

ANDERSON BORGES DE CARVALHO

**QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DO HOSPITAL DO CÂNCER DE
CAMPO GRANDE/ MS**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Campo Grande – MS

2009

ANDERSON BORGES DE CARVALHO

**QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DO HOSPITAL DO CÂNCER DE
CAMPO GRANDE/ MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Campo Grande – MS

2009

Ficha catalográfica

Carvalho, Anderson Borges de
C331q Qualidade de vida dos profissionais de saúde do Hospital do
Câncer de Campo Grande / MS / Anderson Borges de Carvalho;
orientação José Carlos Rosa Pires de Souza. 2009.

98 f. + anexos

Dissertação (Mestrado em psicologia) – Universidade Católica
Dom Bosco. Campo Grande, 2009

1. Qualidade de vida 2. Câncer - Hospital 3. Profissionais de saúde
I. Souza, José Carlos Rosa Pires de II. Título

CDD – 613

A dissertação apresentada por ANDERSON BORGES DE CARVALHO, intitulada “QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL DO CÂNCER DE CAMPO GRANDE/ MS”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza
(orientador/UCDB)

Prof. Dr. Franklin Santana Santos (USP)

Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire (UCDB)

Profa. Dra. Lucy Nunes Ratier Martins (UCDB)

Campo Grande-MS, 30 de novembro 2009.

A Deus, pela vida e a Nossa Senhora do Perpétuo Socorro pela luz durante toda minha caminhada, hoje firmada por mais uma conquista realizada com sucesso.

À minha família pela paciência e compreensão durante minhas ausências dedicadas ao projeto pessoal. Em especial aos meus pais, Pedro e Neide pelos ensinamentos e formação de caráter.

Aos pacientes do Hospital do Câncer, frutos inspiradores da minha carreira profissional e fontes de lição de vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, que conheci durante a graduação de Fonoaudiologia e nesta mesma época, despertou em mim o interesse pela temática sobre qualidade de vida. Obrigado pela disponibilidade, e-mails e telefonemas de cobrança, eficácia em suas correções, compreensão, compromisso, respeito, enfim, a sua maneira diferente, intensa e motivante que faz com que nós acadêmicos, desejamos estar no mestrado; ser um pesquisador.

Aos professores, Dr. Franklin Santana Santos, Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire e Dra. Lucy Nunes Ratier Martins, pelo aceite ao convite em compor a banca examinadora desta dissertação.

Aos profissionais de saúde do Hospital do Câncer Alfredo Abrão, pela contribuição e colaboração em participar desta pesquisa.

À diretoria geral, clínica e administrativa do Hospital do Câncer Alfredo Abrão, pela autorização e confiança a mim concedida, para a realização da coleta de dados.

À todos do Setor de Radioterapia do Hospital do Câncer Alfredo Abrão, que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização desta nova etapa profissional.

Aos professores do Programa do Mestrado em Psicologia, pelos momentos compartilhados de conhecimentos e trocas valiosas de experiência.

À secretaria Jovenilda e estagiárias, pela dedicação ao trabalho.

Aos colegas de sala da turma de 2008, pelos momentos de discussões e descontração durante as aulas; em especial aos orientandos do Prof. Dr. José Carlos, por compartilhar angústias e conquistas durante nosso percurso.

À Psicóloga Raquel Icassati Almirão e as estagiárias de Psicologia da UCDB, pela contribuição durante a coleta de dados.

Aos meus grandes amigos Carlos Eduardo Constante e Nelagley Marques, por todas as palavras de apoio, incentivo e compreensão que se fizeram necessárias no decorrer desta minha caminhada no mestrado.

À Profa. M.Sc. Maria Cecília Amendola da Motta, Secretária Municipal de Educação e à Profa. M.Sc. Angela Brito, Superintendente de Gestão de Políticas Educacionais por permitirem a minha dedicação ao mestrado nos momentos necessários.

À Profa. M.Sc. Lúcia Célia Ferreira da Silva Perius, pelo incentivo, compreensão e por compartilhar suas experiências vividas durante o seu percurso como mestrandra.

Aos meus colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Educação, em especial aos da Divisão de Educação e Diversidade, que compreenderam minha ausência e torceram pela minha conquista.

Às Fonoaudiólogas Lúcia Helena Silva Lima e Maria de Fátima Khalil Eid Silva, pelo apoio e torcida.

À Bióloga Bianca Cabral que mesmo distante em alguns momentos, torceu por esta conquista.

À Zenilde, pelos contatos e dedicação nos repasses das solicitações do Prof. José Carlos.

À todos os demais que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este projeto se realizasse.

RESUMO

Introdução. O trabalho do profissional de saúde, no decorrer de um contexto histórico, tornou-se importante em sua identidade e especificidade. Estes fatores passaram a sofrer influência do desenvolvimento tecnológico, das mudanças nas relações de trabalho e do próprio perfil do profissional. A atividade assistencial deste profissional depende de sua qualidade técnica e relacional. Esta qualidade passa a permear mais constantemente o cotidiano destes profissionais. Torna-se então comum, a relação entre questões pertinentes ao estado geral de saúde do indivíduo e os fatores que alteram sua qualidade de vida (QV).

Objetivo. Avaliar a QV dos profissionais de saúde do Hospital do Câncer de Campo Grande/MS.

Método. Utilizou-se o método epidemiológico, de abordagem quantitativa e de corte transversal. De uma amostra N=84; participaram da pesquisa N=66 profissionais de saúde, dentre médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, técnicos de radiodiagnóstico, fisioterapeutas, farmacêuticos bioquímicos, nutricionistas, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e física-médica. Para avaliar a QV dos profissionais de saúde do hospital foram aplicados dois instrumentos: um questionário sociodemográfico com as variáveis: idade, sexo, estado civil, cargo desempenhado no hospital, renda mensal própria, carga horária semanal de trabalho, necessidade de jornada dupla e motivo pelo qual levou a trabalhar em hospital de pessoas com câncer; e o questionário genérico de avaliação da saúde “*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*”(SF-36). As variáveis analisadas por meio do SF-36 correspondem aos seus oitos domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional e saúde mental. Na análise dos dados foram aplicados o teste *t-student* e o teste de *Análise de Variância (ANOVA)*, para as variáveis categóricas relacionadas aos domínios do SF-36. Para as variáveis sociodemográficas contínuas, foi aplicado o teste de correlação linear de *Pearson*. Adotou-se em todos os testes aplicados na presente pesquisa uma confiabilidade de 95%.

Resultados. Dos 66 participantes pesquisados, verificou-se que a maioria era do sexo feminino (65,2%), casados (45,5%) e 62,1% dos profissionais exercem cargo de nível técnico; 53,8% possuem outro emprego. O maior motivo que levou os participantes a trabalharem em hospital de pessoas com câncer, foi a realização profissional (56,1%), seguidos de 18,2% de motivo financeiro e 25,8% por ambos os motivos. A média de idade dos participantes foi de 35 anos e a renda de R\$ 1.769,00, para uma carga horária de trabalho de em média 49 horas semanais. Na análise dos domínios do SF-36 verificou-se diferença significativa ($p = 0,004$) para os profissionais amostrados, apresentando-se melhores na capacidade funcional (86,48%) e piores na vitalidade (69,85%). Na análise dos dados sociodemográficos categóricos em relação aos domínios do SF-36, verificou-se diferença significativa somente em duas dimensões, dor ($p = 0,034$) e aspecto emocional ($p = 0,046$) relacionadas com os motivos que levaram o profissional a trabalhar em hospital de pessoas com câncer. Em ambos os casos, os escores dos funcionários que tem como motivo “realização pessoal” obtiveram percentuais maiores que os que têm como motivo o fator “financeiro”. Não detectou-se diferenças significativas para a análise dos dados sociodemográficos contínuos em relação as dimensões do SF-36. **Conclusão.** A pesquisa mostrou bons resultados de QV, indicando que os profissionais de saúde apresentam uma boa *performance* produtiva relacionada ao domínio capacidade funcional. Porém o domínio vitalidade apareceu com escore preocupante, resultado este que pode influenciar negativamente na QV desses profissionais.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Câncer; Profissionais de Saúde; SF-36.

ABSTRACT

Introduction. The health Professional work, throughout historical context, became important in its identity and specify. These factors suffer an influence of technological development, from changes about work relationships and from the performance of professionals. An assistance activity of this professional depends on technique and relationships quality. This quality is used in their daily life constantly. So, that's common the relationship between issues about general health status of person and the factors which change his quality of life.

Objective. This study aimed to evaluate the quality of life from health professionals who works at Cancer Hospital of Campo Grande/ MS. **Method.** Epistemologic method with cross-sectional study was realized. From a sample N=84; N= 66 health professionals took part on this research, doctors, assistant, nursing technicians, nursing, diagnostic radiology technicians, physiotherapist, biochemicals, nutritionists, social worker, psychologist, occupational therapist, physical medicine. For evaluate the quality of life of these health professionals, two research instruments were applied: a socio-demographic questionnairy with the variables: age, sex, marital status, the role of health professionals in hospital monthly income, weekly work hours, double working shifts and the reason and the reason that brought them to work with people with cancer; and the quality of life questionnairy "*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*"(SF-36). The variables analized of SF-36 correspond to eight dominions: functional capacity, physical aspects, pain, general health status, vitality, social aspects, emotional aspects and mental health. At statistical analysis of data was applied the test *t-student* and the test *Analysis of Variance (ANOVA)* for the categorical variables related to the dominions of SF-36. For the continuous socio-demographic variables was applied the test of linear correlation of *Pearson*. We carried out in all applied test at present research a reliability of 95%. **Results.** From the 66 participants indicated that most of them was female (65,2%); married (45,5%) and 62,1% of them are technical level; 53,8% have another job. The great reason of participants who works with patients with cancer was the professional satisfaction (56,1%), 18,2% financial reason and 25,8% for both reasons. The mean age of participants was 35 years and the monthly income R\$ 1.769,00 for 49 weekly work hours. At analysis of dominions SF-36 indicated a significative difference (p-value=0,004) for the participants, presenting the best functional capacity (86,48%) and the worst was vitality (69,85%). At data analysis of categorical socio-demographic about the dominions of SF-36 indicated a significative difference in only two dimensions, pain (p=0,034) and emotional aspect (p=0,046), related with reasons that took this professional to work with people with cancer. In both cases, the scores of professionals that has like reason "professional satisfaction" obtained percentiles larger than that professionals who has like reason the "financial factor". No associations with significative differences for the data analysis of continuous socio-demographic about the dimensions of SF-36. **Conclusion.** The research presented good results of quality of life, indicating that the health professionals demonstrate a good *performance* related by functional capacity dominion. However, the vitality dominion demonstrated preoccupying scores, result that may influence a negativisms in the quality of life of these professionals.

Keywords: Quality of life; Cancer; Health Professional; SF-36.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	Entrada principal do Hospital do Câncer Alfredo Abrão.	45
FIGURA 2 -	Organograma do Hospital do Câncer Alfredo Abrão.	46
FIGURA 3 -	Fachada do projeto do futuro Hospital do Câncer Alfredo Abrão.	48

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Escore geral médio por domínio do SF-36 dos profissionais amostrados.....	57
GRÁFICO 2 - Domínios do SF-36 em relação ao sexo do profissional amostrado.	59
GRÁFICO 3 - Domínios do SF-36 em relação ao estado civil do profissional amostrado.	61
GRÁFICO 4 - Domínios do SF-36 em relação ao cargo exercido pelo profissional amostrado.	62
GRÁFICO 5 - Domínios do SF-36 em relação se o funcionário amostrado possui outro emprego.	64
GRÁFICO 6 - Domínios do SF-36 em relação aos motivos que levaram o funcionário a trabalhar em hospital de pessoas com câncer.	66

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Taxonomia das definições de QV.....	30
QUADRO 2 - Evolução do conceito de QVT	33
QUADRO 3 - Categorias conceituais de QVT	34
QUADRO 4 - Indicadores da QVT.....	36
QUADRO 5 - Domínios (dimensões) do SF-36 e suas respectivas abrangências.....	51

LISTA DE SIGLAS

CNS	– Conselho Nacional de Saúde
CONEP	– Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CTI	– Centro de Terapia Intensiva
EPM	– Escola Paulista de Medicina
HRQL	– Health Related Quality of Life
IDH	– Índice de Desenvolvimento Humano
IQOLA	– International Quality of Life Assessment Project
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PNUD	– Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
QV	– Qualidade de Vida
QVRS	– Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
QVT	– Qualidade de Vida no Trabalho
SF-36	– The Medical Outcomes Study 36-Item Short Health Survey
SUS	– Sistema Único de Saúde
UCDB	– Universidade Católica Dom Bosco
WHOQOL	– World Health Organization Quality of Life

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Perfil dos profissionais amostrados	56
TABELA 2 - Estatística descritiva das variáveis contínuas dos profissionais amostrados	56
TABELA 3 - Escore geral médio por domínio do SF-36 dos profissionais amostrados	57
TABELA 4 - Domínios do SF-36 em relação ao sexo do profissional amostrado	58
TABELA 5 - Domínios do SF-36 em relação ao estado civil do profissional amostrado	60
TABELA 6 - Domínios do SF-36 em relação ao cargo exercido pelo profissional amostrado	62
TABELA 7 - Domínios do SF-36 em relação se o profissional amostrado possui outro emprego.....	63
TABELA 8 - Domínios do SF-36 em relação aos motivos que levaram o profissional a trabalhar em hospital de pessoas com câncer	65
TABELA 9 - Correlação entre a idade dos profissionais amostrados e as dimensões do SF-36.....	67
TABELA 10 - Correlação entre a renda dos profissionais amostrados e as dimensões do SF-36.....	67
TABELA 11 - Correlação entre a carga horária total dos profissionais amostrados e as dimensões do SF-36.....	68

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	PROFISSIONAL DE SAÚDE	19
2.1	HISTÓRICO E EVOLUÇÃO	20
2.2	PROFISSIONAL DE SAÚDE EM ÂMBITO HOSPITALAR	22
3	QUALIDADE DE VIDA	25
3.1	HISTÓRICO	26
3.2	CONCEITOS	27
3.3	QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	31
3.4	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	36
3.5	INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA	39
4	OBJETIVOS.....	41
4.1	OBJETIVO GERAL	42
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
5	MÉTODO	43
5.1	LOCAL DA PESQUISA.....	44
5.2	PARTICIPANTES	48
5.2.1	Seleção dos participantes e descrição da amostra	48
5.2.2	Critérios de inclusão.....	49
5.2.3	Critérios de exclusão.....	49
5.3	RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS.....	49
5.4	INSTRUMENTOS	50
5.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	52
5.6	PROCEDIMENTOS	52
5.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA	53
6	RESULTADOS	54
6.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PROFISSIONAIS	55

6.2	ANÁLISE DOS DOMÍNIOS DO SF-36	56
6.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS CATEGÓRICOS	58
6.4	ANÁLISE DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS CONTÍNUOS	66
7	DISCUSSÃO.....	69
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICES	84
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	85
	APÊNDICE B – OFÍCIO À DIRETORIA DO HOSPITAL DO CÂNCER.....	86
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	87
	ANEXOS	90
	ANEXO A – SF-36.....	91
	ANEXO B – HOMOLOGAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UCDB.....	97

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o termo Qualidade de Vida (QV) passou a permear nosso cotidiano de forma mais constante. É comum ouvirmos que questões pertinentes ao estado geral de saúde de um indivíduo estejam diretamente ligadas a fatores que alteram sua QV. O conceito de QV encontra-se cada vez mais abrangente, abarcando fatores dos mais variados, todos relacionados à vida dos indivíduos.

O profissional de saúde lida com pessoas que na sua grande maioria das vezes buscam meios de melhora da sua QV. No que tange às questões relativas ao câncer, verifica-se ainda um estigma por parte do próprio paciente e da sociedade, relacionado com a doença; seguido também de um desgaste do profissional de saúde. Campos (2005, p. 34), destaca que “lidar com o sofrimento implica, muitas vezes, reviver momentos pessoais de sofrimento. Implica se identificar com a pessoa que sofre e sofrer junto com ela”. Cabe ainda ressaltar os motivos que levaram tais profissionais a trabalharem em um hospital que atende pacientes com câncer; a busca por este ambiente de trabalho está aliada a uma realização profissional, um retorno financeiro, ou ambos?

Considerando que o profissional de saúde acumula em sua grande maioria, uma carga horária elevada de trabalho semanal, acarretando a falta de atenção a si próprio e de tempo para assuntos relacionados à sua atuação como indivíduo inserido em meio social, busca-se nesta pesquisa, avaliar a QV destes indivíduos e sua ligação direta com um ambiente de trabalho que lida com uma patologia específica, tais aspectos representam o desafio desta pesquisa.

Cabe ainda destacar a vivência diária do pesquisador enquanto Fonoaudiólogo do Hospital do Câncer e sua prática diária em atendimentos de fonoterapia e orientações pré e pós-operatória aos pacientes em leito hospitalar, tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, como responsáveis em despertar o interesse por tal pesquisa. Devido a prática profissional e a atuação com as alterações do sistema estomatognático (articulação, mastigação, deglutição e respiração), e as dificuldades encontradas pelo paciente e/ou familiares a respeito da doença, seu tratamento, condutas e muitas vezes o óbito, que tais fatores também foram preponderantes em levantar hipóteses relacionadas a QV dos profissionais de saúde.

