de enfermagem e demais funcionários de outros setores.

Diante da importância da fé/religiosidade no equilíbrio humano a formação de um grupo de oração ecumênico seria de fundamental importância. Por meio de reuniões mensais esse grupo fortaleceria as relações sociais contribuindo também para o resgate de princípios éticos norteadores da conduta humana, que estão associados a melhores estratégias de enfrentamento das situações conflituosas do dia a dia profissional e pessoal.

Quando se analisou a categoria profissional ficou evidente a repercussão da escolaridade nos baixos escores na QV geral, mais notadamente entre os auxiliares de enfermagem.

Como política de gestão de pessoas voltada para a valorização do profissional sugere-se o incentivo à educação permanente, a atualização e a pós-graduação dos profissionais de enfermagem que compõem o quadro de funcionários. Uma possibilidade seria o aproveitamento dos três funcionários graduados em enfermagem ainda contratados como técnicos. Outra sugestão seria a criação de um Plano de Carreira para os funcionários com mais de cinco anos de trabalho na instituição. Como vários funcionários perfazem duas e até três jornadas de trabalhos, sabendo das implicações dessa extensa carga horária na saúde do trabalhador, sugere-se que haja rotatividade dos profissionais, de modo que tenham oportunidade de passar por setores que favoreçam seu trabalho.

Percebeu-se que o sono e repouso foram considerados insatisfatórios entre os profissionais pesquisados. Algumas adequações poderiam ser implantadas no sentido de minimizar essa questão como a disponibilização de um espaço adequado para o descanso noturno, permitido e obrigatório por lei, como também para os intervalos de descanso nos plantões diurnos.

Outro ponto considerado comprometido foi o lazer. Iniciativas que estimulassem a diversão poderiam ser valorizadas como convênios e descontos no cinema, academias de

ginástica e lutas marciais, restaurantes e outros. Dentro do próprio hospital poderia ser criado também um espaço de entretenimento, com aparato de diversão como: mesa de sinuca, televisão com DVD, videogame, jogos interativos, bicicleta ergométrica, esteira, computador com acesso a internet etc. Reitera-se que esses recursos poderiam ser adquiridos por meio de doações e patrocínios. Outra possibilidade interessante seria a adoção de terapia ocupacional oferecida por oficinas de trabalhos manuais variados, envolvendo tanto as mulheres como os homens, a exemplo, incentivar o aproveitamento de materiais recicláveis, e a exposição da produção, revertendo a verba para os próprios profissionais.

O psicólogo da instituição também poderia ser envolvido a cuidar da demanda interna, detectando precocemente psicopatologias e intervindo, minimizando os prejuízos advindos dessas condições. O assistente social, nos moldes do psicólogo, também poderia assessorar o quadro de funcionários da instituição, sendo reportado em situações nas quais sua intervenção se fizesse necessária.

Diante dessas considerações é possível verificar que as possibilidades de transformar uma realidade, minimizando os nós críticos existentes são inúmeras. É evidente que aqui não se está afirmando que todas essas ações estão condicionadas à possibilidade de resultado positivo. O fato de aceitar que algo pode ser feito, já é um bom começo. A partir daí, com olhar criterioso nas possibilidades, e não nas dificuldades, podem ser implementadas mudanças, reconfigurando o cenário de atuação do profissional de enfermagem. Fala-se de vida, da vida de pessoas que cuidam de outras pessoas, que estão a todo tempo fazendo o máximo para que o cliente sob os seus cuidados tenha o mínimo de desconforto. Muitas vezes se desdobram, têm que ser cuidadores, criativos, pró-ativos, conselheiros, à beira do leito do nascimento a morte e assumem uma variedade de papéis sempre com o intuito de minimizar o sofrimento alheio.

Portanto, nada mais justo que esse profissional se sinta recompensado pelo seu trabalho, tenha suas necessidades atendidas para que possa atender bem às necessidades do outro sob os seus cuidados. Essa sim é uma equação justa, ética e que deve ser objetivada por aqueles que fazem a gestão destes serviços.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Orgs.). **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA, M. L. P. Tipos de pesquisa. In: **Como elaborar monografias**. 4. ed. rev. atual. Belém: Cejup, 1996.

ALMEIDA, R.S. **Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem na unidade de Terapia Intensiva de um Hospital de Grande Porte do Município de Dourados-MS**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados, 2010.

