

MARCOS ANTONIO NUNES DE ARAÚJO

**QUALIDADE DE VIDA DOS PROFESSORES DO CURSO DE
ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO
GROSSO DO SUL**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2009**

MARCOS ANTONIO NUNES DE ARAÚJO

**QUALIDADE DE VIDA DOS PROFESSORES DO CURSO DE
ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO
GROSSO DO SUL**

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 a orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2009**

Ficha catalográfica

Araújo, Marcos Antonio Nunes de
A663 Qualidade de vida dos professores do curso de enfermagem da
UEMS / Marcos Antonio Nunes de Araújo; orientação José Carlos
Rosa Pires de Souza. 2009
. 102 f. + anexos

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

1. Professores de enfermagem 2. Qualidade de vida
I. Souza, José Carlos Rosa Pires de II. Título
CDD –610.73

Bibliotecária responsável: Clélia T. Nakahata Bezerra CRB 1/757

A dissertação apresentada por MARCOS ANTONIO NUNES DE ARAÚJO, intitulada “QUALIDADE DE VIDA DOS PROFESSORES DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL”, 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. Rivaldo Venâncio da Cunha (UFMS)

Profa. Dr^a. Anita Guazzeli Bernardes (UCDB)

Profa. Dr^a. Lucy Nunes Ratier Martins (UCDB)

Dedico este trabalho a todos os Professores,
especialmente aos do Curso de Enfermagem
da UEMS, pela sua significativa participação
nesta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me mostrar o caminho digno, oportunizar a transformação de um sonho em realidade e dar força nos momentos em que mais precisei.

À minha esposa, Michele Teresinha Zardo de Araújo, por me incentivar em minhas metas e colaborar sempre para realização dos meus objetivos.

A Bruna Zardo de Araújo, minha filha pela incansável compreensão desses momentos de ausência.

Agradeço ao meu orientador do Mestrado, Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, por compartilhar seus conhecimentos, disponibilidade, destreza em suas devolutivas e por ter acreditado na minha capacidade.

A Coordenadora do Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, Profª. Drª. Sônia Grubits, pela seriedade que conduz.

Ao meu amigo Roberto Padim Oliveira, colega de aula, viagens e companheirismo desta árdua e satisfatória caminhada.

Agradeço ao Professor Lucas Rasi, pela dedicação ao trabalho estatístico desta dissertação.

Agradeço pelo anjo otimista que apareceu, a minha amiga Maria de Fátima Oliveira Mattos Grassi (Fatinha), pelas contribuições nos momentos de minha insegurança.

A Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Professora MSc. Fabiana Perez Rodrigues, pela colaboração em realizar minha pesquisa e compreensão com flexibilidade.

A Profª. Dra. Lucy Nunes Ratier Martins, pelas contribuições realizadas nessa caminhada importante da minha vida.

A Profª. Dra. Anita Guazzeli Bernardes, em partilhar seus conhecimentos e auxiliar nesta trajetória científica.

Ao Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha, por subsidiar com as dicas valiosas de sabedoria com muita tranquilidade.

Agradeço aos demais professores do Mestrado em Psicologia da UCDB, pela dedicação e seriedade.

RESUMO

A Qualidade de Vida compreende uma série de variáveis, tais como o contentamento natural das necessidades biológicas e a continuação de seu equilíbrio (saúde), a manutenção de um ambiente favorável à segurança pessoal, a possibilidade de desenvolvimento cultural e o ambiente social que propicia a comunicação entre os seres humanos, como base da harmonia psicológica e da criatividade. A presente pesquisa teve como objetivo avaliar a Qualidade de Vida relacionada à saúde dos professores do Curso de Enfermagem da UEMS, através de estudo descritivo. Nesta pesquisa foram aplicados dois instrumentos: um instrumento de avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey, SF-36, que apresenta oito domínios: capacidade funcional, aspecto físico, dor, aspecto geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental; e um instrumento sociodemográfico com as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, jornada de trabalho, forma de contrato, renda mensal, tempo de exercício da docência, carga horária semanal, tempo de trabalho na Universidade, formação universitária, titulação e se desenvolve outra(s) atividade(s) remunerada (s). Participaram da pesquisa os trinta e oito professores, que estavam pelo menos há um semestre em atividade docente no curso em exercício, independentemente do regime de trabalho (20 h; 40 h ou tempo integral) ao qual estivessem vinculados. Quando foi cruzado o questionamento em relação à jornada de trabalho com os domínios do SF – 36, foram detectadas diferenças significativas nos domínios: “Capacidade funcional” ($p = 0,001$), “Dor” ($p = 0,018$), “Vitalidade” ($p = 0,047$), e “Saúde mental” ($p = 0,027$). Nos domínios do SF – 36 em que houve diferença estatisticamente significativa, os professores com carga horária tempo integral possuem melhor Qualidade de Vida do que os professores com carga horária parcial (40h e 20h). Quanto à variável: se o professor possui ou não outra atividade, foi constatada diferença significativa em três domínios do questionário SF-36: “Capacidade funcional” ($p = 0,003$), “Dor” ($p = 0,024$) e “Saúde mental” ($p = 0,043$). Nos domínios com diferença significativa, os professores que “não” possuem outra atividade têm melhor Qualidade de Vida do que os que exercem outra atividade. Conclui-se que os professores que não trabalham sob o regime de tempo integral no curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul possuem uma Qualidade de Vida abaixo da média nos domínios mencionados.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Professores. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

ABSTRACT

Life quality comprises several variants, such as, natural contentment of biological needs and its continuing balance (health), the maintenance of a favorable environment to personal security, the possibility of a cultural development and the social environment in which you have communication among people, as a foundation of the psychological harmony and creativity. This study aimed to evaluate the quality of life related to health of teachers of the Course of Nursing at University State of Mato Grosso do Sul (UEMS) through a descriptive study. It was applied two instruments in this study: an assessment instrument of Life Quality related to Health, The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey, SF-36, which presents eight domains: functional capacity, physical aspect, pain, health general aspect, vitality, social aspects, emotional aspects and mental health; and a socio demographic instrument with the follow variants: sex, age, marital status, work time, work agreement, monthly income, period of being teaching, weekly work journey, period of job at UEMS, graduation, academic formation and whether they develop any other paid activity. Thirty eight teachers took part in this research who were at least one semester working as a teacher and who were in activity, independent of their work journey (20 hs/week or full time). Taking those two questionnaires relating to their work journey with SF-36, it was noticed significant differences in domains: "Functional Capacity" ($p = 0,001$), "Pain" ($p = 0,018$), "Vitality" ($p = 0,047$), e "Mental Health" ($p = 0,027$). In SF-36 Domains in which there were significant statistical differences, teachers with full time journey have had a better quality of life than those who have not. Regarding to the variant whether a teacher has another activity, it was noticed a significant difference in three domains of the SF-36 questionnaire: "Functional Capacity" ($p = 0,003$), "Pain" ($p = 0,024$) e "Mental Health" ($p = 0,043$). In domains with significant difference, teachers who have "not" had any other activity presented better quality of life than those who have. It is concluded that those teachers who have had a full time journey in School of Nursing at Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul have a better quality of life below the average of the mentioned domains.

Key words: Quality of Life; Teachers; Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Sede e a localização das unidades da UEMS.....	48
FIGURA 2 - Prédio da reitoria da UEMS.....	49
GRÁFICO 1 - Comparação entre os gêneros e as médias nas dimensões do questionário SF-36.....	58
GRÁFICO 1 - Comparação entre o estado civil e as médias nas dimensões do questionário SF-36.....	60
GRÁFICO 3 - Comparação entre a jornada de trabalho e as médias nas dimensões do questionário SF-36	61
GRÁFICO 4 - Comparação entre o contrato de trabalho e as médias nas dimensões do questionário SF-36	63
GRÁFICO 5 - Comparação entre a titulação de trabalho e as médias nas dimensões do questionário SF-36	65
GRÁFICO 6 - Análise de correlação entre a idade e as dimensões do questionário SF-36.....	66

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Perfil dos participantes.....	56
TABELA 2 - Comparação entre os gêneros e as médias nas dimensões do questionário SF-36	58
TABELA 3 - Comparação entre o estado civil e as médias nas dimensões do questionário SF-36	59
TABELA 4 - Comparação entre a jornada de trabalho e as médias nas dimensões do questionário SF-36	61
TABELA 5 - Comparação entre o contrato de trabalho e as médias nas dimensões do questionário SF-36	63
TABELA 6 - Comparação entre a titulação de trabalho e as médias nas dimensões do questionário SF-36	64
TABELA 7 - Comparação entre se o professor possui outra atividade e as médias nas dimensões do questionário SF-36.....	66
TABELA 8 - Análise de correlação entre a idade e as dimensões do questionário SF-36.....	67
TABELA 9 - Análise de correlação entre a renda e as dimensões do questionário SF-36.....	68
TABELA 10 - Análise de correlação entre o tempo de docência e as dimensões do questionário SF-36	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BIREME	- Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.
CEE	- Conselho Estadual de Educação
CEPA	- Centro de Educação Profissional
CES	- Câmara de Educação Superior
CNE	- Conselho Nacional de Educação
CLT	- Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
ERIC	- Education Resources Information Center
INEP	- Instituto Nacional de Educação e Pesquisa
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	- Ministério da Educação e Cultura
MEDLINE	- Literatura Internacional das Ciências da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PPP	- Projeto Político-Pedagógico
QV	- Qualidade de Vida
QVG	- Qualidade de Vida Geral
QVRS	- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
QVRT	- Qualidade de Vida Relacionada ao Trabalho
PPP	- Projeto Político-Pedagógico
RP	- Reunião Pedagógica

- SF-36 - The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey
- SCIELO - Scientific Electronic Library Online
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TI - Tempo integral
- UCDB - Universidade Católica Dom Bosco
- UEMS - Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

SUMÁRIO

	Pág.
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 QUALIDADE DE VIDA.....	22
2.1 QUALIDADE DE VIDA GERAL.....	23
2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITOS.....	23
2.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA AO TRABALHO.....	29
2.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	31
3 PROFISSÃO DOCENTE.....	38
3.1 HISTÓRICO.....	39
4 OBJETIVO.....	44
4.1 OBJETIVO GERAL.....	45
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	45
5 A PESQUISA	46
5.1 MÉTODO.....	47
5.2 LOCAL DA PESQUISA.....	47
5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	49
5.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	50
5.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	50
5.4 RECURSOS HUMANOS.....	50
5.5 PROCEDIMENTOS.....	50
5.5.1 INSTRUMENTOS DA PESQUISA.....	51
5.5.1.1 QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	51
5.5.1.2 THE MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT-FORM HEALTH SURVEY.....	51
5.5.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	53
5.5.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	54
6 RESULTADOS.....	55
6.1 PRIMEIRA PARTE: PERFIL DOS PROFISSIONAIS AMOSTRADOS.....	56
6.2 SEGUNDA PARTE: ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS CATEGÓRICOS.....	57
6.3 TERCEIRA PARTE: ANÁLISE DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	67
7 DISCUSSÃO.....	69

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICES.....	91
ANEXOS.....	94

1 INTRODUÇÃO

O professor é um profissional que tem grande responsabilidade social na formação de seus aprendizes. O conhecimento deste profissional, na maioria das vezes, extrapola as salas de aula, atingindo indiretamente a família, comunidade, meio ambiente e sociedade.

É comum observar entre os docentes de nível universitário, um profissional que iniciou sua atuação somente com sua formação de base e domínio aceitável da área de conhecimento, sendo evidenciado no cotidiano de suas atuações e através de seu currículo uma falta de qualificação pedagógica. Há uma imensa diferença em ter conhecimento, saber realizar os procedimentos técnicos e saber transmitir com habilidade e competência os conteúdos, fazendo uso das diversas metodologias e recursos didáticos. Alguns pesquisadores (MASETTO, 1998; KUENZER, 1999; TARDIF, 2000) constatam que a maioria dos professores universitários não têm formação específica para docência. Barbosa et al. (2009), mencionam que para ingressar em uma das grandes universidades renomadas do Brasil é necessário à prova escrita, currículo e seminário. A prova didática contempla as fases, contudo, não é eliminatória, por ser uma instituição de pesquisa. Evidencia-se que o sucesso profissional tem mais importância que o preparo para lecionar. Neste contexto, o professor de ensino superior é um aprendiz. Aprendiz do conhecimento das competências pedagógicas.

Dentre as diversas atividades desenvolvidas pelos docentes das Instituições de Ensino Superior, a prestação de serviço deste profissional universitário vai além daquela que lhe é atribuída. Ao professor, é inevitável desenvolver, individualmente ou em grupo, investigações no campo científico, que contribuem para o fortalecimento da sua Universidade, ou seja, o professor universitário ministra suas aulas teóricas, práticas ou teóricas-práticas, bem como realiza suas atividades em laboratório; coordena atividades de pesquisa e extensão com os seus pares; assume chefia de Departamentos, Coordenações de Cursos e Programas; lidera estudos e aplicações de métodos de ensino e de investigação relativos às disciplinas ou conteúdos. Também participa de bancas examinadoras, redige artigos científicos e pareceres técnicos, apresenta e representa a sua instituição em congressos, simpósios, seminários, jornadas, entre outros eventos, para se atualizar e expor sua produção científica. Em suma, desempenha vários fazeres pedagógicos dentro da Universidade.

A Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS - foi criada pela Constituição Estadual de 1979, e ratificada pela constituição de 1989, conforme os termos do disposto no artigo 48, do Ato das Disposições Constitucionais de 1989. Foi instituída pela Lei nº 1461, de 20 de dezembro de 1993, com sede e foro no município da cidade de Dourados-

MS. Visando dar atendimento ao disposto constitucional, em 1993, o governo nomeou a Comissão de Implantação da UEMS para que delineasse uma proposta de Universidade voltada para as necessidades regionais objetivando superá-las e contribuir através do ensino, pesquisa e da extensão, para o desenvolvimento científico, tecnológico e social do Estado.

Através de reuniões com as comunidades locais, foram definidas as necessidades regionais e chegou-se à concepção de uma Universidade voltada para a propagação do ensino superior no interior do Estado, alicerçado na pesquisa e extensão, respaldada na Política de Educação do Estado de Mato Grosso do Sul, que se propunha a reduzir as disparidades do saber e alavancar o desenvolvimento regional. Em fevereiro de 1994, o Conselho Estadual de Educação de Mato Grosso do Sul deu parecer favorável à concessão da autorização para implantação do Projeto da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e aprovação de seu Estatuto e Regimento Geral, porém, faltava ainda a autorização do então Conselho Federal de Educação, conforme a legislação vigente.

O processo de Autorização da UEMS tramitou no Ministério de Educação e Desporto por aproximadamente dois anos e, em 27 de Agosto de 1997, foi publicada pelo Conselho Estadual de Educação a Deliberação CEE/MS Nº 4.787 de 20/08/97 credenciando-a conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Lei nº 9394/96 (BRASIL, 1996).

A UEMS ofereceu no ano de sua inauguração no município de Maracaju, os cursos de Ciências - Habilidade em Matemática, Administração Rural, e Habilidade em Administração; em Jardim, Ciências - Habilidade em Biologia; em Glória de Dourados, o curso de Licenciatura em Matemática; em Coxim, Ciências Habilidade em Biologia; Ivinhema, Pedagogia – Habilidade (Pré-Escola séries iniciais); em Cassilândia, Letras Habilidade em Português/Inglês, Ciências - Habilidade em Matemática; Aquidauana, Zootecnia; Amambai, Letras Habilidade em Português/Espanhol; e em Dourados, os cursos de Ciências da Computação e Enfermagem e Obstetrícia.

O curso de Enfermagem e obstetrícia da UEMS iniciou no segundo semestre do ano de 1994, com algumas indagações na sua abertura como: Haveria número de enfermeiros necessários residindo no município? Quais benefícios trariam à comunidade, o curso de Enfermagem? Contudo, entidades da área como o Conselho Regional de Enfermagem e o Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul, contribuíam tanto para dirimir as dúvidas existentes, como para o fortalecimento do curso.

No segundo semestre de 2002, o Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS - já havia formado mais de noventa profissionais. Todavia, a estruturação do curso, em que foi formada a primeira turma, 1998, era e ainda é caracterizada por um modelo assistencial que configura a prática do modelo clássico, ou seja, "hospitalocêntrica", adotada sob a legislação específica, Parecer n.º 163/1972 e Parecer n.º 314/94 (Portaria n.º 1721/1994), que regulamentava o currículo mínimo para a Enfermagem.

Considerando que as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, no seu art.5º, parágrafo único, determina que a formação do enfermeiro deva atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde e assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento (CES/CNE, 2001), o Projeto Político Pedagógico deverá estar voltado para a formação de um profissional qualificado para atuar nas situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional com ênfase regional. Para tanto, os marcos que nortearão as atividades acadêmicas estão voltados tanto para a área hospitalar quanto para a Saúde Coletiva, ressaltando a promoção a saúde.

Desta forma, pensar coletivamente requer um esforço incessante do grupo. Para implantar o atual currículo integrado do Curso de Enfermagem da UEMS, na prática, sentiu-se a necessidade de realizar regularmente reuniões pedagógicas (RP), por entendermos que ela é o *lócus* de construção e operacionalização do trabalho em conjunto, ou seja, onde a proposta de interdisciplinaridade é praticada efetivamente. Em nosso contexto, a reunião pedagógica é o espaço para o encontro semanal de docentes do curso de Enfermagem com a finalidade de expor e ouvir as idéias, opiniões, conceitos, planos, projetos, informação de maneira participativa para analisar, planejar e decidir coletivamente as atividades pedagógicas.

