

DAYANE LEMES DE QUEIROZ

**QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE PARA O
TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE
UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE DOURADOS, MS**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2012

DAYANE LEMES DE QUEIROZ

**QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE PARA O
TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE
UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE DOURADOS, MS**

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

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2012

Ficha Catalográfica

Queiroz, Dayane Lemes de
Q3q Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais de
 enfermagem de um hospital de grande porte de Dourados/MS / Dayane
 Lemes de Queiroz; orientação, José Carlos Rosa Pires de Souza. 2012
 106 f. + anexos

 Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom
 Bosco, Campo Grande, 2012.

 1. Qualidade de vida no trabalho 2. Enfermeiros 3. Enfermagem
 I. Souza, José Carlos Rosa Pires de II. Título

CDD – 610.73

A dissertação apresentada por DAYANE LEMES DE QUEIROZ, intitulada “QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE PARA O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE DOURADOS, MS”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

BANCA EXAMINADORA

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

Profa. Dra. Marília Martins Vizzotto (UMESP)

Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães
(UCDB)

Prof. Dr. Marcio Luis Costa (UCDB)

A Deus.

*Graças a Deus que nos dá a Vitória por
intermédio de nosso Senhor Jesus Cristo.*

(1 Cor. 15:57)

AGRADECIMENTOS

À minha família, pela compreensão e orações dedicadas durante a realização deste projeto pessoal e profissional.

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, pela compreensão e incentivo dispensados nos momentos difíceis porque passei durante a realização do curso de mestrado e por compartilhar seus conhecimentos e expectativas.

À Prof. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães por partilhar os seus conhecimentos nesta trajetória científica.

Ao Prof. Dr. Márcio Luis Costa pela valiosa contribuição transmitida com sabedoria e perspicácia.

Ao enfermeiro M.Sc. Marcos Antonio Nunes Araújo, por mais uma vez ter sido luz em meu caminho e conduzindo-me a novos conhecimentos.

Ao enfermeiro M.Sc. Marco Aurélio de Camargo Areias, pelo carinho e constante incentivo ao meu crescimento pessoal e profissional, e por oportunizar a viabilidade deste estudo.

Ao Sr. Eliezer Soares Branquinho, pela amizade, carinho e incentivo para que eu persistisse na realização deste sonho.

Ao Vitor Rafael Regiani, por incentivar-me e compartilharmos dos mesmos ideais.

À enfermeira Ceny Longhi Rezende pelo carinho, compreensão e companheirismo dedicados e às aventuras de nosso percurso de viagem.

À enfermeira Cintia Rachel Sales por compartilhar desta caminhada.

À enfermeira Liliana Flores pela imensurável ajuda dispensada desde o início desta caminhada e por tudo o mais que fez por mim.

À minha prima e amiga, M.Sc. Cássia Cristina Lemes de Paula pela atenção e tempo dispensados em buscas literárias e pelo constante incentivo e amizade.

À gerente de Enfermagem Edna Cândido por incentivar e motivar a sua equipe quanto à participação neste estudo.

Aos meus amigos: Mateus Tavares Fernandes, Ana Paula Domeni Gomes, Wilson Binsfeld, Jaqueline Andrade Maciel, Rosangela Carvalho de Almeida, Leonice Pereira, Mario Sérgio Coimbra, Angélica Andreatta Vigne pelo carinho e atenção sempre presentes.

Aos Professores M.Sc. Lucas Rasi e Maria Elisa de Oliveira, pela dedicação e presteza.

À Luciana Fukuhara, secretária do curso de Mestrado em Psicologia pela atenção, disponibilidade e responsabilidade sempre presentes.

Aos profissionais de enfermagem, fonte inspiradora, que tão prontamente disponibilizaram-se a participar, tornando possível a concretização desta pesquisa.

O meu Muito Obrigada !

RESUMO

Introdução. A qualidade de vida tornou-se tema constante na atualidade devido à sua abrangência multidisciplinar e por permear todas as áreas do conhecimento, constituindo-se um conceito sociocultural aplicável às políticas e aos profissionais de saúde. Nesta esfera encontram-se os profissionais de enfermagem que devido às demandas físicas, emocionais e mentais decorrentes do trabalho podem apresentar comprometimento de sua qualidade de vida e capacidade laboral. **Objetivo.** Avaliar a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital de grande porte de Dourados, MS. **Método.** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo. De um universo de N=145 profissionais de enfermagem lotados nas unidades de terapia intensiva adulto, centro-cirúrgico e pronto-socorro foram amostrados n=129. Além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aplicaram-se três instrumentos para a coleta de dados: o questionário WHOQOL-Breve, o Índice de Capacidade para o Trabalho. Ambos instrumentos de autoavaliação e autoaplicáveis, e um instrumento contendo as variáveis sociodemográficas para delinear o perfil dos profissionais abordados. Para a análise estatística descritiva utilizaram-se os testes: Qui-quadrado, *t* de Student, Correlação Linear de Pearson e a Análise de Variância (ANOVA), com confiabilidade 95%. **Resultados.** Entre os 129 profissionais amostrados, obteve-se que 86,82% são do sexo feminino, casados (55,12%), técnicos de enfermagem (46,51%), que se dedicam exclusivamente ao seu posto de trabalho (64,34%), adultos jovens (Md=33,8 anos) com renda mensal de R\$1.229,53. A unidade de terapia intensiva é o setor com maior expressividade da amostra (37,82%) e 62,39% dos trabalhadores executam suas atividades laborais nos setores críticos por afinidade/satisfação pessoal e profissional. Na análise dos domínios do WHOQOL-Breve, obteve-se que as mulheres estão melhores em qualidade de vida do que os homens devido aos baixos escores dos domínios Físico ($p=0,029$), Psicológico ($p=0,008$) e Meio Ambiente ($p=0,041$). Os casados apresentam baixo escore no domínio Meio Ambiente ($p=0,045$). A idade apresentou-se comprometida no domínio Relações Sociais ($p=0,04$) Os profissionais lotados no centro cirúrgico obtiveram nos domínios Psicológico ($p=0,01$) e Meio Ambiente ($p=0,016$) os mais baixos escores. Na correlação Índice de Capacidade para o Trabalho/WHOQOL-Breve, obteve-se baixos escores dos domínios Psicológico ($p=0,00$), Relações Pessoais ($p=0,00$) e Meio Ambiente ($p=0,00$). **Conclusão.** Os participantes possuem uma percepção positiva de sua qualidade de vida e capacidade laboral e há uma significativa relação entre a capacidade laboral e a qualidade de vida, pois quanto menor o Índice de Capacidade para o Trabalho, mais baixos foram os escores de qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Qualidade de vida. Capacidade para o trabalho.

ABSTRACT

Introduction. The quality of life (QoL) has become a frequent topic today due to its multidisciplinary approach and all areas of knowledge involved in it. This concept has been described as socio-cultural and can be applied to health policies and professionals. Nursing professionals, as part of this group, due to their work load and also specific physical, emotional and mental effort may have their QoL and ability to work affected. **Purpose.** To assess QoL and the ability to work (AB) of nursing professionals in a large hospital of Dourados, MS **Method.** It is a exploratory and descriptive study. A universe of N = 145 nursing professionals in adult intensive care units (ICU), surgical center (CC) and the emergency room (ER), n=129 were evaluated. Besides the Term of Consent, three other instruments were applied to collect data: the WHOQOL-Brief and the Work Capacity Index (WCI). Both are self-assessment and self-applicable tools. Also a questionnaire comprising socio-demographic variables to define the profile of the professionals covered was used. For descriptive statistical analysis the Chi-square, t-student test, and Pearson's Linear Correlation Analysis of Variance (ANOVA) with 95% reliability were used. **Results.** Among the 129 professionals assessed, it was found that 86.82% are female, married (55.12%), nursing technicians (46.51%), exclusively dedicated to their jobs (64.34 %), young adults (Md =33.8 years) with a monthly income of R \$ 1,229.53. The ICU is the sector with the highest expression of the sample (37.82%) and 62.39% of the workers perform their work activities in critical sectors as a consequence of affinity/personal and professional satisfaction. In the analysis of the domains of WHOQOL-brief, it was found that women have better QoL than men according to the low scores of the physical (p=0.029), psychological (p=0.008) and environmental domains (p=0.041). Married people have a low score in the environmental domain (p=0.045). Age was committed to the social relationships domain (p=0.04) professionals in the CC obtained the lowest scores in psychological health (p=0.01) and environmental domain (p=0.016). In the correlation WCI/WHOQOL-brief, low scores on psychological health (p=0.00) relationships (p=0.00) and environmental domain (p=0.00) were obtained. **Conclusion.** The nursing professionals sampled showed a positive perception of their QoL and AB and there is also a significant relationship between AB and QoL, since the lower the WCI, the lower the QoL scores of nursing staff were.