O convívio com os setores e a relação com os diversos profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional da instituição foram essenciais na escolha do tema e direcionamento da pesquisa. Faz-se necessário salientar que a rotina diária no ambiente de

trabalho, possibilita enxergarmos situações de relacionamento interpessoal ou para com o paciente, que resultam em consequências, que direta ou indiretamente, afetam a QV dos profissionais de saúde. Questiona-se também a influência do cargo exercido de nível técnico ou superior, e se suas respectivas responsabilidades estão ligadas a sua QV.

O interesse por tal pesquisa ainda pode ser justificado devido ao fato da inexistência de estudos que abordem a QV dos profissionais de saúde de um hospital que trata de pacientes com câncer. Vale ressaltar que a participação do pesquisador, enquanto aluno especial da disciplina de Qualidade de Vida, Saúde e Trabalho, no segundo semestre de 2007, também contribuiu para o interesse da pesquisa. Aliado ao interesse e desejo em desenvolver o projeto, é que em 2008, o pesquisador ingressa como aluno regular no Mestrado em Psicologia, proporcionando assim, a realização da pesquisa em questão.

Nessa perspectiva, efetuou-se uma pesquisa sobre os profissionais de saúde do Hospital do Câncer de Campo Grande/ MS, que compõem uma equipe multiprofissional dentre médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, técnicos de radiodiagnóstico, fisioterapeutas, farmacêuticos bioquímicos, nutricionistas, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, física-médica; com o objetivo de avaliar a QV destes participantes. O resultado desta pesquisa está demonstrado no presente trabalho, distribuído em oito capítulos.

O primeiro capítulo contempla a apresentação da referida pesquisa, com o tema principal de QV em profissionais de saúde, bem como aborda o contexto que levou o pesquisador a se interessar pelo assunto. O histórico e a evolução do profissional de saúde, assim como, sua relação com o ambiente hospitalar, são apresentados no segundo capítulo. O terceiro capítulo apresenta ao leitor, uma abordagem histórica sobre QV, seus conceitos, sua relação com o trabalho e com a saúde. Destaca também a importância de se ter instrumentos de medida de QV.

Os objetivos da pesquisa são tratados no quarto capítulo. E no quinto capítulo apresenta-se o método utilizado para a realização do estudo, por meio do local da pesquisa, participantes, recursos humanos e materiais, instrumentos, aspectos éticos, procedimentos e análise estatística. Os resultados da pesquisa são evidenciados no sexto capítulo, seguido da discussão que se apresenta no sétimo capítulo, e finalizando com as conclusões e considerações finais no oitavo capítulo.

2 PROFISSIONAL DE SAÚDE

2.1 HISTÓRICO E EVOLUÇÃO

Ao se discorrer em profissional da saúde, cabe ressaltar algumas considerações sobre o trabalho em saúde, que surge a partir do momento em que o homem procura dar respostas às suas necessidades de saúde. Quando se pergunta sobre seus carecimentos e as possíveis formas de resolvê-los, traz juntamente com a resposta, fatores que enriquecem esse tipo de trabalho com mediações que articula para satisfazer tais carecimentos. As necessidades variam dentro de uma mesma sociedade e em momentos históricos, mas configuram o que os homens vão definindo como o que é normal e patológico no contexto de uma vida social e individual (LIMA, 2007).

Lima (2007), destaca que a capacidade dos homens responderem seus carecimentos, vem acompanhada de um desenvolvimento social cuja satisfação relaciona o trabalho e seu aperfeiçoamento, bem como o desenvolvimento dos próprios indivíduos que trabalham. Para Noriega (1993 apud Silva, 2001), o processo do trabalho em saúde apresenta características comuns com demais processos de trabalho, pois apresenta uma direcionalidade técnica, instrumentos e força; presta-se o serviço a alguém; constitui uma dinâmica que transforma o social, determinada pela relação entre os indivíduos por meio do seu trabalho.

Silva (2001), acrescenta que o trabalho em saúde caracteriza-se pela ação da pessoa sobre a natureza, transformando-a e a si mesmo. É a ação do homem sobre o homem a fim de transformá-lo, buscando a saúde, resultado final do trabalho.

Historicamente, Mendes Gonçalves (1992), caracteriza o trabalho do xamã, feiticeiro ou pajé como uma das maneiras mais antigas de trabalho social organizado, de forma a compreender como necessidades de saúde. As necessidades e suas intervenções são pensadas por meio de um contexto sócio-histórico determinado, como o significado entendido a partir do conjunto da sociedade comunitária primitiva em que o xamã vive e trabalha. Para esta sociedade, a doença está associada ao mal, a certas entidades, que se apossam ou agregam ao indivíduo, fazendo-o sofrer. Diferente do pensamento religioso, o xamã por meio de rituais, expulsa e exorciza do corpo do homem o que está lhe causando tal sofrimento.

Mendes Gonçalves (1992), também refere a respeito do trabalho em saúde, que na história das sociedades ocidentais até aproximadamente o final do século XVIII, os objetos de trabalho sempre apresentaram uma característica de entidades. O autor destaca a exceção da

Grécia Clássica, que desenvolvia a medicina hipocrática, predominando durante todo o período da Idade Média até o século XVIII, traduzindo a concepção de doença desenvolvida pelo cristianismo.

Para Lima (2007), o trabalho em saúde organiza-se somente na segunda metade do século XVIII devido à extensão do campo de normatividade da medicina; este fato ocorre antes que a clínica passe a ser soberana entre as práticas de saúde. Neste período, não houve a generalização do cuidado médico e sim, a interferência da medicina na organização populacional e de suas condições de vida, em razão do desenvolvimento do conceito de política médica. Este conceito emergiu no âmbito de algumas sociedades européias, como Alemanha, França e Inglaterra. Configuram-se um novo modo de se articular as práticas de saúde, caracterizada pela nova estrutura da produção capitalista com suas estratégias políticas e econômicas.

De acordo com Pires e Lunardi Filho (2008), a partir do momento em que a nova sociedade capitalista foi destruindo e substituindo as antigas formas de cooperação mútua social, comunitária e familiar, cresceram as necessidades que, até então, eram atendidas de forma social tradicional pela própria família ou grupo comunitário. Observa-se também que dentre os serviços que atendem as diversas necessidades que eram de competência dos familiares, amigos e vizinhos, o trabalho em saúde adquire um status de serviço a ser consumido, comprado. O cuidado familiar é transformado tecnologicamente.

Este trabalho em saúde passa a ser essencial para a vida humana, sendo parte do setor de serviços. Caracteriza-se por ser um trabalho não-material, que se completa no ato da sua realização. Envolve a avaliação de um indivíduo ou grupo, seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica (PIRES, 1988).

Pires e Lunardi Filho (2008), destacam que o processo de trabalho dos profissionais da saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto, indivíduos ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, que necessitam de medidas curativas, da preservação da saúde ou de prevenção de doenças; como instrumental de trabalho, os variados equipamentos e instrumentos, bem como, condutas que representam o nível técnico do conhecimento, que é o saber em saúde; e o produto final caracteriza-se como a própria prestação da assistência em saúde, consumida no mesmo momento de sua produção.

Conquanto, o trabalho em saúde torna-se complexo na medida em que seu principal objeto de trabalho (o ser humano) não é exclusivamente material; ele possui atributos que lhe conferem maleabilidade, incerteza, personalidade, enfim, tem existência e história. Indo mais além, no caso da assistência em saúde, o “usuário” apresenta-se ao mesmo tempo como um objeto do trabalho que sofre a ação dos trabalhadores em saúde, torna-se ele mesmo o produto das ações realizadas e um consumidor que usufrui dos diversos processos do trabalho em saúde (PIRES; LUNARDI FILHO, 2008).

2.2 PROFISSIONAL DE SAÚDE EM ÂMBITO HOSPITALAR

O trabalho em saúde se organiza a partir da dimensão coletiva do fenômeno saúde e doença; do trabalho de saúde pública. A organização deste trabalho contribuirá para o desenvolvimento e sistematização da epidemiologia, como uma área do saber e da intervenção do setor saúde no âmbito social. A preocupação central é o controle de ocorrência de doenças. Porém, há fatores como o desenvolvimento da fisiologia e da patologia como instrumentos capazes de realizarem diagnóstico; da bacteriologia; do arsenal terapêutico farmacológico e das técnicas de cirurgia e a profissionalização da enfermagem, que influenciarão na transformação do hospital como instrumento terapêutico, ou seja, com a finalidade de curar homens (LIMA, 2007).

Este hospital com função terapêutica começa a ser idealizado no final do século XVIII, devido a I Revolução Industrial, na Inglaterra; porém só se concretiza no início do século XX. Durante o período de 1775 a 1780, tanto na Inglaterra como na França, alguns médicos são designados a desenvolver visita e observação sistemática e comparada dos hospitais. Tais inquéritos hospitalares resultaram num programa de reestruturação do trabalho hospitalar (FOUCAULT, 1981).

Foucault (1981), ainda refere que o hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era uma instituição médica com finalidade terapêutica; era essencialmente de assistência aos pobres, de separação e de exclusão não só de doentes, mas de loucos, devassos, prostitutas etc.; a função médica não aparecia. Este hospital era considerado um morredouro, lugar para morrer, e não um lugar para se realizar a cura. Até o século XVIII, o personagem ideal do hospital, não é o doente que necessita de cura, mas o pobre que está morrendo; ele pode ser perigoso para a sociedade em decorrência de um possível contágio.

Lima (2007), acrescenta que neste período, o pessoal hospitalar (religioso ou leigo) desenvolvia obra de caridade, pois desta forma asseguravam a salvação da alma do pobre no momento da morte e, ao mesmo tempo, a própria salvação ao cuidar do pobre. Neste contexto, o hospital apresentava uma função de assistência espiritual ao invés de material, oferecendo aos doentes os últimos cuidados e sacramentos na passagem da vida para a morte, aliada à função de separar os indivíduos perigosos para a saúde geral da população.

Devido o impacto da crescente urbanização dos países europeus e da consolidação do sistema fabril, durante a primeira metade do século XIX, e sob a influência dos movimentos revolucionários, na França e Alemanha, o vínculo entre saúde, medicina e sociedade passa a ser apresentado como um direito social. Entendido como direito coletivo e não mais, como assistência médica individual. E ainda, caracteriza-se como um direito à vida em que mais tarde, vai se expressar com o desenvolvimento e consolidação da prática hospitalar. Sem abandonar essa tecnologia política, é que no final do século XIX, a reestruturação do trabalho hospitalar se baseia nas ciências da vida e suas tecnologias. Neste momento, o hospital assume um papel de máquina de cura, demonstrado pelo exemplo americano, cujo os cuidados funcionais eram organizados por meio do trabalho da enfermagem. Os hospitalais passam para uma administração científica e racional aplicadas aos cuidados (LIMA, 2007).

No Brasil, a ideia de criação do hospital, inicia-se com a chegada dos primeiros colonizadores; surgem as Santas Casas, que embora criou-se uma polêmica em torno de datas de fundações destas instituições, aceita-se que a primeira surgiu em 1543, fundada por Brás Cubas, em Santos, seguida pelas do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus, todas datadas do século XVI (PIRES, 1989). Pereira e Aguiar Filho (2008), destacam que estas Santas Casas representaram as primeiras instituições não governamentais a prestarem assistência de saúde no Brasil, porém o caráter ainda se caracterizava mais voltado à caridade e ao espiritual do que aos males do corpo.

Para Scliar et al. (2002), a função das Santas Casas de Misericórdia era albergar os doentes, cuidar deles e, quando a situação se agravava, proporcionava-lhes uma morte com assistência religiosa. Pouco se podia fazer, em relação a tratamento curativo por um enfermo. Até 1782 existiu um Físico-Mor do Reino que, fiscalizava a atividade dos médicos e a venda de medicamentos. Data também de 1782 a criação, pela rainha D. Maria I, de Portugal, da Junta do Proto-Medicato, composta de sete membros, todos médicos.

Como este era o sistema oficial de assistência à saúde, boa parte da população, continuava recorrendo aos curandeiros. Além disso, numerosas boticas vendiam remédios e aplicavam sanguessugas, que extraíam do paciente o “excesso” de sangue ou o sangue supostamente “envenenado”. Quanto aos partos, durante muito tempo ficaram sob a responsabilidade das parteiras ou “curiosas” (SCLiar et al., 2002).

No decorrer da história da saúde pública no Brasil, os hospitais constituem-se em instituições pequenas, direcionando seus atendimentos a casos terminais ou às enfermidades mentais. Originavam-se na maioria das vezes, do Estado ou de organizações religiosas, corporações profissionais e sindicatos, com atividades de cunho benéfico e filantrópico. Ao final da década de 1950, o hospital passa a caracterizar-se como detentor da infraestrutura necessária à prestação dos serviços de saúde (Pereira; Aguiar Filho, 2008).

Para Pires e Lunardi Filho (2008), no âmbito hospitalar, o ato de cuidar/assistir, possibilita a identificação de duas características básicas: as de um trabalho do tipo profissional e as de um trabalho coletivo. Martins (2001), também destaca que o trabalho do profissional de saúde que desenvolve atividade assistencial (médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social e outros), depende de sua qualidade técnica e da qualidade interacional. Campos (2005), ressalta que desde a década de 70, os profissionais de saúde são estimulados a trabalharem individualmente ou em equipes, caracterizando os grupos de suporte. Tais grupos vêm se difundindo em hospitais, conduzidos por equipes de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros.

No transcorrer de todo o desenvolvimento do trabalho em saúde, consideram-se importante suas identidades e especificidades, influenciadas pelo desenvolvimento tecnológico, mudanças nas relações de trabalho e no perfil do empregado. Estas especificidades do trabalho em saúde no Brasil, levam-se em consideração, a política de saúde que entra em vigor após a Constituição de 1988, e as normas reguladoras do exercício das diversas profissões (Pires; Lunardi Filho, 2008).

3 QUALIDADE DE VIDA

3.1 HISTÓRICO

Determinar historicamente o período em que o termo Qualidade de Vida (QV) foi utilizado pela primeira vez ainda gera questionamentos. De acordo com Wood-Dauphine (1999), a primeira referência ao termo QV, foi realizada por Pigou no livro sobre economia e bem-estar, *The Economics of Welfare* (1920), que abordava o impacto das ações governamentais na vida dos indivíduos de classes menos favorecidas. Porém, em 1964, o então presidente dos Estados Unidos da América do Norte, Lyndon Johnson ao declarar que “[...] os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles podem ser medidos através da QV que proporcionam às pessoas”, apresenta o termo QV em destaque na mídia (FLECK et al., 1999).

De acordo com Fleck (2008), a partir da década de 1970, o conceito de QV surge como medida de saúde num contexto no qual os avanços da medicina moderna permitem o controle de sintomas ou o retardo de determinadas doenças. Prolonga-se a vida de forma amena ou devido às doenças assintomáticas. Houve então a necessidade da mensuração da QV de forma a verificar como as pessoas vivem mais.

Brito (2008), destaca em sua pesquisa que, a associação de padrões de vida, aspectos materiais e aquisição de bens, caracterizavam o termo QV como sinônimo de progressão e sucesso. A pesquisadora também relata que as primeiras fases de evolução do termo QV, mediam-se o nível de satisfação do indivíduo com a QV e como esse alcança o consumo de bens de mercado, bens de saúde, lazer e outras características físicas e sociais do meio ambiente em que está inserido. Caracterizava-se então, uma visão micro-econômica de QV.

O uso de indicadores econômicos, como por exemplo, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que possibilita a fusão de dados econômicos como os enfoques sociais e culturais; passou a ser utilizado como indicador da QV, caracterizando assim sua ampliação (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Em 1990, como o lançamento do primeiro livro da obra *Quality of Life and Pharmacoconomics in Clinical Trial*, de Bert Spilker e colaboradores, de diferentes áreas da saúde, a QV foi apresentada como um novo conceito científico (SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1994 na tentativa de definir e uniformizar os instrumentos de QV, por meio do grupo de QV, elaborou um questionário padronizado, WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life), que aos poucos tem se conseguido uniformizar o estudo da QV, apesar de nos últimos surgirem dúvidas a respeito do conceito (FLECK et al., 1999).

Segundo Beraquet (2005), é comum verificarmos no cotidiano a QV sendo associada a um “bem-estar”, a um “estilo de vida”. O termo científico QV torna-se banalizado numa linguagem cotidiana e rotineira em diferentes segmentos sociais, em clínicas de estética, academias de ginástica, escolas, empresas, marketing de vendas, hospitais e tantos outros setores. Frente a esta situação, o estudo da QV necessita cada vez mais de um enquadramento científico.

3.2 CONCEITOS

[...] talvez nenhum conceito seja mais antigo, antes mesmo de ser definido, do que “qualidade de vida”. Talvez nenhum seja mais moderno do que a busca da qualidade de vida (Buarque, 1993, p. 157).