AMESTOY, S. C. et al. Características que interferem na construção do enfermeiro-líder. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 673-678, 2009.

ANDRADES, B. L.; VALENZUELA, S. S. Quality of life associated factors in Chileans hospitals nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 636-642, jun. 2004.

AQUINO, E. M. L. **Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras em enfermagem em Salvador/BA**. 1996. 230 fl. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 fev. 2013.

ARRUDA, A. J. C. G. de. **Lazer: fator motivacional, indicativo de satisfação e qualidade na prática de enfermagem em CTI**. 2001. 108f. Trabalho de investigação. Tese (Doutorado em Administração) - Universidade de Extremadura, Madri, 2001.

ASSUNCAO, H. B.; MIRANZI, S. S. C.; SCORSOLINI-COMIN, F. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem das unidades de pronto socorro de um hospital universitário. In: **SEMINARIO DE SAUDE DO TRABALHADOR DE FRANCA**, 7; 2010, Franca. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000112010000100012&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 12 fev. 2013.

BABA, V.; GALAPERIN, B.L.; LITUCHY, T.R. Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. **International Journal of Nursing Studies**, n. 36, p. 163-169, abr. 1999.

BALLONE, G. **Estresse**. PsiqWeb psiquiatria geral. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.Br/cursos/stress.http>>. Acesso em: 5 fev. 2013.

BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, mar. 2003.
Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a06.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

BASTOS, M. A. et al. Qualidade de vida e cargas de trabalho do profissional enfermeiro. In: X SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2009, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: PUCRS, p.547-549, 2009.

BATISTA, A. A. V. et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. Relatório de Pesquisa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.

BECK, C. L. C. **O Sofrimento do trabalhador**: da banalização a re-significação ética na organização da enfermagem. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BELASCO, A. G. S.; SESSO, R. C. C. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In: DINIZ, D.P.; SCHOR, N. (Orgs.). **Qualidade de vida**. Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar. UNIFESP - Escola Paulista de Medicina. Barueri: Manole, 2006.

BERGAMINI, C. W. **Desenvolvimento de recursos humanos**: uma estratégia de desenvolvimento organizacional. São Paulo: Atlas, 1997.

BETTINELLI, L. A. **A solidariedade no cuidado**: dimensão e sentido da vida. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

BEUTER, M. O lazer na vida de acadêmicos de enfermagem no contexto do cuidado de si para o cuidado do outro. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 222-228, abr./jun. 2005.

BITTENCOURT, Z. Z. L. C. et al. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p.732-734, out. 2004.

BRAGA, E. M. A comunicação em grupo entre profissionais de saúde. **Nursing**, v. 7, n. 73, p. 36-41, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. **Decreto n. 7.655**. Regulamenta a Lei no 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, DF, dez. 2011.

BRASIL. **Lei 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. 1986. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 22 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília, DF: 2007.

BUB, M. B. C. **Concepções de saúde, ética e prática de enfermagem**. 2001. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BUENO, M. As teorias de Motivação Humana e sua contribuição para a empresa humanizada. **Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão – CESUC**. Catalão, v. 4, n. 6, 1º sem. 2002.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L. Abordagens e mensuração da qualidade de vida no trabalho de enfermagem: produção científica. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 584-589, out./dez. 2007.

CAMPOS, R. M. **Satisfação da equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel às urgências (SAMU) no ambiente de trabalho**. 2005, 128f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

CARANDINA, D. M. **Qualidade de vida no trabalho**: construção de um instrumento de medida para enfermeiras. 2003. 250f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2003.

CARR, A. J.; THOMPSON, P. W.; KIRWAN, J. R. Quality of life measures. **British Journal of Rheumatology**, v. 35, n. 3, p. 275-281, mar. 1996.

CARVALHO, A. R. S. et al. Cuidado e humanização na enfermagem: reflexão necessária. In: II SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLITICAS SOCIAIS NO BRASIL. **Anais...** Cascavel: Unoeste, 2005,

CARVALHO, D. R.; KALINKE, L. P. Perfil do enfermeiro quanto a motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. **Boletim de Enfermagem**, Curitiba, v.1, ano 2, p. 82-95, 2008.

CARVALHO, D. V.; LIMA, E. D. R. P. Sintomas físicos de estresse na Equipe de Enfermagem de um Centro Cirúrgico. **Nursing**, mar. 2001.