Keywords: Nursing. Quality of life. Ability to work.

LISTA DE TABELAS

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABELA 1 - Variáveis sociodemográficas dos profissionais amostrados..... | 61 |
| TABELA 2 - Sexo dos participantes em relação ao WHOQOL-Breve | 64 |
| TABELA 3 - Estado civil dos participantes em relação ao WHOQOL-Breve..... | 67 |
| TABELA 4 - Correlação linear de Pearson entre idade dos participantes e o WHOQOL-Breve | 67 |
| TABELA 5 - Setor de atuação dos participantes em relação ao WHOQOL-Breve | 71 |
| TABELA 6 - Comparação do ICT dos participantes em relação ao WHOQOL-Breve | 77 |

SUMÁRIO

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 O TRABALHO | 17 |
| 2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DE TRABALHO | 18 |
| 2.2 O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM | 21 |
| 2.2.1 O trabalho dos profissionais de enfermagem em unidades críticas | 25 |
| 2.3 CAPACIDADE PARA O TRABALHO | 29 |
| 3 QUALIDADE DE VIDA | 33 |
| 3.1 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO | 39 |
| 3.2 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE | 42 |
| 3.3 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA | 44 |
| 4 OBJETIVOS | 47 |
| 4.1 OBJETIVO GERAL | 48 |
| 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 48 |
| 5 HIPÓTESES | 49 |
| 6 MÉTODO | 51 |
| 6.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA | 52 |
| 6.2 LOCAL DA PESQUISA | 52 |
| 6.3 PARTICIPANTES | 53 |
| 6.3.1 Critérios de inclusão | 53 |
| 6.3.2 Critérios de exclusão | 53 |
| 6.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA | 54 |
| 6.5 INSTRUMENTOS DA PESQUISA | 55 |
| 6.5.1 Questionário <i>World Health Organization Quality Of Life-Bref</i> | 55 |
| 6.5.2 Índice de Capacidade para o Trabalho | 56 |
| 6.5.3 Questionário sociodemográfico | 58 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| 6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA..... | 59 |
| 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 60 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 78 |
| REFERÊNCIAS..... | 82 |
| APÊNDICES | 93 |
| ANEXOS | 97 |

1 INTRODUÇÃO

A experiência vivenciada em âmbito hospitalar, durante a atuação profissional da pesquisadora, como gerente de enfermagem há seis anos, e formação na área de enfermagem do trabalho propiciou a percepção de quanto os profissionais de enfermagem encontram-se com a saúde fragilizada e desgastada, o que se observa pelo expressivo número de afastamentos por doenças. Tendo em vista a complexidade do trabalho em ambiente hospitalar, e principalmente, as relações de trabalho/ambiente, em unidades em que o trabalhador de enfermagem executa as suas atividades em condições adversas estando, principalmente exposto, ao iminente risco de morte do paciente/cliente, é que o presente estudo propõe-se a avaliar a Qualidade de Vida (QV) e a Capacidade para o Trabalho (CT) dos profissionais de enfermagem lotados nas unidades hospitalares descritas como críticas (Unidade de Terapia Intensiva adulto – UTI-adulto, Centro Cirúrgico – CC e Pronto Socorro – PS) de um hospital de grande porte de Dourados, MS. Esses trabalhadores de enfermagem constituem a força de trabalho do maior complexo hospitalar do interior de Mato Grosso do Sul. Tal fato evidencia a relevância de se compreender o universo desses trabalhadores que no desempenho de suas atribuições, dedicam-se ao bem-estar do próximo, deixando de preocupar-se consigo e com o seu papel na sociedade. Por executarem as suas atividades laborais em unidades que requerem um nível de exigência maior, acrescido à melhor capacitação técnica, censo crítico e observacional apurado e relacionamento interpessoal cliente/familiares/equipe satisfatório, pode ocorrer um maior desgaste físico e emocional, ocasionado pela sua exposição nos aspectos físico, mental, social e espiritual.

Lentz et al. (2000) referem que se vive um momento de efervescência tecnológica e da constatação de que a tecnologia não consegue atender às necessidades do ser humano e por esse motivo, pesquisas e estudos sobre QV têm crescido significativamente nos últimos anos, mostrando a preocupação dos pesquisadores em suprir o que o avanço tecnológico não foi capaz de fazer. A QV está sendo amplamente debatida na sociedade contemporânea e permeando todas as áreas do conhecimento devido à sua gama de significados e por refletir as experiências, os valores individuais e coletivos, constituindo-se um conceito social e cultural desejável nas políticas de saúde (SCATOLLIN, 2006).

Entre os profissionais de saúde, a relação QV e trabalho é maior devido à intensa jornada de trabalho, condições de meio ambiente, remuneração, relacionamento interpessoal e aspectos relacionados ao trabalho (SPILLER; DYENIEWICZ; SLOMP, 2008). Barboza e Soler (2003) e Pinho e Torres (2006) referem que, no contexto hospitalar, a enfermagem constitui-se na maior força de trabalho e suas atividades são marcadas por divisão

fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica, dimensionamento qualitativo e quantitativo insuficiente de pessoal; situações do exercício profissional que têm repercutido em elevado absenteísmo e afastamentos por doenças, comprometendo a QV do trabalhador.

O estudo de Mininel (2006) expõe que a manutenção da QV é um desafio para os enfermeiros que assumem a gerência, bem como para os trabalhadores de enfermagem e que à função de gerenciamento de enfermagem agrega-se a responsabilidade de diagnóstico das reais condições de trabalho e intervenção mediante as possibilidades, o conhecimento de que a qualidade dos serviços prestados e a produtividade estão relacionadas à QV e à CT dos profissionais de enfermagem.

No mundo do trabalho destaca-se se a necessidade de investigar sobre a QV do trabalhador de enfermagem, em função de sua relevância como ator social e para o desenvolvimento dos sistemas de saúde. São poucos os estudos sobre QV voltados para essa categoria profissional no Brasil (CAMPOS; DAVID, 2007).

A equipe de enfermagem integra uma das parcelas de trabalhadores de saúde que estão cotidianamente expostos às demandas e exigências psicobiológicas do processo do trabalho que geram, ao longo do tempo, desgaste das capacidades vitais do trabalhador (BECK et al., 2006). Trata-se de um trabalho exigente e complexo dotado de particularidades, tais como: a assistência ininterrupta ao paciente nas 24 horas do dia, estabelecimento de relações interpessoais com colegas, pacientes e familiares, o cumprimento de regimentos, normas e rotinas preestabelecidas para cada serviço, a divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica, dimensionamento qualitativo e quantitativo insuficiente de pessoal, os quais podem contribuir substancialmente para a redução da QV e da capacidade laborativa.