Nas últimas décadas, tem-se falado muito em QV. Porém, nem sempre as definições apresentadas são precisas, claras e objetivas. Conceituar QV torna-se tarefa árdua, pois na grande maioria, as pessoas acreditam que saibam o que o termo quer dizer, ou sentem o que ele exprime. Tal situação deve-se ao fato de um conceito que remonta à Antiguidade e de ter sofrido, ao longo da história, inúmeras alterações em seu sentido (MOREIRA, 2000).

Para Souza (2004), devido às consequências de uma doença e seu tratamento, e a percepção do paciente em viver proveitosa e satisfatoriamente a vida, observa-se que definir QV representa uma tentativa de quantificá-la. A QV assume uma definição funcional, mensurável e evolutiva no decorrer dos tempos.

O mesmo autor ainda destaca que a QV deve ter uma validação transcultural, uma avaliação aprofundada; pois a QV, diferentemente de uma doença que tem um tempo de início definido, apresenta-se como uma variável contínua de toda uma vida (SOUZA, 2004).

Ainda conforme uma perspectiva quantitativa na definição de QV, Campaña (1997, p. 125) destaca:

Os estudiosos da ‘qualidade de vida’ no mundo capitalista, apesar da quantidade de investigações realizadas, nunca estão completamente de acordo sobre o quê de fato esta qualidade de vida significa e como deve ser medida. Para a maioria, contudo, o termo ‘qualidade’ supõe a superação de uma limitada avaliação quantitativa do desenvolvimento.

Moreira (2000, p. 30) adverte que:

[...] a percepção subjetiva sobre o que seja qualidade de vida está incontestavelmente atrelada à condição social dos indivíduos. Em termos práticos, o que se quer destacar com esta afirmação é que uma pessoa que trabalha no corte da cana, por exemplo, estará identificando fatores de “qualidade de vida” diferentes do que um alto executivo de uma multinacional. Isto porque as condições concretas impõem percepções, aspirações, projetos e sonhos de formas distintas para cada um dos indivíduos, das mais diversas classes sociais, inclusive no interior de uma mesma classe. [...] as noções, pré-noções e julgamentos, em relação ao significado da expressão “qualidade de vida”, não estão isentos de uma caracterização social, mas, pelo contrário, o meio social também forja os padrões de entendimento do que seja considerado como um bom estilo de vida, ou uma vida com qualidade. [...] estão também intimamente relacionados à época histórica e ao grau de desenvolvimento da sociedade como um todo.

A incorporação da dimensão social e política ao conceito de QV aprofundam-se no Mundo Moderno. Esta incorporação à QV é relatada por Buarque (1993), ao ressaltar que do final do século XVIII e a partir do XIX, com a Revolução Industrial, a QV assumiu uma equivalência a viver no setor urbano, que disponibiliza máquinas para fazerem o trabalho pesado e controlar da melhor maneira a natureza.

Segundo Souza e Guimarães (1999), o termo QV é usado em vários setores da sociedade e campos de estudo, apresentando conceitos diversos. Pode-se entender por QV, um conjunto harmonioso e equilibrado de realizações em todos os níveis, sejam eles, saúde, trabalho, lazer, sexo, família e até mesmo o desenvolvimento da espiritualidade do indivíduo.

A variedade de conceitos de QV apresenta pontos em comuns, tais como a avaliação qualitativa das condições de vida dos seres humanos e a satisfação das necessidades e expectativas do cidadão. Tais conceitos geralmente estão relacionados ao bem estar do indivíduo e a QV

associada a questões pertinentes a expectativa de vida, paz de espírito, segurança, trabalho, educação, moradia (JOVTEI, 2001).

Para Dantas, Sawada e Malerbo (2003), QV é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Estes significados traduzem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos.

Spilker (1996), apresenta o conceito de QV visualizado em três níveis numa pirâmide no qual, o topo seria a avaliação total do bem-estar seguida do domínio global (isto é, físico, psicológico, econômico, espiritual, social), e tendo como base os componentes de cada domínio.

Ruffino Netto (1992, p. 64) considera:

[...] qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar; trabalhar produzindo bens ou serviços; fazendo ciência ou artes; vivendo para ser meios utilitários ou utilitários fins [...], ou simplesmente existindo.

A QV relaciona-se com o bem-estar por meio de dimensões como saúde, nível de educação, situação econômica, relações sociais e familiares, moradia, atividades recreativas, autoestima, crenças religiosas, autonomia, domínio ambiental, metas na vida e grau de desenvolvimento pessoal (RIOS, 1994). Pagani e Pagani Jr (2006), destacam que o termo QV veio a fazer parte do Index Medicus há menos de 30 anos, e tem um conceito complexo, abstrato e multidimensional. Para Camacho (1995), o significado de QV é a satisfação de todas as necessidades individuais do ser social. Marques (1996), enfatiza a dimensão espiritual na QV, considerando que é a partir dela que a pessoa realiza sua valoração sobre os vários aspectos da sua vida.

Para Lipp (1994, p. 13) a QV significa:

[...] muito mais do que apenas viver [...] Por qualidade de vida entendemos o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde [...] O viver bem refere-se a ter uma vida bem equilibrada em todas as áreas.

De acordo com Jacques (1996), o termo QV é tão vasto quanto à dimensão do ser humano. A busca pela QV significa entender e atender a pessoa em suas necessidades integrais, incluindo as áreas biológicas, social e espiritual.

A mudança social que vemos como meta implícita da QV é um fenômeno sociocultural que implica em alterações estruturais da sociedade, causando rupturas e também evolução, processo ou desenvolvimento. Possui como não poderia deixar de ser, uma identidade de transformação que se fará no coletivo, ocupando um tempo e espaço próprios, devendo ser avaliada diante de quaisquer modificações percebida, pois estas afetarão a sociedade como um todo, repercutindo em sua globalidade (FERRARI, 1983).

Verifica-se uma variedade e inúmeras definições para QV. Neste sentido, Paschoal (2000), destaca que além de tornar difícil a operacionalização do construto, dificulta comparações entre os trabalhos. Ainda baseado neste cenário que Farquhar (1995), no início da década de 1990, realizou uma revisão bibliográfica que teve como produto uma taxonomia das definições de QV, como demonstra o Quadro 1.

QUADRO 1 - Taxonomia das definições de QV

Taxonomia	Características e implicações das definições
I – Definição global	<i>Primeiras definições que aparecem na literatura. Predominam até meados da década de 1980. Muito gerais, não abordam possíveis dimensões do construto. Não há operacionalização do conceito. Tendem a centrar-se apenas em avaliação de satisfação/insatisfação com a vida.</i>
II – Definição com base em componentes	<i>Definições baseadas em componentes surgem nos anos 1980. Inicia-se o fracionamento do conceito global em vários componentes ou dimensões. Iniciam-se a priorização de estudos empíricos e a operacionalização do conceito.</i>
III – Definição focalizada	<i>Definições valorizam componentes específicos, em geral voltados para habilidades funcionais ou de saúde. Aparecem em trabalhos que usam a expressão qualidade de vida relacionada à saúde. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos diversos de avaliação da qualidade de vida para pessoas acometidas por diferentes agravos.</i>
IV – Definição combinada	<i>Definições incorporam aspectos dos Tipos II e III: favorecem aspectos do conceito em termos globais e abrangem diversas dimensões que compõem o construto. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos de avaliação global e fatorial.</i>

Fonte: Farquhar (1995).

Para Fleck (2008), a definição proposta pela OMS é a que melhor traduz a abrangência do construto QV. O Grupo WHOQOL definiu QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”. Considera-se o conceito amplo, incorporando de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente.

3.3 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

A preocupação com o bem-estar e satisfação do trabalhador vem desde a Antiguidade. Rodrigues (1999 apud VASCONCELOS, 2001, p. 23) destaca que:

Historicamente, os ensinamentos de Euclides (300 a.C.) de Alexandria sobre os princípios da geometria serviram de inspiração para a melhoria do método de trabalho dos agricultores à margem do Nilo, assim como a Lei das Alavancas, de Arquimedes, formulada em 287 a.C., veio a diminuir o esforço físico de muitos trabalhadores.

O termo Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), foi mostrado inicialmente pela busca da satisfação do trabalhador e pela tentativa de diminuição do esforço físico gerado pelo trabalho. Porém, somente a partir dos séculos XVIII e XIX que iniciaram-se os estudos de QVT, pois as condições de trabalho passaram a ser estudadas de forma científica (SAMPAIO, 1999).

Segundo Rodrigues (2002), o homem preocupa-se com a QVT desde o início de sua existência, com outros títulos e contextos, mas sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador na execução de sua tarefa.

Somente na década de 50 de nosso século, que a QVT apareceu na literatura especializada. Foi na Inglaterra, quando Eric Trist e seus colaboradores estudavam um modelo macro para tratar o trinômio Indivíduo-Trabalho-Organização. A partir de então, surge uma abordagem sociotécnica da organização do trabalho, que tem como base a satisfação do trabalhador no trabalho e com o trabalho (SAMPAIO, 1999).

Segundo Huse e Cummings (1985 apud FERNANDES, 1996), foi na década de 60 nos Estados Unidos que ocorreu uma maior preocupação com a QVT, impulsionada pela criação da “*National Comission on Productivity*”, cuja função foi analisar as causas da baixa produtividade nas indústrias americanas, seguindo-se a criação pelo congresso do “*National Center for Productivity and Quality of Working Life*”, com a função de realizar estudos e servir de laboratório sobre a produtividade e a QV do trabalhador.

A QVT passou a ser considerada como um movimento, no qual termos como gerenciamento participativo e democracia industrial passaram a ser adotados com frequência; em meados da década de 70. Nos anos 80, a QVT adquire significância como um conceito globalizado; uma forma de enfrentar os problemas de qualidade e produtividade (ZAVATTARO, 1999).

Para Queiroz (2005), QVT consiste em fatores que melhorem as condições de trabalho atuais, para todas as funções de qualquer natureza e nível hierárquico, juntamente com políticas específicas, humanizar o emprego, obtendo resultados satisfatórios, tanto para os empregados como para a organização. Enquanto Fernandes (1996), afirma que sua aplicação conduz, sem dúvida, a melhores desempenhos, evitando-se maiores desperdícios e reduzindo os custos operacionais.

Nadler e Lawler (1983 apud FERNANDES, 1996), apresentam um panorama abrangente da evolução do conceito de QVT, sintetizado no Quadro 2.

QUADRO 2 - Evolução do conceito de QVT

Concepções evolutivas	Características ou visão
QVT como uma variável (1959 a 1972)	<i>Reação do indivíduo ao trabalho. Era investigado como melhorar a qualidade de vida no trabalho para o indivíduo.</i>
QVT como uma abordagem (1969 a 1974)	<i>O foco era o indivíduo antes do resultado organizacional mas, ao mesmo tempo, tendia a trazer melhorias tanto para o empregado como à direção.</i>
QVT como um método (1972 a 1975)	<i>Um conjunto de abordagens, métodos ou técnicas para melhorar o ambiente de trabalho e tornar o trabalho mais produtivo e mais satisfatório. QVT era visto como sinônimo de grupos autônomos de trabalho, enriquecimento de cargo ou desenho de novas plantas com integração social e técnica.</i>
QVT como um movimento (1975 a 1980)	<i>Declaração ideológica sobre a natureza do trabalho e as relações dos trabalhadores com a organização. Os termos – administração participativa e democracia industrial – eram frequentemente ditos como ideais do movimento de QVT.</i>
QVT como tudo (1979 a 1982)	<i>Como panacéia contra a competição estrangeira, problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, problemas de queixas e outros problemas organizacionais.</i>
QVT como nada (futuro)	<i>No caso de alguns projetos de QVT fracassarem no futuro, não passará de apenas um “modismo” passageiro.</i>

Fonte: Nadler e Lawler (1983 apud FERNANDES, 1996).

Para Limongi-França (1997, p. 80):

Qualidade de vida no trabalho é o conjunto das ações de uma empresa que envolvem a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se olha a empresa e as pessoas como um todo, o que chamamos de enfoque biopsicossocial. O posicionamento biopsicossocial representa o fator diferencial para a realização de diagnóstico, campanhas, criação de serviços e implantação de projetos voltados para a preservação e desenvolvimento das pessoas, durante o trabalho na empresa.

Walton (1973 apud FERNANDES, 1996), em seu artigo, considerado clássico, apresenta oito categorias conceituais, demonstrando critérios e indicadores para o desenvolvimento de QVT dentro das empresas (QUADRO 3).

QUADRO 3 - Categorias conceituais de QVT

Critérios	Indicadores de QVT
1 – Compensação justa e adequada	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Equidade interna e externa;</i> – <i>Justiça na compensação;</i> – <i>Partilha de ganhos de produtividade.</i>
2 – Condições de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Jornada de trabalho razoável;</i> – <i>Ambiente físico seguro e saudável;</i> – <i>Ausência de insalubridade.</i>
3 – Uso e desenvolvimento de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Autonomia;</i> – <i>Autocontrole relativo;</i> – <i>Qualidades múltiplas;</i> – <i>Informações sobre o processo total do trabalho.</i>
4 – Oportunidades de crescimento e segurança	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Possibilidade de carreira;</i> – <i>Crescimento pessoal;</i> – <i>Perspectiva de avanço salarial;</i> – <i>Segurança de emprego.</i>
5 – Integração social na organização	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Ausência de preconceitos;</i> – <i>Igualdade;</i> – <i>Mobilidade;</i> – <i>Relacionamento;</i> – <i>Senso comunitário.</i>
6 – Constitucionalismo	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Direitos de proteção ao trabalhador;</i> – <i>Privacidade pessoal;</i> – <i>Liberdade de expressão;</i> – <i>Tratamento imparcial;</i> – <i>Direitos trabalhistas.</i>
7 – O trabalho e o espaço total de vida	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Papel balanceado no trabalho;</i> – <i>Estabilidade de horários;</i> – <i>Poucas mudanças geográficas;</i> – <i>Tempo para lazer da família.</i>
8 – <i>Relevância social do trabalho na vida</i>	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Imagen da empresa;</i> – <i>Responsabilidade social da empresa;</i> – <i>Responsabilidade pelos produtos;</i> – <i>Práticas de emprego.</i>

Fonte: Walton (1973 apud FERNANDES, 1996, p. 48).

Sucesso (1998, apud VASCONCELOS, 2001) destaca que a QVT abrange:

1. Renda capaz de satisfazer às expectativas pessoais e sociais;
2. Orgulho pelo trabalho realizado;
3. Vida emocional satisfatória;
4. Autoestima;
5. Imagem da empresa/ instituição junto à opinião pública;
6. Equilíbrio entre trabalhador e lazer;
7. Horários e condições sensatas de trabalho;
8. Oportunidades e perspectivas de carreira;
9. Possibilidade de uso do potencial;
10. Respeito aos direitos, e
11. Justiça nas recompensas.

Fernandes (1996), apresenta um modelo de QVT elaborado por Westley (1979), e adaptado por Ruschel (1993), composto de quatro indicadores: econômico, político, psicológico e sociológico (QUADRO 4).

QUADRO 4 - Indicadores da QVT

Econômico	Político	Psicológico	Sociológico
Equidade salarial	Segurança no emprego	Realização potencial	<i>Participação nas decisões</i>
Remuneração adequada	Sindicato	Nível de desafio	<i>Autonomia</i>
Benefícios	Retroinformação	Desenvolvimento pessoal e profissional	<i>Relacionamento interpessoal</i>
Local de trabalho	Liberdade de expressão	Criatividade	<i>Grau de responsabilidade</i>
Ambiente externo	Relacionamento com a chefia	Autoavaliação	<i>Valor pessoal</i>
—	—	Variedade da tarefa	—
—	—	<i>Realização pessoal</i>	—

Fonte: Ruschel (1993 apud FERNANDES, 1996).

Para disseminar a cultura da QVT, não basta o empenho somente das organizações; faz-se necessário também, o comprometimento por parte dos empregados (COSTA, 2008).

3.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

De acordo com Rosa (2003), na civilização grega, a doença advinha dos deuses estes a curava. Esculápio era o Deus da Medicina e nos templos dedicados a ele, as pessoas passavam dias purificando a alma e o corpo. Durante a Idade Média, os pacientes adotaram a prática de fazer confissões para serem purificados espiritualmente antes de serem hospitalizados; acreditavam que a causa das doenças era o pecado, a cura viria mediante a comunhão com Deus.

Durante o período Renascentista, devido o predomínio das ciências naturais; a doença passa a ser considerada como produzida por causas biológicas e bacteriológicas. A influência de fatores psíquicos era desconsiderada pela Medicina, que os classificava como não científicos. No século XX, a busca do domínio da natureza pela razão aprofundou ainda mais a visão da doença produzida apenas por fatores biológicos. Verifica-se ao longo dos tempos, que a doença sempre foi caracterizada pelo homem como tendo causas extremas e únicas. Era

causada pela vontade dos deuses, pelo pecado do homem ou por fatores biológicos e bacteriológicos. Sempre existiu e ainda hoje há dificuldade de se compreender o processo de adoecimento como fatores que ocorrem ao mesmo tempo na mente e no corpo (ROSA, 2003).