As reuniões de Colegiado de Curso, de caráter ordinário ou extraordinário, para aprovação de projetos (ensino, pesquisa, extensão e eventos), acontecem no período matutino, vespertino e, esporadicamente, no noturno, com os professores do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). Devido à atual proposta do Projeto Político-Pedagógico (PPP), tem-se observado inúmeros educadores mencionando lassidão. Uma hipótese para tal fato ateve-se às aulas teóricas-práticas, em forma de estágio supervisionado, que ocorrem no período matutino, quando em alguns casos, docentes despertam por volta das cinco horas devido às atividades práticas iniciarem às seis horas em função de peculiaridades do campo de atuação. Outra hipótese ocorre porque no período

vespertino, o docente tem as aulas teóricas, reuniões, projetos, preparos de aulas, elaboração e correções de avaliações de aprendizagem, orientações e outros.

A UEMS possui diferentes regimes de trabalho no quadro do corpo docente: os professores com o Tempo Integral; regime de quarenta horas e regime de vinte horas. O professor que solicita o regime de Tempo Integral (TI) tem dedicação exclusiva à universidade possibilitando além das demais atividades, a produção científica de relevância, e assim não é possível exercer outra atividade remunerada fora da Instituição. O professor com regime de quarenta horas tem atribuições de ensino, pesquisa e extensão, porém não o possibilita de ter atividade fora da Instituição. Há um outro profissional docente, não raramente contratado, que trabalha vinte horas, sendo exigido sua participação no ensino e nas reuniões do curso.

Em mais de nove anos de atuação na profissão de docente, sendo os últimos sete anos dedicados à UEMS, observamos que vários colegas do curso realizam atividades extras à Instituição (os que não optaram pelo regime de “tempo integral” – TI). É possível encontrar estes profissionais trabalhando em outras Instituições de Ensino, consultórios, ambulatórios de clínicas de especialidades médicas, hospitais e Secretaria Municipal de Saúde. Existem poucos estudos realizados sobre esta categoria de docentes.

Numa pesquisa realizada na base de dados Education Resources Information Center (ERIC) – fonte de informação existente na área de educação – foram encontradas 296 publicações utilizando os termos *quality of life*; *teacher university*, contudo, não tratavam diretamente da relação Qualidade de Vida (QV) dos professores universitários. O levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados BIREME¹ (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde/Banco de teses da Universidade de São Paulo, Universidade Estadual de Campinas, Universidade Estadual Paulista) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), foram encontrados apenas dez documentos referentes às palavras-chave: professor universitário e QV. No site da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), foi encontrado apenas um artigo sobre QV. No site

¹ A BIREME é um centro pertencente à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Foi criada em 1967, como sendo a Biblioteca Regional de Medicina, mediante um convênio entre a OPAS e o Governo do Brasil, representado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e a Escola Paulista de Medicina, atual Universidade Federal de São Paulo. Atualmente é conhecida como Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, que apresenta maior representatividade sobre suas funções, mas a sigla BIREME, mundialmente conhecida, continua sendo utilizada.

da Literatura Internacional da Ciência da Saúde (MEDLINE), não foi encontrada, no período de 1966 a 2008, nenhuma pesquisa, usando para busca as palavras-chave: QV dos professores universitários e *quality of life; teacher university*.

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), a QV está diretamente ligada à condição humana e diz respeito às nossas aspirações, nossas realizações, nosso bem-estar, nossa satisfação em todos as áreas, como nossa vida profissional, pessoal, sentimental. É um termo sujeito a múltiplas definições, diversos entendimentos, pois ainda não existe um consenso definitivo sobre ele, uma vez que a cada momento de nossa vida, as sociedades tendem a usá-lo, sob variados enfoques. Em virtude do que foi exposto e da longa convivência com os professores do curso, surgiu o interesse de realizar esta pesquisa sobre a QV dos Professores do Curso de Enfermagem da UEMS.

No primeiro capítulo desta dissertação, discorremos sobre o referencial teórico que fundamenta Qualidade de Vida Geral (QVG); aspectos históricos e conceitos de QV; Qualidade de Vida Relacionada ao Trabalho (QVRT); Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS); o instrumento de avaliação The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36); e a profissão de docente. Este embasamento teórico oferecerá subsídios para análise desta pesquisa. Dentro deste panorama, serão apresentados os objetivos propostos neste estudo, tanto o geral (avaliar a QVRS dos professores do curso de Enfermagem da UEMS), como os específicos (delinear o perfil sociodemográfico da amostra através das variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, jornada de trabalho, forma de contrato (efetivo, colaborador/cedido ou convocados), renda mensal, tempo de exercício na docência, carga horária semanal, tempo de trabalho na UEMS, formação universitária, titulação, atividade(s) econômica(s) remunerada(s), dentre outras e comparar os domínios do SF-36 e as variáveis sócio-demográficas.

Ainda neste contexto, no segundo capítulo, será abordada a metodologia, apresentando o local da pesquisa, os participantes, os critérios de inclusão e exclusão, os recursos humanos e materiais utilizados, o instrumento da pesquisa, os aspectos éticos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a análise estatística.

Após a metodologia, no terceiro capítulo, apresentaremos os resultados estatisticamente significativos da pesquisa através dos gráficos, das tabelas e dos percentuais que facilitam a leitura e o entendimento dos dados da pesquisa. No capítulo quarto, ficará

evidenciado a discussão dos resultados, corroborando os principais dados encontrados, os quais serão destacados. No quinto capítulo, as considerações finais seguidas das referências, apêndices e anexos.

2 QUALIDADE DE VIDA

2.1 QUALIDADE DE VIDA GERAL

Gonçalves e Vilarta (2004) mencionam que a QV pode ter inúmeros significados. Neste trabalho, (QV) diz respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano. Envolve, portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito e que determinam como cada indivíduo vive o mundo. Compreendem desse modo, situações extremamente variadas, como anos de escolaridade, atendimento digno em caso de doença e acidentes, conforto e confiabilidade nas condições para se dirigir a diferentes locais, alimentação em quantidade suficiente e com qualidade adequada e, até mesmo, posse de aparelhos eletrônicos (PIRES et al., 1998 apud GONÇALVES; VILARTA, 2004).

Não são poucos os conceitos atribuídos à boa QV. É difícil conseguir unanimidade de opiniões entre pessoas da mesma comunidade e raramente em toda uma sociedade. Lidamos com alguns elementos que estão presentes na maioria das opiniões: segurança, felicidade, lazer, saúde, condição financeira estável, família, amor e trabalho (GONÇALVES; VILARTA, 2004).

Conforme os mesmos autores, QV está relacionada, ainda, a um conjunto de condições materiais e não-materiais, almejadas e exercidas pelos indivíduos de uma comunidade ou sociedade, segundo os princípios dos direitos humanos, do desenvolvimento social e da realização pessoal. Algumas dessas condições dependem de organização social e econômica capaz de propiciar oportunidades, condições de manutenção, bens materiais e serviços, com níveis apropriados de qualidade inerentes aos padrões de eficiência esperados por essa sociedade.

2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITOS

Segundo Vido e Fernandes (2007) explicam que o conceito de QV tem merecido atenção cada vez maior não apenas na literatura científica, como também em vários outros campos, como na Sociologia, Educação, Medicina, Enfermagem, Psicologia e nas demais especialidades, além da evidência nos meios de comunicação, nas campanhas publicitárias e até em discursos políticos, tornando-se assim um tema em destaque na sociedade atual. Segundo a literatura específica, entretanto, trata-se de um fenômeno complexo, com uma gama variada de significados, com diversas possibilidades de enfoque e inúmeras

controvérsias teóricas e metodológicas, pois em cada momento histórico, as sociedades tendem a conceituá-lo e usá-lo de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, podendo ser completamente diferentes de outras sociedades (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Diferentes referenciais filosóficos, desde a Antiguidade, conceituam o que seja vida com qualidade. O desenvolvimento histórico-cultural da humanidade traz referências às tentativas de se definir a QV, mesmo antes da Era Cristã. Em escritos como *Ética a Nicômaco*, Aristóteles (384-322 a.C.) afirmava que as pessoas concebiam boa vida ou bem-estar como sendo a mesma coisa que felicidade, e que o significado de felicidade tornava-se uma questão de contestação, com dúvida entendimento, pois cada indivíduo costumava definí-la de uma forma diferenciada de outro indivíduo.

Segundo Souza e Guimarães (1999), o termo QV é usado em diversos setores da sociedade e campos de estudos: saúde, filosofia, política, cidadania, religião, economia, cultura entre outros; e que a QV é um “[...] conjunto harmonioso e equilibrado de realizações em todos os níveis, como: saúde, trabalho, lazer sexo, família, desenvolvimento espiritual [...]” (p. 120). QV é a sensação de bem-estar do indivíduo. Este bem-estar é proporcionado pela satisfação de condições objetivas (renda, emprego, objetos possuídos, qualidade de habitação) e de condições subjetivas (segurança, privacidade, reconhecimento, afeto).

Beck, Budó e Bracini (1999) referem que o termo QV surgiu antes de Aristóteles, sendo inicialmente associado a palavras como “felicidade e virtude”, as quais, quando alcançadas, proporcionariam ao indivíduo “boa vida”. Veiculava também o termo como bem-estar, necessidade, aspiração e satisfação.

Em 1947, segundo os mesmos autores, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tomou como referência de QV a definição de saúde, abrangendo também padrões de vida, de moradia, condições de trabalho, acesso médico, dentre outros.

A palavra qualidade significa “[...] propriedade, atribuída ou condições das coisas ou das pessoas, capaz de distingui-la umas das outras e de lhe determinar a natureza” (ZANON, 2001, p. 3). A qualidade vai além de um conceito, é também uma ideologia, isto é, um sistema de idéias, dogmaticamente organizado como instrumento de luta político-social, que reivindica a produção de bens e serviços voltados exclusivamente para o atendimento das necessidades do bem-estar humano, e sua luta pela sobrevivência na terra.

Os primeiros trabalhos sobre QV foram produzidos nos Estados Unidos em 1920, por Walther Stewart Edwards De Ming e Joseph Juran, que trabalhavam na Bell Company (ZANON, 2001). Segundo Yamada (2001), foi Arthur Cecil Pigou, em *The Economics of Welfare* (1920), livro que tratava sobre economia e bem-estar, quem mencionou pela primeira vez o termo QV. Entretanto, o termo ganhou destaque na mídia em 1964, quando Lyndon Johnson, Presidente dos Estados Unidos da América do Norte, referindo-se ao sistema bancário norte americano, utilizou-o para dizer que os objetivos só podem ser medidos por meio da QV que proporcionam às pessoas (FLECK et al., 1999).

Seidl e Zanon (2004) mencionam indícios de que o termo surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 1930, segundo um levantamento de estudos que tinha por objetivo a sua definição e que fazia referência à avaliação da QV.

Costa Neto (2002), trabalhando na publicação de Cummins, intitulada *Directory of Instruments to Measure Quality of Life and Correlate Areas* (1998), identificou 446 instrumentos de avaliação de QV, no período de 70 anos. No entanto, 322 instrumentos identificados, equivalentes a mais de 70% do total, apareceram na literatura a partir dos anos 80. O acentuado crescimento nas duas últimas décadas atesta os esforços voltados para o amadurecimento conceitual e metodológico do uso do termo na linguagem científica.

Seidl e Zanon (2004) entendem que a noção de que QV envolve diferentes dimensões, configurando-se, a partir dos anos 80, acompanhada de inúmeros estudos empíricos, para melhor compreensão do fenômeno. Uma análise da literatura da última década evidencia a tendência de usar definições focalizadas e combinadas, pois são estas que podem contribuir para o avanço do conceito em bases científicas.

Conforme Peixoto (1999), a exigência de melhor QV já está sendo uma atitude natural e cotidiana de todos nós, contrariamente a épocas passadas, quando tal postura era segmentada a determinados nichos de produção de bens e serviços que, em contrapartida, para ter acesso a esta QV, por agregar mais valor, elevavam os custos. Enfim, com as novas tendências de qualidade, já a percebemos como um valor incorporado definitivamente ao dia a dia das pessoas, nações e instituições de todos os portes e origens. Todavia, mesmo considerando todo o elenco de sistemas e estratégias componentes do que podemos chamar de qualidade total, ainda há espaço para melhorias e otimizações importantes, que atingem diretamente os resultados obtidos. Esta lacuna (se assim podemos chamá-la) é a QV.

Para Queiroz, Sá e Assis (2004), QV é uma expressão que está começando a fazer parte do cotidiano dos indivíduos, mas que ainda não está totalmente internalizada, dada à grande diversidade de interpretações que se pode ter dela, sendo diferenciada para cada segmento da sociedade, podendo significar prosperidade, viver bem, ter família, ter realização, uma vida equilibrada, liberdade de ir e vir, liberdade de expressão, dentre outros.

De acordo com Castellanos (1997) a noção de QV transita em um campo semântico polissêmico. Por um lado, está relacionada a um modo de vida, a condições e estilos de vida (verdadeira amplitude do conceito de QV); por outro lado, inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e de ecologia humana. Finalmente, relaciona-se com o campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. Já na área da saúde, está voltado para a construção coletiva do conforto e bem-estar, de acordo com os parâmetros que cada sociedade pode escolher.

Souza e Guimarães (1999) mencionam que o conceito de QV consiste em três níveis: avaliação total do bem-estar, domínio global (físico, psicológico, econômico, espiritual, social) e os componentes de cada um dos itens do domínio global. Ao observar estes três níveis numa pirâmide, no topo estaria a avaliação total do bem-estar, seguida dos outros dois, sendo os “componentes de cada domínio”, a base da pirâmide. Estes níveis podem representar o estado geral de saúde do indivíduo, seu estado psicológico, as relações sociais, suas percepções, sendo que todos eles estão diretamente envolvidos ao ambiente de nosso entorno.

De acordo com a OMS (1995), QV é a percepção que cada indivíduo tem de sua posição na vida, em seu espaço de cultura, dos valores que preserva, suas aspirações, suas angústias, expectativas. Essa definição reflete o crescimento de que a QV pode ser inherentemente particular, embora tenham sido propostas definições normativas que incluem padrões mais objetivos, assim como percepções de condições objetivas (FLECK, 1999).

Peixoto (1999) ressalta que o equilíbrio é a palavra chave para a QV. Encontrá-la é um dos fundamentos da melhoria de sua vida. São diversas as dimensões da vida que se deve buscar atender: amor, família, trabalho, amizade, religião, dinheiro, lazer, comunidade, saúde e outros. A qualidade de nossa vida está diretamente relacionada à capacidade de estabelecer um balanceamento adequado entre essas diversas dimensões, buscando nos aproximar de um perfil mais equilibrado.

Lorenzi (2008) entende que atualmente, a QV é reconhecida como um indicador de

eficácia, eficiência e impacto de eventuais intervenções voltadas à prevenção ou tratamento de agravos à saúde, tanto individuais como no nível populacional. Na sua avaliação, dois aspectos são fundamentais, a subjetividade e a multidimensionalidade. A primeira refere-se à percepção do próprio indivíduo acerca do seu estado de saúde e dos aspectos não-médicos relativos ao seu contexto de vida, ou seja, cada indivíduo avalia a sua situação em cada uma das dimensões relacionadas à QV, o que não pode ser feito por um observador externo.

Carvalho Filho e Papaleo Netto (2006) relatam que a expressão QV é baseada nos escritos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada na Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1948 que, no seu artigo 25, inciso I, estabelece que:

Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direitos à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstância fora de seu controle (p. 414).

O termo QV se comparado à saúde, é mais abrangente e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando a sua condição de saúde e às intervenções médicas (CARVALHO FILHO; PAPALEO NETTO, 2006).

Potter e Perry (2004) mencionam que é difícil imaginar um conceito cuja definição seja mais pessoal ou mais ardilosa que o da QV. Para cada indivíduo, a ela representa algo interessante, pessoal e particular. Ainda assim, a sociedade utiliza medidas de QV, para ajudar e beneficiar a intervenção médica, existindo em consequência disso, abundante discussão sobre a mesma.

Segundo Souza e Guimarães (1999), na década de 80, houve grande crescimento nas pesquisas na área de QV em diversas culturas. Vários estudos englobando inúmeras culturas vêm sendo desenvolvidos por agências filantrópicas, agências de cuidados de saúde e instituições universitárias, entre outros. Estas pesquisas focalizam questões que têm um impacto na QV, como a superpopulação, pobreza, terremoto, urbanização, industrialização, migração e campanhas de imunização. Daí a necessidade da inclusão de variáveis culturais na avaliação de QV (GUILLEMINALT; LUGARESI, 1983).

A QV não pode estar relacionada apenas à resolução dos problemas básicos de sobrevivência, mas deve contemplar também a garantia de condições de conforto e de satisfação psicológica e física, individual e familiar dos indivíduos e ainda, deve ser entendida como a sensação do bem estar de cada um, esta dependendo tanto de materiais e objetos, quanto de aspectos subjetivos (CORRÊA; TOURINHO, 2001).

Acima do nível mínimo de sobrevivência, o determinante de QV é o ajuste ou a coincidência entre as características da realidade objetiva e as expectativas, capacidades e necessidades do indivíduo ou do grupo social, tal como eles mesmos as percebem. As diferenças de expectativas, capacidades e necessidades subjetivas verificadas entre indivíduos e grupos sociais distintos podem, então, ajudar a explicar por que sociedades com patamares semelhantes de atendimento de necessidades básicas apresentam indicadores diferentes de QV, bem como por que sociedades com níveis diferentes de atendimento possuem indicadores semelhantes (CORRÊA; TOURINHO, 2001).

Se imaginarmos um gráfico que pondere a importância que dada a cada dimensão de nossa vida, podemos depois comparar a importância ideal com a importância real. A diferença poderá nos indicar se estamos ou não equilibrando nossas fontes de satisfação. Sendo todas essas dimensões importantes, torna-se difícil atendê-las integralmente, se não estabelecemos qual é o seu grau relativo de importância. Para visualizar nosso perfil de QV, devemos definir as dimensões e atribuir a elas um número que representa sua importância relativa (PEIXOTO, 1999).