CARVALHO, G.; LOPES, S. Satisfação profissional do enfermeiro em uma unidade de emergência de hospital geral. **Arquivos de Ciências da Saúde**, Curitiba, v. 13, n. 4, p. 215-219, out./dez. 2006.

CARVALHO, L.; MALAGRIS, L. E. N. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. **Estudo e Pesquisa em Psicologia**, v. 7, n. 3, p. 210-221, dez. 2007.

CAVALCANTE, C. A. A. et al. Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 88-97, jan./abr. 2006.

CAVANAGH, S. J. Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. **Journal of Advanced Nursing**, v. 17, n. 6, p. 704-711, jun. 1992.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

CHIAVENATO, I. Recursos humanos. São Paulo (SP): Atlas; 2000.

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 de Reumatologia**, n. 39, p. 143-150, mai./jun. 1999.

COELHO, E. A. C. Gênero, saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, mai./jun. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. **Comissão de Business Intelligence**. Versão 1.0. Brasília, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEN, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 293/2004**. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. 2004.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS (COREN-MG). **Legislação e normas**. Belo Horizonte: v. 12, n. 1. 2010.

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

CORRADI, E. M.; ZGODA, L. T. R. W.; PAUL, M. F. B. O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 184-193, jan./mar. 2008. Disponível em: <www.seer.ufpr.br/cogitare>. Acesso em: 5 jan 2013.

COSTA, E. S.; MORITA, I.; MARTINEZ, M. A. R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 553-555, abr/jun. 2000.

COSTA, J. R. A.; LIMA, J. V. Estratégias para o enfermeiro enfrentar o *stress* em seu trabalho com portador de transtorno mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 325-335, dez. 2003.

CRUZ, C.; RIBEIRO, U. **Metodologia científica: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2004.

DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. supl. 1, p. 25-33, 2007.

DALMOLIN, G. L.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 35-40, jan./mar. 2009.

DALRI, R.C.M.B. **Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de unidades de pronto atendimento em Uberaba-MG. 2007.** Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DALY, J. et al. Quality of life and the human becoming theory exploring discipline-specific contributions. **Nursing Science Quartely**, v. 9, n. 4, p. 70-74, 1996.

DEAN, R. A; GREGORY, D. M. Humor and laughter in palliative care: an ethnographic investigation. **Palliative e Supportive Care**, v. 2, n. 2, p. 139-148, 2004.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, Cidade, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas, 1994.

DINIZ, D. P.; SCHOR, N. Qualidade de vida. **Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar** - UNIFESP - Escola Paulista de Medicina. Barueri: Manole, 2006.

EURICH, R. B.; KLUTHCOVSKY, A, C, G. C. Avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de graduação em Enfermagem do primeiro e quarto anos: influência das variáveis sociodemográficas. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 211-220, set./dez. 2008.

FARIAS, S. N. P.; ZEITOUNE, R. C. G. Riscos no trabalho de enfermagem em um centro municipal de saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 167-174, mai./ago. 2005.

FAYERS, P.M. D. Quality of life. **Assessment, analysis and interpretation.** Chichester: John Wiley, 2000.

FELLI, V. E. A. et al. Assistência à saúde do trabalhador no contexto da saúde do adulto. In: **Programa de Atualização em Enfermagem Saúde do Adulto (PRROENF) - Ciclo 1, Módulo 4.** Porto Alegre: ABEn/ArtMed/Panamericana, 2007. p. 9-44.

FERNANDES, J. S. et al . Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, set. 2010.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 fev. 2013.

FERNANDES, J. S. **Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes saúde da família**. 2009. 128 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2009.

FERNANDES, S. M. B. A. **Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras de uma instituição hospitalar pública**. 2005. 265f. Dissertação (Mestrado), Natal, 2005.

FERRAZ, F. et al. Educação permanente no trabalho como um processo educativo e cuidadoso do sujeito-cuidador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 344-350, 2006.

FERREIRA, D. F. **Estatística básica**. 2. ed. Lavras: UFLA, 2009.

FERRISS, A. L. Religion and the quality of life. **Journal of Happiness Studies**, v. 3, n. 3, p. 199-215, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FIGUEIREDO, N. M.; SANTOS, I. Introduzindo a Enfermagem Clínica no Ambiente Terapêutico Hospitalar. In: SANTOS, I. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões e soluções**. São Paulo: Atheneu; p. 3-20, 2005.