Engel (1977 apud STROEBE; STROEBE, 1995), propôs um modelo biopsicossocial para substituir o modelo biomédico, que ignorava a integração de fatores na ocorrência da patologia. O modelo proposto entende a interação de fatores biológicos e sociais como determinantes no processo saúde-doença.

Oliveira e Bastos (2000), caracterizam a relação entre classes sociais e doença, de duas maneiras. Nas classes sociais de menor poder aquisitivo, a doença é vista como algo que incapacita o indivíduo para o trabalho e sustento da família. Procuram-se os profissionais de acordo com a gravidade do problema, apenas em caso de doenças crônicas e acidentes. Esta camada da população atribui as causas da doença a fatores ambientais. Porém, na classe média, há certo planejamento da saúde e predomínio de ações preventivas; interpretando psicologicamente os sintomas da doença para justificar sua ocorrência.

A relação de saúde e doença está intrínseca até mesmo no significado da palavra saúde, que vem de uma antiga palavra alemã, representada, em inglês, pelas palavras *hale* e *whole*, as quais referem-se a um estado de “integridade do corpo”. Segundo os linguistas, estas palavras são oriundas dos campos de batalha medievais, em que a perda de haleness, ou saúde, normalmente resultava de um grave ferimento. Atualmente, somos propensos a pensar em saúde como ausência de doenças. Se tal definição concentra-se apenas na ausência de um estado negativo, então ela é incompleta. A saúde não se limita somente ao nosso bem-estar físico (STRAUB, 2005).

Durante a 8^a Conferência Nacional de Saúde verificou-se a ruptura, com a compreensão vigente até então, da saúde como um estado biológico de normalidade (ausência de doenças), para a elaboração de um conceito abrangente explicitado no seu relatório final:

[...] a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistado pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1987B).

No que diz respeito à introdução do conceito de QV na área da saúde, Fleck (2008, p. 21), destaca:

A introdução do conceito de qualidade de vida na área da saúde encontrou outros construtos presentes afins, os quais tiveram um desenvolvimento independente e cujos limites não são claros, apresentando várias intersecções. Alguns são distorcidos por uma visão eminentemente biológica e funcional, como *status de saúde*, *status funcional e incapacidade/ deficiência*; outros são eminentemente sociais e psicológicos, como *bem-estar*, *satisfação e felicidade*. Um terceiro grupo é de origem econômica, baseando-se na teoria da “preferência” (*utility*). A qualidade de vida apresenta intersecções com vários desses conceitos, mas seu aspecto mais genérico (a saúde é apenas um de seus domínios) tem sido apontado como o seu grande diferencial e sua particular importância.

É fundamental destacar a necessidade em distinguir QV relacionada à saúde de QV não relacionada à saúde. O ponto de partida para esta distinção e o surgimento das várias definições de QV relacionada à saúde foi a conhecida definição de saúde da OMS (1958): “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doenças e enfermidades” (FLECK, 2008).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), dizer que o conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de Qualidade de Vida; que saúde não é meramente ausência de doença, já é um bom começo, por que manifesta o mau-estar com o reducionismo biomédico, mesmo acrescentando pouco à reflexão.

Para Giachello (1996), a expressão Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), surgiu no meio médico. Na sua versão inglesa *Health Related Quality of Life* (HRQL), foi definida como valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos.

A QVRS deve ser medida para uma tomada de decisões em relação a tratamentos e intervenções; bem como, para avaliar resultados de políticas e programas dirigidos à melhoria da população. Mais do que a importância do estudo da população em geral, não doente, é o desejo de poder comparar unidades culturais diferentes, estabelecer padrões normativos da população e programas para melhorar a qualidade de vida em geral (EVANS, 1994).

3.5 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA

Vido e Fernandes (2007), relatam que os primeiros instrumentos destinados a medir a QV surgiram na literatura na década de 70, e que a partir daí, houve um desenvolvimento considerável. Tais instrumentos requerem do profissional de saúde um bom conhecimento do paciente e a valorização de suas capacidades e limitações funcionais.

Bowling (1994), fez uma revisão a respeito das escalas de QVRS, no qual foram incluídas medidas de capacidade funcional, do estado de saúde, de bem-estar psicológico, de redes de apoio social, de satisfação e estado de ânimo de pacientes. Concluiu que, de maneira implícita ou explícita, toda medida repousa em teorias que guiam a seleção de procedimentos de mensuração.

Nas últimas décadas houve um aumento considerável de estudos que avaliam a QV; e para tal, os instrumentos de medida são desenvolvidos com o propósito fundamental de avaliar a QV, e geralmente relacionados à saúde, de indivíduos ou grupos. Os instrumentos são usados na prática clínica, bem como no campo da pesquisa (BONOMI et al., 2000).

Gomes (1997), destaca o interesse dos pesquisadores na construção de instrumentos de medida da QV, abordando dois parâmetros: um o objetivo, que engloba as condições do estado de saúde e de vida; e outro subjetivo, que compreende a percepção do paciente sobre seu estado de saúde, bem como de sua vida em geral.

Praticidade, população estudada e objetivo da proposta são fundamentais na escolha de um instrumento. Muitos instrumentos estão sendo propostos e utilizados para avaliar a QV. Estes instrumentos são divididos em dois grupos, os genéricos e os específicos. O instrumento do tipo genérico tem como objetivo analisar o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes, em populações variadas; enquanto que os específicos avaliam de forma individualizada e específica, determinados aspectos da QV (PATRICK; DEYO, 1989; KATZ et al., 1992; BAAR, 1995; GUYATT, 1995; GUYATT et al., 1997: apud CICONELLI, 1997).

Diniz e Schor (2006), também ressaltam que os instrumentos genéricos, nos últimos 20 anos foram citados em diversas publicações, apresentando como característica fundamental a avaliação da população em geral, e sua utilização como referência para interpretar as

pontuações. Já os instrumentos específicos, que não são poucos, facilitam a padronização e a quantificação da medida de determinados sintomas e seu impacto no momento de valorizar os efeitos dos tratamentos.

Na obra *Directory of instruments to measure quality of life and correlate areas*, publicado em 1998, identifica-se 446 instrumentos para a avaliação da QV, num período de 60 anos, sendo que 322 destes aparecem na literatura a partir da década de 80. Destaca-se também que tal acentuado crescimento, comprova os esforços voltados para o amadurecimento conceitual e metodológico do uso do termo na linguagem científica (COSTA NETO, 2002).

Para Dantas, Sawada e Malerbo (2003), medir a QV é bastante complexo, devido a dificuldade de se encontrar definição consensual a respeito do que ela realmente significa. Em razão disso, faz-se necessário que o pesquisador defina o que está considerando como QV em seu estudo, ou estabeleça em qual definição esse conceito se operacionaliza em seu trabalho de investigação. Deve-se delinear claramente a QV e identificar os domínios a serem avaliados, considerando que cada domínio identifica um foco particular de atenção e agrupa vários itens.

Os diferentes tipos de instrumentos apresentam variados propósitos, enfoques e conteúdo. Para a escolha de um instrumento, deve-se verificar a sua proposta de utilização, se seus componentes são claros e adequados à população em estudo. Devem apresentar como características a facilidade na aplicação e compreensão, formato simples que se enquadre no tempo de administração apropriado, além de verificar se há uma de aplicação específica do instrumento ao grupo a ser avaliado (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Na mensuração da QV, a escolha do instrumento a ser utilizado é fundamental, para a viabilização do estudo. Tal escolha deve basear-se no propósito da pesquisa e garantir que o instrumento contenha domínios necessários para que sejam medidos na população em estudo. Importante ainda é saber se o instrumento escolhido tem sido testado em uma mesma população ou em uma similar ao de interesse; se foram divulgados os resultados estatísticos de sua propriedade de medida e se o mesmo foi traduzido e adaptado culturalmente, e como foi conduzido tal processo. Outro fator relevante, diz respeito a sua aplicabilidade; tempo gasto para a sua aplicação, além de ser de fácil compreensão aos participantes que farão parte do estudo, garantindo a fidedignidade dos resultados (VIDO; FERNANDES, 2007).

4 OBJETIVOS

4.5 OBJETIVO GERAL

Avaliar a QV dos profissionais de saúde do Hospital do Câncer de Campo Grande/MS.

4.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes;

Avaliar a QVRS;

Comparar os domínios de QV do *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)*: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental com as variáveis do questionário sociodemográfico;

Correlacionar os domínios do SF-36 entre si;

5 MÉTODO

De acordo com Loureiro (2004, p. 315) a epidemiologia é o estudo da frequência e da distribuição das doenças, e dos fatores de exposição, nas populações humanas. O conjunto de técnicas utilizadas para atingir-se este objetivo denomina-se método epidemiológico. Loureiro (2004), ainda destaca que por ser um método quantitativo e trabalhar com grupos – coletivo -, a epidemiologia utiliza conceitos e técnicas, que estabelecem por meio da amostra, resultados que se aproximam da realidade da população.

Ainda no que diz respeito ao tipo de delineamento da pesquisa, o corte transversal tem como característica mostrar a situação de um indivíduo e sua relação com a presença ou não de doença, avaliando ambos, doença e exposição ao mesmo tempo. É um corte no fluxo histórico da doença, destacando as características apresentadas por ela naquele momento. Geralmente, este tipo de estudo de corte transversal é utilizado para testar associação, sem definir a etiologia, devido à simultaneidade da informação sobre o sintoma/doença e fator de risco associado (LOUREIRO, 2004).

Nesta pesquisa, utilizou-se o método epidemiológico, a abordagem quantitativa e o corte transversal.

5.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital do Câncer Alfredo Abrão (Figura 1), Campo Grande, capital do Estado de Mato Grosso do Sul, situado na Rua Marechal Rondon, nº 1053, Centro. O Hospital do Câncer é mantido pela Fundação Carmem Prudente (Figura 2), e para traçar um breve histórico a respeito do seu surgimento, faz-se necessário um relato da associação, fundação e Rede Feminina, que antecederam sua criação.



FIGURA 1 – Entrada principal do Hospital do Câncer Alfredo Abrão.

Em 1954, surgiu a Associação Campo-grandense de Combate ao Câncer, idealizada pelo ginecologista Alberto Néder, tendo como referência, o trabalho realizado pelo médico Antônio Prudente e sua esposa Carmem Prudente, em São Paulo. Nesta época, a Associação funcionava na maternidade pública da cidade de Campo Grande, na qual eram atendidos os casos de câncer de colo uterino e câncer de mama nas mulheres da região (HOSPITAL DO CÂNCER ALFREDO ABRÃO, 2009).

No ano de 1956, por meio da iniciativa da Sr^a Sara Figueiró e o trabalho das senhoras voluntárias, que realizaram uma campanha de divulgação e prevenção ao câncer nas mulheres da cidade, nascia a Liga Feminina, que posteriormente viria a se tornar a Rede Feminina de Combate ao Câncer. Durante 12 anos, a Rede Feminina foi o único serviço de prevenção ao câncer em todo Estado, então Mato Grosso. Elo entre os pacientes com câncer e o Hospital do Câncer em São Paulo, na ocasião, o único centro de referência do tratamento de câncer no Brasil (REDE FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER DE CAMPO GRANDE – MS, 2009).

Com o crescimento da demanda de pacientes, tanto do Estado como de países vizinhos, surgiu a necessidade da construção de uma casa de apoio para abrigar os doentes vindo do interior. Tal projeto foi realizado com a ajuda de profissionais e voluntários, que em 18 de julho de 1982, inauguraram o Abrigo de Espera Carmem Prudente, com a função de

abrigar pacientes do interior e de outros estados sem recursos financeiros que estão em tratamento no HCAA (HOSPITAL DO CÂNCER ALFREDO ABRÃO, 2009; REDE FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER DE CAMPO GRANDE – MS, 2009).

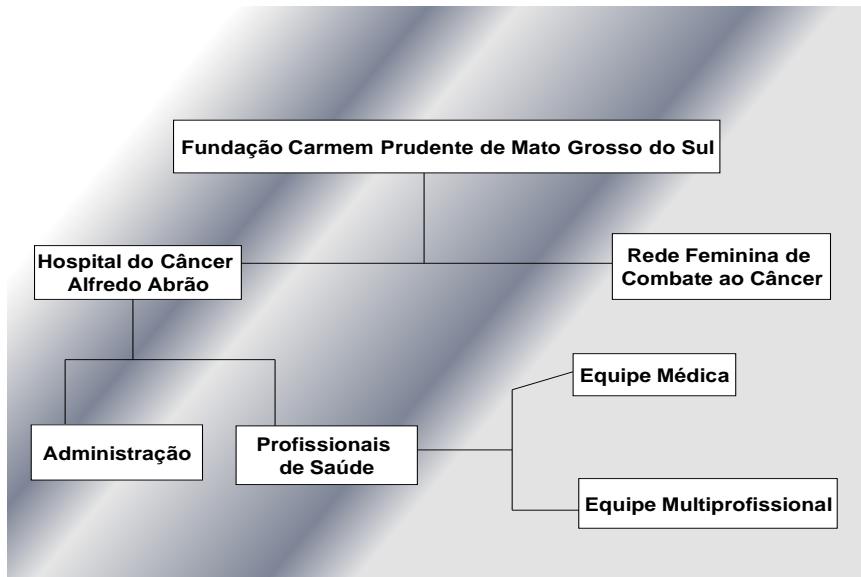


FIGURA 2 – Organograma do Hospital do Câncer Alfredo Abrão.

Em 1994, a primeira dama do Estado, Sr^a Maria Aparecida Pedrossian trouxe a ideia de aproveitar as dependências do Hospital Marechal Rondon, então desativado, em Hospital do Câncer. Para oferecer um atendimento diferenciado e tratamento especializado aos pacientes com câncer no Estado de Mato Grosso do Sul, em 21 de março de 1996, surgiu o Hospital do Câncer Alfredo Abrão. Em 28 de Julho, foi inaugurado o Hospital do Câncer Prof. Dr. Alfredo Abrão, pelo então ministro da saúde, Adib Jatene (REDE FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER DE CAMPO GRANDE – MS, 2009).

Dois anos depois da fundação, o HCAA foi credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento de quimioterapia e, em seguida, radioterapia. Desde então, os pacientes puderam contar com uma equipe de profissionais de alta qualidade, além de um hospital equipado e especializado, que presta atendimento necessário a população de Mato Grosso do Sul e até mesmo de estados e países vizinhos, cuja missão é oferecer à população, um atendimento privilegiado e de qualidade no tratamento do câncer (HOSPITAL DO CÂNCER ALFREDO ABRÃO, 2009).

O HCAA sobrevive do SUS e do Centro de Captação de Recursos (CCR). Possui uma estrutura totalmente voltada para atender pacientes com neoplasias, oferecendo qualidade

tanto no diagnóstico, quanto no atendimento. Além disso, o HCAA busca estar sempre atualizado, adquirindo os equipamentos mais modernos e as últimas novidades em prevenção e tratamentos de combate ao câncer.

Atualmente, o HCAA possui uma equipe de 23 médicos, sendo que 9 são oncologistas e 2 cirurgiões plásticos; uma equipe multidisciplinar composta por fisioterapeutas, farmacêuticos bioquímicos, nutricionistas, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e física-médica; uma equipe de enfermagem e 123 funcionários. Em sua estrutura, o HCAA conta com setor ambulatorial, por onde passam diariamente 90 pacientes para triagem; setor de internação; centro cirúrgico; serviço de radiodiagnóstico, onde são realizados exames de raio-X, tomografia, mamografia e ultrassonografia; serviço de exame preventivo de câncer de colo uterino, onde são realizados diariamente de 15 a 20 exames; serviço de quimioterapia e radioterapia, totalizando 250 pacientes em tratamento; 40 leitos, 6 consultórios e um auditório (HOSPITAL DO CÂNCER ALFREDO ABRÃO, 2009; REDE FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER DE CAMPO GRANDE – MS, 2009).

Recentemente foi sancionada e publicada no Diário Oficial do Estado, a Lei que autoriza o Poder Executivo a doar o prédio onde funciona o HCAA, à Fundação Carmem Prudente. De acordo com o presidente da entidade que administra o estabelecimento, o médico Luiz Felipe Terrazas Mendes, com o novo prédio (Figura 3), a ampliação será de aproximadamente 400% para atender a demanda. Significa aumentar o número de leitos de 40 para 200. O número de leitos no Centro de Terapia Intensiva (CTI) terá acréscimo de 250%, dos quais 4 para 10 (MATHIAS, 2009). Também está sendo construído o setor de Quimioterapia Pediátrica (Quimioteca), com previsão de inauguração em dezembro de 2009.



FIGURA 3 – Fachada do projeto do futuro Hospital do Câncer Alfredo Abrão.
Fonte: Victor e Dias (2009).

5.2 PARTICIPANTES

5.2.1 Seleção dos participantes e descrição da amostra

Do universo de 84 profissionais de saúde, 66 participaram da pesquisa, representando um percentual de 78,5%, dentre médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, técnicos de radiodiagnóstico, fisioterapeutas, farmacêuticos bioquímicos, nutricionistas, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, física-médica. Na ocasião da pesquisa, a área da fonoaudiologia não participou, pois trata-se da função desempenhada pelo próprio pesquisador.