Domingues (1997 apud TEIXEIRA, 2005, p. 172) entende que QV vai além de uma abordagem e identificação de indicadores que permitam medi-la e avaliá-la:

Qualidade de vida engloba a vida e toda a problemática que a circunscreve, é falar da vida e seu valor, de sua qualidade, dos aspectos concretos da existência e de seus aspectos mais profundos, de uma humanidade que se encontra inserida em um ambiente físico, social, político, econômico, espiritual e cultural de extrema complexidade, em constante transformação e absolutamente distante das origens humanas.

É possível observar que uma boa QV está presente em todas nossas atividades sociais, entre elas no trabalho. Neste cenário profissional que absorve a maior parte do nosso tempo, em relação aos demais afazeres das vinte quatro horas, precisa-se de uma atenção especial, que não raramente ultrapassa o espaço físico da empresa, sendo necessário utilizar o tempo e o ambiente familiar. Com uso expressivo de tempo com essa atividade que é de sobrevivência

sua e familiar, é de suma importância arquitetar um projeto em que tenhamos uma boa QV no trabalho.

2.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA AO TRABALHO

Rodrigues (1999) menciona que existe crescente consciência ou percepção da importância de QVRT para o administrador, independente de sua área de atuação ou nível de formação. O chão da fábrica é o tradicional alvo de programas de saúde ocupacional e de segurança no trabalho. Atualmente, no entanto, QVRT passa a englobar outras categorias de colaboradores, incluindo gerência e alta direção. Embora historicamente, QVRT esteja mais associada à questão de saúde e da segurança no trabalho, seu conceito passa a sinalizar a emergência e habilidades, atitudes e conhecimentos em outros fatores, abrangendo agora associações com produtividade, legitimidade, experiências, competências gerenciais e mesmo integração social.

Goulart e Sampaio (1999) afirmam que o termo QV no trabalho foi representado, no passado, pela busca de satisfação do trabalhador e pela tentativa de redução de mal-estar e do excessivo esforço físico no trabalho. Pode-se dizer que nas primeiras civilizações já se tinham notícias de que teorias e métodos eram desenvolvidos com vistas a alcançar tais objetivos. Entretanto, foi apenas a partir da sistematização dos métodos de produção nos séculos XVIII e XIX, que as condições de trabalho passaram a ser estudadas de forma científica, primeiramente pelos economistas liberais, depois pelos teóricos da Administração Científica e posteriormente, pela Escola de Relações Humanas.

Moretti (2007) ressaltam que o ser humano traz consigo sentimentos, ambições; cria expectativas, envolve-se, busca o crescimento dentro daquilo que desenvolve e realiza. Então, é preciso que deixemos de lado aquela idéia de que o homem trabalha tão somente para a obtenção do salário, que nega seus sentimentos, que não se frustra com a falta de crescimento, que não se aborrece com o total descaso dos seus gestores que apenas lhe cobram a tarefa e não o orientam para a real situação, que lhe negam o acesso às informações, que o tratam apenas como uma peça a mais no processo de produção. É necessário sabermos que, cada vez que ele entra na instituição, é um “ser” integrado e indivisível, com direito a todos os sonhos de auto-estima e auto-realização. Para os autores, favorecer o desenvolvimento de um perfil humano condizente com os padrões do paradigma emergente consiste em construir os

alicerces para uma organização inteligente e inovadora. Respeitar o trabalhador como “ser humano” significa contribuir para a construção de um mundo mais humano e para um desenvolvimento sustentável. Investimento em QV significa investimento no progresso da sociedade e da economia global.

A primeira fase de estudos sobre a QVT, de acordo com Schmidt e Dantas (2006), iniciou-se na década de 60 e se estendeu até 1974, sendo marcada pela crescente preocupação de cientistas, líderes sindicais, empresários e governantes com as formas de como influenciar a qualidade das experiências do trabalhador num determinado emprego. A QVT seguiu uma abordagem sócio técnica, uma vez que era impulsionada pela perspectiva de uma sociedade progressista, a qual tinha como base a saúde, a segurança e a satisfação dos trabalhadores.

Nesta seara, Goulart e Sampaio (1999) apontam que a Escola de Relações Humanas, cuja preocupação era com os aspectos psicossociais do trabalho, foi a que apresentou maior identificação com o movimento de QVRT, tendo oferecido as seguintes contribuições:

- a) Elton Mayo, o iniciador da Escola de Relações Humanas, descobriu a importância das relações sociais do trabalhador, observando que a produtividade aumenta quando acontecem determinados fenômenos de grupo;
- b) Os estudos de Maslow e de Herzberg sobre a motivação humana apresentam uma fundamentação teórica para o tema. O primeiro desses teóricos desenvolveu uma teoria para hierarquia das motivações, segundo a qual, uma vez satisfeitos os motivos primários ou fisiológicos, aparecem os motivos secundários ou psicossociais. Herzberg, por sua vez, apresentou uma teoria que agrupava as motivações em dois blocos: os fatores higiênicos, indispensáveis para manter o estado de equilíbrio necessário ao trabalho e os fatores motivacionais, que tendem a aumentar o interesse das pessoas pelo trabalho;
- c) Os estudos de Dinâmicas de Grupo, iniciados por Kurt Lewin e desenvolvidos por seus discípulos e seguidores, focalizaram os fenômenos de grupo, mostrando que a convivência e a participação tendem a aumentar a rentabilidade no trabalho.

Fernandes (1996) afirma que a busca pela qualidade é a tônica do momento, e mobiliza esforços de toda ordem nas empresas brasileiras, o que não deixa de trazer resultados positivos de certa forma. No entanto, para obter o sucesso contínuo, a empresa tem de ser

expert na busca de resultados (qualidade de produtos/serviços), na manutenção de um clima interno motivador e na abertura para a inovação e a flexibilidade.

Gonçalves e Vilarta (2005) observam uma movimentação intensa na busca de novas formas de gerir as empresas e seus recursos de toda ordem, principalmente os recursos humanos, visando aumentar sua rentabilidade. Muitas dessas tentativas, em termos de gerenciamento da força de trabalho, não são mais que paliativas e panfletárias ou estratégias paternalistas, não modificando em profundidade as práticas administrativas tradicionais, com reflexo pouco significativo nos resultados globais das organizações e menos ainda no que tange ao atendimento das necessidades das pessoas. Esta tendência, que pode ser observada em todo mundo, inclusive no Brasil, é decorrente da necessidade de se atender a um mercado cada vez mais acirrado pela concorrência, e, ao mesmo tempo, é decorrência da tentativa de satisfazer consumidores cada vez mais exigentes.

A produtividade, a competitividade e a qualidade têm atraído a atenção dos pesquisadores, profissionais de todas as áreas e, evidentemente, dos empresários (FERNANDES, 1996). Tal reflexão abre espaço para novas formas de organização do trabalho e para a implantação de tecnologias direcionadas ao trabalho e à qualidade total, exigindo maior comprometimento e participação por parte dos empregados, para a consecução de suas metas, refletindo no gerenciamento dos recursos humanos. A tecnologia de QV no trabalho pode ser utilizada para que as organizações renovem suas formas de organização de trabalho, de modo que se eleve o nível de satisfação do pessoal e também a produtividade das empresas, como resultado de maior participação dos empregados nos processos relacionados ao seu trabalho.

No curso de Enfermagem da UEMS há um pequeno número de docentes com doutorado e mestrado. Não é raro encontrar professores especialistas, mestres e inclusive doutor, trabalhando fora da Instituição. Provavelmente esta conduta esteja relacionada à compensação financeira, mesmo comprometendo atividades como lazer, tempo de convívio com a família, descanso e também do tempo para o desenvolvimento espiritual, entre outros. Este conjunto de fatores pode influenciar diretamente na QV destes docentes. Sendo assim, esta pesquisa avalia a QV relacionada à saúde desses professores.

De acordo com Pillati e Rosa (2006), a QVRT, por sua vez, pode ser vista como um indicador da qualidade da experiência humana no ambiente de trabalho. Trata-se de um

conceito estreitamente relacionado à satisfação dos funcionários quanto à sua capacidade produtiva em um ambiente de trabalho seguro, de respeito mútuo, com oportunidades de treinamento e aprendizagem e com o equipamento e facilidades adequadas para o desempenho de suas funções. É comum debates através de órgãos que lutam por direitos dos trabalhadores reivindicando um plano de cargos e carreiras, para técnicos administrativos, bancários, docentes e outros, estimulando, incentivando e contribuindo para a evolução dentro da empresa. O servidor público, nesta questão, tem uma ascendência na instituição, através de um planejamento institucional. Na área da Educação, há uma luta histórica em defesa da qualidade da educação e, consequentemente, da melhoria das condições de trabalho dos professores.

Alguns conceitos fundamentais da QVRT são: participação do empregado nas decisões que afetam o desempenho de suas funções; reestruturação de tarefas, estruturas e sistemas, para que estas ofereçam maior liberdade e satisfação no trabalho; sistemas de compensações que valorizem o trabalho de modo justo e de acordo com o desempenho; adequação do ambiente de trabalho às necessidades individuais do trabalhador e satisfação com o trabalho (PILATTI; BEJARANO, 2005). Com relação a QVRT dos docentes, Rocha e Felli (2004) apontam que toda atividade profissional é, em si, geradora de fatores desgastantes e potencializadores, considerados fundamentais no processo saúde-doença dos trabalhadores. Esteves (1999) afirma que o mal-estar docente é um problema atual dos trabalhadores da educação, estando diretamente relacionado ao ambiente profissional.

As iniciativas de QVRT têm dois objetivos: de um lado, aumentar a produtividade e o desempenho e, de outro, melhorar a QVRT e a satisfação com o trabalho. Muitos autores supõem que os dois objetivos estão ligados: uma maneira direta de elevar a produtividade seria a melhoria das condições e de satisfação com o trabalho, porém, a satisfação e a produtividade do trabalhador não seguem necessariamente trajetos paralelos. Isto não significa que os dois objetivos sejam incompatíveis, nem totalmente independentes um do outro. Sob determinadas circunstâncias, melhorias nas condições de trabalho contribuirão para com a produtividade (PILATTI; BEJARANO, 2005).

A dinâmica do trabalho docente no ensino superior está, a todo instante, voltada para a execução de projetos, participação em reuniões, comitês, participação externa junto às entidades da sociedade, através dos projetos de ensino, pesquisa ou de extensão. Além disso, todos os docentes estão constantemente envolvidos com preparação de aulas, de provas,

correção de trabalhos, elaboração e/ou correção de relatórios, pareceres de trabalhos científicos, orientação acadêmica, coordenação de atividades, reuniões, preparação para realização de palestras, e outros, além de uma grande quantidade de prazos a serem cumpridos, podendo se caracterizar como um dos principais fatores estressantes e que podem comprometer a QV dos docentes.

O estudo realizado por Stacciarini e Tróccoli (2001), sobre a atividade ocupacional do enfermeiro apontou que, para os enfermeiros que atuavam na docência, os principais elementos que afetavam a QV desses profissionais, eram: recursos inadequados, a política universitária, política salarial, as relações interpessoais, carga horária e as atividades com os alunos. Alguns enfermeiros que participaram deste estudo, além da docência, também atuavam na área administrativa ou como assistentes. O cotidiano do trabalho docente da UEMS é muito semelhante a este, uma vez que, além de exercerem múltiplas atividades, alguns docentes atuam em hospitais, clínicas e outros serviços de saúde, paralelamente às atividades da universidade.

Para Araújo et al. (2006), o conhecimento sobre trabalho e saúde foi produzido, tradicionalmente, a partir de contextos industriais e fabris, sendo ainda restritas as abordagens de outros contextos organizacionais como as Organizações de Serviços Humanos. O trabalho faz parte cada vez mais cedo de nossa sociedade. Nós passamos boa parte de nossas vidas dentro de instituições e, na maioria das vezes, somos conhecidos socialmente somente pela profissão que exercemos. Neste mundo profissional que está cada vez mais competitivo, permanecer no emprego é o principal objetivo, contudo, ter QV no local onde passamos mais tempo do que com a nossa família, passou a ser uma questão de saúde. Por esse motivo, estudar a QV dos professores do Curso de Enfermagem da UEMS se faz tão importante, uma vez que são profissionais da saúde, que formam outros profissionais, que estarão atuando no mercado de trabalho e que podem apresentar problemas de saúde, em função de sua profissão.

2.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

O tema QV é contemplado sob os mais diferentes enfoques, seja o da ciência, através de várias disciplinas, seja o do senso comum, sob um ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e

espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante. Quando abordada de forma mais focalizada, QV em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Isso porque, em geral, os profissionais da saúde atuam num âmbito em que podem influenciar diretamente, isto é, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos de saúde que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja minorando suas consequências ou intervindo para realizar intervenções ou diagnósticos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Da mesma forma, é sabido que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde. É necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população (BUSS, 2000).

Fleck et al. (2008) referem que a QV, 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 evidentemente 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 QV 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.

Ao utilizarmos o conceito de saúde da OMS, segundo o qual a saúde é “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez [...]”, a medida de *status* de saúde passa a ter muitos pontos de intersecção com as de QV. O *status* da saúde pode ser definido como o nível de bem estar de um indivíduo, grupo ou população avaliado de forma subjetiva pelo indivíduo ou através de medidas mais objetivas.

O *status* funcional pode ser definido como o grau em que um indivíduo é capaz de desempenhar seus papéis sociais livre de limitações físicas ou mentais. A OMS (1946 apud FARIAS; BUCHALL, 2005), por meio da International Classification of Impairments,

Disabilities and Handcaps, traduzida para o português como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens definiu os termos deficiência (*impairment*), incapacidade (*disability*), e desvantagem (*handicap*) de forma a uni-los conceitualmente. Deficiência refere-se à perda ou anormalidade psicológica, fisiológica ou anatômica de uma estrutura ou função; incapacidade é qualquer restrição ou dificuldade de desempenhar atividades decorrente de uma deficiência e desvantagem, é uma medida da consequência social da deficiência ou da incapacidade (FLECK et al., 2008).

As condições de vida e de saúde têm melhorado de forma contínua e sustentadas na maioria dos países, no último século, graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, bem como aos avanços na saúde pública e na medicina. Relatórios sobre a saúde mundial (WHO, 1998) e sobre a região das Américas (OPAS, 1998) são conclusivos a respeito. Somente na América Latina, por exemplo, depois da II Guerra Mundial; a expectativa de vida subiu dos 50 anos para 67 anos; em 1990, esse número atingiu 69 anos de idade. Entretanto, as mesmas organizações são taxativas ao informar que, ainda que tal melhoria seja incontestável, também permanecem as profundas desigualdades nas condições de vida e saúde entre os países e, dentro deles, entre regiões e grupos sociais (BUSS, 2000).

Tornou-se lugar-comum, no âmbito do setor saúde, repetir, com algumas variantes, a seguinte frase: saúde não é doença, saúde é QV. Contudo, por mais correta que esteja tal afirmativa, costuma estar vazia de significado e, frequentemente, revela a dificuldade que temos, como profissionais da área, de encontrar algum sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico que, sem dúvida, domina a reflexão e a prática no campo da saúde pública. Dizer, portanto, que o conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de QV, que saúde não é mera ausência de doença, já é um bom começo, porque manifesta o mal-estar com o reducionismo biomédico (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Tais autores afirmam que a área médica por sua vez, já incorporou o tema QV na sua prática profissional, porém, se ao se apropriar do tema, utiliza-o somente dentro do referencial da clínica, para designar o movimento em que, a partir de situações de lesões físicas ou biológicas, se oferecem indicações técnicas de melhorias nas condições de vida dos enfermos. A expressão usada é QV em saúde. No entanto, a noção de saúde é totalmente funcional e corresponde ao seu contrário: a doença em causa, evidenciando uma visão medicalizada do tema. Os indicadores criados para medir esta QV são notadamente bioestatísticos,

psicométricos e econômicos, fundamentados em uma lógica de custo-benefício. E as técnicas criadas para medi-la não levam em conta o contexto sociocultural, a história de vida e de percurso dos indivíduos cuja QV se pretende medir.

Gonçalves e Vilarta (2004) mencionam que diante de tanta complexidade de concepções e práticas sobre QV, há inúmeras controvérsias no que se refere aos seus indicadores, isto é, em como medi-la. De fato, reconhece-se que nos dias atuais a quantificação de aspectos populacionais de saúde de grupos humanos visa basicamente à melhoria da saúde, segundo publicações dos periódicos oficiais da OMS.

De acordo com Lorenzi (2008), a QV relacionada à saúde, além de aspectos gerais, contempla aspectos relacionados a enfermidades específicas ou a eventuais intervenções em saúde. Porém, a sua avaliação de QV tem mostrado algumas divergências. Alguns autores (SOUZA et al., 2004; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; GONÇALVES; VILARTA, 2004) defendem enfoques mais específicos da QV, à medida em que esses favorecem a identificação das características específicas de um determinado agravo.

Morris, Perez e McNoe (1998 apud SEIDL; ZANNON, 2004) apontam que outro interesse está diretamente ligado às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde, e refere-se à QV como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição. Em se tratando de profissionais da educação, a QV é um importante parâmetro para avaliar se os professores estão sendo acometidos por alguma alteração, em função da atividade profissional que exercem, pois grande parte de seu tempo é dedicada à profissão. Nesses casos, a compreensão sobre a QV do paciente incorpora-se ao trabalho do dia-a-dia dos serviços, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde, podendo ser medidas, conforme o quadro 1 (p.36):

QUADRO 1: Indicadores de QV e saúde

1) Saúde como componente de QV

- Índice de Desenvolvimento Humano
- Índice de Desenvolvimento Tecnológico
- Índice Paulista de Responsabilidade Social
- Índice de Deteriorização da Vida
- Índice de Sustentabilidade Ambiental
- Índice Genebrino

2) Saúde como interesse na QV

2.1) Ênfase Biológica

- 2.1.1 Indicadores Específicos
 - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco
 - Inquérito Nacional de Saúde por Entrevista
 - Perfil de Impacto de Doença
 - WHOQOL-100
 - SF-36

2.1.2 Indicadores Genéricos

- QALIs
- DALYs
- HeaLYs
- Carga Global de Doença

2.2) Uso geral: Coeficiente de Gini

Fonte: Gonçalves e Vilarta (2004).