Os estudos envolvendo QV apresentam-se em uma vertente multiprofissional, sendo aplicáveis de forma multidisciplinar e multidimensional e não obstante, as pesquisas envolvendo a variável CT têm se tornado cada vez mais abrangente, uma vez que as atenções mundiais estão voltadas para o universo do trabalho. Nesse contexto, a área da saúde, assim como os demais setores sociais, é influenciável por fatores externos, tendo que incluir em sua atuação profissional, mecanismos que corroborem a produção de serviços e ao mesmo tempo preservem a QV e a capacidade laboral de seus profissionais.

A QV, para Araújo e Souza (2011), está diretamente ligada à condição humana e diz respeito às nossas aspirações, realizações, bem-estar e satisfação em todas as áreas, como vida

profissional, pessoal e sentimental. O *Who Study Group on Aging and Working Capacity* (1993) considera que o conceito “capacidade para o trabalho” envolve, num sentido lato, todas as capacidades necessárias à execução de um determinado tipo de trabalho e num sentido restrito, expressa aptidão para o trabalho. Para Silva, Loureiro e Peres (2008), o trabalho no contexto hospitalar envolve a execução tanto de atividades estimulantes quanto de procedimentos desgastantes e que cabe aos profissionais de enfermagem, uma parcela expressiva desses procedimentos desgastantes, já que eles são responsáveis pelo cuidado direto de pessoas enfermas e, assim, mantêm proximidade com a dor e o sofrimento alheio constantemente.

Altschul (1977), em a “Psicologia na Enfermagem”, fundamenta que é impossível ser um bom profissional de enfermagem sem um conhecimento razoável do funcionamento psicológico da personalidade humana. E nesse construto a psicologia torna-se essencial ao que possibilita aprendizado sobre si próprio e todos aqueles com que lidam no hospital e como reagem às circunstâncias mutáveis da vida.

É relevante citar a inexistência de estudos em que os instrumentos de pesquisa propostos: questionário *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-Breve) e o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) foram aplicados a esse público-alvo, conforme consta o rastreio realizado pela pesquisadora nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO e Bireme, disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde, no período de 1995 a 2011, utilizando-se os seguintes descritores: qualidade de vida; capacidade para o trabalho; enfermagem; *quality of life*; *capacity for the work*; *nursing*, sendo encontradas 30 produções científicas nos indexadores supracitados.

Baseado nesse contexto e no conhecimento da dinâmica dos trabalhadores de enfermagem e da vivência cotidiana em ambiente hospitalar, é que o presente estudo pretende avaliar a QV e a CT dos trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte, que executam suas atividades laborais em unidades críticas no intuito de contribuir cientificamente para os estudos sobre QV e CT, e socialmente, ao que possibilitará o conhecimento da importância social desses profissionais no contexto de saúde.

O segundo capítulo desta dissertação contempla o referencial teórico com abordagem à contextualização do trabalho, ao trabalho exercido pelos profissionais de enfermagem, com enfoque na atuação de tais profissionais que executam suas atividades laborais em setores críticos do contexto hospitalar.

O terceiro capítulo apresenta os conceitos de QV, Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS); discorre acerca dos instrumentos de medida de QV, enfatizando o WHOQOL-Breve e o ICT, e conceitua CT.

O quarto capítulo apresenta os objetivos, tanto o geral (avaliar a Qualidade de Vida Geral – QVG e a CT dos profissionais de enfermagem de um hospital de grande porte), quanto os específicos (caracterizar o perfil sociodemográfico da amostra através das variáveis: sexo, idade, estado civil, categoria profissional, carga horária semanal, vínculos empregatícios, renda mensal, motivo de atuação em áreas críticas e setor de atuação; avaliar a QV geral dos profissionais de enfermagem através dos domínios de QV (domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente) do WHOQOL-Breve; comparar as variáveis sociodemográficas com os preditores de QV geral do questionário WHOQOL-Breve; avaliar a CT dos profissionais de enfermagem através do ICT; comparar as variáveis sociodemográficas com o ICT).

Quanto aos aspectos metodológicos que permeiam a presente pesquisa, no capítulo sexto, apresentando o método utilizado, o local da pesquisa, os participantes, os critérios de inclusão e exclusão, os procedimentos e aspectos éticos da pesquisa, os instrumentos de pesquisa, a análise estatística.

O sétimo capítulo apresentará os resultados significativos estatisticamente, dispostos através de tabelas, e a discussão a respeito deles, correlacionando-os à literatura análoga. Os capítulos seguintes apresentarão as considerações finais, as referências bibliográficas, seguidas dos apêndices e anexos.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DE TRABALHO

No Brasil e no mundo atual, a saúde humana baseia-se na forma como o processo de globalização e reestruturação produtiva vem desenhando o modo de vida e definindo novos padrões de saúde-doença das populações. Observa-se que as crescentes transformações de ordem econômica, política, social e técnica, que vêm se processando no trabalho, têm exercido influência sobre a saúde dos trabalhadores (AZAMBUJA et al., 2007; SANTOS; UCHOA; MENELEU NETO, 2004).

Crescentes transformações do mercado de trabalho e dos processos produtivos e de prestação de serviços têm ocorrido em todo o mundo. A deterioração das condições de trabalho é observada nas suas novas formas de organização, na flexibilização de suas jornadas (mais extensas e/ou irregulares), na precariedade no emprego, no crescente subemprego, na temporalidade dos contratos, levando à itinerância dos trabalhadores (FISCHER et al., 2005).

Lentz et al. (2000) referem que se vive um momento de inovação tecnológica e da constatação de que a tecnologia não dá conta das necessidades do ser humano. Pesquisas e estudos sobre QV têm crescido significativamente nos últimos anos, mostrando a preocupação dos pesquisadores em suprir o que o avanço tecnológico não foi capaz de fazer. Mininel (2006) complementa que o trabalho apresenta-se como um componente essencial na vida dos seres humanos quanto à satisfação e realização cotidiana dos desejos e necessidades de ter, ser, estar e fazer individual e coletivo e que essa evidência adquiriu dimensões gigantescas com o incremento do capitalismo, que institui a sensação de insatisfação constante aliado a um consumismo desenfreado, em todos os segmentos sociais.

O estudo de Vasconcelos (2009) considera que o trabalho é uma atividade inerente à vida humana. A autora acrescenta que o homem modifica o meio em que vive, modificando inclusive a si mesmo. Por meio da produção de bens e valores que constroem a sociedade, o sujeito trabalhador se reconhece, realiza-se e apresenta-se à sociedade produzindo, portanto não só objetos, mas também uma condição que é efetivamente sua. Por representar essa trajetória, o significado do trabalho perpassa a estrutura socioeconômica e cultural, as necessidades, os valores, bem como a própria subjetividade dos trabalhadores.

Antunes (2000, p. 121) refere que o trabalho tem um papel importante na vida das pessoas:

O ato de produção e reprodução da vida humana realiza-se pelo trabalho [...] o trabalho mostra-se como momento fundante de realização do ser, condição para sua existência; é o ponto de partida e motor decisivo do processo de humanização do homem [...].

Com relação ao trabalho na área da saúde, Pires e Lunardi Filho (2008) referem em seu estudo que esse tipo de labor torna-se mais complexo na medida em que seu principal objeto de trabalho (o ser humano) não é exclusivamente material, ele possui atributos que lhe conferem maleabilidade, incerteza, personalidade, enfim, tem existência e história. No caso da assistência em saúde, o “usuário” apresenta-se ao mesmo tempo como um objeto de trabalho que sofre a ação dos trabalhadores em saúde, torna-se o produto das ações realizadas e um consumidor que usufrui dos diversos processos do trabalho em saúde.

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho não dizem respeito somente à forma de organização e concepção do trabalho, mas também têm levado os trabalhadores a refletir relativamente à perspectiva de um trabalho mais humano e compensador. É preciso pensar em um trabalho mais humanizado, no sentido de reconhecimento das necessidades dos trabalhadores para desenvolverem seu potencial e criatividade, não somente com o objetivo de aumentar sua produtividade, sem modificar as diretrizes da organização do trabalho (LENTZ et al., 2000).