Seguindo os critérios de inclusão e exclusão, a abordagem foi individual e a participação voluntária.

5.2.2 Critérios de inclusão

Desempenhar a função de profissional de saúde no Hospital;

Aceitar participar da pesquisa.

5.2.3 Critérios de exclusão

Profissionais técnicos em laboratório que prestam serviço para empresa terceirizada e que não mantém vínculo empregatício com a instituição;

Não aceitar participar da pesquisa.

5.3 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

A presente pesquisa, durante a fase de coleta de dados, utilizou-se dos seguintes recursos:

- a) Humanos: pesquisador e três entrevistadoras (duas estagiárias do último ano do curso de Psicologia e uma Psicóloga), treinadas para auxiliar na aplicação dos instrumentos de pesquisa de campo.
- b) Materiais: computador, folhas de papel sulfite, canetas, lápis, pranchetas, envelopes, despesas com informática, fotocópias e transporte, que foram custeados pelo pesquisador.

5.4 INSTRUMENTOS

Para avaliar a QV dos profissionais de saúde do Hospital do Câncer de Campo Grande - MS, foi elaborado um questionário sociodemográfico (APÊNDICE A), e a utilização do questionário genérico de avaliação da saúde, o SF-36 (ANEXO A).

O questionário sociodemográfico, de autoria do pesquisador, foi organizado com a finalidade de traçar o perfil da população estudada e suas características no que se refere aos seguintes aspectos: idade, sexo, estado civil, cargo ocupado pelo profissional, renda mensal própria, carga horária semanal de trabalho, necessidade de jornada dupla e motivo pelo qual levou a trabalhar em hospital de pessoas com câncer.

O SF-36 é um instrumento reduzido, que foi desenvolvido com o objetivo de ser um questionário genérico de avaliação de saúde. Sabe-se também que o SF-36 foi derivado inicialmente de um questionário de avaliação de saúde o *The Medical Outcomes Study-MOS*, formado por 149 itens (WARE; SHERBOURNE, 1992). Foi desenvolvido e testado em mais de 22.000 pacientes. Sua validação teve início em 1991, quando Ware e colaboradores elaboraram um projeto denominado *International Quality of Life Assessment Project* (IQOLA), que contou com a participação de pesquisadores em QV de 14 países.

O SF-36 teve sua validação para uso no Brasil realizado em 1997, por CICONELLI, em tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo-EPM (Escola Paulista de Medicina), para obtenção do título de Doutora em Medicina. A sua validação foi obtida por meio da relação com outros parâmetros clínicos comumente utilizados na avaliação de pacientes com Artrite Reumatóide.

O SF-36 é um questionário multidimensional de fácil administração e compreensão, formado por 36 itens, englobados em oito domínios (ou dimensões) englobados em dois componentes (QUADRO 5):

1. Componente Físico que envolve a capacidade funcional (dez itens), o aspecto físico (quatro itens), a dor (dois itens) e o estado geral de saúde (cinco itens).
2. Componente Mental que abrange a vitalidade (quatro itens), o aspecto social (dois itens), o aspecto emocional (três itens) e a saúde mental (cinco itens).

Além disso, o SF-36 inclui um item de avaliação das alterações de saúde ocorridas no período de um ano (NOGUEIRA, 2008).

QUADRO 5 – Domínios (dimensões) do SF-36 e suas respectivas abrangências

	Domínios	Abrangências
Componente Físico	Capacidade Funcional	Presença de limitação física
	Aspecto Físico	Limitação de atividades diárias
	Dor	Intensidade e limitações
	Estado Geral de Saúde	Autopercepção da saúde
Componente Mental	Vitalidade	Fraqueza e cansaço
	Aspecto Social	Relacionamentos
	Aspecto Emocional	Interferência emocional
	Saúde Mental	Depressão e ansiedade

Fonte: Nogueira (2008).

Após sua aplicação, para avaliar os resultados, é fornecido um escore para cada questão, que posteriormente serão transformados numa escala de 0 a 100, na qual 0 corresponde ao pior estado de saúde e 100 ao melhor estado de saúde ou bem-estar, sendo cada dimensão avaliada em separado (CICONELLI, 1999).

Com efeito, encontra-se um grande número de instrumentos de avaliação de QV, porém nesta pesquisa optou-se pelo SF-36, acreditando ser o mais apropriado para avaliar a QV dos profissionais de saúde, considerando os resultados satisfatórios, obtidos com sua aplicação em outras pesquisas e estudos similares.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa atendeu as orientações éticas e científicas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), para pesquisas com seres humanos e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), estabelecidas na Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB (ANEXO B), sendo aprovado para sua execução.

5.6 PROCEDIMENTOS

Inicialmente foi encaminhado um pedido de solicitação (APÊNDICE B), para a diretoria clínica do Hospital do Câncer Alfredo Abrão, para a realização do estudo com os profissionais de saúde que trabalham na instituição.

Deferido o pedido de autorização, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB, realizou-se um estudo piloto, com o objetivo de verificar o tempo gasto para os questionários serem respondidos, com 3 (três) acadêmicos do 10º (décimo) semestre de Psicologia da UCDB que realizavam estágio no hospital.

Foi solicitada ao Departamento de Pessoal da instituição, uma relação de todos os profissionais de saúde que trabalham no hospital. Posteriormente para a coleta de dados, os participantes foram abordados individualmente e informados sobre os objetivos da pesquisa. A partir do aceite do participante, solicitou-se que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

De posse do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, ocorreu a aplicação do instrumento para a coleta de dados, pelo próprio pesquisador ou entrevistador. As instruções foram apresentadas verbalmente para cada participante, antes da aplicação dos questionários.

Foram entregue dois questionários: o sociodemográfico (APÊNDICE A), e o SF-36 (ANEXO A). Alguns participantes preenchiam e já devolviam concomitantemente para o

pesquisador ou entrevistadoras; outros optaram por um tempo maior para o preenchimento. O período total utilizado para a coleta de dados foi de 45 dias; de 09 de setembro a 24 de outubro de 2008.

5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Posteriormente à coleta de dados, os questionários foram tabulados em planilhas e submetidos aos testes estatísticos.

Na análise estatística dos dados, foram aplicados três testes estatísticos distintos, sendo que para variáveis categóricas em relação as dimensões do questionário SF-36, utilizou-se o teste *t-student* e o teste de Análise de Variância (ANOVA). Com relação às variáveis demográficas contínuas, foi aplicado o teste de correlação linear de *Pearson*. Conquanto, foi adotado em todos os testes aplicados na presente pesquisa, um nível de confiabilidade de 95%.

6 RESULTADOS

O trabalho foi dividido em quatro partes, sendo a primeira, a apresentação dos dados sociodemográficos da amostra; na segunda parte foi feita a comparação entre os domínios do questionário SF-36, para a verificação em qual domínio os participantes estão melhores ou piores em relação a sua qualidade de vida. Na terceira parte foram feitos os testes estatísticos referentes aos dados sociodemográficos categóricos; e na quarta parte, os testes estatísticos referentes aos dados sociodemográficos contínuos.

6.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PROFISSIONAIS

A Tabela 1 apresenta o perfil dos profissionais amostrados. Dos 66 participantes da pesquisa, constatou-se que o maior número de profissionais é do sexo feminino (65,2%), destes, 45,5% são casados. Com relação ao cargo ocupado pelo profissional dentro da instituição, os mesmos foram divididos em dois grupos: nível superior e nível técnico; sendo que 62,1% dos profissionais desempenham função de nível técnico.

Questionados sobre possuírem outro emprego além do desempenhado no hospital, 53,8% responderam positivamente.

Ao serem questionados sobre os motivos que os levaram a trabalhar em um hospital de pessoas com câncer, 56,1% dos profissionais apontam a realização pessoal, 18,2% por motivo financeiro e 25,8% caracterizado por ambos os motivos.

TABELA 1- Perfil dos profissionais amostrados

Variável	Quantidade	Percentual
Sexo	Feminino	43
	Masculino	23
Estado Civil	Casados	30
	Solteiros	25
Cargo ocupado	Outros	11
	Nível superior	25
Outro Emprego *	Nível técnico	41
	Não	30
Motivos para trabalhar em hospital de pessoas com câncer	Realização pessoal	37
	Financeiros	12
	Ambos	17
		25,8%

* Um participante não respondeu

A Tabela 2 apresenta as variáveis contínuas: idade, renda mensal própria e carga horária semanal dos profissionais amostrados. Verificou-se que a idade média dos participantes é de 35 anos e a renda média de R\$ 1.769,00. Relacionada com a carga horária de trabalho, a média é de 49 horas.

TABELA 2 - Estatística descritiva das variáveis contínuas dos profissionais amostrados

Variável	N	Média	D.P.	Mínimo	Máximo
Idade	65	35,66	9,71	21,00	65,00
Renda	60	1.769,00	1.644,00	600,00	7.000,00*
Carga Horária	65	49,85	21,65	20,00	132,00

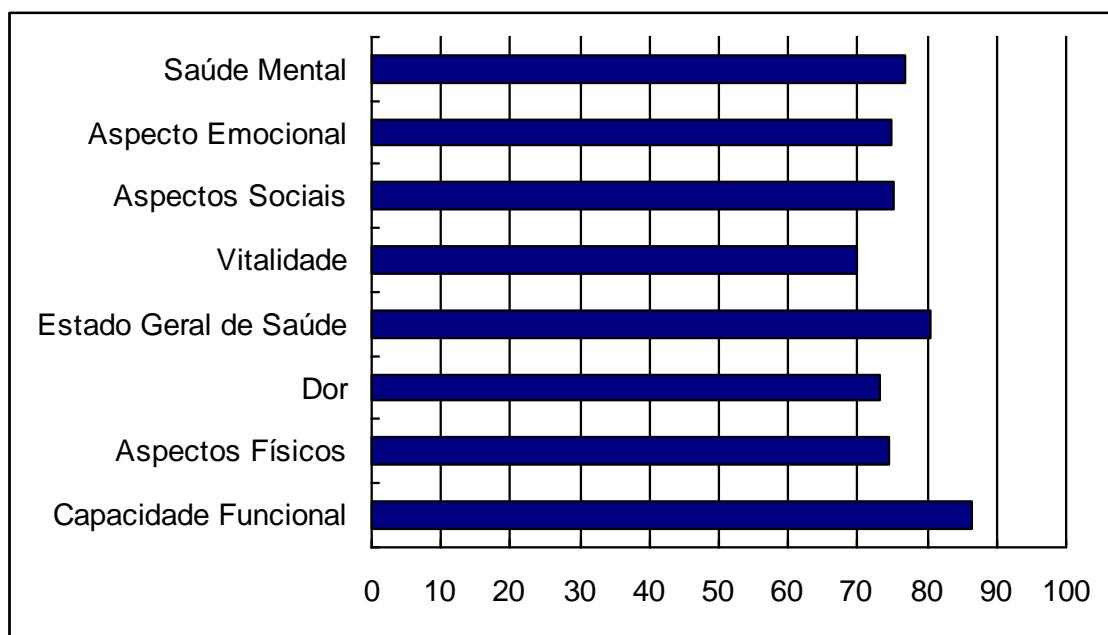
* Foi retirado da amostra um indivíduo com renda de R\$ 24.045,00, por ser considerado um *outlier*.

6.2 ANÁLISE DOS DOMÍNIOS DO SF-36

Por meio do teste de *Análise de Variância (ANOVA)*, foram testadas as possíveis diferenças entre as notas dos oito domínios do instrumento de qualidade de vida SF-36 e os profissionais amostrados. Os resultados estão apresentados na Tabela 3 e no Gráfico 1.

TABELA 3 - Escore geral médio por domínio do SF-36 dos profissionais amostrados

Domínios	Média	D.P.	F	p
Capacidade Funcional	64	86,48	15,75	
Aspectos Físicos	66	74,62	32,07	
Dor	64	73,27	20,50	
Estado Geral de Saúde	63	80,56	14,02	3,02
Vitalidade	65	69,85	16,39	0,004
Aspectos Sociais	61	75,00	24,58	
Aspecto Emocional	66	74,75	36,55	
Saúde Mental	66	76,91	15,24	

**GRÁFICO 1** - Escore geral médio por domínio do SF-36 dos profissionais amostrados

Detectou-se diferença significativa entre os domínios do SF-36, com 95% de confiabilidade ($p = 0,004$). Os profissionais amostrados estão melhores no domínio “Capacidade Funcional” com média de 86,48% e piores no domínio “Vitalidade”, com 69,85%.

6.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS CATEGÓRICOS

Para a análise dos dados sociodemográficos categóricos em relação aos domínios do SF-36, foram utilizados dois testes estatísticos: teste *t-student* para comparação de duas médias e o teste de *Análise de Variância (ANOVA)*.

Primeiramente foi feito o teste *t-student* para verificar possíveis diferenças entre o sexo dos profissionais amostrados e os domínios do SF-36. Os resultados estão apresentados na Tabela 4 e no Gráfico 2.

TABELA 4 - Domínios do SF – 36 em relação ao sexo do profissional amostrado

Dimensões	Variável	N	Média	D.P.	t	p
Capacidade Funcional	Feminino	42	85,12	17,44	0,92	0,342
	Masculino	22	89,09	11,82		
Aspectos Físicos	Feminino	43	76,16	30,35	0,28	0,597
	Masculino	23	71,74	35,60		
Dor	Feminino	41	69,98	21,67	3,03	0,087
	Masculino	23	79,13	17,14		
Estado Geral de Saúde	Feminino	41	80,12	14,7	0,12	0,735
	Masculino	22	81,39	12,96		
Vitalidade	Feminino	42	67,62	15,74	2,23	0,140
	Masculino	23	73,91	17,12		
Aspectos Sociais	Feminino	39	73,08	25,25	0,66	0,420
	Masculino	22	78,41	23,52		
Aspecto Emocional	Feminino	43	70,54	37,95	1,65	0,204
	Masculino	23	82,61	33,14		
Saúde Mental	Feminino	43	75,53	16,52	1,00	0,320
	Masculino	23	79,48	12,43		

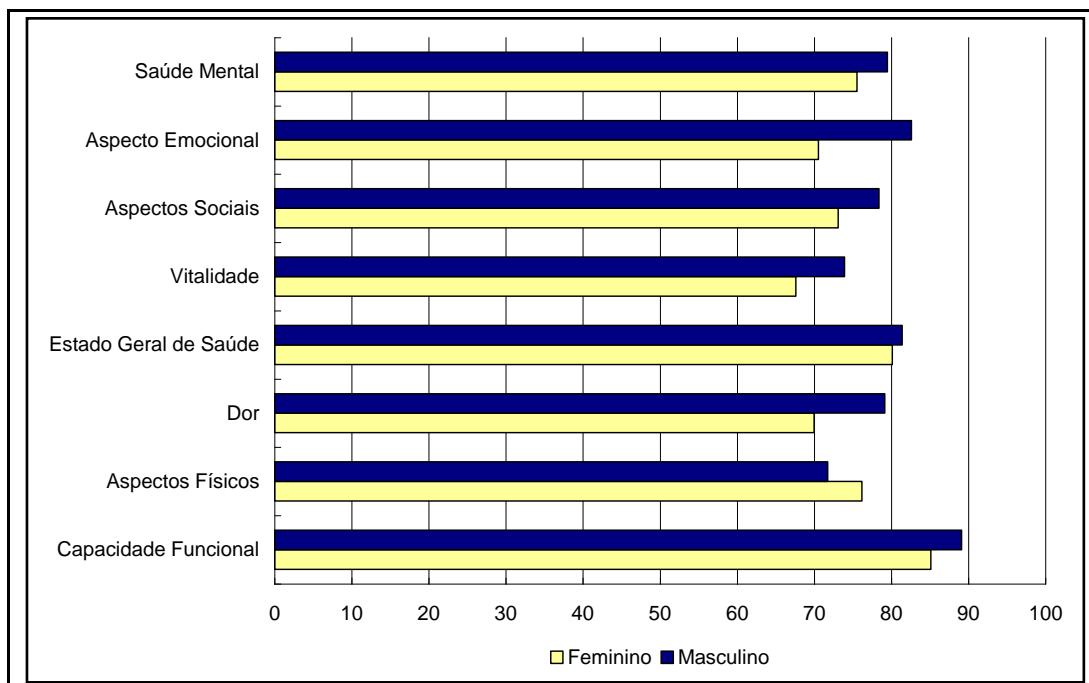


GRÁFICO 2 - Domínios do SF-36 em relação ao sexo do profissional amostrado

Por meio do teste *t-student*, não foi detectada diferença significativa entre o gênero dos profissionais amostrados e os domínios do SF-36 ($p < 0,05$).

Para testar possíveis diferenças significativas entre a qualidade de vida dos profissionais amostrados em relação ao estado civil dos mesmos, foi aplicado o teste de *Análise de Variância (ANOVA)*. Os resultados estão apresentados na Tabela 5 e no Gráfico 3.