Segundo Gonçalves e Vilarta (2004), este quadro pode, atualmente, ser tomado como painel descritivo das tentativas que têm sido feitas com o objetivo de medir QV, partindo da Saúde Coletiva. Historicamente, entre as inúmeras profissões, em especial para os professores, o aumento de responsabilidades e atividades no ambiente de trabalho, sem que as condições ambientais de trabalho sejam melhoradas, podem acarretar uma série de problemas à saúde deste profissional, além de comprometer a eficácia do docente, pois tais situações podem desmotivá-los (ESTEVES, 1999).

3 PROFISSÃO DOCENTE

3.1 HISTÓRICO

Entre os séculos XII a VIII a.C, a educação estava voltada para a formação de guerreiros e, portanto, as técnicas de guerras eram os principais conteúdos ensinados, sendo considerados os objetivos da educação romana e espartana (PONCE, 2000). A figura responsável pela transmissão dos conhecimentos era a dos preceptores. Mais tarde, no final do século VI a.C., configura-se a participação da filosofia como veículo de transmissão de conhecimento.

Os filósofos ensinavam em praças públicas e, com exceção dos sofistas gregos, não cobravam pelo seu ofício. Desta mesma época, têm-se os primeiros modelos de escolas. As crianças do sexo masculino, na faixa etária de sete anos, eram encaminhadas pelo que se denominava pedagogo ao local onde seria preparado fisicamente pelo pedótriba (preparador físico). A leitura e a escrita eram ensinadas em praças públicas pelo gramático ou didáscalo, que não possuía o mesmo prestígio do instrutor físico. Entre os séculos IV e II a.C, Costa (1995) afirma que três tipos de educadores se configuraram, a saber:

- a) *ludi magister* (ou professores primários): eram escravos antigos, soldados velhos para lutar ou comerciantes falidos que ‘vendiam’ o ensino junto às feiras públicas. Mesmo sendo homens livres, estes mestres eram igualados a qualquer outro trabalhador assalariado entre os gregos e os romanos, isto é, como praticantes de uma atividade socialmente desprezada e inferior;
- b) gramáticos: surgem com a necessidade de aprender a língua grega imposta pelo contato com o povo helênico. Ensinavam os clássicos gregos aos jovens dos doze aos dezesseis anos, de casa em casa. Por causa de uma visão crítica, os gramáticos, de certo modo, formavam a opinião pública;
- c) retores: o retor fornecia a instrução de nível terciário. Surge para aprimorar a arte de usar a palavra. Por cobrarem muito bem pelos seus ensinamentos, somente quem tinha dinheiro usufruía do conhecimento destes mestres.

De uma forma geral, Costa (1995) aponta que desses três, a categoria dos *ludi magister*, que correspondia aos professores primários eram, assim como hoje em dia, os mais

simples e mal pagos e os retores, os de maior prestígio e melhor remuneração. No primeiro século da era cristã, os professores de ensino médio e superior são liberados de impostos e começam a receber por alguns cursos. Mais tarde, a oposição do imperador Juliano ao cristianismo, para impedir a ação dos professores cristãos, exige que toda nomeação docente seja autorizada pelo Estado. Os professores formam um corpo docente estatal e passam a defender seus interesses.

Conforme Costa (1995), durante a Idade Média, o sistema de pensamento esteve fundamentado na religiosidade e a religião passa a ser o principal elemento agregador, fortalecendo, em certo momento, a aliança entre Estado e Igreja. As bibliotecas dos mosteiros guardavam quase toda a herança cultural greco-latina e os monges – os únicos alfabetizados – passaram, gradativamente, a substituir os funcionários leigos do Estado.

Desde o período colonial (1549-1808), nossa educação oficial foi iniciada pelos jesuítas que, durante 210 anos, foram os primeiros educadores no Brasil, não só catequizando, mas espalhando nas novas gerações a mesma fé, a mesma língua e os mesmos costumes. Com a expulsão dos jesuítas aconteceu a primeira reforma do ensino no país. O Marquês de Pombal criou escolas régias oficializando o ensino. Apesar dos esforços de Pombal, não houve uma verdadeira instrução popular. Segundo Calmon (1937), a reforma Pombalina gerou uma fragmentação do sistema educacional, permitindo que houvesse uma grande quantidade de aulas isoladas, sendo que pessoas semi-analfabetas ministram conteúdos sem ter a menor qualificação. Em 1777, há registros de só existirem dois professores na Bahia.

Contribuindo neste aspecto, Bittencourt (2005) menciona que a profissão docente é bastante antiga, no entanto, o interesse pelos assuntos que envolvem a carreira do professor é extremamente amplo, principalmente no Brasil. Os estudos na vertente da saúde mental (ESTEVES, 1999; CODO; JACQUES, 2002; OLIVEIRA, 2003) encontram-se em caráter inicial, sendo pouco enfatizados aspectos importantes como as necessidades subjetivas do professor.

Desde que o trabalho de ensinar passou a se constituir numa atividade separada da igreja e exercida por leigos, surgiram preocupações influenciadas pelo ideário liberal que indicavam as necessidades de dar um caráter mais técnico-profissional a esta atividade. Em oposição a este profissionalismo articulava-se a igreja, amedrontada pela expansão do liberalismo. Este fenômeno caracterizou-se por um lado, pelas preocupações dos professores com uma formação técnico-profissional capaz de atender às demandas colocadas pela

expansão do ensino básico, principalmente da escola pública; e por outro lado, pelas preocupações da igreja e suas comparações em incentivar a atividade docente como vocação e sacerdócio (COSTA, 1995).

Sabe-se que no século XIX, os conflitos político-religiosos na Europa eram muito frequentes e foram determinantes em vários aspectos para o mundo contemporâneo nas disputas entre os interesses liberais/burgueses e os interesses tradicionais/aristocráticos que estavam presentes desde aquela época. A igreja exercia um papel fundamental nesta disputa ideológica por desempenhar, dentre outros fatores, o controle sobre a educação. As escolas funcionavam principalmente nas igrejas, nas catedrais e nos conventos, e os professores eram membros do clero (PONCE, 2000).

A segunda metade do século XVIII é um período chave na história da educação da profissão docente. Por toda a Europa procura-se esboçar o perfil do professor ideal: deve ser leigo ou religioso? Deve integrar-se num corpo docente ou agir a título individual? De que modo deve ser escolhido e nomeado? Quem deve pagar o seu trabalho? Este conjunto de interrogações inscreve-se num movimento de secularização e de estatização do ensino. O processo de estatização do ensino consiste, sobretudo, na substituição de um corpo de professores religiosos (ou sob o controle da Igreja) por um corpo de professores laicos (ou sob o controle do Estado), sem que, no entanto, tenha havido mudanças significativas nas motivações, nas normas e nos valores originais da profissão docente (NÓVOA, 1995).

O profissionalismo docente no Brasil existe muito mais fortemente como realidade discursiva, como idéia prometida, sempre arremessada a um futuro não próximo. Muitas vezes, este profissionalismo é visto apenas em sentido limitado, deixando de lado o artifício histórico e dinâmico que o circunscreve, contradizendo, assim, a perspectiva que o defende, a qual destaca uma “[...] ótica que respeite a autonomia, resguarde a participação da comunidade e consolide as práticas educativas emancipatórias [...]” (HYPOLITO, 1999, p. 98).

Talvez não haja dúvida nenhuma que um membro essencial no desenvolvimento da docência universitária, é o professor. Sendo as universidades “instituições formativas”, ninguém deveria desprezar nem o papel dessa função primordial, nem a importância daqueles que a exercem. Embora essas considerações possam ser óbvias, as circunstâncias instáveis das condições de funcionamento e sobrevivência das universidades obscureceram seu sentido formativo essencial. Elas se transformaram, em muitos casos, em centros de produção e

transferência de componentes culturais ou profissionais (ZABALZA, 2004).

Segundo Pettengil et al. (1998), todas as ações de um professor são orientadas pela forma como vê o mundo, pelos objetivos que pretende atingir, pela sua concepção de educação etc. Entretanto, o professor nem sempre é capaz de explicitar claramente as teorias de aprendizagem que o influenciaram, muito embora um espectador experimentado possa identificá-las a partir da observação. Gasparini, Barreto e Assunção (2005) destacam que as transformações sociais, as reformas educacionais e os modelos pedagógicos derivados das condições de trabalho dos professores provocaram mudanças na profissão docente, estimulando a formulação de políticas por parte do Estado.

Sorato e Marcomin (2007 apud CODO, 2002) destacam como causa do aumento de carga mental do trabalho do professor os diferentes números de empregos; lecionar para vários níveis de ensino; número diferente de turmas; número de alunos por turma; e fatores externos ao trabalho e ligados às relações interpessoais, levando à impossibilidade de cumprir adequadamente as exigências do trabalho. Contudo, Contaifeir et al. (2003) menciona que há estudos realizados no ambiente acadêmico que colocam em destaque a ocorrência de situações estressantes que vêm prejudicar o desempenho e a saúde do docente.

Santana e Fernandes (2007) relatam que o professor universitário deve estar atualizado com relação a novas tecnologias e exigências não somente baseadas em ensino aprendizagem, mas também com os impactos que elas apresentam em suas relações com o trabalho.

Pettengil et al. (1998) mencionam que, para o professor promover sua prática docente, é necessário alto conhecimento técnico, reflexão constante e engajamento intelectual e afetivo. Deve estar sempre em busca de inovação, propondo novas formas de atuação que facilitem o aprendizado. O relevante é que a atuação do educador seja coerente, consistente e adequada do ponto de vista educacional, o que pode ser alcançado após análise cuidadosa das teorias existentes bem como através do conhecimento e reflexão acerca do ambiente em que se processa o ensino e como ele é influenciado por estas teorias.

Silva (2000) descreve que a profissão docente é complexa, sendo sua característica marcante, a incerteza e a ambigüidade. O professor depende, basicamente, dele mesmo – ele é ator e observador da relação pedagógica. Ele pode, para contornar as incertezas e as necessidades, utilizar o conhecimento dos bons métodos, mas eles raramente são transferíveis para outros contextos.

Na maioria das vezes, os professores, ao ingressar na docência de nível superior, costumam receber dos coordenadores de curso, as disciplinas que deverão ministrar com os ementários já prontos para elaborar os planos de curso. O plano da disciplina é feito isoladamente, sem discutir com colegas com maior experiência que possam contemplar os conteúdos, a metodologia de ensino, a metodologia de avaliação, os recursos de ensino, enfim, os elementos essenciais de um plano. E é assim, solitariamente, que constrói seu planejamento e responsabiliza-se pela docência que acaba de assumir. A própria Instituição, por sua vez, não acolhe o professor encaminhando-o de início para um curso de preparação didático pedagógica cuja prática poderia ser continuada. É comum que os próprios coordenadores de curso vivam as mesmas angústias por serem oriundos da mesma formação que o professor recém contratado, podendo fazer muito pouco desse ponto de vista (BECK; BUDÓ; BRACINI, 1999).

Segundo Rodrigues e Mendes Sobrinho (2008) a formação, o desempenho e o desenvolvimento profissional do professor constituem objeto de análise e estudo a partir do movimento de transformação do ensino superior no Brasil. Nesse cenário, a formação do professor é apontada como um dos principais fatores que podem levar à melhoria da qualidade do ensino.

No Brasil, a literatura científica sobre as condições de trabalho e saúde dos professores é ainda restrita. Entretanto, a partir da década de 90, observou-se um aumento no número de estudos conduzidos neste grupo ocupacional, inclusive com o surgimento e constituição de uma linha de pesquisa que está crescendo cada vez mais no Brasil, o mal-estar docente (ESTEVE, 1999). Diversos trabalhos têm sido produzidos sobre a saúde dos profissionais da educação e os estudos sobre a QV tem se multiplicado, abrangendo diversas profissões, especialmente dos professores.

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a Qualidade de Vida relacionada à saúde dos professores do curso de Enfermagem da UEMS.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Delinear o perfil sóciodemográfico da amostra por meio das variáveis sociodemográficas;
- Comparar os domínios do SF-36: capacidade funcional, aspecto físico, dor, aspecto geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental; com as variáveis sociodemográficas.

5 A PESQUISA

5.1 MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo de corte transversal. Atribui-se a adoção do método quantitativo em função de sua possibilidade de conhecer e controlar variáveis, preocupando-se com a representação numérica, com medição objetiva e a quantificação de resultados.

Segundo Triviños (1987), o estudo descritivo permite a delimitação precisa em torno de métodos, técnicas, com base em uma teoria ou modelo, permitindo conhecer a sua comunidade, seus traços característicos, as pessoas, os problemas, as escolas, os professores e a educação.

5.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no curso de Enfermagem da UEMS, na sede, em Dourados. A UEMS foi concebida a partir de uma proposta política contemplada na primeira Constituinte do Estado, em 1979, e implantada em 1993 na cidade de Dourados, MS, município que está localizado na região sul do Estado de Mato Grosso do Sul, distando 219 km de Campo Grande a capital. Desenhandando um novo cenário educacional no Estado, uma vez que este tinha sérios problemas com relação ao Ensino Fundamental e Médio, principalmente quanto à qualificação de seu corpo docente (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL, 2006).

Esse novo modelo de Universidade deveria operar mudanças significativas quanto à qualidade do ensino no Estado, levando a universidade até o aluno, em função das distâncias e das dificuldades de deslocamento dos estudantes. A UEMS tem hoje, na sede em Dourados e nas 14 demais Unidades Universitárias, 33 cursos de Graduação, totalizando 60 ofertas, sendo que 35 são licenciaturas e 20 são bacharelados e 5 são tecnólogos. Foram 7.107 alunos matriculados para o ano letivo de 2009. Em Dourados, 2.219 acadêmicos estão regularmente matriculados nos 14 cursos, oferecidos em turnos diferentes, totalizando 17 ofertas. Atualmente possui 60 cursos de graduação, ofertando 2,3 mil vagas nas áreas de Ciências Humanas, Sociais, Exatas, Biológicas, da Terra e da Saúde (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL, 2009).

A UEMS (Figura 1) busca promover a democratização do saber num processo de

interiorização, no qual todas as atividades desenvolvidas mantêm coerência com a realidade socioeconômica do Estado, atendendo, em sua grande maioria, a uma clientela oriunda do Ensino público deste Estado, firmando-se como uma instituição que consolida o desenvolvimento da qualificação da população sul-mato-grossense.



FIGURA 1 - Sede e a localização das unidades da UEMS.

Fonte: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (2008).

A UEMS possui, em seu quadro, 506 professores, sendo que destes, 46 são graduados, 141 são especialistas na área, 215 são mestres e 104 são doutores. Destes, 302 são efetivos e 204 convocados e celetistas (regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT), em razão de 62 docentes encontrarem-se afastados para cursar Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado em instituições recomendadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível

Superior (CAPES), vinculada ao Ministério da Educação e Cultura (MEC), incentivados pelo Plano Interno de Capacitação Docente da UEMS. Conta ainda com 345 técnicos administrativos de apoio às atividades de ensino, pesquisa e extensão, sendo 198 de nível médio, 167 de nível superior e 7 de nível fundamental, estes últimos lotados no Centro de Educação Profissional (CEPA), em Aquidauana (figura 2).



FIGURA 2 - Prédio da Reitoria da UEMS

Fonte: Yuji Takarada (2008).

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

De um universo de quarenta e quatro participantes do curso de Enfermagem da UEMS, os quais ministram aulas e realizam as demais atividades pedagógicas, participaram da pesquisa 38 (trinta e oito), ou seja, todos os que contemplavam os critérios de inclusão. Destes trinta e oitos participantes, 29 (vinte e nove) do sexo feminino e 9 (nove) do sexo masculino.

5.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser professor do curso de Enfermagem da UEMS da Unidade de Dourados-MS há pelo menos um semestre letivo, estando em exercício, independente do regime de trabalho ao qual esteja vinculado, seja do quadro efetivo, cedido/colaborador ou convocado. Foi solicitado um semestre, no mínimo, de atuação na UEMS, para poder participar da pesquisa, ou seja, estes docentes deveriam atuar há pelo menos um semestre, para que pudessem interagir com o Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem, com a universidade e com a outra atividade profissional.

5.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não ser professor do curso de Enfermagem da UEMS há pelo menos um semestre letivo. Estar em licença médica, licença prêmio ou estar afastado para qualificação. O professor que está de licença médica, na maioria das vezes evita ter contato com colegas de trabalho, e não raramente está viajando para realizar os procedimentos médicos ou até mesmo por orientação do especialista, precisa permanecer em repouso absoluto, de acordo com a enfermidade.

5.4 RECURSOS HUMANOS

A pesquisa foi realizada pelo pesquisador e usou os serviços de um especialista em estatística para análise dos dados.

5.5 PROCEDIMENTOS

Primeiramente, foi encaminhado o projeto de pesquisa contendo em anexo o pedido de autorização à Coordenadora do Curso de Enfermagem da UEMS, a qual autorizou.

Logo após, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - da Universidade Católica Dom Bosco. Depois de ter sido aprovado pelo CEP da UCDB, com o objetivo de realizar adequações nos instrumentos de avaliação, foi realizado um projeto piloto com cinco professores do curso, de áreas afins, no intuito de constatar

alguma dificuldade no procedimento dos questionários (ANEXO A). Não houve necessidade de realizar alterações nos instrumentos de avaliação.