A inovação tecnológica e organizacional que vem ocorrendo na área da saúde, seja em hospitais públicos, seja em privados, busca, se não solucionar, pelo menos amenizar as tarefas penosas ou pesadas, desenvolvidas pelos trabalhadores em enfermagem, levando a uma nova relação homem/trabalho. Nos últimos anos têm surgido muitas discussões sobre a QV e o trabalho, visando ao bem-estar do ser humano como homem e como trabalhador (MARTINS, 2002).

O ambiente hospitalar tem sido considerado insalubre por agrupar pacientes portadores de diferentes doenças infecto-contagiosas e viabilizar muitos procedimentos que oferecem riscos de doenças e acidentes para os trabalhadores de saúde. Nesse contexto, o ambiente hospitalar predispõe o adoecimento de seus trabalhadores, devido aos riscos biológicos, físicos, químicos e psicossociais a que estão constantemente expostos (BULHÕES, 1994 apud VASCONCELOS, 2009).

A consolidação dos hospitais como local para diagnóstico, tratamento, cura e pesquisa dos problemas de saúde dá origem a diversas situações. Observa no cotidiano hospitalar a

presença de um grande contingente de trabalhadores na área da enfermagem que, no seu trabalho diário, depara-se com dificuldades inerentes ao seu processo de trabalho e sua própria subjetividade (MARTINS, 2002). Dessa forma, os responsáveis pela assistência direta e recuperação dos pacientes não conseguem desempenhar o seu papel de forma adequada, relacionado às dificuldades estruturais e organizacionais apresentadas pelos serviços de saúde, bem como a demanda de exigências físicas e mentais às quais estão constantemente expostos, podendo resultar em comprometimento do processo e das relações de trabalho, inclusive de sua percepção quanto à própria vida e importância social.

Para a *World Health Organization* (1956), o hospital é parte integrante de uma organização médica e social cuja missão consiste em proporcionar à população uma assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar; o hospital é também um centro de formação de pessoal da saúde e de investigação biológica e psicossocial.

O Ministério da Saúde do Brasil conceitua os hospitais como:

[...] parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisa em saúde (BRASIL, 1977, p. 9).

Para Spiller, Dyeniewicz e Slomp (2008), entre os profissionais de saúde, a relação entre QV e trabalho é devido à intensa jornada de trabalho, condições de meio ambiente, remuneração, relacionamento interpessoal e outros aspectos relacionados ao trabalho. Moreira, M. M. (2000) refere que a relação que o trabalho estabelece com a categoria QV é bastante complexa, pois ao mesmo tempo que o trabalho pode ser agravante do estado de saúde das pessoas e fonte de desprazer, pode também gerar satisfação e bem-estar. Nesse sentido, pode-se dizer que o trabalho é exponencialmente vinculado à QV, podendo contribuir positiva ou negativamente sobre ela. Esse fato é evidenciado na prática cotidiana na qual é notória a importância e o significado do trabalho na vida dos trabalhadores de enfermagem, que provavelmente se justifica pelo envolvimento emocional que a profissão proporciona que, agregado às vivências e experiências individuais, gera maior valorização e satisfação profissional.

2.2 O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

O Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, citando que a enfermagem é uma profissão constituída por três categorias profissionais distintas, cada qual com atribuições específicas e dotadas de regulamentação profissional: auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros, os quais devem participar de forma direta, através do cuidado individualizado e integral, do processo de cura e reabilitação do paciente (BRASIL, 1986).

Segundo Oliveira (1956 apud PEREIRA, 2008, p. 23), Florence Nightingale (1820-1910), enfermeira britânica que ficou famosa por ser pioneira no tratamento a feridos durante a Guerra da Criméia (1853-1856), referia que

A enfermagem é a mais bela das artes, e considerada como tal, requer pelo menos, tão delicado aprendizado quanto a pintura ou escultura, pois que não pode haver comparação ao trabalho de quem se aplica a tela morta ou ao mármore frio, com o de quem se consagra ao corpo vivo.

A enfermagem é a atividade de cuidar e também uma ciência, cuja essência e especificidade são o cuidado ao ser humano de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe, atividades de promoção e proteção da saúde, e prevenção e recuperação de doenças (SALOMÉ; MARTINS; ESPÓSITO, 2009). A enfermagem não pode ser compreendida somente como a arte de cuidar de indivíduos. Para que ela se desenvolva e se aplique na prática é necessário conhecimento científico, pois quando se agrega conhecimento teórico à prática assistencial e gerencial, constitui-se uma profissão técnico e cientificamente capaz de prestar assistência de enfermagem ao ser humano como um todo, em sua integralidade e, sobretudo, consciente de seu papel social enquanto agente promotor da saúde.

Para Rizzotto (1999), a formação dos profissionais de enfermagem ocorre em diferentes graus, a saber: o auxiliar de enfermagem, o técnico de enfermagem e o enfermeiro e, apesar de formar uma equipe com diferentes graus de conhecimento, as suas atribuições ao cuidar do paciente ou cliente são semelhantes. Isso contribui para que a sociedade, e até mesmo a equipe de saúde, não perceba a diferença entre as diversas categorias da equipe de enfermagem, assim como as funções específicas de cada uma.

Os atos mais técnicos e socialmente mais qualificados, herdados da prática médica, são realizados pelas (os) enfermeiras (os), responsáveis pela chefia, coordenação e supervisão do trabalho dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem que, por sua vez, executam o trabalho menos qualificado, dedicando mais tempo aos enfermos. As tarefas realizadas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem são mais intensas, repetitivas, social e financeiramente menos valorizadas (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Costa, Morita e Martinez (2000) citam que ocorre uma divisão técnica do trabalho que opera verticalmente, com base na redistribuição das tarefas entre profissionais de diferentes níveis de qualificação, gerando uma importante demanda de pessoal auxiliar de enfermagem. Lopes (2000) acrescenta que a divisão do trabalho em cuidado direto ao paciente, pelos auxiliares, e a administração burocrática, pelos enfermeiros, faz com que a sociedade não perceba as diversas categorias da equipe de enfermagem. Gonzales (1998) afirma que a falta de valor social está concretizada nos baixos salários que expressam a desvalorização dos profissionais de enfermagem, que trazem consigo o legado de uma história calcada na submissão, abnegação, caridade e vocação para cuidar do próximo.

O estudo de Mininel (2006) define que, igualmente aos demais setores terciários de produção de serviços, a enfermagem sofre os impactos das tendências e políticas vigentes no cenário socioeconômico do País. Mas aponta que o trabalho de enfermagem apresenta um diferencial com relação aos demais setores terciários e de prestação de serviços, por lidar cotidianamente com grandes paradoxos: a vida e a morte, a dor e o prazer, e que essa relação intensa com situações conflitantes desencadeia no trabalhador sentimentos distintos.

Beck (2001) aponta que os objetivos do trabalho da enfermagem são as atividades inerentes aos cuidados com o paciente e sua família. É um trabalho exigente, complexo e intencional, com particularidades, tais como: a assistência ininterrupta ao paciente nas 24 horas do dia, a necessidade de estabelecer relações interpessoais com colegas, pacientes e seus familiares e a necessidade de cumprimento de regimentos, normas e rotinas preestabelecidas para cada serviço.

Barboza e Soler (2003) e Pinho e Torres (2006) referem que, no contexto hospitalar, a enfermagem constitui-se na maior força de trabalho, e suas atividades são frequentemente marcadas por divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de rotinas, normas e regulamentos, dimensionamento qualitativo e quantitativo insuficiente de

pessoal, situação de exercício profissional que tem repercutido em elevado absenteísmo e afastamentos por doenças comprometendo a QV do trabalhador, a organização dos serviços e a qualidade da assistência de enfermagem prestada.