TABELA 5 - Domínios do SF-36 em relação ao estado civil do profissional amostrado

Dimensões	Variável	N	Média	D.P.	F	p
Capacidade Funcional	Casados	30	87,83	13,24	0,90	0,414
	Solteiros	25	87,20	17,02		
	Outros	9	80,00	19,84		
Aspectos Físicos	Casados	30	79,17	26,33	0,68	0,511
	Solteiros	25	69,00	34,82		
	Outros	11	75,00	40,31		
Dor	Casados	30	78,13	18,37	1,74	0,183
	Solteiros	24	70,04	21,41		
	Outros	10	66,40	22,89		
Estado Geral de Saúde	Casados	29	81,01	13,29	0,24	0,785
	Solteiros	23	81,28	15,60		
	Outros	11	77,86	13,38		
Vitalidade	Casados	30	71,17	17,89	1,80	0,173
	Solteiros	25	65,60	14,95		
	Outros	10	76,50	13,34		
Aspectos Sociais	Casados	30	80,83	22,92	1,75	0,183
	Solteiros	23	70,11	25,77		
	Outros	8	67,19	24,94		
Aspecto Emocional	Casados	30	78,89	33,32	0,36	0,701
	Solteiros	25	70,67	41,19		
	Outros	11	72,73	35,96		
Saúde Mental	Casados	30	78,40	14,84	1,02	0,368
	Solteiros	25	73,60	17,47		
	Outros	11	80,36	9,54		

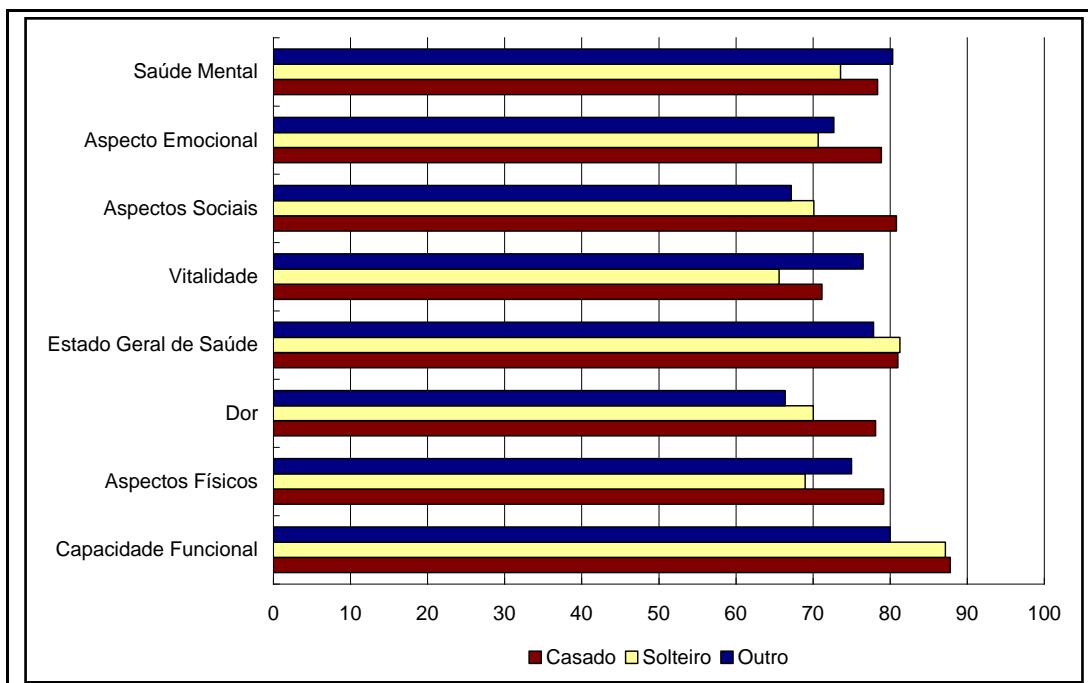


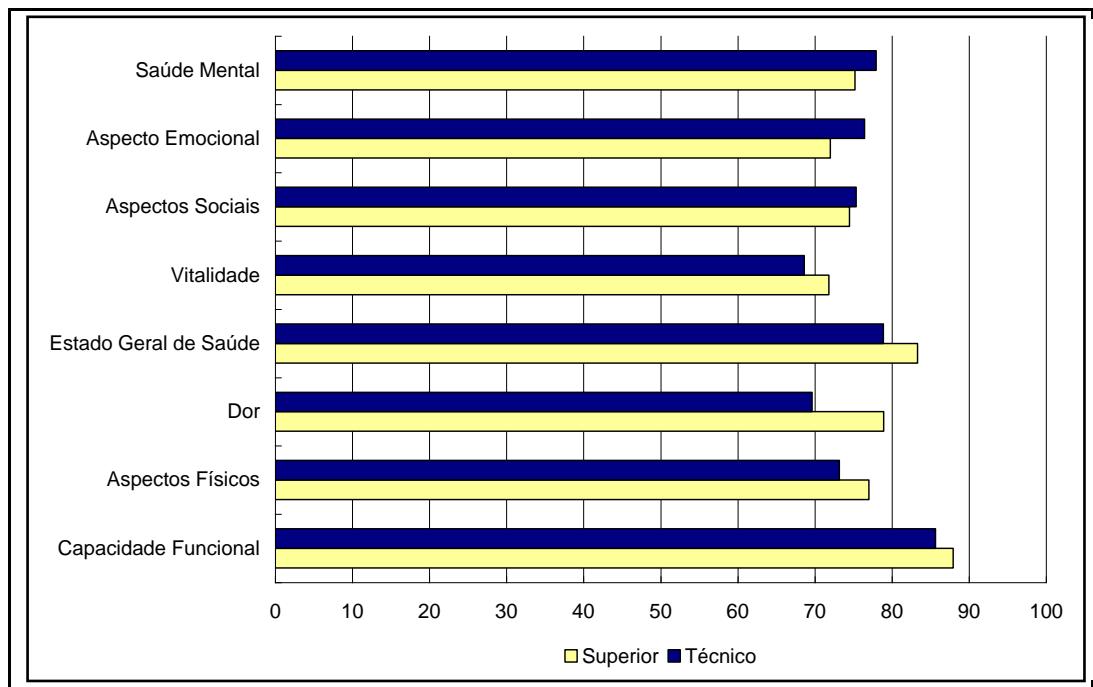
GRÁFICO 3 - Domínios do SF-36 em relação ao estado civil do profissional amostrado

Não foi detectada diferença significativa entre o estado civil dos profissionais amostrados em relação aos domínios do SF-36, ou seja, as médias dos escores nos domínios não diferem estatisticamente entre si ($p < 0,05$).

Para detectar possíveis diferenças na qualidade de vida dos funcionários em relação ao cargo exercido no hospital, foi aplicado o teste *t-student* de diferenças de médias. Os funcionários foram divididos em duas categorias: “nível superior” e “nível técnico”. Os resultados estão apresentados na Tabela 6 e no Gráfico 4.

TABELA 6 - Domínios do SF-36 em relação ao cargo exercido pelo profissional amostrado

Dimensões	Variável	N	Média	D.P.	t	p
Capacidade Funcional	Superior	24	87,92	14,66	0,31	0,577
	Técnico	40	85,63	16,49		
Aspectos Físicos	Superior	25	77,00	34,55	0,22	0,642
	Técnico	41	73,17	30,82		
Dor	Superior	25	78,92	20,43	3,23	0,077
	Técnico	39	69,64	19,96		
Estado Geral de Saúde	Superior	24	83,30	13,33	1,49	0,227
	Técnico	39	78,87	14,34		
Vitalidade	Superior	25	71,80	17,07	0,57	0,452
	Técnico	40	68,62	16,05		
Aspectos Sociais	Superior	25	74,50	28,29	0,02	0,896
	Técnico	36	75,35	22,06		
Aspecto Emocional	Superior	25	72,00	40,47	0,23	0,637
	Técnico	41	76,42	34,36		
Saúde Mental	Superior	25	75,20	14,79	0,50	0,481
	Técnico	41	77,95	15,60		

**GRÁFICO 4** - Domínios do SF-36 em relação ao cargo exercido pelo profissional amostrado

Com relação ao cargo exercido pelo profissional, não foi detectado diferença significativa com 95% de confiabilidade em nenhum domínio do questionário SF-36. Pode-se acreditar que a função desempenhada, não interfere na qualidade de vida do profissional.

Foi questionado ao funcionário amostrado se o mesmo possuía mais de um emprego, ou seja, se ele trabalhava em outro local além do hospital do câncer.

Com base nas respostas, utilizou-se o teste *t-student* de comparação de médias em relação às dimensões do questionário SF-36. Os resultados aparecem na Tabela 7 e no Gráfico 5.

TABELA 7 - Domínios do SF-36 em relação se o profissional amostrado possui outro emprego

Dimensões	Variável	N	Média	D.P.	t	p
Capacidade Funcional	Não	30	84,33	18,46	1,25	0,267
	Sim	33	88,79	12,87		
Aspectos Físicos	Não	30	80,83	29,13	2,40	0,126
	Sim	35	68,57	33,95		
Dor	Não	28	71,29	20,65	0,29	0,592
	Sim	35	74,09	20,37		
Estado Geral de Saúde	Não	28	81,37	13,16	0,17	0,685
	Sim	35	79,91	14,83		
Vitalidade	Não	30	68,67	15,48	0,18	0,669
	Sim	34	70,44	17,38		
Aspectos Sociais	Não	27	77,31	20,52	0,60	0,441
	Sim	33	72,35	27,56		
Aspecto Emocional	Não	30	75,55	36,03	0,06	0,810
	Sim	35	73,33	37,75		
Saúde Mental	Não	30	74,40	16,70	1,37	0,246
	Sim	35	78,86	13,98		

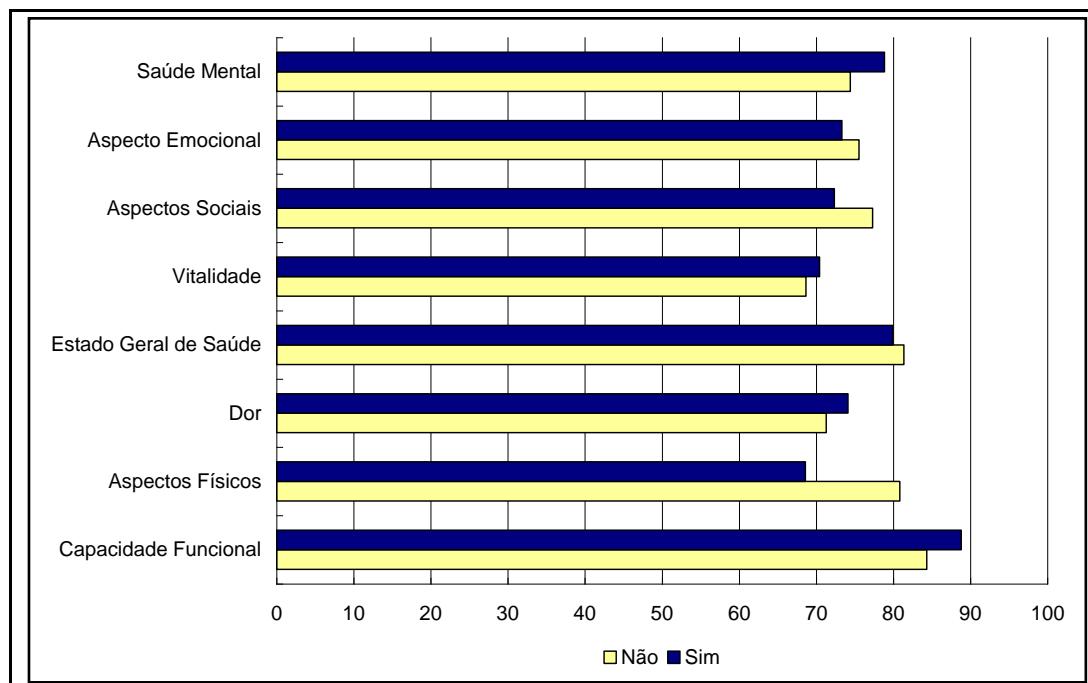


GRÁFICO 5 - Domínios do SF-36 em relação se o profissional amostrado possui outro emprego

Observou-se que o funcionário, possuir ou não outro emprego, não apresenta diferença significativa entre os escores dos domínios do SF-36, ou seja, não interfere em sua QV.

Com relação aos motivos que levaram o funcionário a trabalhar em hospital que atende pacientes com câncer, foram divididos em três categorias: “Realização Pessoal” que englobaram os motivos, afinidade, histórico de casos na família e/ou conhecidos, gosto pela área hospitalar e outros; a categoria “Financeiros” relacionada aos motivos, oportunidade de emprego e retorno financeiro; e por fim a categoria “Ambos”. Foi aplicado o teste de *Análise de Variância (ANOVA)*, para detectar possíveis diferenças entre os escores nos domínios do questionário SF-36. Os resultados apresentam-se na Tabela 8 e no Gráfico 6.

TABELA 8 - Domínios do SF-36 em relação aos motivos que levaram o profissional a trabalhar em hospital de pessoas com câncer

Dimensões	Variável	N	Média	D.P.	F	p
Capacidade Funcional	Realização pessoal	36	85,97	13,83	1,13	0,329
	Financeiros	12	82,08	22,41		
	Ambos	16	90,94	13,81		
Aspectos Físicos	Realização pessoal	37	72,30	35,25	0,24	0,787
	Financeiros	12	79,17	33,43		
	Ambos	17	76,47	24,16		
Dor	Realização pessoal	35	76,60	17,04	3,56	0,034
	Financeiros	12	59,58	20,03		
	Ambos	17	76,06	24,26		
Estado Geral de Saúde	Realização profissional	35	79,81	13,79	0,30	0,743
	Financeiros	11	79,46	14,92		
	Ambos	17	82,82	14,52		
Vitalidade	Realização pessoal	37	73,38	14,05	2,89	0,063
	Financeiros	12	60,83	15,50		
	Ambos	16	68,44	19,98		
Aspectos Sociais	Realização pessoal	33	77,65	21,14	0,58	0,563
	Financeiros	12	68,75	26,38		
	Ambos	16	74,22	30,09		
Aspecto Emocional	Realização pessoal	37	83,78	30,05	3,23	0,046
	Financeiros	12	55,56	45,69		
	Ambos	17	68,62	38,14		
Saúde Mental	Realização pessoal	37	80,00	11,85	2,11	0,130
	Financeiros	12	70,33	15,86		
	Ambos	17	74,82	19,89		

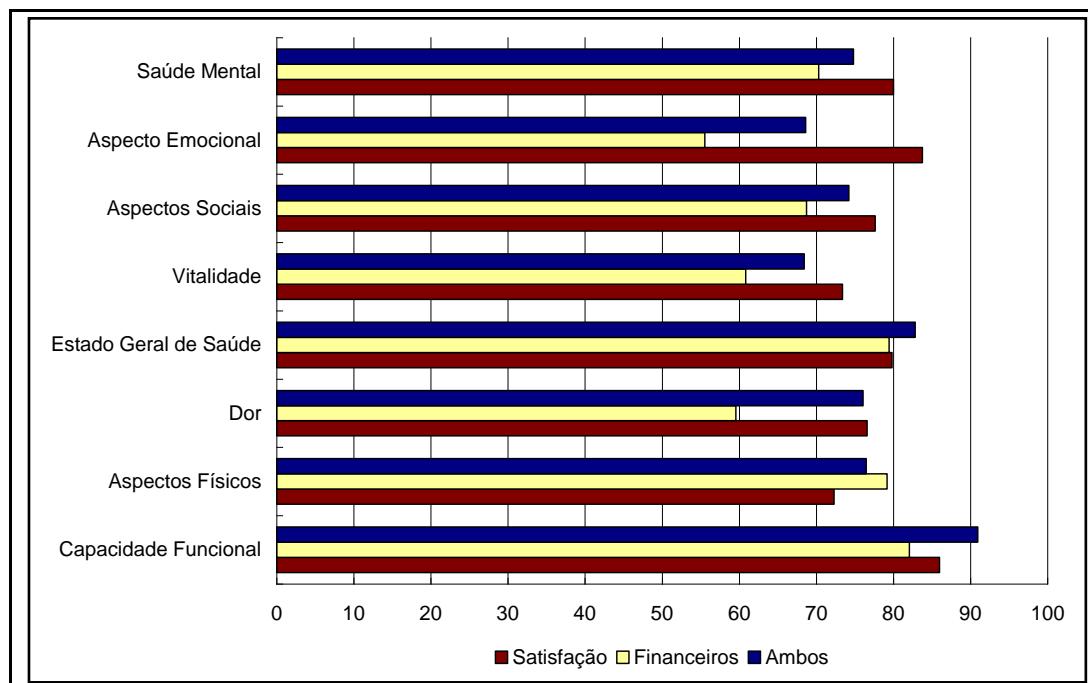


GRÁFICO 6 - Domínios do SF-36 em relação aos motivos que levaram o profissional a trabalhar em hospital de pessoas com câncer

Verificou-se diferença significativa em dois domínios em relação aos motivos que levaram o funcionário a trabalhar em hospital que atende pacientes com câncer. Os domínios significativos foram: “Dor” ($p = 0,034$), e “Aspecto Emocional” ($p = 0,046$). Em ambos os casos, os escores dos funcionários que tem como motivo “Realização pessoal” obtiveram percentuais maiores que os funcionários que tem como motivo o fator “Financeiro”.