FIGUEIREDO, P. M. V. **Estruturação do trabalho acadêmico-científico: o projeto**. Coordenação do Núcleo de Pesquisa. Faculdade Moraes Júnior. Rio de Janeiro: Mackenzie, 2009.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-*bref*): características e perspectivas. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FOSARELLI, P. Spirituality in patient care: why, how, when, and what. **The Journal of the American Medical Association**, v. 299, p. 1608-1609, abr. 2008.

FOUCAUL, T. M. **Microfísica do Poder**. 18. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.

FRANÇA J. L. **Manual para normalização de publicações técnicos-científicas**. Belo Horizonte: Universidade de Minas Gerais, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S. G. Avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. In: **XII SIMPEP** - Bauru, 2005. Disponível em: http://www.simpep.feb.unesp.br/anais_simpep_aux.php?e=12 Acesso em: 14 jan. 2013.

GOMES, G. C.; LUNARDI FILHO, W. D. L.; ERDMANN, A. L. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 93-99, jan/mar. 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. R.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GONÇALVES, A. **Diferenças de Estilos de Vida Entre Populações Jovens de Meio Rural (Boticas) e de Meio Urbano (Braga): análise de concepções, de valores e de práticas**. 2004, Tese (Doutorado) - Universidade do Minho, Braga, 2004.

GONÇALVES, J. D. A. **Percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros**. 2008. 111f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro, 2008.

GUIDO, L.A. **Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica**. 2003, Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem/USP, São Paulo, 2003.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 88-94, 2007.

GUSMÃO, J. L.; PIERIN, A. M. G. A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial. **Hipertensão**, v. 7, n. 3, p.104-108, 2004.

GUTIERREZ, B. A. O.; CIAMPONE, M. H. T. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 660-667, 2007.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of life. **Annals of Internal Medicine**, n. 118, v. 8, p. 622-629, abr. 1993.

HADDAD, M. C. L. Proposta de implantação de um Programa Interdisciplinar de Apoio ao Trabalhador de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 32, n. 4, dez. 1998.

HALL, C. S.; LINDZEY, G.; CAMPBELL, J. B. **Teorias da personalidade**. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr/jun, 2009.

HAYES, B. E. **Medindo a satisfação do cliente**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1995.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** (1993 a 2007). São Paulo, 2008.

JARRETT, N. J.; PAYNE, A. S. Creating and maintaining “optimism” in cancer care communication. **International Journal of Nursong Studies**, v. 37, n. 1, p. 81-90, 2000.

JESUS, E. S. et al . Preconceito na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010 .

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jan. 2013.

KAGEYAMA T. et al. Cross-sectional survey on risk factors for insomnia in Japanese female hospital nurses working rapidly. WELSH, D. Predictors of depressive symptoms in female medical-surgical hospital nurses. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 30, n. 5, p. 320-326, 2009.

KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E., SOUZA, L. C. F. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. In: ADORNO R., ALVARENGA A., VASCONCELOS M.P. (Orgs.). **Jovens, trajetória, masculinidades e direitos**. São Paulo: Edusp, 2005. p. 199-217.

KAWAKAME, P. M.G., MIYADAHIRA, A. M. K. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 164-172, 2005.

KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 56, n. 6, p. 669-673, nov./dez. 2003.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida – aspectos conceituais. **Revista Salus**, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 13-15, jan./jun. 2007.

LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 133-144, jul. 1997.

LAUTERT, L.; CHAVES, E. H. B.; MOURA, G. M. S. S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 6, n. 6, p. 415-425, 1999.

LEMPEREUR, A. **Dicionário geral das ciências humanas**. Lisboa: Edições Setenta; 1984.

LENTZ, R. A. et al. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 7-14, ago. 2000.

LEOPARDI, M. T. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros; 1999.

LIMA JÚNIOR, J. H. V.; ÉSTHER, A. B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 20-30, jul./set. 2001.

LINO, M. M. **Satisfação profissional entre enfermeiros de UTI:** Adaptação transcultural do INDEX of Work Satisfaction (IWS). 1999. 236f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 1999.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Desenhos não experimentais. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação crítica e utilização. Tradução de Ivone Evangelista Cabral. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 8, p. 110-121.

LOPES, M. J. M. A saúde das trabalhadoras da saúde: algumas questões. In: HAAG, G. S.; LOPES, M. J. M.; SCHUCK, J. S. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores.** 2. ed. Goiânia: AB, 2001.