Os profissionais de enfermagem são os mais representativos no ambiente hospitalar, dada a sua contingência em relação aos demais profissionais da área da saúde. A complexidade e a dinamicidade de seu trabalho decorrem das características estruturais, organizacionais e hierárquicas adotadas pelas instituições hospitalares. Geralmente são expostos às demandas aceleradas de trabalho devido à insuficiência de profissionais qualificados, ao excesso de pacientes internados, às relações multidisciplinares insatisfatórias, entre outros, associados à sobrecarga física, emocional e mental, tendo que, mesmo que expostos a condições adversas de trabalho, a prestar assistência de enfermagem com qualidade e eficiência, tal que garanta o bem-estar e o restabelecimento dos pacientes por eles assistidos e os interesses organizacionais. E assim, o hospital acaba por favorecer o adoecimento dos profissionais que nele trabalham, uma vez que não são vistos como potenciais pacientes, sob a ótica do universo do trabalho.

Paschoa, Zanei e Whitaker (2007) declaram que historicamente, a equipe de enfermagem é composta, em sua maioria, por mulheres. Considerando-se o contexto socioeconômico atual, pode-se inferir que grande parte do contingente dessas trabalhadoras está sujeita a vivenciar conflitos em razão das exigências profissionais e de sua vida pessoal, em decorrência da dupla ou tripla jornada de trabalho.

Martins (2002) refere que há uma predominância do sexo feminino na força de trabalho na área de enfermagem que leva a um empobrecimento da QV, que tem relação com as dificuldades que as mulheres apresentam em realizar concomitantemente os trabalhos de dona de casa e suas atividades profissionais. Considera-se que o hospital é uma instituição que utiliza escalas de turnos pela necessidade da manutenção das atividades durante 24 horas, ininterruptas, mesmo nos finais de semana ou feriados. Assim sendo, ressalta-se o prejuízo desses trabalhadores na participação de atividades como as escolares, culturais, sociais, entre outras, além de estarem se submetendo a uma carga mental excessiva de trabalho (PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007).

Pinho e Torres (2006) citam ainda que os trabalhadores de enfermagem, no desempenho de suas atividades diárias, convivem em condições de trabalho muitas vezes

inadequadas como: longas jornadas de trabalho, exposição a agentes potencialmente perigosos (antibióticos, quimioterápicos, desinfetantes, gases anestésicos, sangue e secreções), riscos ergonômicos (movimentação e transporte de pacientes), movimentos repetitivos, riscos psíquicos, sobreposição de atividades (múltiplas tarefas, organização ineficaz do trabalho) e fatores externos ao trabalho.

Barboza e Soler (2003) acrescentam que, frequentemente, os trabalhadores de enfermagem estão sujeitos a condições inadequadas de trabalho, provocando agravos à saúde, que podem ser de natureza física ou psicológica, gerando transtornos alimentares, de sono, de eliminação, fadiga, agravos nos sistemas corporais, diminuição do estado de alerta, estresse, desorganização no meio familiar e neuroses, os quais podem levar a acidentes de trabalho, afastamentos por doenças e licenças para tratamento de saúde. Assim, o trabalho deixa de significar satisfação, ganhos materiais e serviços sociais úteis, para tornar-se sofrimento, exploração, doença.

Neumann (2007) diz que o trabalho da equipe de enfermagem numa organização hospitalar estabelece um confronto com a dor, o sofrimento e a morte do outro. Apesar de lidar com um objeto de trabalho sensível, singular, subjetivo, que é o ser humano, o que se observa nessas organizações é que são exigentes, competitivas, burocratizadas e, no entanto, deveriam prestar serviços de forma diferenciada e mais humanizada, complementando que dificilmente existe a preocupação em proteger, promover e manter a saúde de seus funcionários, e assim, o hospital cuja missão é tratar e curar os doentes, favorece o adoecimento dos que nele trabalham.

Para Martins (2002), a situação de assistir o doente coloca o profissional de enfermagem em uma posição de total doação, o que muitas vezes leva o trabalhador a abdicar de sua própria saúde em benefício de seu doente. O autor afirma ainda que o profissional de enfermagem deve ter a sua disposição recursos materiais e ter saúde física e mental para desempenhar a sua tarefa. Trata-se de um trabalho que exige estado de alerta constante e grande consumo de energia física, mental e emocional por parte do trabalhador.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem são mais suscetíveis à alteração de QV porque interagem, a maior parte do tempo, com indivíduos que necessitam de cuidado. O ambiente de trabalho desses profissionais é insalubre, os turnos são alternados, exigem-se subordinação e hierarquização. Os horários são rígidos, há falta de autonomia, alto índice de rotatividade,

desarticulação de defesas coletivas, esforços físicos constantes, exposição a agentes biológicos e cuidados diretos aos pacientes com diferentes necessidades e complexidade. São profissionais pouco reconhecidos em um mercado de trabalho que tem mostrado crescente terceirização e aumento da informalidade (RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010).

Para Beck (2001) as situações vivenciadas pelos profissionais de enfermagem ao prestar assistência a pacientes que requerem cuidados, tanto físico, quanto emocional, levam-nos a ficar expostos a riscos de ordem física e psíquica. Essas situações de risco têm um significado personalizado para cada trabalhador, através de um mecanismo de defesa também particular. Outro resultado desses aspectos são a satisfação e a insatisfação presente no cotidiano dos trabalhadores, sendo importante na QV e no trabalho. Positivamente o trabalho de enfermagem predispõe à formação de mecanismos de defesa, de resistência de enfrentamento, com os quais os trabalhadores buscam um relativo equilíbrio para a execução de suas tarefas.

O estudo de Martinez (2002) cita que a influência que a satisfação no trabalho pode exercer sobre o trabalhador pode afetar sua saúde física e mental, interferir no seu comportamento profissional e ou social, com repercussões para a sua vida social e para as organizações. Trata-a como sinônimo de motivação, como atitude ou estado emocional positivo, e que o extremo oposto desses conceitos, seria a insatisfação no trabalho.

Para Martins (2002) os profissionais de enfermagem teriam de exercer as suas atividades individuais e coletivas encontrando possibilidades de valorização de suas capacidades e condições de trabalho, adaptados às suas características fisiológicas e psicológicas, garantindo assim, a manutenção de sua saúde e QV.

2.2.1 O trabalho dos profissionais de enfermagem em unidades críticas

O estudo de Mozachi e Souza (2005) caracteriza os setores críticos de um serviço hospitalar como unidades especiais, nas quais determinadas patologias, doenças ou procedimentos são agrupados para cuidados e tratamentos. Essas unidades têm como características: o tipo de pacientes, os equipamentos especializados e o pessoal habilitado para a execução do trabalho.

Na UTI os pacientes são assistidos por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, na qual os profissionais de enfermagem são numericamente superiores a outros profissionais nas instituições de saúde (PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007).

Os mesmos autores citam que as UTI's possuem uma rotina permeada de incertezas, instabilidade, imediatismo e variabilidade, podendo ser geradoras de estresse aos profissionais da equipe multidisciplinar. Além disso, particularmente para os profissionais de enfermagem, as condições de trabalho podem ser insatisfatórias em decorrência de inúmeros fatores: baixa remuneração, hierarquização, diversidade e complexidade dos procedimentos técnicos (PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007).

Stumm et al. (2009) referem que a atuação dos profissionais de saúde no âmbito hospitalar possui especificidades e, em especial, em uma UTI. A referida unidade é complexa, fechada, de risco, impõe ritmo de trabalho intenso, exigindo da equipe atenção e preparo no cuidado de pacientes com as mais diversas alterações clínicas. A partir desse conhecimento, a importância de direcionar um olhar à QV desses profissionais de enfermagem.

Para Garlet et al. (2007), é notório que a UTI é planejada para prestar assistência especializada aos clientes em estado crítico, com risco de vida, e que exigem controle e assistência médica e de enfermagem ininterruptas. Esses fatos justificam a introdução de tecnologias cada vez mais aprimoradas na tentativa de, por meio de aparelhos, preservar e manter a vida do cliente em estado crítico, através de terapêuticas e controles mais eficazes, o que exige profissionais de saúde altamente capacitados e habilitados.