Com a autorização da Coordenadora do curso de Enfermagem da UEMS, participamos da reunião pedagógica, onde foi explanada a pesquisa para os professores do curso. Os participantes foram submetidos aos questionários SF-36 e ao questionário sociodemográfico. A aplicação dos instrumentos foi realizada com cada participante, com duração média de quinze minutos. Todos os instrumentos foram aplicados pelo pesquisador, durante o expediente docente e de acordo com a disponibilidade de cada participante. O período total utilizado para as coletas de dados foi de um mês, do dia quinze de agosto de 2008 a quinze de setembro de 2008 (ANEXO B, APÊNDICE B).

5.5.1 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Para avaliar a QV dos professores do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, foi elaborado um questionário sóciodemográfico e a utilização do questionário SF – 36.

5.5.1.1 QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Este instrumento foi concebido para a realização deste projeto, com a finalidade de delinear o perfil da população estudada, suas características sociodemográficas, no que se refere ao sexo, idade, estado civil, jornada de trabalho, tipo de contrato com a Instituição (efetivo, colaborador/cedido ou convocados), renda mensal, tempo de exercício docente, carga horária semanal, tempo de trabalho na UEMS, formação universitária, titulação, se desenvolve outra(s) atividade(s) econômica(s) remunerada(s).

5.5.1.2 THE MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT-FORM HELTH SURVEY

É o questionário de medidas genéricas de QV mais utilizado (HOPMAN et al., 2000).

Foi desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992) e validado para a população brasileira por Ciconelli et al. (1999). Desenvolvido com a finalidade de refletir o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes em uma ampla variedade de população. Avalia aspectos relativos à função, disfunção e desconforto físico e emocional (CICONELLI, 1999).

O SF-36 é um questionário multidimensional, que pode ser auto-administrável, e tem o propósito de examinar a percepção do estado de saúde pelo próprio paciente. É formado por 36 itens agrupados em oito escalas, componentes, domínios ou dimensões: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspecto sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e aquelas de um ano atrás (CICONELLI, 1999). As oito dimensões de saúde possuem uma quantidade variável de itens que graduam as respostas de 0 a 100, sendo que a maior pontuação indica um melhor estado de saúde (BOUSQUET et al., 1994). O item da avaliação comparativa, que compara a saúde atual com há de um ano atrás, não recebe pontuação (HOPMAN et al., 2000).

Segundo Ciconelli (1999), com relação aos domínios do SF-36, a capacidade funcional avalia tanto a presença como a extensão das limitações impostas à capacidade física, variando em três níveis: muito, pouco ou sem limitação; no aspecto físico, avalia tanto as limitações no tipo e quantidade de trabalho e como quanto estas limitações dificultam e interferem nas atividades de vida diária da pessoa; com relação à dor, mede sua extensão ou interferência nas atividades de vida diária; no domínio saúde mental, avalia ansiedade, depressão, alterações do controle e descontrole emocional e bem-estar psicológico.

A QV é composta por quatro campos básicos, que são: a) a função física e profissional, que valoriza aspectos como força, energia e a capacidade de dar continuidade às atividades normais esperadas; b) função psicológica, que analisa a ansiedade, a depressão e o medo, sendo que esta análise deve ser global, não realizando uma diagnose específica; c) intervenção social, que avalia a capacidade da pessoa em dar continuidade às suas relações interpessoais; d) sensação somática que avalia as reações físicas de dor, náusea, dispnéia e outras (BLEY; VERNAZZA-LICHT, 1997).

No estudo de Ciconelli (1999), com pacientes brasileiros portadores de artrite reumatóide foi demonstrado que a versão para a língua portuguesa do SF-36 é de fácil e rápida administração e caracteriza um instrumento útil para avaliação, de forma

multidimensional, do estado geral desses pacientes por meio de entrevistas e suas propriedades de medidas, como a reprodutibilidade e validade.

Para a definição do instrumento para coleta de dados, o instrumento de pesquisa de avaliação de QV escolhido (SF-36), foi derivado, inicialmente, do questionário de avaliação de saúde The Medical Outcomes Study-MOS, formado por 149 itens, desenvolvido e testado em mais de 22.000 pacientes. Para a formulação de um questionário abrangente, mas não tão extenso, elaborou-se primeiro um questionário de 18 itens, o qual avaliava a capacidade física, limitação devido à doença, saúde mental e percepção da saúde. Posteriormente foram adicionados os itens de avaliação dos aspectos sociais e de dor, sendo então criado o SF-20. O SF-20, além de permitir a análise de suas medidas psicométricas, detecta diferenças no estado funcional e de bem-estar entre os pacientes com doenças crônicas e alterações psiquiátricas (WARE; SHERBOURNE, 1992). Para o desenvolvimento do SF-36 foram selecionados, dentre mais de 40, oito conceitos de saúde e escalas analisadas pelos estudos de avaliação de saúde (WARE et al., 1993).

5.5.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabelece: a) assegurado ao entrevistado o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento; b) assegurado o sigilo e o anonimato; c) permitido aos entrevistados o livre acesso aos dados; d) assegurado o consentimento para a divulgação dos dados e mantido o compromisso na transcrição dos dados (BRASIL, 1996).

Foi entregue um Termo Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes da pesquisa, a fim de preencherem, assinarem e colocarem o número do Registro Geral (RG). A seguir os professores do curso de Enfermagem foram solicitados a firmar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual lhes garante o sigilo dos dados e a possibilidade de se retirar da pesquisa, a qualquer momento, caso se sentissem sob qualquer risco de constrangimento (apêndice A).

5.5.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a coleta de dados, os mesmos foram tabulados em planilhas no programa Excel e, em seguida, enviados para análise estatística. Contemplando o objetivo referente à caracterização da amostra, foi realizada uma análise descritiva dos resultados, apresentando médias e desvios padrão de cada domínio dos questionários SF-36 e o questionário sociodemográfico. Na análise estatística dos dados, foram aplicados dois testes estatísticos distintos, sendo justaposto para as variáveis categóricas em relação às dimensões do questionário SF-36, o teste *t*-student. Com relação às variáveis sociodemográficas contínuas, foi aplicado o teste de correlação linear de *Pearson*. O nível de significância foi de 5%, ou seja, todos aplicados com 95% de confiabilidade.

6 RESULTADOS

Este capítulo apresenta o resultado estatístico, analisado à claridade de referencial teórico. De um universo de quarenta e quatro professores do curso de Enfermagem da UEMS com sede em Dourados, 38 (trinta e oito) participaram da pesquisa.

O tratamento estatístico foi dividido em três partes, sendo na primeira apresentados os dados sociodemográficos da amostra; na segunda parte, os testes estatísticos referentes a dados demográficos categóricos e, na terceira parte, foram feitos os testes estatísticos referentes aos dados sociodemográficos contínuos.

6.1 PRIMEIRA PARTE: PERFIL DOS PROFISSIONAIS AMOSTRADOS

Os dados sociodemográficos dos professores amostrados estão apresentados na Tabela 1:

TABELA 1 - Perfil dos participantes

Variável		Quantidade	%
Gênero	Feminino	29	76,3
	Masculino	9	23,7
Estado civil	Casado	24	63,2
	Separado	3	7,9
	Solteiro	11	28,9
Jornada	20 horas	7	18,4
	40 horas	15	39,5
	Tempo Integral	16	42,1
Contrato	Concursado	25	65,8
	Convocado	13	34,2
Titulação	Doutor	6	15,8
	Especialista	18	47,4
	Mestre	14	36,8
Outra atividade	Não	17	44,7
	Sim	21	55,3
Declarou a Renda	Não	5	13,2
	Sim	33	86,8
Tempo de docência	Menos de cinco anos	13	34,2
	Mais de cinco anos	25	65,8

A tabela 1 evidencia o predomínio feminino entre os professores participantes com 76,3%. E os casados mantiveram o percentual mais expressivo entre os professores, com 63,2% do total. Apesar de ser opcional dedicar-se o tempo integral, o que dá um maior retorno financeiro dentro da Instituição, somente 42,1% estão neste regime de trabalho. Para um curso de universidade pública, que existe há mais de dez anos, o percentual de contratados é bastante elevado com um total de 34,2% dos professores. Contudo, a titulação dos docentes é uma pirâmide invertida se compararmos com outras universidades. Somente 15,8% dos docentes são doutores, 36,8% são mestres e o grupo que mais concentra títulos são os especialistas, perfazendo 47,4% dos docentes do curso de Enfermagem da UEMS. Entretanto, a maior parte dos professores tem outra atividade extra UEMS, concentrando um grupo de 55,3% dos docentes. Trinta e três professores responderam quanto à renda pessoal, perfazendo um total de 86,8% dos participantes. A média ficou no valor de três mil, setecentos e setenta reais e nove centavos (R\$ 3.779,09). Houve uma variância de renda entre os professores de mil reais a onze mil reais. Também ficou evidenciado nesta pesquisa, que um percentual expressivo de professores atua na área há mais de cinco anos, ou seja, 65,8% dos participantes. Ainda foi possível observar que houve uma variância de dois anos e dois meses a professor com trinta anos de experiência.

6.2 SEGUNDA PARTE: ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS CATEGÓRICOS

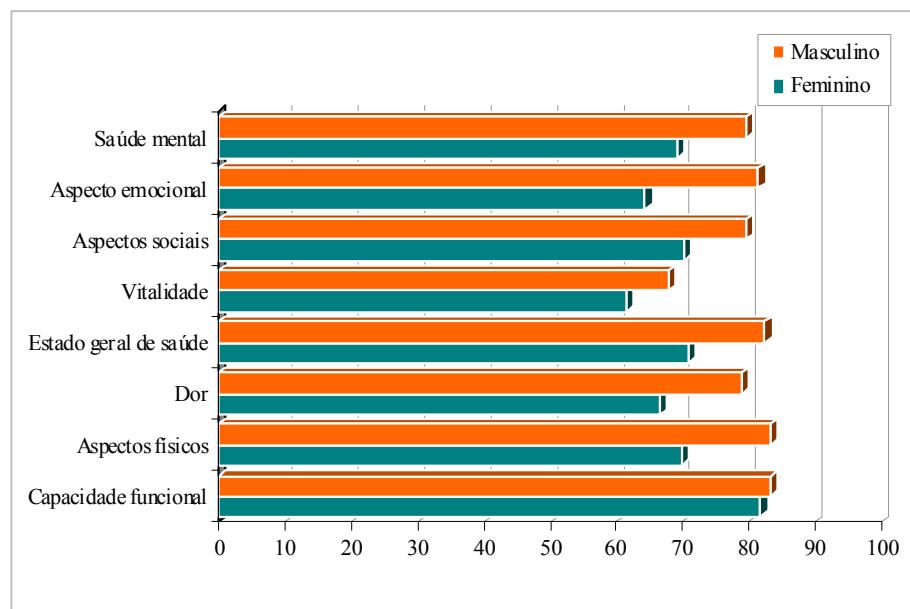
Para a comparação da QV entre os professores do departamento de Enfermagem em relação aos dados obtidos, foi utilizado o teste *t*-student, com a finalidade de detectar diferenças significativas entre a média dos escores em cada um dos domínios do questionário SF-36, a um nível de 95% de confiabilidade.

A primeira variável categórica testada foi o “gênero”, ou seja, se há algum a diferença significativa entre o gênero dos professores em relação a cada domínio do questionário SF-36 (TABELA 2, GRÁFICO 1).

TABELA 2 - Comparação entre os gêneros e as médias nas dimensões do questionário SF-36

Dimensão	Variável	Valores				
		n	média	dp	t	p-valor
Capacidade funcional	Feminino	29	81,72	14,84	0,08	0,773
	Masculino	9	83,33	13,46		
Aspectos físicos	Feminino	29	69,83	36,83	1,05	0,312
	Masculino	9	83,33	25,00		
Dor	Feminino	28	66,57	26,41	1,60	0,215
	Masculino	8	78,88	13,11		
Estado geral de saúde	Feminino	27	70,96	21,99	2,00	0,167
	Masculino	9	82,44	17,92		
Vitalidade	Feminino	29	61,55	19,14	0,76	0,388
	Masculino	9	67,78	16,98		
Aspectos sociais	Feminino	26	70,19	27,40	0,77	0,386
	Masculino	8	79,69	24,03		
Aspecto emocional	Feminino	29	64,36	34,44	1,71	0,199
	Masculino	9	81,49	33,79		
Saúde mental	Feminino	26	69,08	21,00	1,95	0,172
	Masculino	9	79,56	13,33		

Os dados da Tabela 2 podem ser melhor visualizados no gráfico 1:

GRÁFICO 1 - Comparação entre os gêneros e as médias nas dimensões do questionário SF-36.

FONTE: Dados resultantes da pesquisa

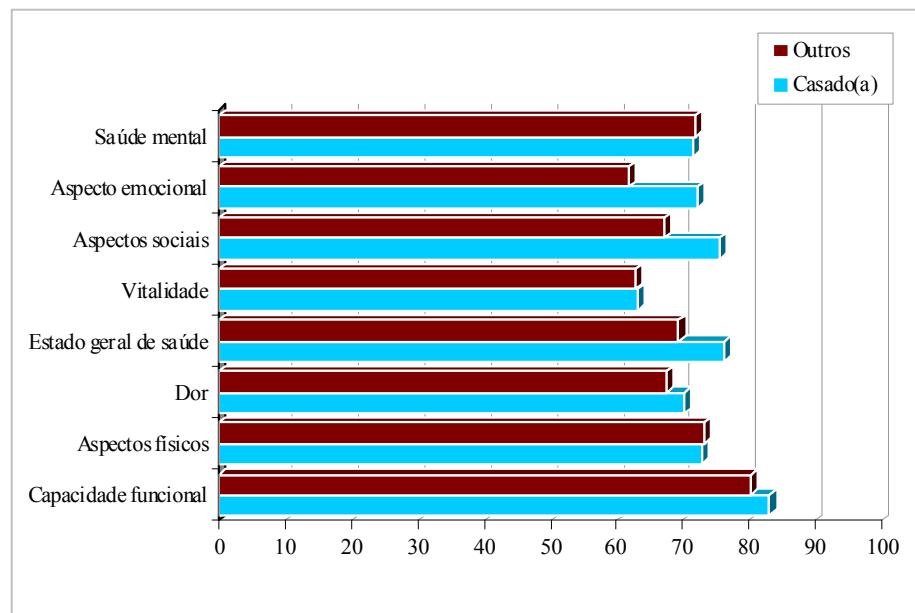
Com relação ao gênero dos professores, não foi detectada diferença significativa a um nível de 95% de confiabilidade, em nenhuma dimensão do questionário SF-36. Isso significa que o gênero não é um fator discriminante em relação à QV dos professores. É comum encontrarmos pesquisas que evidenciam a mulher como tendo mais atividades extra instituição do que o homem. Não raramente, a mulher que tem uma visão mais holística, realiza ou completa as atividades domésticas, como o preparo de refeições, acompanha o filho para escola, observa as tarefas dos mesmos, roupas para os membros da casa, mercado, feira, enfim, além de ser mais detalhista com as atividades docentes. Neste aspecto, o homem, quando termina as atividades da profissão, na maioria das vezes, dedica-se a proteger a família, e os bens materiais, como a casa e o carro.

Com relação ao estado civil, foi identificada diferença significativa entre a categoria “casado (a)” e a categoria “outros”, sendo que o grupo “outros” foi formado com a junção dos grupos “solteiro (a)” e “separado (a)”, em decorrência dos mesmos não terem uma frequência alta no grupo amostral. Através do teste *t*-student, não foi detectada diferença significativa entre os grupos em nenhuma dimensão do questionário SF-36, conforme apresentado na Tabela 3 e exposto no gráfico 2:

TABELA 3 - Comparaçao entre o estado civil e as médias nas dimensões do questionário SF-36

Dimensão	Variável	Valores				
		n	média	dp	t	p-valor
Capacidade funcional	Casado (a)	24	83,13	13,25	0,32	0,574
	Outros	14	80,36	16,46		
Aspectos físicos	Casado (a)	24	72,92	36,80	0,00	0,980
	Outros	14	73,21	31,72		
Dor	Casado (a)	23	70,30	20,43	0,10	0,750
	Outros	13	67,54	31,27		
Estado geral de saúde	Casado (a)	23	76,35	20,15	0,88	0,356
	Outros	13	69,38	23,63		
Vitalidade	Casado (a)	24	63,13	18,17	0,00	0,967
	Outros	14	62,86	20,07		
Aspectos sociais	Casado (a)	21	75,60	26,95	0,77	0,386
	Outros	13	67,31	26,29		
Aspecto emocional	Casado (a)	24	72,22	34,99	0,78	0,383
	Outros	14	61,90	34,25		
Saúde mental	Casado (a)	21	71,62	19,43	0,00	0,956
	Outros	14	72,00	20,81		

GRÁFICO 2 - Comparação entre o estado civil e as médias nas dimensões do questionário SF-36.