LUNARDI FILHO, W. D.; LEOPARDI, M. T. **O trabalho da enfermagem:** sua inserção na estrutura do trabalho geral. Rio Grande: GRAFurg, 1999.

LUNARDI FILHO, W.D. **Prazer e sofrimento no trabalho:** contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1995.

MARQUEZE, E. C.; MORENO, C. R. C. Satisfação no trabalho: uma breve revisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.** Brasília, DF, v. 30, n. 112, p. 69-79, 2005.

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto e Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, abr./jun. 2007.

MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos.** 2002. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, Florianópolis, 2002.

MARX, K. O capital: crítica da economia política: livro primeiro. **O processo de produção do capital.** 14. ed. Tradução de Yvonne Jean. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1994.

MARZIALE, M. H. P.; NISHIMURA, K. Y. N.; FERREIRA, M. M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, 2004.

MARZIALE, M.H.P. **Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar**. 1995, Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto, 1995.

MASLOW, A. Introdução à psicologia do ser. Rio de Janeiro: Eldorado; 1968. In: BATISTA, A. A. V et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. Relatório de Pesquisa. **Revista da Escola de Enfermagem USP**; v. 39; n. 1; p. 85-91, 2005.

MASLOW, A. H. **Motivación y personalidad**. Barcelona: Ed. Sagitário; 1954.

MATSUDA, L. M. **Satisfação profissional da equipe de enfermagem de uma UTI adulto: perspectivas de gestão para a qualidade da assistência**. 2002, 262f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M. Satisfação profissional em uma UTI adulto: subsídios para a gestão da equipe de enfermagem. **Revista Nursing**, v. 56, n.6, jan. 2003.

MAURO, M.Y.C. Saúde mental do trabalhador e enfermeiro. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 81-7, 1993.

MAXWELL, J.C. **O livro de ouro da liderança**. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil, 2008.

McCRAE, C. S. et. al., Young old' and 'old old' poor sleepers with and without insomnia complaints. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 54, n. 1, p. 11-19, 2003.

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. **Classification of chronic pain**. Seattle: Internacional Association for the Study of Pain, 1994.

MESQUITA NETO, W. S. A nova base de cálculo do adicional de insalubridade. **Jus Navigandi**, Teresina, v. 13, 1962, 14 nov. 2008. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/11966>>. Acesso em: 26 jan. 2013.

MINAYO, M. C. S.; HARZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MIRANDA, E. P. **Qualidade de vida de profissionais que atuam em Centro Cirúrgico**. 2006. 70f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

MOLINA, O. F., **Estresse no cotidiano**. Comercio e Repres. Ltda. São Paulo: Pancast, 1996.

MORATO, R. G. **Análise da qualidade de vida urbana no município de Embu/São Paulo**. 2004. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MORENO, A. B. et. al. Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2585-2597, dez. 2006.

NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 333-341, jul./set. 2006.

NATHANIEL, A. Moral distress among nurses. The American Nurses Association Ethics and Human Rights. **Issues Updates**, v. 1. n. 3, 2002. Disponível em: <www.nursingworld.org>. Acesso em: 25 jan. 2013.

NEUMANN, V. N. **Qualidade de vida no trabalho**: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar. 2007. 164 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

NUNES, A. P. M.; SILVA, A. Qualidade de vida do aluno trabalhador do Curso de Habilitação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.958/225>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

ODEBRECHT, C.; GONÇALVES, L. O.; SELL, I. **O envelhecimento do trabalhador-da fisiologia à função laboral**: aspectos a serem incrementados na análise ergonômica. ABERGO. Anais., Gramado, set. 2001.

OGUISSO, T.; CAMPOS, P. F. S.; MOREIRA, A. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. **Enfermagem em Foco**. n. 2, p. 68-71, 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/85>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

OLINISKI, S. R.; LACERDA, M. R. As diferentes faces do ambiente de trabalho em saúde. **Cit E f Citib**. v. 9, n. 2, p. 43-52, 2004.

OLIVEIRA, A. S. S. **Qualidade de vida e fatores de risco cardiovascular modificáveis em enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**. 2011. 145 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, 2011.

OLIVEIRA, C. B. Sobre lazer, tempo e trabalho na sociedade de consumo. **Conexões**, v. 2, n. 1, p. 20-34, 2004. Disponível em: <http://www.facape.br/ruth/adm-filosofia/Texto_1_-_Lazer_tempo_e_trabalho.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2013.