Silveira e Monteiro (2010) caracterizam o trabalho de enfermagem em UTI como sendo desgastante, principalmente pela necessidade de ter de conviver com o sofrimento, a dor e a morte, de modo tão frequente; embora a maioria dos profissionais da equipe de enfermagem goste do trabalho que realiza.

Garlet et al. (2007) consideram que os equipamentos favorecem o atendimento imediato, fornecem segurança à equipe da UTI, mas por outro lado, podem tornar as relações humanas mais distantes. A visão tecnicista leva à inversão de valores, preocupação excessiva com a máquina e pouca preocupação com o ser humano hospitalizado. Talvez, alguns profissionais possuam mais conhecimento sobre a máquina do que sobre o ser humano que está sendo cuidado.

A capacitação e a qualificação da equipe de enfermagem são indispensáveis para o bom desempenho das atividades e assistência ao paciente na UTI. Os profissionais devem estar preparados para lidar com pacientes graves e instáveis, confusos ou incapazes de se comunicarem, com a alta rotatividade de pacientes, contato frequente com a morte. A sucessão de emergências e frequentes oscilações do estado geral dos pacientes fazem com que o ambiente da UTI seja impessoal e, por essa razão, deve ser desenvolvido um trabalho comportamental com a equipe, assim como discussões interdisciplinares (ABRAHAO, 2010).

A equipe de enfermagem no centro cirúrgico possui características próprias de uma unidade fechada com rigorosas técnicas assépticas, desenvolvendo atividades de responsabilidades fundamentais que vão desde a aquisição, manuseio e manutenção de equipamentos específicos, à assistência ao paciente no pré, intra e pós-operatório (SANTOS; BERESIN, 2009).

O centro cirúrgico é um ambiente repleto de situações e expectativas diversificadas que podem resultar em fracassos ou vitórias, deixando clara a importância da atuação do enfermeiro, a qual deve implementar ações baseadas em um processo de trabalho planejado com uma série de passos integrados oferecendo, assim, uma assistência adequada ao paciente, ao atendimento da equipe cirúrgica e às necessidades da equipe de enfermagem (SANTOS; BERESIN, 2009). Os autores acrescentam que a dinâmica de trabalho, aliada ao relacionamento entre os profissionais que atuam no CC, deve acontecer de forma harmoniosa e, para isso, torna-se indispensável um trabalho integrado, com profissionais capacitados e preparados, favorecendo o enfrentamento das exigências impostas pelo referido ambiente, visando à segurança e ao bem-estar do pacientes.

Os profissionais lotados nas unidades de centro cirúrgico têm suportado cargas de trabalho cada vez maiores, proporção inadequada de pacientes por profissional qualificado, turnos rotativos, baixa remuneração, manipulação de substâncias tóxicas, levando a uma situação conhecida como sobrecarga de trabalho. Como consequência dessa situação tem-se alto grau de frustração e descontentamento com relação à responsabilidade e exercício profissional, podendo desencadear transtornos físicos, psicológicos, afetando a sua saúde e levando ao comprometimento de sua QV (OLER et al., 2005).

Acerca da QV dos enfermeiros que atuam no centro cirúrgico, as características do trabalho realizado levam a um desgaste profissional decorrente principalmente do ambiente,

da sobrecarga de trabalho, dos problemas de relacionamento com a equipe multiprofissional, somados aos acontecimentos como morte, sofrimento e dor. Todos esses fatores geram desgaste, comprometendo a sua QV (SANTOS; BERESIN, 2009).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde, segundo Gallotti (2003), a unidade de emergência é destinada a promover serviços médicos requeridos com caráter de emergência e urgência para prolongar a vida ou prevenir consequências críticas, os quais devem ser proporcionados imediatamente. O paciente que procura o serviço de emergência busca uma solução imediata para suas manifestações, depositando na instituição e nos profissionais que ali atuam a esperança para resolução do seu caso. Muitos pacientes atendidos e descrentes em relação aos serviços ambulatoriais esperam uma solução definitiva, e outros, sem tempo para consultas de rotina, desejam realizar uma rápida avaliação para descartar qualquer patologia (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

Para Baradel (2004), os profissionais de saúde, por sua vez, devem atender às necessidades dos pacientes e às cobranças da instituição, precisam ser rápidos, imediatos em suas ações e, com isso, podem até se tornar impessoais. Encontram-se divididos entre aqueles que realmente precisam de um cuidado imediato e os demais pacientes que não caracterizam emergências ou urgências.

Souza, Silva e Nori (2007) referem que os serviços de emergência possuem como características inerentes o acesso irrestrito, o número excessivo de pacientes, a extrema diversidade na gravidade do quadro inicial, tendo-se pacientes críticos ao lado de pacientes estáveis, a escassez de recursos, a sobrecarga da equipe de enfermagem, o número insuficiente de médicos, o predomínio de jovens profissionais, a fadiga, a supervisão inadequada, a descontinuidade dos cuidados e a desvalorização dos profissionais envolvidos. Citam ainda que a equipe de enfermagem que atua em PS deve estar preparada para cada instante, sem conhecimento prévio, atender às mais variadas situações de emergência, diferentemente das demais equipes de enfermagem, estando submetidos a um stress constante. A diversidade de atividades executadas, as interrupções frequentes, os imprevistos, o contato direto com o sofrimento e a morte, são fatores agravantes no trabalho de enfermagem que podem conduzir até mesmo a um desgaste mental (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

As características próprias de um atendimento de emergência como ambiente conturbado, aparelhagens múltiplas, desconforto, impessoalidade e falta de privacidade,

somadas às condições do trabalho de enfermagem como longas jornadas em turnos desgastantes, rodízios, multiplicidade de funções, repetitividade, ritmo excessivo de trabalho, ansiedade e esforços físicos, tendem a gerar uma comunicação impessoal e mecanizada, limitando o profissional de enfermagem ao cumprimento apenas do papel instrumental, técnico, quando não atento a essa relação (SOUZA; SILVA; NORI, 2007). Como esse é um ambiente estressante, não se pode descuidar da equipe. Para a equipe executar uma assistência dentro dos valores éticos, além do conhecimento das técnicas e da tecnologia utilizada no setor, a instituição deve também reconhecer que o profissional é um ser humano e investir na sua capacitação, reconhecendo o seu potencial e limitações. Assim, estará fornecendo um suporte para que a profissão seja executada com humanidade (SALOMÉ; MARTINS; ESPÓSITO, 2009).

O desenvolvimento de práticas assistenciais e gerenciais em UTI, CC e PS é extremamente complexo, pois os profissionais de enfermagem têm que possuir conhecimento teórico-prático tal que propicie uma assistência de enfermagem especializada e competência emocional, já que se encontram constantemente expostos à dor e ao sofrimento dos pacientes, assim como às possíveis intercorrências que decorrem da gravidade dos pacientes e da manutenção do posto de trabalho sob condições favoráveis. Essas exigências físicas, emocionais e mentais podem contribuir exponencialmente para a redução da QV e da capacidade laboral dos profissionais de enfermagem lotados em setores críticos.

2.3 CAPACIDADE PARA O TRABALHO

A CT, dentro da área da saúde ocupacional, pode ser conceituada como o quão bem está, ou estará, um trabalhador no presente, ou no futuro próximo, e quão capaz ele pode ser de executar o seu trabalho, em função das exigências de seu estado de saúde e de sua capacidade física e mental. É o princípio do bem-estar, sendo a combinação entre as demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, gerenciamento, cultura organizacional, ambiente de trabalho e os recursos apresentados pelo profissional para a execução das tarefas a partir de exigências laborais (TUOMI et al., 2005).