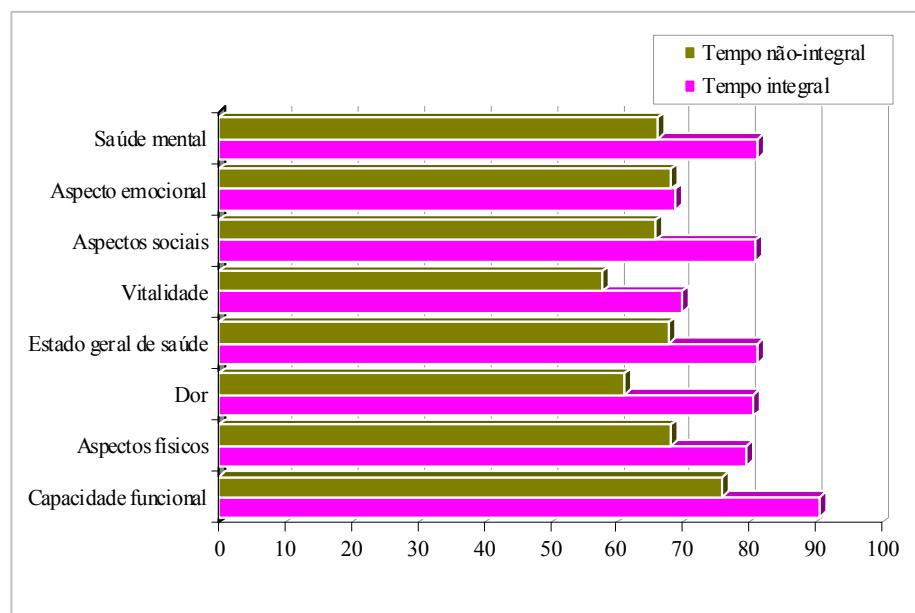
FONTE: Dados resultantes da pesquisa

Foi identificado se há diferença significativa entre as jornadas de trabalho dos professores, sendo divididas em dois grupos: tempo integral e tempo não-integral. O grupo tempo integral são dos professores que possuem jornada de trabalho integral, ao passo que o grupo tempo não-integral é formado por professores que possuem jornada de trabalho de 20 ou 40 horas (TABELA 4, GRÁFICO 3).

TABELA 4 - Comparação entre a jornada de trabalho e as médias nas dimensões do questionário SF-36

Dimensão	Variável	Valores				
		n	média	dp	t	p-valor
Capacidade funcional	Tempo integral	16	90,63	9,81	12,84	0,001
	Tempo não-integral	22	75,91	14,11		
Aspectos físicos	Tempo integral	16	79,69	29,18	1,03	0,318
	Tempo não-integral	22	68,18	37,94		
Dor	Tempo integral	15	80,53	22,21	6,21	0,018
	Tempo não-integral	21	61,29	23,28		
Estado geral de saúde	Tempo integral	16	81,19	19,60	3,66	0,064
	Tempo não-integral	20	67,95	21,42		
Vitalidade	Tempo integral	16	70,00	13,04	4,21	0,047
	Tempo não-integral	22	57,95	20,62		
Aspectos sociais	Tempo integral	15	80,83	21,06	2,83	0,102
	Tempo não-integral	19	65,79	29,12		
Aspecto emocional	Tempo integral	16	68,74	30,97	0,00	0,961
	Tempo não-integral	22	68,18	37,77		
Saúde mental	Tempo integral	13	81,23	9,71	5,39	0,027
	Tempo não-integral	22	66,18	22,04		

GRÁFICO 3 - Comparação entre a jornada de trabalho e as médias nas dimensões do questionário SF-36.



FONTE: Dados resultantes da pesquisa

Com relação à jornada de trabalho foi detectada diferença significativa nos domínios: “Capacidade funcional” ($p = 0,001$), “Dor” ($p = 0,018$), “Vitalidade” ($p = 0,047$), e “Saúde mental” ($p = 0,027$). Em todas as dimensões em que houve diferença significativa, os professores com carga horária tempo integral, possuem QV superior aos professores com carga horária tempo não-integral, os de regime 40 horas e os de regime 20 horas. O teste *t*-student foi aplicado com 95% de confiabilidade.

A capacidade funcional sendo um “instrumento” de gestos e atividade do cotidiano, analisa-se como um domínio importante que contribui para restrições física e psicológica. Outro domínio que o teste *t*-student identificou a dor, esta sensação sensitiva e negativa de desconforto que serve como sinal de que algo está alterado e precisa de assistência médica para investigar e aliviar. A vitalidade foi detectada nas jornadas de trabalho dos participantes e constitui elemento essencial para produção intelectual e participação ativa das atribuições de uma profissão. A saúde mental apresenta-se como um item destacado entre os professores que não são tempo integral.

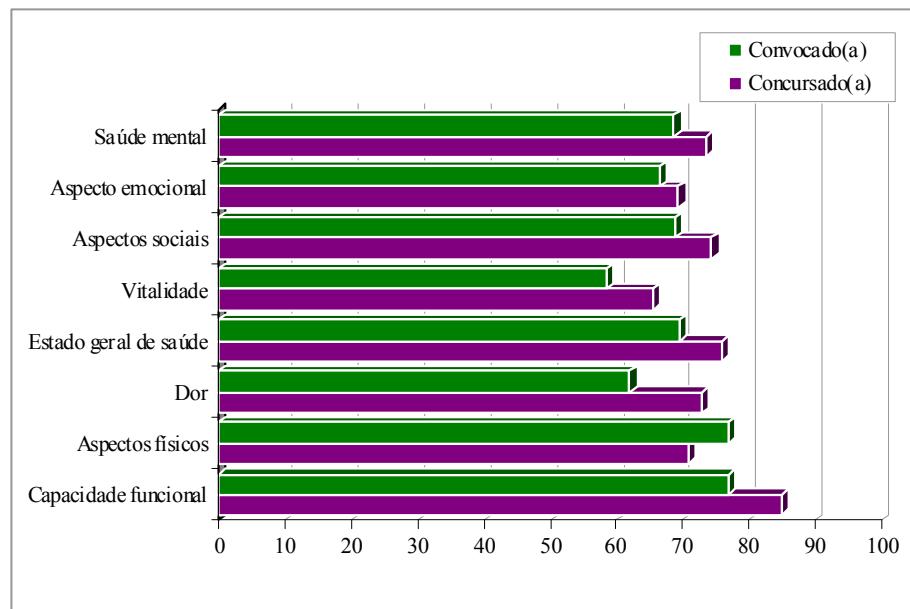
Provavelmente, este fator esteja relacionado com o menor tempo para a família, lazer, exercícios, dedicação espiritual, além do descanso físico e mental. Todos estes domínios, detectados com diferença significativa, contribuem para diminuir a QV no trabalho dos professores participantes, que não têm tempo integral. Ter outro emprego não significa, necessariamente, algo negativo, uma vez que o profissional opta por ter outros empregos e, consequentemente, a renda obtida é revertida em seu benefício e de sua família, permitindo-lhe garantir mais acesso à bens e serviços.

Com relação ao tipo de contrato dos professores amostrados em relação à QV, foi aplicado o teste *t*-student de diferença de médias (tabela 5, gráfico 4).

TABELA 5 - Comparação entre o contrato de trabalho e as médias nas dimensões do questionário SF-36

Dimensão	Variável	Valores				
		n	média	dp	t	p-valor
Capacidade funcional	Concursado (a)	25	84,80	13,81	2,69	0,11
	Convocado (a)	13	76,92	14,51		
Aspectos físicos	Concursado (a)	25	71,00	36,57	0,25	0,623
	Convocado (a)	13	76,92	31,39		
Dor	Concursado (a)	24	72,96	23,01	1,63	0,210
	Convocado (a)	12	62,00	26,71		
Estado geral de saúde	Concursado (a)	24	75,96	18,90	0,70	0,407
	Convocado (a)	12	69,58	26,10		
Vitalidade	Concursado (a)	25	65,40	17,19	1,19	0,282
	Convocado (a)	13	58,46	21,05		
Aspectos sociais	Concursado (a)	22	74,43	25,14	0,35	0,560
	Convocado (a)	12	68,75	29,91		
Aspecto emocional	Concursado (a)	25	69,33	33,23	0,05	0,826
	Convocado (a)	13	66,67	38,49		
Saúde mental	Concursado (a)	23	73,39	17,87	0,45	0,509
	Convocado (a)	12	68,67	23,31		

GRÁFICO 4 - Comparação entre o contrato de trabalho e as dimensões do questionário SF-36.



FONTE: Dados resultantes da pesquisa

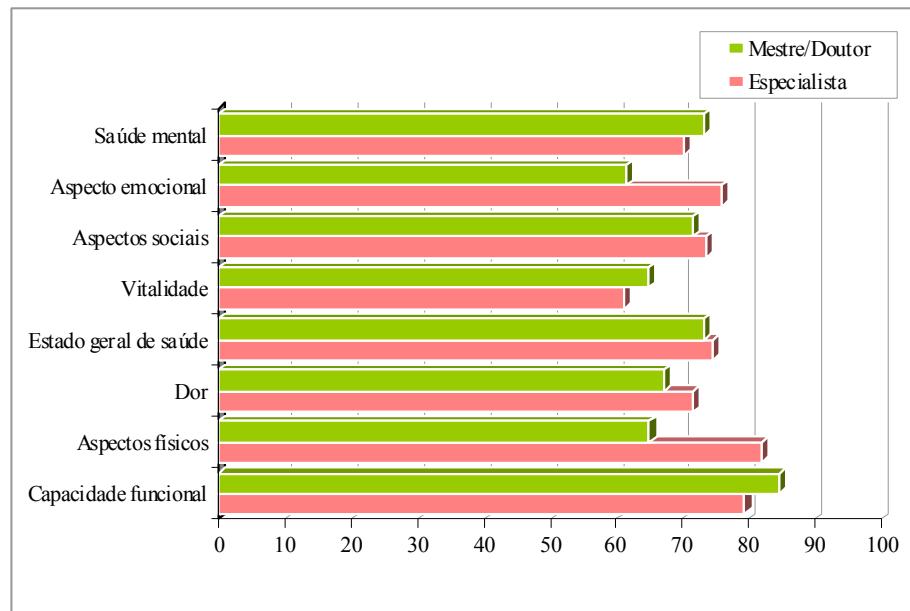
Com relação ao tipo de contrato, o teste *t*-student não detectou nenhuma diferença significativa entre os tipos de contrato e as dimensões do questionário SF-36, a um nível de confiabilidade de 95%. Apesar de 34,2% dos professores terem regime de trabalho da CLT, é sabido que somente os que são efetivos optar pelo regime de tempo integral, o que possibilita dedicar-se mais a somente um emprego. Há uma grande quantidade de professores contratados, embora exista número de aulas suficiente que justifique a abertura de novo concurso. A falta de estabilidade os induz a buscar outras opções além da universidade.

Para testar a existência de diferença significativa quanto à titulação dos professores, estes foram divididos em dois grupos: “especialista” e “mestre/doutor” (TABELA 6, GRÁFICO 5).

TABELA 6 - Comparação entre a titulação acadêmica e as dimensões do questionário SF-36

Dimensão	Variável	Valores				
		n	média	dp	t	p-valor
Capacidade funcional	Especialista	18	79,44	14,34	1,18	0,285
	Mestre/Doutor	20	84,50	14,32		
Aspectos físicos	Especialista	18	81,94	32,99	2,36	0,133
	Mestre/Doutor	20	65,00	34,79		
Dor	Especialista	17	71,71	20,33	0,30	0,585
	Mestre/Doutor	19	67,16	28,07		
Estado geral de saúde	Especialista	16	74,56	17,39	0,03	0,858
	Mestre/ Doutor	20	73,25	24,58		
Vitalidade	Especialista	18	61,11	18,03	0,36	0,555
	Mestre/Doutor	20	64,75	19,43		
Aspectos sociais	Especialista	16	73,44	22,3	0,04	0,838
	Mestre/Doutor	18	71,53	30,56		
Aspecto emocional	Especialista	18	75,92	29,84	1,63	0,209
	Mestre/Doutor	20	61,67	37,9		
Saúde mental	Especialista	17	70,12	19,19	0,23	0,636
	Mestre/Doutor	18	73,33	20,58		

GRÁFICO 5 - Comparação entre a titulação de trabalho e as médias nas dimensões do questionário SF-36



FONTE: Dados resultantes da pesquisa

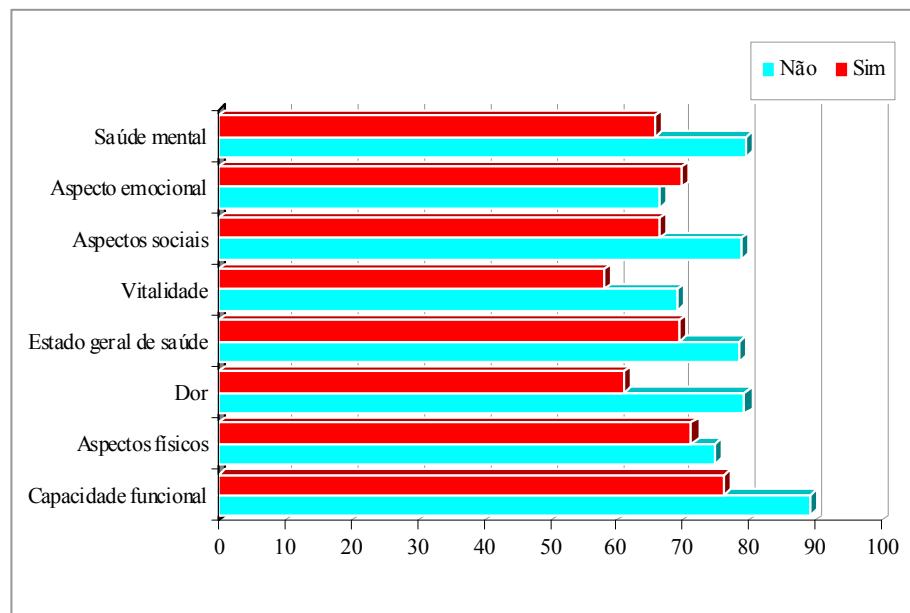
A titulação dos professores amostrados não teve diferença significativa em relação às dimensões do questionário SF-36, com 95% de confiabilidade.

Aos professores foi questionado se exerciam alguma atividade fora da universidade e os dados comparados do grupo que respondeu “sim”, que exerce outra atividade, com o grupo que respondeu “não”, ou seja, não exerce outra atividade (TABELA 7, GRÁFICO 6).

TABELA 7 - Comparação entre se o professor possui outra atividade e as médias nas dimensões do questionário SF-36

Dimensão	Variável	Valores				
		n	média	Dp	t	p-valor
Capacidade funcional	Não	17	89,41	10,74	9,87	0,003
	Sim	21	76,19	14,40		
Aspectos físicos	Não	17	75,00	30,62	0,10	0,756
	Sim	21	71,43	38,15		
Dor	Não	16	79,44	23,26	5,58	0,024
	Sim	20	61,20	22,84		
Estado geral de saúde	Não	17	78,59	21,79	1,62	0,212
	Sim	19	69,58	20,7		
Vitalidade	Não	17	69,12	15,33	3,52	0,069
	Sim	21	58,10	19,9		
Aspectos sociais	Não	16	78,91	23,59	1,84	0,185
	Sim	18	66,67	28,44		
Aspecto emocional	Não	17	66,66	33,34	0,08	0,783
	Sim	21	69,84	36,38		
Saúde mental	Não	15	79,47	11,80	4,41	0,043
	Sim	20	66,00	22,57		

GRÁFICO 6 - Comparação entre professores que possuem outra(s) atividade(s) e as médias nas dimensões do questionário SF-36.



FONTE: Dados resultantes da pesquisa

Conforme o gráfico que compara se o professor tem ou não outra atividade, com os domínios do questionário SF-36, foi constatado que: “Capacidade funcional” ($p = 0,003$), “Dor” ($p = 0,024$) e “Saúde mental” ($p = 0,043$), evidenciou-se diferença entre os grupos estudados. Atividades que o docente realiza em secretaria municipal de saúde, consultoria, consultório, hospitais, clínicas de especialidades, comércio e atividades em outras instituições de ensino (seja de ensino superior ou médio), contribui para que este profissional sinta mais desconforto sensitivo, diminua sua capacidade funcional e que haja interferência em sua saúde mental. Nos domínios com diferença significativa, os professores que “não” possuem outra atividade obtiveram melhores resultados na QV do que aqueles que possuem outra atividade.

6.3 TERCEIRA PARTE: ANÁLISE DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS CONTÍNUOS

Para análise dos dados sociodemográficos contínuos foi aplicado o teste de correlação linear de *Pearson*. Inicialmente, foi correlacionada a idade com relação às dimensões do questionário aplicado (TABELA 8).

TABELA 8 - Análise de correlação entre a idade e as dimensões do questionário SF-36

Dimensão	Correlação	p-valor
Capacidade funcional	0,108	0,518
Aspectos físicos	- 0,400	0,013
Dor	0,087	0,615
Estado geral de saúde	- 0,126	0,462
Vitalidade	0,135	0,418
Aspectos sociais	- 0,043	0,811
Aspecto emocional	- 0,223	0,179
Saúde mental	0,079	0,651

Quando foi averiguado o fator idade nas dimensões do questionário SF-36, o “Aspectos físicos” ($p = 0,013$), apontou uma correlação de - 0,4, ou seja, quanto maior for a idade do professor menor será a QV na dimensão “Aspectos físicos”.

Por meio do teste de correlação entre a renda dos professores e as dimensões do questionário SF-36 (TABELA 9).

TABELA 9 - Análise de correlação entre a renda e as dimensões do questionário SF-36

Dimensão	Correlação	p-valor
Capacidade funcional	- 0,016	0,928
Aspectos físicos	0,067	0,712
Dor	0,194	0,297
Estado geral de saúde	0,046	0,806
Vitalidade	0,202	0,259
Aspectos sociais	0,292	0,111
Aspecto emocional	0,091	0,616
Saúde mental	0,216	0,251

Através do teste de correlação linear entre a renda dos professores e as dimensões do questionário SF-36 não foi detectada associação significativa em nenhuma dimensão. Neste estudo, a renda não teve impacto significativo para diminuir a QV dos participantes. Como já foi mencionado, mesmo com uma variância de renda entre os professores de mil reais a onze mil reais.

Foi testada se há ou não correlação entre o tempo de docência e os domínios do questionário SF-36 (TABELA 10).