OLIVEIRA, N.T. **O processo de adoecimento do trabalhador da saúde**: o setor de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário. 2009. 148 f. Tese (Doutorado em serviço social) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

OXTOBY, K. Men in nursing. **Nursing Times**, v. 99, n. 32, p. 20-23, 2003.

PAFARO, R. C.; DE MARTINO, M. M. F. Estudo do *stress* do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 152-160, 2004.

PALHARES, V. C., MATSUBARA, B. B. **Qualidade de vida, qualidade do sono e fatores de risco cardiovascular de profissionais de enfermagem**. ENCONTRO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM. EERP-USP. Centro de Convenções Rebouças: São Paulo, out. 2002.

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. 305-310, 2007.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida no idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2001. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2001.

PEDRASSOLI, A. **Biografia de Abraham Maslow**. 2008. Disponível em: <<http://www.buscadorerrante.com/wp/2009/biografia-de-abraham-maslow>>. Acesso em: 28 jan. 2013.

PEDROSO, B. Qualidade de vida, espiritualidade, religião e crenças pessoais: análise do instrumento WHOQOL-SRPB. **Revista Eletrônica Fafit/Facic**, v. 3, n. 1, p. 1-12, jan./jun. 2012.

PEREIRA, A. C. M. et al. Work accidents with needles and other sharp medical devices in the nursing team public hospitals. Rio Branco, **Online Brazilian Journal of Nursing** [online], v. 3, n. 3, dez. 2004. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn303pereiraetal.htm>. Acesso em: 20 dez. 2012.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PEREIRA, M. E. R.; BUENO, S. M.V. Lazer – Um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 75-83, out. 1997.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 5. ed. São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003.

PITTA, A.M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec; 1991.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução de AnaThorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática: clinica e pratica hospitalar**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2004.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2.ed. Coleção Trajectos. Tradução de João Minhoto Marques, Maria Amália Mendes e Maria Carvalho. Lisboa: Gradiva, 1998.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL, 2011. Disponível em: <<http://www.R-project.org>>. Acesso em: 14 jan. 2011.

RAPPARINI, C.; CARDO, D. M. Principais doenças infecciosas diagnosticadas em profissionais de saúde. In: MASTROENI, M. F. **Biossegurança aplicada a laboratórios e serviços de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L. T.; ABELHA L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de Serviço de Saúde Mental. **Revista de Saúde Pública**, Cidade, v. 41, n. 2, p. 244-250, 2007.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jan. 2013.

RESCK, Z. M. R. **A formação e a prática gerencial do enfermeiro para o trabalho em saúde**: delineando caminhos para a práxis transformadora. 2006. 202 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

RESENDE, E.; TAKERSHINA, M. L. **RH em tempo real**: conceitos e ferramentas modernas para gestão de recursos humanos. Rio de Janeiro: Quality Mark; 2000.

ROBAINA, J. R. et al. Eventos de vida produtores de estresse e queixas de insônia entre auxiliares de enfermagem. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Cidade, v. 12, n. 3, p. 501-509, 2009.

ROSENSTOCK, K. I. V. et al. Aspectos éticos no exercício da enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**. v. 16, n. 4, p. 727-733, out./dez. 2011.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi. 1994.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, n. 8, v. 3, p. 107-112, 2001.

SAMPAIO, J.R. O Maslow desconhecido: uma revisão de seus principais trabalhos sobre motivação. **Revista de Administração**, São Paulo, v.44, n.1, p.5-16, jan./fev./mar. 2009.

SANTOS, L. D.; MARTINS, I. Qualidade de Vida Urbana: o caso da cidade do Porto. **Working Papers da FEP**, Porto, n.116, 24 maio 2002. Disponível em: <<http://www.fep.up.pt/investigacao/workingpapers/wp116.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

SANTOS, M. S.; TREVIZAN, M. A. Sofrimento psíquico no trabalho do enfermeiro. **Nursing Revista Técnica de Enfermagem**, Barueri, n. 52, p. 23-28, 2002.

SANTOS, S. R. **Motivação no trabalho do enfermeiro**: fatores de satisfação e insatisfação. 1992. 165 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1992.

SARELLA, P.; PARAVIC, T. Satisfacción Laboral en enfermeras/os que trabajan en El sistema de atención médica de urgencia (SAMU). **Ciencia y enfermería**, Concepción, v.8, n.2, dez.2002.

SCHMIDT, D. R. C. **Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico**. 185 f. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto, 2004.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 54-60, jan./fev. 2006.