O *Who Study Group on Aging and Working Capacity* (1993) considera que o conceito CT envolve, num sentido lato, todas as capacidades necessárias à execução de um determinado tipo de trabalho e, num sentido restrito, expressa aptidão para o trabalho. É uma

condição resultante da combinação entre recursos humanos em relação às demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, cultura organizacional e ambiente de trabalho (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009).

Para Ferreira, A. (2000), pode-se conceituar a CT partindo-se do significado da palavra “capacidade” que é a qualidade que a pessoa tem de satisfazer determinado fim e da palavra “trabalho” que é a atividade coordenada, de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento.

Tuomi et al. (2005) afirmam que a CT não permanece satisfatória ao longo da vida profissional, sendo afetada por muitos fatores e que as condições de trabalho e de vida, bem como estilos de vida saudáveis mudam esse prognóstico. Resultados obtidos por esses autores ao pesquisar as mudanças na CT, mostraram que a melhoria dessa capacidade está relacionada com a diminuição de movimentos repetitivos no trabalho, aumento da atividade física nas horas de lazer e melhores atitudes por parte do supervisor. Enquanto que a deterioração da CT está relacionada com a falta de reconhecimento e estima, condições inadequadas do ambiente, tempo prolongado de trabalho, e vida sedentária.

A avaliação do ICT por meio da saúde autopercebida oferece informações acerca do comprometimento da capacidade de cada trabalhador, de forma isolada, respeitando as peculiaridades. E permite, ainda, a avaliação geral dos trabalhadores, apreciando a CT e os fatores que os afetam, possibilitando medidas resolutivas (HILLESCHIN, 2011). O ICT é um instrumento que permite avaliar a CT a partir da percepção do próprio trabalhador. Esse modelo retrata que o desgaste resultante das cargas físicas e mentais do trabalho pode resultar em diminuição da CT e desencadeamento de doenças (MARTINEZ; LATORRE; FISHER, 2009).

Características sociodemográficas são determinantes para a CT. A partir dos 45 anos, os indivíduos começam a ficar expostos ao aparecimento de doenças ou agravamento de vários tipos de doenças. As capacidades físicas e mentais começam a se deteriorar e, conjuntamente, ocorre a redução das capacidades cardiorrespiratórias e musculoesqueléticas, da percepção, velocidade de processamento das informações e memória (WALSH et al., 2004).

O envelhecimento funcional é entendido como a perda da CT e geralmente pode ocorrer precocemente em relação ao envelhecimento cronológico face às exigências do

trabalho. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem demonstrado preocupação com a questão do envelhecimento relacionado com o trabalho e reconhece que as modificações nos vários sistemas do corpo humano levam a uma diminuição gradativa na eficácia de cada um deles, com diminuição na capacidade funcional dos indivíduos, podendo gerar conflitos entre esta e as exigências do trabalho (BELLUSCI; FISCHER, 1999 apud COSTA, I., 2009).

O sexo feminino apresenta maior risco para a redução da CT nos diversos segmentos sociais relacionados às piores condições de trabalho e salários com relação aos homens. As condições socioeconômicas também são relevantes para a perda da CT, associadas aos fatores relacionados ao trabalho (WALSH et al., 2004).

No tocante ao trabalho do profissional de enfermagem observa-se que as exigências físicas estão presentes em grande parte das atividades executadas e, progressivamente, as atividades mentais vêm tomando um espaço cada vez maior nessa área profissional (CRUZ; SOUZA, 2008). Vasconcelos (2009), em seu estudo, revelou que os profissionais de enfermagem apresentaram inadequada CT, corroborando o conceito de que CT é um processo dinâmico que resulta da interação de fatores individuais e fatores relacionados ao trabalho. O desgaste decorrente das exigências do trabalho pode desencadear respostas fisiológicas (crônicas e agudas), psicológicas e comportamentais com possibilidade de diminuição da capacidade funcional, da CT e do desenvolvimento de doenças com ele relacionadas. Por outro lado, exigências que se caracterizam como positivas podem promover e proteger a saúde, a CT e a capacidade funcional, qualquer que seja a idade do trabalhador (COSTA, I., 2009).

O estudo da CT tem a contribuir para a avaliação dos serviços prestados pelos profissionais de enfermagem, uma vez que avalia as competências físicas e emocionais necessárias para o desenvolvimento do trabalho, construindo um perfil da capacidade laboral desses trabalhadores. Esses indicadores podem resultar em melhorias, tanto para os profissionais, no tocante à sua QV, quanto para as instituições hospitalares, que poderão atuar diretamente sobre as causas de potenciais problemas que geram o comprometimento da assistência de enfermagem.

Uma boa CT traz benefícios tanto para o trabalhador como para o empregador. Para o empregador promove a produtividade, para o trabalhador defende o seu bem-estar. A inadequabilidade da tarefa, a reforma antecipada e o absenteísmo podem ser reduzidos e a QV

e o bem-estar do indivíduo podem ser melhorados se forem consideradas as características do indivíduo no seu processo de envelhecimento. Dessa forma, associado ao processo de envelhecimento biológico do organismo humano é necessário adequar as exigências do trabalho às condições de saúde dos trabalhadores. Prevenção e modificação tornam-se duas palavras-chave para manter o nível de produtividade ao longo da vida (TUOMI et al., 2005). Para Beck et al. (2006), além da responsabilização que o trabalhador de enfermagem deve ter sobre sua saúde, é importante que as instituições em que eles atuam cumpram com a sua parcela.

3 QUALIDADE DE VIDA

O significado da expressão “qualidade de vida” tem sido investigado por filósofos desde a Antiguidade, com relatos até mesmo antes da Era Cristã, descobertos pelo desenvolvimento histórico-cultural da humanidade. Aristóteles (384-322 a.C.), em escritos como *Nicomachean Ethics* (aproximadamente 350 a.C.), referiu-se a relação entre a “vida boa ou bem-estar” e felicidade, porém concluiu que há divergências sobre o significado de felicidade, podendo variar de indivíduo para indivíduo bem como de momento para momento, dependendo das experiências vividas. Já Sócrates (469-399 a.C.) mencionava que o importante não era o tempo de vida, mas sim, o modo como se vive (VIDO; FERNANDES, 2007). Beck, Budó e Gonzales (1999) citam que o termo QV surgiu antes de Aristóteles, sendo primeiramente vinculada a palavra como “felicidade e virtude”, as quais, quando obtidas, proporcionam ao indivíduo “vida boa”. Conduzia-se também o termo como bem-estar, necessidade, aspiração e satisfação.

Os primeiros trabalhos envolvendo QV foram desenvolvidos nos Estados Unidos em 1920, por Walther Stewart, Edwards Deming e Joseph Juran, que trabalhavam no Bell Company (ZANON, 2001). Arthur Cecil Pigou, em *The Economics of Welfare* (1920), livro que tratava de economia e bem-estar, foi quem citou pela primeira vez o termo “Qualidade de Vida”. Mas o termo ganhou destaque em 1964, quando o presidente dos Estados Unidos da América do Norte, Lyndon Johnson, 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, 2008).

Em 1947, segundo Seidl e Zannon (2004), a OMS adotou como referência de QV a definição de saúde, abrangendo também padrões de vida, de moradia, condições de trabalho, acesso médico, entre outros. Os autores citam que o termo “Qualidade de Vida” apareceu pela primeira vez na literatura médica na década de 1930. E Musschenga (1997) afirma que a QV apareceu pela primeira vez em periódicos médicos na década de 1960, em um editorial intitulado *Medicine and the Quality of Life* (1966), no qual o J. R. Elkington discutiu as responsabilidades da medicina a respeito das condições de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. A partir de então, a QV passou a ser expressamente utilizada na literatura médica e nas ciências da saúde.