6.4 ANÁLISE DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS CONTÍNUOS

Para análise dos dados demográficos contínuos, foi aplicado o teste de correlação linear de *Pearson*, com 95% de confiabilidade.

Inicialmente, foi correlacionada a idade em relação às dimensões do instrumento aplicado.

TABELA 9 - Correlação entre a idade dos profissionais amostrados e as dimensões do SF-36

Dimensões	Correlação	p
Capacidade Funcional	- 0,161	0,208
Aspectos Físicos	0,014	0,913
Dor	- 0,077	0,547
Estado Geral de Saúde	0,103	0,427
Vitalidade	0,151	0,233
Aspectos Sociais	0,147	0,261
Aspecto Emocional	0,133	0,290
Saúde Mental	0,079	0,533

Baseados nos resultados apresentados na Tabela 9, nenhuma dimensão do questionário SF-36 foi correlacionada significativamente com a idade dos profissionais amostrados. O sinal negativo do coeficiente de correlação dos domínios capacidade funcional e dor significam que, quanto maior for a idade, os participantes tendem a possuir menores valores na dimensão analisada.

Foi testada a correlação entre a renda dos profissionais e os domínios do SF-36. Os resultados estão na Tabela 10.

TABELA 10 - Correlação entre a renda dos profissionais amostrados e as dimensões do SF-36

Dimensões	Correlação	p
Capacidade Funcional	0,074	0,579
Aspectos Físicos	- 0,029	0,828
Dor	0,013	0,922
Estado Geral de Saúde	0,002	0,991
Vitalidade	0,171	0,195
Aspectos Sociais	- 0,164	0,227
Aspecto Emocional	0,002	0,987
Saúde Mental	- 0,007	0,955

No que diz respeito à renda, não foi detectada correlação significativa a 95% de confiabilidade em relação aos domínios do SF-36. Tal resultado sugere que a renda satisfaz as

necessidades do profissional para os que possuem carga horária de trabalho apenas no hospital.

As possíveis correlações significativas entre a carga horária de trabalho total dos profissionais amostrados e os domínios do SF-36 foram testadas e apresentam-se na Tabela 11.

TABELA 11 - Correlação entre a carga horária total dos profissionais amostrados e as dimensões do SF-36

Dimensões	Correlação	p
Capacidade Funcional	0,081	0,526
Aspectos Físicos	- 0,111	0,380
Dor	- 0,076	0,555
Estado Geral de Saúde	- 0,176	0,168
Vitalidade	0,005	0,967
Aspectos Sociais	- 0,119	0,365
Aspecto Emocional	- 0,031	0,805
Saúde Mental	0,205	0,101

Com relação à carga horária total dos profissionais amostrados, a mesma não é correlacionada significativamente com nenhum domínio do questionário SF-36. Acredita-se que os profissionais que tem carga horária somente no hospital, dispõem de tempo para desenvolver atividades que contribuam para sua melhor QV. Os que apresentam carga horária maior, como os médicos e a equipe de enfermagem que trabalham em escalas de plantões em outros lugares, provavelmente distribuem seus horários de descanso de forma a repor os gastos oriundos de um período de trabalho excessivo, propiciando QV melhor.

7 DISCUSSÃO

Inicialmente pode-se destacar os dados obtidos nesta pesquisa, que indicam o índice de participação dos profissionais do hospital durante a coleta de dados. Dos 84 profissionais de saúde, 78,5% participaram da coleta de dados indicando um percentual superior a estudos similares realizados com profissionais da área da saúde, como os de Espuny e Martín (1998) que obtiveram 63,9% de participação; Fernández, Carbajo e Vidal (2002), como 59,5% e Jorge-Rodriguez et al. (2005), com 71,7%.

O percentual de participantes na pesquisa com os profissionais de saúde do hospital do câncer sugere o interesse e a disponibilidade do funcionário em contribuir. Verificou-se que a abordagem individual e a explicação dos objetivos, contribuíam para o participante responder os questionários, uma vez que até mesmo o termo QV apresentava uma pré-disposição à participar.

Os resultados obtidos para o cargo ocupado pelo profissional mostraram um percentual elevado (62,1%) relacionado ao nível técnico. Pode-se esclarecer tal fato, baseado na realidade de um maior número de profissionais de saúde da equipe de enfermagem, contraponto assim os demais de nível superior. Salientando que nesta equipe encontramos enfermeiros de nível superior, porém devido até mesmo a demanda de trabalho do ambiente hospitalar, o número de auxiliares e técnicos de enfermagem são sempre mais elevados. Achkar (2006) também apresenta em sua pesquisa realizada em um hospital privado, que a equipe de enfermagem é composta por um maior número de auxiliares e técnicos de enfermagem do que por enfermeiros. Paschoa et al. (2007) destaca em sua pesquisa que os profissionais de enfermagem são numericamente superiores a outros profissionais na maioria das instituições de saúde.

Constatou-se que as mulheres (65,2%) são a maioria em relação aos homens, também apresentado por Oler et al. (2005), em um estudo de QV da equipe de enfermagem do centro cirúrgico em São José do Rio Preto, SP, onde a maioria verificada era do sexo feminino. Corroborando com esta pesquisa, Araújo (2009) destaca que a enfermagem ocupa o segundo lugar em profissões com maior número de pessoas do gênero feminino. O cuidar muitas vezes representa na sociedade uma atividade fundamentalmente de mulher; buscam e/ou são encaminhadas para áreas de atuação que são caracterizadas como ideais para o sexo feminino, devido à construção de gênero que posiciona a mulher como delicada, sensível e atenciosa.

Os casados estão em maior percentual. Dados semelhantes foram encontrados por Favarato et al. (2006), em um estudo de QV em portadores de doença arterial coronária, em São Paulo e também por Oler et al. (2005). A prevalência maior de casados pode ser interpretada pelo grau de longevidade da equipe de saúde do hospital, bem como pela estabilidade econômico-financeira, uma vez que a renda média encontrada foi de R\$ 1.769,00, o que caracteriza um bom patamar.

A média de idade verificada na pesquisa foi de 35 anos, tendo a mínima de 21 anos e a máxima de 65 anos, corroborando com os achados de Espuny e Martín (1998) observaram que 68,5% dos trabalhadores de saúde que pesquisaram tinham menos de 45 anos, enquanto Sanchez-González, Álvarez-Nido e Lorenzo-Borda (2003) encontraram uma faixa etária entre 30-39 anos. É comum desejar uma melhor QV na terceira idade, porém, os profissionais buscam trabalhar muito durante a juventude, pois acreditam que ao longo dos anos, diminua sua vitalidade e a disposição para realização de seus projetos de vida. O fato de estar em contato com pessoas enfermas traduz o esforço em alcançar segurança e estabilidade profissional (ARAÚJO, 2009).

A média da carga horária semanal, da amostra é de aproximadamente 50 horas semanais, caracterizando a maioria das jornadas de trabalho de profissionais de saúde, principalmente médicos e profissionais de enfermagem que trabalham com cargas maiores; em plantões ou jornadas duplas, pois possuem outro emprego. Martins (2003) afirma que, em estudo realizado com profissionais de enfermagem, estes trabalham em média 35 horas semanais.

A maioria dos profissionais da amostra (56,1%) apresentou a realização pessoal como sendo o motivo que os levaram a trabalhar com pessoas com câncer. Esta realização pessoal pode estar associada de alguma maneira a um histórico individual ou familiar de convivência com a patologia. Labate e Cassorla (1999) destacam que as vivências, de algum modo contribuem para definir nas pessoas suas tendências e escolhas profissionais.

Constatou-se que a melhor média geral de QV foi capacidade funcional (86,48%), que avaliou as limitações relativas à capacidade física. Diferentemente dos dados de Ciconelli (1997), onde os aspectos sociais tiveram o melhor escore, seguido por saúde mental e estado geral de saúde. Paschoa et al. (2007) em sua pesquisa sobre QV dos trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva, encontraram em terceiro lugar melhores escores para o domínio físico através do uso do instrumento WHOQOL-BREF. Esta capacidade física

com melhores escores pode estar diretamente relacionada com a média de idade (35 anos), encontrada entre os participantes, caracterizando melhor disponibilidade para executar suas funções.

A dimensão vitalidade, que avalia os aspectos de energia e fadiga, apresentou o menor escore (69,85%). Em um estudo de QVRS em espanholas com osteoporose, Aranha et al. (2006) relatam que a pior média de QV foi estado geral de saúde. Este resultado pode ser interpretado pela própria função do profissional no ambiente de trabalho e o desgaste físico-mental frente a situações de ansiedade da família e do paciente, óbitos, pós-operatórios com prognósticos ruins, o número excessivo de pacientes nos leitos, dentre tantas outras que já fazem parte da própria rotina hospitalar. Para Lopes (2008), aspectos emocionais e psicológicos do paciente e/ou família e a próprio desafio da oncologia, representam papéis fundamentais que vão além da prática profissional. Não basta a experiência técnica; é essencial saber lidar com aspectos difíceis, como a morte e a perda de um ente querido.

Na pesquisa, a capacidade funcional aparece como o componente de melhor média de QV, tanto para homens quanto para as mulheres. Resultados semelhantes foram mostrados por Franco, Barros e Martins (2005) em um estudo sobre QV e sintomas depressivos em residentes de enfermagem de São Paulo. Diferentemente de Favarato et al. (2006) em um estudo de QV em portadores de doença arterial coronária, cuja maior média de QV foi aspectos sociais. Novamente podem-se relacionar estes escores com a média de idade dos participantes da pesquisa e a realização profissional, apresentada no motivo que levaram tais profissionais a trabalharem em um hospital que atende pacientes com câncer. Verificou-se também que em relação ao estado civil, a melhor média de QV também foi capacidade funcional.

O domínio capacidade funcional obteve um escore elevado com relação ao cargo exercido pelos profissionais. Acredita-se que tal resultado seja proveniente do desempenho individual de cada funcionário e no compromisso em desenvolver suas tarefas que o cargo exige.

Os motivos que levaram o profissional a trabalhar em hospital com pessoas com câncer, apresentaram médias de baixa QV para dor e aspecto emocional. Sendo que em ambos os casos, os escores dos funcionários que trabalham por realização pessoal foram maiores que os funcionários que apresentam como motivo o fator financeiro. A realização pessoal; a satisfação em estar desempenhando uma função para com o paciente oncológico sugere os próprios progressos da oncologia. Lopes (2005) cita o fato de o manejo dos pacientes com câncer estar sendo feito por profissionais cada vez mais capacitados; profissionais de saúde

capazes de integrar as diferentes modalidades diagnósticas e terapêuticas do câncer e oferecer um atendimento multidisciplinar para o paciente, obtendo melhores resultados de cura ou sobrevida.

O grupo de pessoas identificado com a realidade do trabalho (para além da idade, carga horária de trabalho e renda salarial), apresentou bons escores de QV quando correlacionados com as dimensões do SF-36. Acredita-se que tais resultados possam estar associados aos melhores escores encontrados de capacidade funcional durante a pesquisa; com bons desempenhos de atuação dos profissionais durante o exercício da sua função no ambiente hospitalar e a realização profissional.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver uma pesquisa sobre QV dos profissionais de saúde do Hospital do Câncer de Campo Grande/ MS nos remete num primeiro momento a acreditar que encontraremos resultados alterados da QVRS destes profissionais; pois lidar com uma patologia específica que é o câncer, relaciona-se às questões negativas, baseadas no estigma da doença e a forma como a sociedade a enxerga.

É inevitável não falar de QV estando num ambiente hospitalar. O meio por si só já conduz às reflexões. O contato com a “doença” remete aos inúmeros conceitos dados à QV. Neste contexto o paciente fragilizado enxerga no profissional de saúde todas as respostas para suas indagações e deposita nele, todo seu desejo de “cura”.

O profissional por sua vez, preocupado com sua atuação, com seu profissionalismo, “reprime” determinadas situações; desenvolve doenças psicossomáticas e até mesmo as de caráter físico. Frente a estes e tantos outros fatores expostos no decorrer do trabalho diário, que surgiu a preocupação de como estava a QV destes profissionais.

Pesquisas abordando a QV de profissionais de saúde já foram realizadas utilizando instrumentos de avaliação variados. A avaliação da QV de profissionais de saúde de um hospital de caráter específico para uma determinada patologia, o câncer, ainda não se fazia presente entre o meio acadêmico e os bancos de dados disponíveis. Vale ressaltar que determinados pesquisadores já desenvolveram trabalhos em âmbito hospitalar com profissionais de saúde, porém restringindo à equipe de enfermagem.

Ter no Hospital do Câncer, uma equipe multiprofissional no atendimento ao paciente, contribuiu para realização da pesquisa com tais profissionais; dentre médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, técnicos de radiodiagnóstico, fisioterapeutas, farmacêuticos bioquímicos, nutricionistas, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, física-médica. Lopes (2005, p.142) ressaltou:

A multidisciplinaridade no tratamento do câncer não deve basear-se apenas na cirurgia, radioterapia e quimioterapia. O paciente com câncer exige cuidados de equipes diferentes na área da saúde. Sem o envolvimento multidisciplinar o sucesso no tratamento fica comprometido. Fisioterapia, fonoterapia, enfermagem, psicologia, psiquiatria, nutrologia são áreas da saúde que têm papel relevante no tratamento do paciente com câncer.

A correria do dia-a-dia, a necessidade de outros empregos para a complementação financeira, talvez apontassem uma queda na QV, porém verificou-se que a carga horária não se apresentou como fator significativo para uma alteração da QV dos participantes.

Encontramos resultados de suma importância que permitiram traçar um perfil sociodemográfico da população estudada. Os resultados obtidos poderão ser utilizados em ações que visem contribuir nas relações interpessoais do grupo. Sabe-se que a instituição já tem como prática a realização de atividades de integração entre os funcionários de diversos setores, porém com o surgimento recente de um departamento de comunicação, fortalecido, podemos refletir sobre determinadas características deste grupo e a realização de ações positivas no relacionamento entre as equipes.

Faz-se necessário destacar que a QV do profissional que tem uma carga horária excessiva de trabalho, nesta variável não está alterada. Porém os motivos pertinentes que levaram o profissional de saúde a desejar trabalhar em hospital com pessoas com câncer apontaram alterações na dimensão dor e aspecto emocional; o que nos faz ficar em alerta a respeito destes domínios. Os baixos escores para estes domínios podem estar relacionados como o atendimento à família e ao paciente com câncer; pelo próprio desempenho do profissional no ambiente de trabalho e o desgaste físico-mental frente a situações de ansiedade da família e/ou paciente, óbitos, pós-operatórios com prognósticos ruins, o número excessivo de pacientes nos leitos, dentre tantas outras que já fazem parte da própria rotina hospitalar.

Cabe destacar, que o presente estudo mostrou que a maioria destes profissionais de saúde trabalha por realização pessoal, o que acarreta bons desempenhos dos funcionários em suas atividades diárias.

Acredita-se na relevância social e profissional desta pesquisa; na divulgação dos resultados encontrados, tanto na instituição onde foi realizada, bem como na comunidade científica, por meio de eventos, congressos, palestras, artigos e outros que promovam a projeção dos conhecimentos obtidos com o trabalho; e na contribuição para mudanças de atitudes dos profissionais de saúde, frente à pessoa com câncer e suas relações interpessoais com o paciente e/ou familiares, oferecendo mais discussões relativas à QVRS.

REFERÊNCIAS

- ACHKAR, T. C. S. *Síndrome de Burnout: repercussões na qualidade de vida no trabalho de profissionais de saúde de um hospital privado da cidade de Cascavel-PR*. 2006. 187 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2006.
- ARANHA, L. L. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em espanholas com osteoporose. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 298-303, 2006.
- ARAÚJO, M. A. N. de. *Qualidade de vida dos professores do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul*. 2009. 102f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2009.
- BERAQUET, M. I. G. *Qualidade de vida de jornalistas da macro região de Campinas/SP*. 2005. 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2005.
- BERGER, Peter L. *A revolução capitalista*. Trad. Tania Maria de Resende Chaves. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia, 1992.
- BONOMI, A. E. et al. Quality of life measurement: Will we ever be satisfied? *Journal of Clinical Epidemiology*, New York, v. 53, n. 1, p. 19-23, 2000.
- BOWLING, A. *La medida de la salud: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1987b.
- BRITO, C. V. *Qualidade de vida dos trabalhadores em abrigos de proteção a crianças e adolescentes de Campo Grande, MS*. 2008. 160 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2008.
- BUARQUE, C. Qualidade de vida: a modernização da utopia. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, São Paulo, n.31, p. 157-165, 1993.
- CAMACHO, L. G. Qualidade de vida através do trabalho. *Revista Treinamento e Desenvolvimento*. São Paulo, p. 30-31, set/1995.
- CAMPAÑA, A. *Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde*. In: BARATA, R. B. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1997, p. 115-165.
- CAMPOS, E. P. *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.
- CASTELLANOS, P. L. *Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais*. In: BARATA, R. B. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1997. p. 31-75.