SCHRADER, G. et al. **Remuneração e qualidade de vida**: implicações para o trabalho de enfermeiros. In: III SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE O TRABALHO DE ENFERMAGEM - ABEN. Bento Gonçalves, ago. 2011.

SÊCCO, I. A. O. et al. Acidentes de trabalho e riscos ocupacionais no dia-a-dia do trabalhador hospitalar: desafio para a saúde do trabalhador. **Espaço para Saúde**, Londrina, v. 4, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n1/doc/hospitais.doc>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

SENAC, D. N. **Qualidade em recursos humanos**. Fco. F. de A Rodrigues; Neise da Silva; Lourdes Hargreaves. Rio de Janeiro: SENAC/DN/DFP, 2004.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 623-630, 2004.

SILVA, A. A. et al. Jornadas de trabalho na enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1117-1126, 2011.

SILVA, C. O. Trabalho e subjetividade no hospital geral. **Revista de Psicologia, Ciência e Profissão**, Cidade, v. 18, n. 2, p. 26-33, 1998.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, out. 2000.

SILVA, V. E. F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem**: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. 1996. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem/USP, São Paulo, 1996.

SKEVINGTON, S. M. Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. **Quality of Life research**, v. 11, p. 135-144, 2002.

SOUZA, M. A.; STANCATO, K. Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de saúde do Hospital das Clínicas da Unicamp. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 5, n. 4, p. 886-895, jun. 2010. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../287>. Acesso em: 2 fev. 2013.

SPÍNDOLA, T. Mulher, mãe e...trabalhadora de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 354-361, dez. 2000.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 2, p. 156-160, mar/abr. 2005.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Trabalho versus vida em família. Conflito e culpa no cotidiano das trabalhadoras de enfermagem. **Ciência e Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 43-52, 2004.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: inventário de estresse em enfermeiros (IEE). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 40-49, dez. 2000.

STACCIARINI, J. M. R.; TROCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692001000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2013.

STUMM, E. M. F. Avaliação da saúde e qualidade de vida: profissionais de um SAMU. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, out/dez. p. 620-627. 2009.

TEIXEIRA, R. C.; MANTOVANI, M. F. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009.

TESTA, M. A.; SIMONSON, D. C. Assessment of quality of life outcomes. **The New England Journal of Medicine**, v. 334, n. 13, p. 835-840, 1996.

TROCHIM, W. M. **The Research Methods Knowledge Base**, 2nd Edition. [Internet]. Disponível em: <<http://trochim.human.cornell.edu/kb/index.htm>> (version current as of August, 2003).

USLANDER, A. S.; WEISS, C. **Como responder às perguntas sobre o sexo**: programas para conversas informais com crianças de pouca idade. Tradução de Horácio Caprichoso. Lisboa: Plátano, 1997.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, p. 607-621, 2002.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003.

VOLPATO, M.; CIMBALISTA, S. O processo de motivação como incentivo à inovação nas organizações. **Revista FAE**, v.5, n.3, p.75-86, set/dez. 2002.

XIMENES, S. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 2ª ed. São Paulo/SP: Ediouro; 2000.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WELSH, D. Predictors of depressive symptoms in female medical-surgical hospital nurses. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 30, n. 5, p. 320-6, 2009.

WIKIPEDIA. Ficheiro: Hierarquia das necessidades de Maslow. J. Finkelstein (Tradução de Felipe Sanches. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Hierarquia_das_necessidades_de_Maslow.svg>. Acesso em: 14 jan. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) WHOQOL Group. **Measuring quality of life**: The Development of The World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Geneve: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHOQOL-BREF**: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva, 1996.

ZAPPAROLI, A. S. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 41-46, 2006.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER COMITE DE ETICA EM PESQUISA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063




COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DECLARAÇÃO

Declaro para todos os fins que o projeto intitulado “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NUM HOSPITAL GERAL” foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifal-MG, recebendo o parecer **APROVADO**, conforme registro em Ata da 88ª. Reunião, de 01 de setembro de 2011, protocolo N^o: 164/2011.

Alfenas, 08 de setembro de 2011.