TABELA 10 - Análise de correlação entre o tempo de docência e as dimensões do questionário SF-36

Dimensão	Correlação	p-valor
Capacidade funcional	0,071	0,678
Aspectos físicos	- 0,361	0,028
Dor	- 0,01	0,955
Estado geral de saúde	- 0,123	0,480
Vitalidade	0,009	0,960
Aspectos sociais	- 0,089	0,621
Aspecto emocional	- 0,239	0,155
Saúde mental	- 0,095	0,591

Através do teste de correlação não foi detectada associação significativa entre o tempo de docência e os domínios do questionário SF-36. O teste foi aplicado com 95% de confiabilidade. Um grande grupo com 65,8% dos participantes tem mais de cinco anos de experiência na área docente, mesmo existindo uma variância de dois anos e dois e meses e trinta anos, os quais foram os casos extremos. Mesmo assim, a idade não demonstrou fator significativo entre os pesquisados, para diminuir a QV.

7 DISCUSSÃO

Quanto ao gênero dos participantes do grupo estudado, 76,3% são do sexo feminino e 23,7% são do sexo masculino, dados semelhantes ao estudo de Bittencourt (2006), Araújo (2007), Souza et al. (2004), quando pesquisaram sobre QV de professores. Corroborando com esta pesquisa, Almeida (2007) afirma que a licenciatura originalmente é a primeira profissão com o gênero feminino de maior percentual e, ficando em segundo, a ocupação de Enfermagem que visa o cuidar, atividade que na sociedade era fundamental da mulher. A própria inscrição nos vestibulares, em qualquer universidade, denota a predominância de mulheres nesta profissão. Enfermagem, docência são profissões falsamente naturalizadas para a mulher, como se “cuidar” e “educar” fossem uma extensão do espaço doméstico.

De acordo com Werle (2005), a partir do momento que tem início a desvalorização do trabalho do professor, nos anos 60, os homens que eram chefes de família partiram em busca de outra profissão, que oferecesse maior remuneração. Desta forma, sobraram vagas nas escolas, o que favoreceu a entrada maciça das mulheres no magistério. Situação semelhante ocorreu na Enfermagem, como se o “cuidar” fosse uma tarefa unicamente feminina.

Já com relação ao cuidar, também definido como um ato natural e próprio para as mulheres, a Enfermagem surge, inicialmente, como um espaço feminino. Para Pereira:

As expectativas de gênero relativas ao feminino que encaminham as mulheres para a enfermagem, dentro dela, levam-na para alguns lugares mais do que para os outros. As mulheres buscam e/ou são encaminhadas para áreas de atuação que são tidas como mais adequadas ao feminino, por conta das construções de gênero que posicionam a mulher como delicada, sensível, atenciosa, dócil. Encaminha-se a mulher, portanto, para áreas em que se pensa que tais qualidades sejam necessárias, tais como pediatria e maternidade. Ao mesmo tempo, afastam dessas áreas os homens, tidos como fortes, insensíveis, brutos, desajeitados. Ao ingressar na enfermagem, os homens deparam-se com um currículo pensado e construído como feminino (2008, p. 62).

Segundo Araújo et al. (2006), o setor educacional é um setor com ampla participação feminina. No Brasil, no processo de expansão desse setor, desencadeado a partir do século XX, as mulheres foram convocadas a ocupar os cargos de educadoras e sua incorporação ao trabalho formal em educação deu-se em função da concepção de que a docência, o ato de educar, era atividade feminina, especialmente por envolver o cuidado aos outros.

A educação é ponderada por um campo profissional dominante desempenhada pelas mulheres. Segundo a pesquisa realizada sobre o perfil dos professores, no Brasil, 81,5% dos docentes são do sexo feminino e 18,5% são do sexo masculino (UNESCO, 2004).

Ainda em relação ao gênero, não foi possível detectar diferença significativa cruzando o questionário sociodemográfico em nenhuma das dimensões do SF-36 (capacidade funcional, aspecto físico, dor, aspecto geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental). Provavelmente, esses dados não foram detectados, em função de ter sido encontrado números diferentes em função do gênero, pelo fato de ter um número muito maior de professoras mulheres, sendo 76,3% contra 23,7% de professores homens, caracterizando menos de ¼ da população.

A situação conjugal dos participantes era em sua maioria de casados, 63,2%, os solteiros compreendem 28,9% e 7,9% declararam-se separados, dados idênticos ao estudo realizado com professores, por Oliveira (2003), que obteve 64,3% casados e 35,7% solteiros. Corroborando com estes dados, Bittencourt (2006) também obteve similares com 67,5% casados, 27,5% solteiros, 3,7% separados. Estes estudos mostram que é esperado encontrarmos na profissão docente mais de 60% dos participantes com a sua situação conjugal casada, seguido de, no mínimo 27,5% dos mesmos solteiros, proporcional à média de idade encontrada nesta pesquisa que é de 40,7 anos. Neste caso, a renda do cônjuge pode vir a complementar, significativamente, a renda do docente do Curso de Enfermagem, situação esta que os docentes solteiros não têm.

Neste caso específico, com relação à QV dos docentes solteiros, muitas vezes eles precisam arcar sozinhos com as despesas e organização de sua vida doméstica, incluindo as atividades de lazer, não sendo dividida com o cônjuge, condição esta que os docentes casados já possuem. Os cônjuges podem contribuir na melhoria da QV, através da divisão das despesas domésticas e da família, além de contribuir para com o pagamento das despesas e investimentos, que podem levar a aquisição de mais bens e serviços e, consequentemente, maior QV.

A média de idade dos professores pesquisados foi de 40,7 anos de idade, com desvio padrão de 9,17 anos tendo a idade mínima de 25 anos e a máxima de 60 anos, isto é, perfazendo uma amplitude total de 35 anos, em concordância com os dados de outras pesquisas sobre QV de professores, quando apurada a média de idade. Souza et al. (2004), ao pesquisar a QV de professores universitários, identificou uma média de idade de 41 anos, semelhantes também aos valores de Bittencourt (2006), que encontrou uma concentração de idade de 30 a 39 anos de idade.

Costuma-se encontrar profissionais de Enfermagem economicamente ativos nesta

faixa etária, que buscam atingir uma segurança financeira para o futuro. É comum desejar ter uma melhor QV na terceira idade, portanto, os profissionais optam por trabalhar muito durante sua juventude, pois temem não, ao longo dos anos, a mesma vitalidade e disposição para realizar seus projetos de vida. Talvez o fato de atuar profissionalmente junto a pessoas que apresentam diversas enfermidades seja um reforço para alcançar segurança e estabilidade profissional, ainda nos primeiros anos da profissão.

Comumente, com o passar dos anos a nossa habilidade de exercitar, nosso vigor físico começa a declinar e como há uma amplitude de trinta e cinco anos de idade (25 aos 60 anos dos participantes), é evidente, e do ponto de vista fisiológico (e natural) que essa diminuição da QV no domínio “Aspecto físico” seja esperado.

Mas nem tudo pode ter somente aspectos negativos, principalmente com relação à idade. A experiência profissional acumulada, ao longo do exercício da profissão, também pode incidir sobre melhores resultados, como indicação para cargos de chefia e supervisão, possíveis de serem assumidos pelos enfermeiros, em virtude de sua experiência acumulada. Segundo Contaifer et al. (2003), esta idade é caracterizada como sendo o maior “pico de produtividade e criatividade”, onde o trabalho possuir maior significação para o profissional.

Para o enfermeiro que atua na docência, essa experiência também é muito importante, pois ele pode usufruir da sua possibilidade de estar estável financeiramente e estar num nível de desenvolvimento profissional que lhe permitirá ser mais produtivo intelectualmente e ter melhor desempenho acadêmico (ALMEIDA FILHO, 2007).

Quanto à jornada de trabalho, ficou distribuída da seguinte maneira: os professores com tempo integral, e dedicação exclusiva à universidade, fazem parte da maioria composta por 42,1%; os professores que têm quarenta horas, porém, não são tempo integral, representam 39,5%, o que permite atuação em outras instituições e implica em redução da jornada de expediente na instituição, mas não desobriga o docente de atividades ligadas ao ensino, a pesquisa e a extensão; e os que têm jornada de vinte horas, que permite atuação em outras instituições, implica em redução da jornada de expediente na instituição e desobriga o docente de atividades complementares como pesquisa e extensão, complementam o quadro docente com 18,4% do total dos professores.

Sorato e Marcomin (2007), em um estudo com professores universitários, observaram que somente 6,25% possuíam regime de trabalho integral, os demais eram horistas (93,75%);

81,25% dos professores tinham outros vínculos empregatícios, sendo 68,75% caracterizados como “profissional liberal-professor”, dados semelhantes ao esta pesquisa.

Contaifer et al. (2003), que realizaram estudo sobre o estresse em professores universitários observaram, quanto ao regime de trabalho, que 83,8% dos docentes possuíam dedicação exclusiva, 7,3% trabalhavam 40 horas semanais e 1 (1,5%) tinha como regime de trabalho 20 horas semanais. Alguns docentes deixaram a resposta em branco (7,3%).

Os professores que não pertencem ao regime de tempo integral, seja ele 20 ou 40 horas e que atuam em outras instituições têm a oportunidade de estar em constante contato com o mercado de trabalho, com outras equipes de Enfermagem podendo, consequentemente, estar atualizando-se com freqüência conseguindo, inclusive, transferir estas vivências e experiências para suas aulas, assim como os professores que não são do quadro efetivo, mas que também podem contribuir com a universidade, através de sua diversa experiência profissional. Já o profissional tempo integral pode dedicar-se somente à universidade e acaba por possuir maior vínculo com a instituição.

Gonçalves e Vilarta (2004) afirmam que os trabalhadores, considerando aqueles que aplicam seu conhecimento na produção de bens e serviços, sejam operários, donas de casa, administradores ou profissionais liberais, têm sua condição de saúde e QV relegada a segundo plano, em função das demandas por sobrevivência e dos interesses das instituições onde trabalham.

Dentro deste contexto (jornada de trabalho), quando foi aplicado o teste *t*-student, com 95% de confiabilidade entre os professores, ficou manifestado nas dimensões do questionário SF-36, que houve diferença significativa nos domínios “Capacidade funcional” ($p = 0,001$), “Dor” ($p = 0,018$), “Vitalidade” ($p = 0,047$) e “Saúde mental” ($p = 0,027$).

Os professores com carga horária tempo integral (com dedicação exclusiva à universidade), possuem QV superior à dos professores com carga horária não tempo integral, seja quarenta horas semanais ou somente vinte horas semanais. Tais índices fortalecem a tese de que optar pelo regime de tempo integral é investir na QV, pois são poucas as instituições de ensino superior em que o docente pode decidir por um regime. Isso possibilita maior investimento na carreira, benefícios a sua vida, maior vínculo e envolvimento com a universidade, pois diferentes postos de trabalho vão exigir que o profissional tenha o mesmo grau de dedicação e investimento a todos eles.

A maioria dos participantes (65,8%) desta pesquisa faz parte do quadro funcional do grupo efetivo da UEMS. Tais profissionais podem optar pelo regime tempo integral e regime de quarenta horas semanais de trabalho. Contratados somam 34,6%, os quais podem ser de regime de quarenta horas semanais de trabalho ou regime de vinte horas semanais. Nesta questão (efetivo ou contratado), não foi possível detectar nenhuma diferença significativa entre os tipos de contrato e as dimensões do questionário, pois a quantidade de horas trabalhadas incide diretamente sobre a QVRT, pois restam menos horas para o lazer, em função das diversas ocupações, sendo que o tempo destinado ao lazer é diferenciado entre os gêneros (MERRIT; CASPERSEN, 1992; DEDECCA, 2004).

Observando a titulação do corpo docente, notamos que há ainda uma longa trajetória a percorrer. Contudo, quase a metade (47,4%) dos professores do curso de Enfermagem são especialistas, 36,8% são mestres, e um número pouco expressivo, 15,8%, são doutores. Entre os doutores, 83,5% são da área básica², ou seja, dos 15,85% de doutores, somente 16,5% desse total são enfermeiros.

Sorato e Marcomin (2007), em uma pesquisa com professores universitários a propósito da titulação acadêmica, constataram que 31,25% dos professores possuíam mestrado; 31,25% mestrado em andamento; e 37,5% especialização. Contudo, Santana e Fernandes (2007), em seu estudo quanto à qualificação profissional dos professores universitários, analisaram que o doutorado fez parte da titulação de 55% dos professores, dado encontrado, sobretudo, em todos do ensino público, enquanto o grau de mestre representou 45% dos participantes. O resultado do teste não apresentou diferença relevante em relação aos domínios do questionário SF-36.

Essa pirâmide inversa de titulação do curso de Enfermagem da UEMS, provavelmente esteja relacionada com o fato da profissão de Enfermeiro ser nova (em torno de 33 anos) e, com o fato de haver poucas instituições que ofereçam Pós-Graduação em Enfermagem ou em área afim. Além disso, a região do Centro-Oeste, apesar de estar em ascendência em vários setores inclusive na educação, ainda possui carência de ofertas de qualificação em nível de mestrado e doutorado e encontra-se muito distante dos grandes centros como as regiões Sul e Sudeste. Outro fator que possivelmente contribua para este déficit é que, quando aparece

² Como área básica dentro do Curso de Enfermagem, são classificadas as disciplinas iniciais do currículo de formação, como Nutrição, Biologia, Farmácia, Ciências Exatas, dentre outras.

concurso na UEMS, mesmo que seja feita divulgação em todo o território nacional, o conceito pré-concebido de tratar-se de uma região pantaneira, “pouco desenvolvida”, pode estar acarretando receios e afastando candidatos já titulados. Além disso, nos últimos editais de concurso para provimento de cargos de professor de ensino superior, em todo o Brasil, é cada vez maior o número de editais que exigem professores com título de mestre e doutor. Sendo que muitos enfermeiros optam por trabalhar em mais de uma instituição e, dessa forma, poucos conseguem se qualificar, pois as diversas ocupações profissionais acabam por impedir os de concluir cursos de pós-graduação.

Quando foi questionado se os participantes possuíam alguma atividade fora da instituição, mais da metade do grupo (53%) respondeu que sim. Quanto aos demais, 47%, responderam que “não”, ou seja, não possuem outra atividade fora da UEMS. Santana e Fernandes (2007) que realizaram trabalhos com professores universitários observaram que 30% dos participantes mantiveram vínculo apenas com uma organização de ensino e 70% possuem vínculos com mais de uma organização de ensino. Nesta indagação realizada, foi possível constatar diferença significativa em três domínios do questionário SF-36 que são: “Capacidade funcional” ($p = 0,003$), “Dor” ($p = 0,024$), e “Saúde mental” ($p = 0,043$). Nos domínios com diferença significativa, os professores que “não” possuem outra atividade obtiveram melhor QV do que aqueles que possuem outra atividade.

Provavelmente este resultado esteja relacionado com a situação de que o professor que não possui outra atividade fora da Instituição, tem horário para realizar suas refeições; suas atividades terminam durante o dia, ou seja, às 17 horas (o curso de Enfermagem é diurno); na grande maioria dos finais de semana (sábados e domingos) estão de folga; suas férias podem ser planejadas a médio e em longo prazo, facilitando assim sua administração do tempo para realizar exercícios físicos, possibilitando-lhe ir ao médico no início de sintomas; acompanharem a família em atividades sociais; dormir o necessário, ter um segmento espiritual.

Entre os professores que não são tempo integral, a saúde apareceu com destaque. Este estudo não teve como objetivo investigar a QV de todos os docentes da UEMS. Acredita-se que, se for realizada uma pesquisa com docentes de outros cursos, ainda assim a saúde continuará em destaque junto aos professores não tempo integral da Enfermagem, tendo em vista que as escalas de trabalho destes profissionais são muito diferenciadas de outros docentes do regime de 20 ou 40 horas, que atuam, principalmente, na docência, em outras

instituições de ensino superior.

Por outro lado, o professor que tem outra ocupação fora da UEMS, na maioria das vezes, tem que diminuir o tempo de descanso, o que contribui para o aumento do estresse; para sonolência excessiva; para insônia, pela irregularidade de repouso; para o aumento de peso; amplia a possibilidade de doenças como o diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares; e aumenta a dificuldade de concentração, entre outros (MELLO et al., 2008).

Entrelaçando o questionário sociodemográficos e as dimensões do SF-36, foi possível analisar neste estudo que a renda não foi fator de interferência na QV dos participantes. O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), vinculado ao Ministério da Educação (MEC) publicou, em 2003, que a média nacional dos professores de nível superior é de dois mil, quinhentos e sessenta e cinco reais e quarenta e sete centavos (R\$ 2.565,40), contudo a média da nossa região (Centro-Oeste) é de dois mil, cento e noventa reais e dez centavos (R\$ 2.190,10). Entretanto, a renda dos professores do curso de Enfermagem da UEMS ficou em torno de três mil, setecentos e setenta e nove reais e nove centavos (R\$ 3.779,09).

Há várias publicações afirmando que a renda não está ligada diretamente à QV, mas o poder de compra é essencial para se ter a tranquilidade de um plano de saúde que atenda às necessidades do indivíduo, esporte, cultura, uma alimentação de boa qualidade; bens de consumo, como roupas, o que contribui com o bem-estar, utensílios domésticos, segurança, educação, moradia, transporte, viagens e outros. Provavelmente a renda não detectou interferência na QV dos pesquisados devido a este maior poder de compra estar acima da média regional e nacional de um professor de nível superior.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se realiza um levantamento por meio de pesquisas sobre a QV dos profissionais de Enfermagem, descobre-se que ainda há uma longa trajetória a ser percorrida. O objetivo deste trabalho foi verificar a QVRS dos professores do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

Esta pesquisa foi desencadeada em função do convívio com os professores do curso de Enfermagem da UEMS, ocorrido nas reuniões pedagógicas que acontecem semanalmente e as de colegiado. Nesses encontros, houve menções de lassidão por parte de alguns membros do grupo. Provavelmente este lasso esteja relacionado com o fato de que a maioria dos docentes não optou pelo regime de tempo integral, estando autorizados para atuarem em outros setores, como no ensino, em nível superior ou não, e nos diversos setores da saúde.