CICONELLI, R. M. *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”. 1997. 120 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.*

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*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, mai/ jun 1999.

COSTA, D. S. *Qualidade de vida dos profissionais de educação física da rede pública de Campo Grande, MS*. 2008. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2008.

COSTA NETO, S. B. *Qualidade de Vida dos portadores de câncer de cabeça e pescoço*. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2002.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-538, 2003.

DINIZ, D. P.; SCHOR, N. *Qualidade de Vida: guia de medicina ambulatorial e hospitalar* – UNIFESP. São Paulo: Manole, 2006.

ESPUNY, J. L. C.; MARTÍN, C. A. La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la sanidad pública. Resultados de una encuesta. *Atención Primaria*, v. 22, n. 5. p. 308-313, 1998.

EVANS, R. Enhancing quality of life in the population at large. *Social Indicators Research*, New York, v. 33, n. 1-3, p. 47-88, 1994.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: A taxonomy. *Journal Advanced of Nursing*, Oxford, v. 22, n. 3, p. 502-508, 1995.

FAVARATO, M. E. C. S. et al. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 236-241, 2006.

FERNANDES, E. C. *Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar*. 3. ed. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FERNÁNDEZ, M. A.; CARBAJO, A. I. I.; VIDAL, A. F. Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Atención Primaria*, v. 30, n. 8, p. 483-489, 2002.

FERRARI, A.T. *Fundamentos de Sociologia*. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil, 1983.

FLECK, M. P. A. *Problemas conceituais em qualidade de vida*. In: FLECK, M. P. A. (Org.). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 1, p. 19-27.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

- FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. (Orgs.). *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz, 2007.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Tradução de Roberto Machado. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- FRANCO, G. P.; BARROS, A. L. B. L.; MARTINS, L. A. N. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 139-144, 2005.
- GIACHELLO, A. L. Health outcomes research in Hispanics/Latinos. *Journal of Medical Systems*, New York, v. 21, n. 5, p. 235-54, 1996.
- GOMES, C. M. A. Descrição da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 7, n. 2-4, p. 60-63, 1997.
- HOSPITAL DO CÂNCER ALFREDO ABRÃO. *Sobre o HCAA*. Campo Grande, 2009. Disponível em: <<http://www.hospitaldocancercg.com.br/index.php>>. Acesso em: 17 out. 2009.
- JACQUES, W. C. A. Qualidade de vida: algo mais do que um elenco de benefícios. *Revista Treinamento e Desenvolvimento*. São Paulo, p. 32-33, jul/1996.
- JORGE-RODRIGUEZ, F. et al. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, v. 36, n. 8, p. 442-447, 2005.
- JOVTEI, E. G. *Qualidade de vida e o ensino tecnológico: uma experiência de pesquisa*. 2001. 145 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- LABATE, R. C.; CASSORLA, R. M. S. A escolha do profissional de saúde em trabalhar com pacientes mastectomizadas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 21, n. 2. p. 103-105, 1999.
- LIMA, J. C. F. *Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde*. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. (Orgs.). *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz, 2007
- LIMONGI-FRANÇA, A. C. Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras. *Revista Brasileira de Medicina Psicosomática*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 79-83, 1997.
- LIPP, M. N. *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso*. Campinas, Papiros, 1994.
- LOPES, A. et al. *Oncologia para a graduação*. Ribeirão Preto, SP: Tecmedd, 2005.
- LOPES, P. C. *Assistência de enfermagem*. In: GUIMARÃES, J. R. Q. *Manual de Oncologia*. 3. ed. São Paulo: BBS Editora, 2008.

- LOUREIRO, R. P. *Pesquisa Quantitativa: Conceitos Gerais e Método Epidemiológico*. In: AZEVEDO, D. R.; BARROS, M. C. M.; MÜLLER, M. C. (Orgs). *Psicooncologia e Interdisciplinaridade: Uma Experiência na Educação a Distância*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
- MARQUES, F. L. Qualidade de vida, uma aproximação conceitual. In: *Revista Semestral do Instituto de Psicologia da PUC/RS*. 4PISICO: Porto Alegre, v.27, no. 2, p.49-62, jul/dez. 1996.
- MARTINS, M. C. F. N. *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- MATHIAS, F. André sanciona Lei doando prédio para o Hospital do Câncer. Campo Grande, 2009. Disponível em: <<http://www.campogrande.news.com.br/canais/view/?canal=5&id=269827>>. Acesso em: 17 out. 2009.
- MENDES GONÇALVES, R. B. M. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor, 1992.
- _____. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, 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.
- MOREIRA, M. M. S. *Trabalho, Qualidade de Vida e Envelhecimento*. 2000. 100 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. Disponível em: <<http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2000/moreirammsm/capa.pdf>> Acesso em: 19 ag. 2008.
- MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. *Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>> Acesso em 04 de setembro de 2009.
- NOGUEIRA, C. R. S. R. *Avaliação comparativa da qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica com e sem circulação extracorpórea no período de 12 meses*. 2008. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- OLER, F. G. et al. Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. *Arquivo de Ciência da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 12, n. 2, p. 102-110, 2005.
- OLIVEIRA, M. L. S.; BASTOS, A. C. S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 97-107, 2000.
- PAGANI, T. C. S.; PAGANI JÚNIOR, C. R. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. *Revista de Ciências Biológicas e Saúde da Anhanguera Educacional*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 32-37, 2006.

- PASCHOA, S.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, v.20 n.3 São Paulo jul./set. 2007.
- PASCHOAL, S. M. P. *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. 2000. 263 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- PEREIRA, S.; AGUIAR FILHO, W. *O SUS e seus princípios*. In: BRAGA, D. G. et al. (Orgs) *Curso de Negociação do Trabalho no SUS*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.
- PIRES, D. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.
- PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: AnnaBlume/ CNTSS (Confederação Nacional de Trabalhadores em Seguridade Social), 1988.
- PIRES, D. E. P.; LUNARDI FILHO, W. D. *O processo de trabalho em saúde*. In: BRAGA, D. G. et al. (Orgs) *Curso de Negociação do Trabalho no SUS*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.
- QUEIROZ, I. S. *Fatores que influenciam a qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso no Instituto Médico Legal de Campo Grande (MS)*. Campo Grande: UFMS, 2005.
- QUIRINO, Tarcizio Rego, XAVIER, Odiva Silva. Qualidade de vida no trabalho de organização de pesquisa. São Paulo: USP. *Revista de Administração* v. 22, n.1, p.71-82, jan./mar. 1987.
- REDE FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER DE CAMPO GRANDE – MS. *Sobre o HCAA*. Campo Grande, 2009. Disponível em: <<http://www.hospitaldocancercg.com.br/index.php>>. Acesso em: 17 out. 2009.
- RIOS, L. F. *Manual de Psicología Preventiva*. Madrid: Ed. Siglo Veintiuno de España, 1994.
- RODRIGUES, M. V. C. *Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- ROSA, D. M. S. *A doença como processo de individuação*. *Psicología Argumento*, Curitiba, v. 21, n. 33, p. 39-46, 2003.
- RUFFINO NETTO, A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 35, p. 63-67, 1992.
- SAMPAIO, J. R. (Org). *Qualidade de Vida, Saúde Mental e Psicología Social: Estudos Contemporâneos II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, R.; ÁLVAREZ-NIDO, R.; LORENZO-BORDA, S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de atención primaria del área 10 Madrid. *MEDFAM: Órgano de Difusión de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, v. 13, n. 4, p. 291-296, abr. 2003.

- SILVA, M. M. A. *Trabalho médico e o desgaste profissional: pensando um método de investigação*. 2001. 186 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2001.
- SCLIAR, M. et al. *Saúde Pública: histórias, políticas e revolta*. São Paulo: Scipione, 2002.
- SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L .A. M. *Insônia e Qualidade de Vida*. Campo Grande: UCDB, 1999.
- SPILKER, B. (Ed.). *Quality of Life and pharmacoconomics in clinical trials*. 2nd. ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 1996.
- STRAUB, R. O. *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- STROEBE, W.; STROEBE, M. S. *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.
- VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. *Caderno de Pesquisa em Administração*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 23-35, 2001.
- VICTOR, M.; DIAS, F. Imagem JPEG. Disponível em: <<http://www.campogrande.news.com.br/canais/view/?canal=8&id=269780>>. Acesso em: 17 out. 2009.
- VIDO, M. B.; FERNANDES, R. A. Q. Qualidade de Vida: considerações sobre conceito e instrumentos de medida. *Brazilian Journal of Nursing*, Niterói, v. 6, n.2, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2007.870/197>>. Acesso em: 20 out. 2009.
- WALTON, Richard E. Quality of working life: what is it? *Sloan Management Review*, Cambridge, 15 (1), 1973.
- WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36 – Item Short-Form *Health Survey (SF-36)*: I. conceptual framework and item selection. *Medicinal Care*, Philadelphia, v. 30, n. 6, p. 473-483, jun. 1992.
- WOOD-DAUPHINE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going. *Journal of Clinical Epidemiology*, Oxford, v. 52, n. 4, p. 355-363, 1999.
- ZAVATTARO, H. A. *A Qualidade de Vida no trabalho de profissionais da área de informática: um estudo exploratório*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia, USP, São Paulo, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para a coleta de dados

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

- 1) Idade: _____
- 2) Sexo: () masculino () feminino
- 3) Estado Civil: () solteiro () casado () outro: _____
- 4) Função no Hospital do Câncer Dr. Alfredo Abrão: _____
- 5) Renda mensal própria: R\$ _____
- 6) Carga horária semanal de trabalho no hospital: _____ horas
- 7) Trabalha em outro emprego? Sim () Não ()
Se sim, qual?
() Hospital () Consultório () Clínica () Outros: _____
Carga horária: _____ Turno: _____
- 8) Qual o motivo que te levou a trabalhar com pessoas com câncer?
() afinidade () histórico de casos na família e/ou conhecidos
() oportunidade de emprego () satisfação profissional
() gosto pela área hospitalar () retorno financeiro
() outro: _____

APÊNDICE B – Modelo de documento utilizado para a realização da Pesquisa

OFÍCIO À DIRETORIA CLÍNICA DO HOSPITAL DO CÂNCER

Campo Grande, Junho/ 2008.

Sr. Diretor Clínico – Dr. Issamir Farias Saffar

Solicito a Vossa Senhoria, autorização para aplicar um questionário sociodemográfico e um instrumento de avaliação de qualidade de vida (SF-36) aos profissionais de saúde do Hospital do Câncer Alfredo Abrão.

A presente pesquisa é um trabalho de dissertação do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida dos profissionais de saúde deste hospital.

Solicito também a relação nominal dos profissionais, pois a aplicação dos questionários será realizada individualmente pelo pesquisador ou entrevistadoras previamente treinadas.

Envio em anexo cópia do projeto que originou o trabalho, bem como os questionários acima mencionados.

Agradeço desde já e em nome do meu orientador Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

Atenciosamente

ANDERSON BORGES DE CARVALHO (pesquisador)

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)¹

1 TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:

QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL DO CÂNCER DE CAMPO GRANDE/ MS.

2 PESQUISADOR:

Nome: Anderson Borges de Carvalho.

CPF: 543373641-53 - RG: 493441 SSP/ MS - Telefone: (67) 3361-4854/ (67) 9912-1309.

Endereço: Rua Peróba - nº 28 - Bairro: Coopatrabalho – Cidade: Campo Grande/ MS.

3 OBJETIVOS DA PESQUISA:

O objetivo desta pesquisa é avaliar a Qualidade de Vida dos profissionais de saúde do Hospital do Câncer de Campo Grande/ MS.

4 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA (SÍNTESE) :

Atualmente o termo qualidade de vida (QV) passou a permear nosso cotidiano de forma mais constante. É comum ouvirmos que questões pertinentes ao estado geral de saúde de um indivíduo estejam diretamente ligadas a fatores que alteram sua qualidade de vida. Sabemos também que o conceito de QV encontra-se cada vez mais abrangente, abraçando fatores dos mais variados relacionados à vida dos indivíduos.

O profissional da saúde lida com pessoas que na sua grande maioria das vezes buscam meios de melhora da sua QV. No que tange às questões relativas ao câncer, verifica-se ainda um estigma seguido de um desgaste profissional relacionado à doença.

Considerando por outro lado, que o profissional de saúde acumula em sua grande maioria uma carga horária elevada semanal, acarretando a falta de atenção a si próprio, bem como uma ausência de busca de autoconhecimento e falta de tempo para assuntos relacionados à sua atuação como indivíduo inserido num meio social.

¹ O modelo do TCLE é de responsabilidade do pesquisador e seu conteúdo deve responder a dois critérios fundamentais: assegurar ao pesquisador a autonomia para publicação dos resultados alcançados pela pesquisa e assegurar aos sujeitos que serão submetidos à pesquisa o direito de se manifestar e apoiar ou não o que estiver sendo apresentado na proposta.

Compreender a QV destes profissionais da saúde e sua ligação direta com um ambiente de trabalho que lida com uma patologia específica representam o desafio desta pesquisa.

O interesse por tal pesquisa também pode ser justificado devido ao fato da inexistência de estudos que abordem a QV dos profissionais de saúde de um hospital que trata de pacientes com câncer.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

Para a coleta de dados, os participantes serão informados dos objetivos da pesquisa e preencherão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

Dois questionários serão aplicados simultaneamente: o questionário sócio-demográfico (Apêndice 2) e o questionário de Qualidade de Vida, o SF-36 (Anexo1).

O questionário sócio-democrafico (Apêndice 2), é de autoria do pesquisador e engloba os seguintes aspectos: idade, sexo, estado civil, função, renda mensal própria, carga horária semanal de trabalho no hospital, necessidade de jornada dupla, tempo de serviço, motivo pelo qual levou a trabalhar com pessoas com câncer, mudanças de atitudes cotidianas e/ou de comportamento por trabalhar com pessoas com câncer e relacionamento com seus colegas de trabalho.

6 POSSÍVEIS DESCONFORTOS E RISCOS:

A vossa participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco ou desconforto.

7 POSSÍVEIS BENEFÍCIOS ESPERADOS:

A sua participação não trará qualquer benefício direto, mas proporcionará um melhor conhecimento a respeito da Qualidade de Vida dos profissionais de saúde do Hospital do Câncer de Campo Grande/ MS, acreditando que a pesquisa em questão trará uma projeção dos avanços dos conhecimentos relativos ao comportamento humano na esfera sócio-econômica, contribuindo para novas mudanças de atitudes dos indivíduos frente à pessoa com câncer e oferecendo mais discussões relativas à QV.

Considerando as informações constantes dos itens acima e as normas expressas na Resolução nº 196/96 do **Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde** consinto, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa na condição de participante da pesquisa e/ou responsável por participante da pesquisa, sabendo que:

1 A participação em todos os momentos e fases da pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou resarcimento financeiro. Em havendo despesas operacionais, estas deverão estar previstas no Cronograma de Desembolso Financeiro e em nenhuma hipótese poderão recair sobre o sujeito da pesquisa e/ou seu responsável;

2 É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa;

3 É garantido o anonimato²;

4 Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos;

5 A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**, da **Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)**, que a referenda;

6 O presente termo está assinado em duas vias.

Campo Grande-MS _____/_____/_

1) _____

Nome e assinatura do (a)

() Sujeito da pesquisa

() Responsável pelo participante

Meio de contato: _____

2) _____

Anderson Borges de Carvalho (pesquisador)

² Nos casos em que se fizer necessário o uso da voz ou da imagem (incluindo foto) do participante deve-se elaborar documento à parte, concedendo tal autorização.

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento para a coleta de dados

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – SF-36

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE (UCDB)

Score:

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados sobre como você se sente e quanto bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda a cada questão, marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral você diria que sua saúde é:

(circule uma)

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Ruim	4
Muito ruim	5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano atrás	1
Um pouco melhor agora que há um ano atrás	2
Quase a mesma de um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás	4
Muito pior agora que há um ano atrás	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta um pouco.	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir vários lances de escada.	1	2	3
e. Subir um lance de escada.	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro.	1	2	3
h. Andar vários quarteirões.	1	2	3
i. Andar um quarteirão.	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas quatro semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

(circule uma)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito grave	6

8. Durante as últimas quatro semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação às últimas quatro semanas.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido, que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, em quanto do seu tempo a sua saúde física ou os problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo tempo 1
 A maior parte do tempo 2
 Alguma parte do tempo 3
 Uma pequena parte do tempo 4
 Nenhuma parte do tempo 5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

ANEXO B – Autorizações para a realização da Pesquisa

HOMOLOGAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UCDB



Missão Salesiana de Mato Grosso
Universidade Católica Dom Bosco
 Instituição Salesiana de Educação Superior

Campo Grande, 06 de Agosto de 2008.

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de direito, que o projeto **“Qualidade De Vida Dos Profissionais De Saúde Do Hospital Do Câncer De Campo Grande/MS”** sob a responsabilidade de **Anderson Borges de Carvalho**, orientação de José Carlos Rosa Pires de Souza, protocolado sob o nº **038/2008**, após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco CEP/UCDB, foi considerado aprovado sem restrições.


Susana Elisa Moreno

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
 Universidade Católica Dom Bosco