Profa. Dra. Maísa Ribeiro Pereira Lima Brigagão
Coordenador do CEP

ANEXO B – QUESTIONÁRIO WHOQOL- BREF

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

**PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA**

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Adjunto

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria a sua qualidade de Vida?	1	2	3	4	5

		Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) Você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **O quanto** Você tem sentindo algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (Física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O Quanto você aproveita a vida ?	1	2	3	4	5
6	Em que média você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão completamente** você tem sentindo ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão bem** ou satisfeito Você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem Você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) Você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu	1	2	3	4	5

	dia-a-dia					
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) Você está com sua vida sexual	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) Você está com o apoio que você recebe de seus amigos	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) Você está com o seu acesso ao serviço de saúde?	1	2	3	4	5

25	Quão satisfeito (a) Você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

As questões seguintes referem-se **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas

		Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau Humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe Ajudou a Preencher este Questionário?

Quanto tempo Você levou para preencher este Questionário?

Você tem algum Comentário sobre o Questionário?

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

APÊNDICES

APÊNDICE A – ESCLARECIMENTO AO SUJEITO DA PESQUISA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714. Alfenas/MG. CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000. Fax: (35) 3299-1063



NOME DA PESQUISA: “**Avaliação da qualidade de vida de profissionais de enfermagem de um hospital geral do Sul de Minas Gerais**”

PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS: Patrícia de Cássia Ruela Palmiéri; Prof^ª Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck.

PROMOTOR (ES) DA PESQUISA Departamento de Enfermagem da UNIFAL-MG.

DESCRIÇÃO DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS AO SUJEITO DA PESQUISA:

Considerando que o termo qualidade de vida (QV) é utilizado por vários segmentos da sociedade, pois abrange e objetiva aspectos subjetivos e denota a necessidade de os seres humanos a buscar o equilíbrio interno e externo. A expressão QV é de difícil conceituação, tendo em vista o seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Os profissionais de enfermagem hospitalar, inseridos na produção em saúde, sofrem diferentes agravos à saúde oriundos de vários fatores determinantes que pode influenciar na sua qualidade de vida.

O presente estudo tem por objetivo conhecer as características socioeconômicas e avaliar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem pertencentes ao Quadro de Funcionários da Casa de Caridade de Alfenas Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, e verificar a dependência entre características socioeconômicas e qualidade de vida.

Data: ____/____/____.

Nome do profissional de enfermagem:

Assinatura do participante

Patrícia de Cássia Ruela Palmiéri

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714. Alfenas/MG. CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063



Eu, _____,
 RG _____, DECLARO para fins de participação em pesquisa,
 na condição de sujeito da pesquisa que fui devidamente esclarecido do Projeto de Pesquisa intitulado: **“Avaliação da qualidade de vida de profissionais de enfermagem de um hospital geral do Sul de Minas Gerais”**, desenvolvido pela mestranda **Patrícia de Cássia Ruela Palmiéri**, do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG, sob orientação da **Prof^a Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck**, quanto aos seguintes aspectos:

Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa;

Desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;

Garantia de esclarecimentos antes e durante o curso de pesquisa, sobre a metodologia, com informação;

Liberdade de me recusar a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo;

Garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, assegurando-me absoluta privacidade;

DECLARO que após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Alfenas, _____ de _____ 2012.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

PATRÍCIA DE CÁSSIA RUELA PALMIÉRI

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DE TRABALHO

Características socioeconômicas

1) Gênero:

Masculino Feminino

2) Idade (anos): _____

3) Estado conjugal:

Solteiro(a) Casado(a) Viúvo(a) Divorciado(a)

Separado(a) moram juntos

4) Crença:

Católico(a) Evangélico(a) Espírita Protestante

Ateu Outra _____

5) Grau de formação:

Ensino Fundamental completo Ensino Médio incompleto

Ensino Médio completo Graduação Pós-graduação

6) Renda individual (sal. Mínimo):

< 2 salários mínimos 2 - 4 salários mínimos Mais de 4 salários mínimos

7) Renda familiar (sal. Mínimo):

< 2 salários mínimos 2 - 4 salários mínimos Mais de 4 salários mínimos

8) Número de filhos: _____

Caracterização profissional**9) Categoria de enfermagem:**

auxiliar técnico enfermeiro

10) Tempo de serviço na instituição (anos):

< 1 ano 1 - 10 anos 10 - 20 anos Mais de 20 anos

11) Tempo de profissão (anos):

< 1 ano 1 - 10 anos 10 - 20 anos Mais de 20 anos

12) Possui outra(s) atividade(s) e/ou emprego(s)?

SIM NÃO

Se SIM, responda: 1 2 3 mais de 3