Este cansaço tem um agravante que na maioria das vezes não é identificado pelo professor, pois este acha que já é normal estar com esta sensação de desgaste físico devido ao ritmo estonteante de atividades do cotidiano. O cansaço é uma debilitação das forças, causando fraqueza em um ou mais músculos do corpo. O cansaço pode ser provocado por noites mal dormidas ou por cansaço físico e muscular.

Embora esta pesquisa esteja restrita aos professores do Curso de Enfermagem da UEMS, o cansaço, o desgaste físico e a sobrecarga de trabalho poderiam também ser encontradas em professores de outras áreas e outras categorias de funcionários que atuam na UEMS. Tais características podem subsidiar a elaboração de projetos e ações voltadas para a melhoria da QVRT dos professores e servidores, não somente do Curso de Enfermagem, mas de todos os outros setores da instituição.

Considerando que há uma ampla diversidade e multiplicidade de conceitos e definições, em se tratando de QV, apesar de o resultado deste estudo constituir um entendimento definitivo foi possível constatar que os professores com regime de tempo integral obtiveram os melhores resultados em todos os escores, correlacionados o questionário sociodemográfico com os domínios do questionário do SF-36. Possivelmente este resultado esteja arrolado com a dificuldade que este grupo, (grupo não tempo integral) tem para realizar suas atividades básicas e essenciais como exercícios físicos, atividades de lazer, tempo para a família, desenvolvimento espiritual, viagens e outros recursos que contribuem para o bem estar do indivíduo.

Um fator de destaque diz respeito aos docentes que são casados (as). A situação

financeira pode ser melhor do que a situação de professores solteiros, uma vez que, se o cônjuge possuir uma renda, a mesma interfere na QV deste profissional, complementando a renda do docente do Curso de Enfermagem e permitindo a aquisição de bens de consumo e outras atividades, além de contribuir com o suporte familiar.

Os resultados obtidos neste estudo com os professores do curso de Enfermagem da UEMS não têm a pretensão de generalizar para os demais professores da instituição, até porque há inúmeras particularidades entre cada curso da universidade, pois (47,2%) professores são especialistas e há um número reduzido de doutores (15,8%), enquanto outros cursos da UEMS apresentam cerca de (80%) de seu quadro formado por doutores, sendo quase esta totalidade em regime de tempo integral. Outra evidência deste estudo é que 34,2% têm menos de cinco anos de experiência na profissão, ou seja, um grupo jovem que atua na docência.

Como o salário do professor é proporcional à titulação e ao tempo de Instituição (quinquênio, decênios), como a qualificação que mais reúne é o título de Especialista (47,4%) e em torno de um terço (34,2%) dos participantes tem menos de cinco anos de UEMS, é provável que estes resultados estejam associados ao fato de que esses 57,9% não tenham optado pelo tempo integral em função de desejarem alcançar uma estabilidade e segurança financeira ainda nos primeiros anos da profissão retardando, inclusive, o afastamento para estudos ou mesmo a possibilidade de ampliar sua titulação, ainda que o faça sem afastar-se do trabalho.

Se a UEMS implementar um programa de Pós-Graduação interinstitucional (MINTER/DINTER), talvez vários desses docentes que são apenas especialistas ou que já são mestres poderiam optar por qualificar-se e, consequentemente, poderão vir a pensar na possibilidade de ampliar seus vínculos com a universidade. Tais alternativas possíveis possibilitam a titulação docente e ascensão profissional, que é de ampla importância para o avanço da produção científica na Universidade. Desta forma, certamente o professor irá dedicar-se em tempo integral, o que é essencial para ampliar suas atribuições docentes e melhorar os níveis da QV.

Gerar incentivos para que os docentes desejarem atuar somente na universidade, ao invés de desenvolver múltiplas tarefas remuneradas fora da instituição pode ser uma importante política a ser proposta pela UEMS, pois os docentes poderiam sentir-se atraídos

pela dedicação à carreira universitária, à medida que os servidores estariam mais satisfeitos em seu único local de trabalho, teriam melhor QVRT, seriam mais produtivos academicamente contribuindo, inclusive, para o fortalecimento da universidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA A. J. A. Universidade com mais mulheres, mas não em todos os cursos. **Olhar Virtual**, UFRJ. 2007. Disponível em:
<http://www.olharvirtual.ufrj.br/2006/imprimir.php?id_edicao=150&codigo=4j.br/2006/imprimir.php?id_edicao=150&codigo=4>. Acesso em: 20 dez. 2008.

ALMEIDA FILHO, Naomar. **Universidade Nova: textos críticos e esperançosos**. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília; Salvador: EDUFBA, 2007.

ARAÚJO, T. M. et al. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n.4, pp. 1117-1129, 2006.

ARAÚJO T. F. C. **Formação de Professores:** Implantação do Curso Normal Superior em Mato Grosso do Sul - A Experiência da UCDB. Campo Grande, 2007. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Educação – Universidade Católica Dom Bosco.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Brasília: UnB, 1999.

BARBOSA, N. et al. A expressividade do professor universitário como fator cognitivo no ensino-aprendizagem. **Ciência e Cognição**, v. 14, n.1, p. 75-102, 2009.

BECK, C. L. C.; BUDÓ, M. L.; BRACINI, M. **A Qualidade de Vida na concepção de um grupo de professoras de Enfermagem:** elementos para reflexão. Revista da Escola de Enfermagem, São Paulo, v. 33 n. 4, p. 384-354, 1999. Disponível em:
<<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/468.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

BITTENCOURT, M. G. S. Q. **Qualidade de Vida do professor do ensino fundamental da rede pública municipal de Palotina-PR**. 2005. 124 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2006.

BLEY, D.; VERNAZZA-LICHT, N. La multiplicité usage du thème de qualité de vie. **Revue Prevenir**, Paris, v. 33, p. 7-13, 1997.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Educação Superior: Formação de Professores x Demanda de Educação Básica.** Brasília: MEC, 2003.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 15 set. 2008.

BOUSQUET, J. et al. Quality of life in asthma. I. Internal consistency and validity of the SF-36 questionnaire. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v. 149, p. 371-375, 1994.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 8 set. 2006.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e Qualidade de Vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CALMON, Pedro. **História social do Brasil**. São Paulo: Nacional, 1937.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALEO NETTO, M. (Orgs.). **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica.** 2. ed. São Paulo: Atheneus, 2006.

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. v. 4. p. 31-76.

CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação de Qualidade de Vida. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 43, n. 2, p. IX-XIII, mar./abr. 2003.

_____. **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 Federal 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**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

CODO, W.; JACQUES, M. G. (Orgs.). **Saúde Mental e Trabalho: leituras**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002.

CONTAIFER, T. R. C. et al. Estresse em professores universitários da área da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 215-225, 2003.

CORRÊA, A. J. L.; TOURINHO, H. L. Z. **Qualidade de Vida urbana na Amazônia: os casos de Marapanim e Vila dos Cabanos**. Belém: UNAMA, 2001.

COSTA NETO, S. B. **Qualidade de Vida dos portadores de câncer de cabeça e pescoço**. 2002. 289 f. Tese (Doutor em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2002.

COSTA, M. C. **Trabalho docente e profissionalismo**. Porto Alegre: Sulina, 1995.

DEDECCA, Cláudio Salvadori. **Tempo, trabalho e gênero**. Campinas: IE/ Unicamp, 2004.

ESTEVE, J. M. **O mal-estar docente: a sala de aula e a saúde dos professores**. São Paulo: Editora EDUSC; 1999.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FERNANDES, E. **Qualidade de Vida no trabalho: como medir para melhorar**. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação da Qualidade de Vida:** guia para profissionais da saúde. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2008.

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

GASPARINI, S. M; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO A. V. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 189-199, maio/ago. 2005.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. Qualidade de Vida e o mundo do trabalho. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Orgs.). **Qualidade de Vida e atividade física: explorando teoria e prática**. Barueri: Manole, 2004. p. 103-139.

GOULART, Í. B.; SAMPAIO, J. R. Qualidade de Vida no trabalho: uma análise da experiência de empresas brasileiras. In: SAMPAIO, J. R. (Org.). **Qualidade de Vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. v. 1. p. 19-37.

GUILLEMINALT, C.; LUGARESI, E. (Eds.). **Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology and long-term evolution**. New York: Raven Press, 1983.

HOPMAN, W. M. et al. Canadian normative data for the SF-36 health survey. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 163, n. 3, p. 265-271, 2000.

HYPOLITO, A. M. **Trabalho docente, classe social e relações de gênero**. Campinas: Papirus, 1997.

KUENZER, Acacia Zeneida. As políticas de formação: a constituição da identidade do professor sobrante. **Educ. Soc.**, v.20, n.68, p. 163-183, 1999.

LIPP, M. E. N. (Org.). **O stress do professor**. Campinas: Papirus, 2002.

LORENZI, D. R. S. Avaliação da Qualidade de Vida no climatério. **Revista Brasileira de**

Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 103-106, 2008.

MASSETTO, M. (Org.). **Docência na Universidade**. Campinas, SP: Papirus, 1998.

MELLO, M. T. et al. **Sono: Aspectos profissionais e suas interfaces na saúde**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2008. v. 1.

MERRIT, R.K.; CASPERSEN, C.J. Trends in physical activity patterns in young adults: the behavioral risk factor surveillance system, 1986-1990. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v.24, n.4, p. 526,1992.

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.

MORETTI, Silvinha. Qualidade de Vida no Trabalho X Auto-Realização Humana. **Instituto Catarinense de Pós-Graduação**. Disponível em: <www.icpg.com.br>. Acesso em: 10 Dez. 2008.

NÓVOA, A. O passado e o presente dos professores. In: NÓVOA, A. (Org.). **Profissão professor**. Portugal: Porto, 1995. p. 13-34.

OLIVEIRA, D. A. (Org.). **Reformas educacionais na América Latina e os trabalhadores docentes**. Belo horizonte: Autêntica, 2003.

OLIVEIRA, V. B. T. C. **Stress ocupacional em uma amostra de professores do ensino médio da rede particular de educação**. 2003. 108 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2003.

PEIXOTO, A. C. G. Mapa da **Qualidade de Vida**: ou uma pequena viagem ao mundo do seus sonhos. Rio de Janeiro: Quality Mark, 1999.

PETTENGIL, M. A. M. et al. O professor de Enfermagem frente às tendências pedagógicas. Uma breve reflexão. **Rev. De Escola de Enf. da USP**, v.32, n.1, p.16-26, abr. 1998.

PEREIRA, Paulo Fábio. **Homens na Enfermagem:** atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional. 2008. 104F. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

PILATTI, L. A.; BEJARANO, V. C. Qualidade de Vida no trabalho: leituras e possibilidades no entorno. In: GONÇALVES, A.; GUTIERREZ, G. L.; VILARTA, R. (Orgs.). **Gestão da Qualidade de Vida na empresa.** Campinas: IPES, 2005. p. 85-104.

_____.; ROSA M. A. S. Qualidade de Vida no trabalho e a legislação pertinente. **Revista Digital**, Buenos Aires, a 10, n. 93, 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd93/trabalho.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 5. ed. São Paulo: Santos 2004.

QUEIROZ, C. M. B.; SÁ, E. N. C.; ASSIS, M. M. A. Qualidade de Vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 411-421, 2004.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de Vida no trabalho:** evolução e análise no nível gerencial. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

RODRIGUES M. T. P.; MENDES SOBRINHO, J. A. C. Enfermeiro professor: diálogo com a formação pedagógica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n.4, p. 358-360, jul./ago. 2008

SANTANA, F. F.; FERNANDES, S. R. Carreiras profissionais sem fronteiras: um estudo com professores universitários. **Seminário Estudantil de Produção Acadêmica**, v. 11, n. 1, Salvador, 2007. Disponível em: <<http://www.abopbrasil.org.br/arqs/Documento71.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de Vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de Vida no Trabalho de Profissionais de Enfermagem, Atuantes em Unidades do Bloco Cirúrgico Sob a Ótica da Satisfação. **Ver. Latino-am. Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 54-60, jan./fev. 2006.

SILVA, L. A. **Formação Docente e Profissional de Professor Universitário.** São Paulo: Cortez, 2000.

SORATO, M. T.; MARCOMIN, M. E. A percepção do professor universitário a cerca do stress. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 9, n. 21, p. 33-39, 2007.

SOUZA, J. C. et al. Qualidade de Vida de professores universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, p. 263-266, 2004.

SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M. **Insônia e Qualidade de Vida.** Campo Grande: Editora da UCDB, 1999.

STACCIARINI, Jeanne Marie R.; TRÓCCOLI, Bartholomeu T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.9, n.2, p.17-25, abr. 2001.

TAKARADA, Y. P. **Reitoria da UEMS.** 1 figura GIF, 13 cm x 10,5 cm. Disponível em: <<http://mw2.google.com/mw-panoramio/photos/medium/4586601.jpg>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

TARDIF, Maurice Saberes profissionais dos professores e conhecimentos universitários - Elementos para uma epistemologia da prática profissional dos professores e suas consequências em relação à formação para o magistério. **Revista Brasileira de Educação**, n. 13, p. 5-24, Jan/Abr, 2000.

TEIXEIRA, M. B. Qualidade de Vida de familiares cuidadores dos doentes esquizofrênicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 171-175, 2005.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação: São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL. **Mapa.** 1 figura GIF, 13 cm x 14,5 cm. Disponível em: <<http://www.uems.br/portal/mapa.gif>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

_____. Divisão de Planejamento e Avaliação Institucional. **Plano de desenvolvimento**

Institucional. Dourados: NUPAI/PROEC/UEMS, 2007.

_____. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem.** Dourados, 2003.

_____. **Nº DE MATRÍCULAS. 2009.** Dourados, 2009b. Disponível em:
<<http://www.uems.br>>. Acesso em: 12 jun. 2009.

UNESCO. **O perfil dos professores:** o que fazem, o que pensam, o que almejam. São Paulo: Moderna; 2004.

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/article/view/j.1676-4285.2007.870/197>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

WARE, J. E. et al. **SF-36 Health Survey:** Manual and interpretation guide. Boston: England Medical Center, 1993.

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, 1992.

WERLE, Flávia Obino Corrêa. Práticas de gestão e feminização do magistério. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 35, p. 609-634, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health of elderly:** background document. Geneve: WHO, 1995.

YAMADA, B. F. A. **Qualidade de Vida de pessoas com úlceras venosas crônicas.** 2001. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ZABALZA, M. A. **O ensino universitário:** seu cenário e seus protagonistas. Porto Alegre:

Artmed, 2004.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar:** conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. São Paulo: Medsi, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do Projeto: QUALIDADE DE VIDA DOS PROFESSORES DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

Nome do pesquisador responsável: MARCOS ANTÔNIO NUNES DE ARAÚJO

Objetivo da pesquisa: Identificar a Qualidade de Vida dos professores do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

Justificativa (síntese): É do conhecimento administrativo da UEMS e permitido pela Instituição, que o professor tenha outras fontes de remuneração, desde que o mesmo cumpra com suas atribuições, mesmo que para isso seja necessário aumentar o período de vigília. Em virtude do que foi exposto, surgiu o interesse de realizar uma pesquisa sobre a Qualidade de Vida dos Professores do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

Procedimentos metodológicos: A metodologia utilizada constará da aplicação de dois questionários, sendo um sociodemográfico, abordando questões sociais elaborado especialmente para os professores que trabalham no curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, pelo menos há seis meses e que não esteja afastado e, um segundo questionário que será o SF-36 (The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey).

Ao participar deste estudo fui esclarecido (a) e estou ciente que:

- a) caso não me sinta à vontade para responder qualquer questão, posso deixar de respondê-la, sem que isto implique em prejuízo;
- b) as informações que fornecerei, poderão ser utilizadas, para trabalhos científicos e minha identificação deve ser mantida sob sigilo;
- c) minha participação é inteiramente voluntária, e não fui objeto de nenhum tipo de pressão;
- d) tenho liberdade para desistir de participar, em qualquer momento, da aplicação do instrumento;
- e) caso precise entrar em contato com o pesquisador, estou ciente de que posso fazê-lo através do telefone e do e-mail abaixo.

Campo Grande, MS, 26 de junho de 2008.

.....
Nome do participante da pesquisa Assinatura
Documento de identidade: SSP/.....

.....
Pesquisador
Enf. Antonio Nunes de Araújo
e-mail: marcosojuara@uem.br
(67) 3426-5108

.....
Orientador
Prof. PhD. José Carlos Rosa Pires de Souza
e-mail: josecarlossouza@uol.com.br

APÊNDICE B – Instrumentos para a coleta de dados

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

- 1) Sexo: masculino feminino.
- 2) Idade em anos:
- 3) Estado civil: solteiro casado/união estável
 separado/divorciado viúvo
- 4) Jornada de trabalho: 20h 40h 40h tempo integral
- 5) Forma de contrato: efetivo colaborador/cedido convocados
- 6) Renda mensal em R\$:
- 7) Tempo de exercício na docência em anos:
- 8) Carga horária semanal: até 20 horas 20 a 40 horas
- 9) Tempo que trabalha na UEMS: ano(s) e meses.
- 10) Vínculo trabalhista com o UEMS: efetivo convocado
 contrato especial
- 11) Formação universitária (nome do Curso):
- 12) Titulação: graduado especialista mestre
 doutor PhD
- 13) Desenvolve outra (s) atividades econômica renumerada:
 sim não
 Quantas?
 Onde: hospital clínica SMS outros:

ANEXOS

ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética

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

Campo Grande, 05 de Agosto de 2008.

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de direito, que o projeto "**Qualidade de Vida dos Professores do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS**" sob a responsabilidade de **Marcos Antonio Nunes de Araújo**, orientação de José Carlos Rosa Pires de Souza, protocolado sob o nº **040/2008**, 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

ANEXO B – Instrumento de coleta de dados

2 - QUESTIONÁRIO DE QUALIDE DE VIDA – SF-36

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE (UCDB)

Score:

Sexo: Idade:

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados sobre como você se sente e quão 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