Para Seidl e Zannon (2004), na área da saúde, o interesse pelo conceito QV é relativamente recente e decorre dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Carvalho (2009), em seu estudo, traz que o termo

“Qualidade de Vida” passou a permear o nosso cotidiano de forma mais constante. É comum o conhecimento de que questões pertinentes ao estado geral de saúde de um indivíduo são diretamente ligadas aos fatores que alteram a sua QV.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000) a QV trata-se de um fenômeno complexo, com uma gama variada de significados e possibilidades sob a ótica metodológica, pois em cada momento histórico as sociedades tendem a conceituá-lo e usá-lo de acordo com o seu estágio de desenvolvimento. Segundo Souza e Guimarães (1999), na década de 1980, houve grande crescimento nas pesquisas na área de QV nas diversas culturas. Vários estudos englobando inúmeras culturas vêm sendo desenvolvidos por agências filantrópicas, agências de cuidados de saúde e instituições universitárias, entre outros.

Essas 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 (GUILLEMINAULT; LUGARESI, 1983 apud ARAÚJO, 2009).

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 satisfação psicológica e física, individual e familiar dos indivíduos e ainda deve ser entendida como a sensação de bem-estar de cada um, dependendo tanto de materiais e objetos, quanto de aspectos subjetivos (WILHEIM, 1978 apud CORRÊA; TOURINHO, 2001).

Para Levi e Anderson (1980 apud RUEDA, 1997) 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 como sociedades com patamar semelhante de atendimento de necessidades básicas apresentam indicadores diferentes de QV, bem como por que sociedade com níveis diferentes de atendimento possui indicadores semelhantes (CORRÊA; TOURINHO, 2001).

A noção de que QV envolve diferentes dimensões configurou-se a partir de 1980 quando foram realizados diversos estudos empíricos para a compreensão desse fenômeno (SEIDL; ZANNON, 2004). Zanon (2001, p. 3) apresenta o significado da palavra “qualidade”: “[...] propriedade, atribuída ou condições das coisas ou pessoas, capaz de

distinguir umas das outras e de lhe determinar a natureza [...]”. Assim, a qualidade vai além de um conceito, sendo uma ideologia utilizada como instrumento de luta político-social que reivindica a produção de bens e serviços, voltados para o atendimento das necessidades do bem-estar humano e sua luta pela sobrevivência na terra.

Segundo Souza e Guimarães (1999), o termo “Qualidade de Vida” é usado em vários setores da sociedade e campos de estudos: saúde, filosofia, política, cidadania, religião, economia, cultura entre outros. Os mesmos autores ainda afirmam que a QV trata-se de um “[...] conjunto harmonioso e equilibrado de realizações em todos os níveis, como: saúde, trabalho, lazer, sexo, família e desenvolvimento espiritual [...]” (p. 120). Para Wilhelm e Déak (1970 apud CARDOSO, 1999), a QV é a sensação de bem-estar da pessoa, podendo ser proporcionada pela satisfação de condições objetivas, tais como renda, emprego, objetos possuídos, qualidade de habitação, e de condições subjetivas, tais como segurança, privacidade, reconhecimento, afeto.

A Organização Mundial de Saúde (1994 apud FLECK, 2008, p. 25), por meio de seu grupo de QV, trouxe como definição: “QV é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” E conceituou também a QV como sendo as percepções dos indivíduos de sua posição na vida, contexto de cultura e sistemas de valores, considerando as suas metas, expectativas, padrões e interesses.

A QV pode ser conceituada em três níveis, organizando-os em uma pirâmide do seguinte modo: no topo estaria a avaliação total do bem-estar do indivíduo; no centro, o domínio global (físico, psicológico, econômico, espiritual e social); na base da pirâmide, permaneceriam os componentes de cada domínio (SOUZA; GUIMARÃES, 1999; SPILKER, 1996).

Papaléo Netto, Carvalho Filho e Salles (2002, p. 114) relatam que a expressão “qualidade de vida” é baseada nos direitos contidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1948, sendo que o 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 fará de seu.

O estudo de Queiroz, Sá e Assis (2004) diz que a QV é uma expressão que começa a fazer parte do cotidiano dos indivíduos, mas que ainda está internalizada devido a sua diversidade de interpretações, pois é diferenciada para cada segmento da sociedade e em seu contexto pode significar prosperidade, viver bem, ter família, ter realização, uma vida equilibrada, liberdade de ir e vir, liberdade de expressão. Para Minayo, Hartz e Buss (2000) a QV é uma sensação totalmente humana, que tem sido mensurada conforme o nível de satisfação do indivíduo, encontrado no convívio familiar, nas relações amorosas, sociais e ambientais.

Diversos pesquisadores citam que a maioria das pessoas, principalmente no mundo ocidental, está familiarizada com o termo QV e têm uma compreensão intuitiva do que ele significa, no entanto, compartilham a ideia de que QV significa coisas diferentes para diferentes pessoas e assume diversos significados conforme a área de aplicação (SCATOLLIN, 2006).

O grupo de QV da OMS, segundo Fleck (2008), afirma que embora não haja uma definição consensual de QV, o seu construto envolve: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas. A subjetividade considera a percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e aspectos da sua vida em geral; multidimensionalidade refere-se às diferentes dimensões de que o conceito de QV é composto, ou seja, é fundamental que os instrumentos de mensuração de QV possuam escores em vários domínios (ex.: mental, físico, social e outros) e presença de dimensões positivas e negativas, nas quais é necessário que alguns componentes estejam presentes (ex.: mobilidade) e outros ausentes (ex.: dor), para a aquisição de uma “boa” QV (FLECK, 2008).

A subjetividade e a multidimensionalidade do conceito de QV podem ser consideradas como dimensões quantitativas e qualitativas da vida. Na dimensão quantitativa, estão a expectativa de vida, os indicadores epidemiológicos, os avanços tecnológicos e científicos, e outros. A dimensão qualitativa vem ao encontro de critérios vinculados a valores, crenças e filosofia de vida (SPILLER; DYENIEWICZ; SLOMP, 2008).

No estudo de Paschoa, Zanei e Whitaker (2007) os autores citam que a QV é considerada um construto subjetivo e multidimensional por envolver vários aspectos da vida humana, tais como: relações sociais, saúde, família, trabalho, meio ambiente, entre outros, podendo ser influenciada por aspectos culturais, religiosos, éticos e valores pessoais. Para Minayo, Hartz e Buss (2000) a QV é uma noção eminentemente humana, que tem sido

aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial.

Para Potter e Perry (2002) é difícil imaginar um conceito cuja definição seja mais pessoal ou mais ardilosa que o da QV. Para cada indivíduo, a QV é algo interessante, pessoal e particular. Ainda assim, a sociedade utiliza medidas de QV para ajudar e beneficiar os ganhos da intervenção médica, existindo em consequência disso, abundante discussão sobre a QV.

Rocha e Lipp (1994, p. 13) referem que a QV significa muito mais do que apenas viver “[...] Por QV entende-se o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde [...]. O viver bem refere-se a ter uma vida bem equilibrada em todas as áreas.” Stumm et al. (2009) citam que QV diz respeito à maneira pela qual o indivíduo interage com o mundo externo. Como é influenciado e como influencia. O bem-estar é uma condição que emerge de um estado global de equilíbrio físico e psicoemocional.

Segundo Peixoto (1999) adequada proporcionalidade é a palavra-chave para QV e que encontrá-la é um dos fundamentos da melhoria de vida. Esta diretamente relacionada à capacidade de um balanceamento adequado entre diversas dimensões da vida que se deve buscar: como amor, família, trabalho, amizade, religião, dinheiro, lazer, comunidade, saúde e outros.

No estudo de Araújo, Soares e Henriques (2009) relativamente a percepção da QV, esta foi mencionada, de forma positiva, considerada boa, por poderem articular o trabalho, a família, o financeiro, o lazer, entre outros; de forma negativa, por estarem esses elementos em desequilíbrio, devido às dificuldades financeiras, o excesso de trabalho, o pouco contato com a família e a falta de lazer. Em relação aos fatores que interferem na QV, o principal fator identificado foi o financeiro, considerado forte elemento na estruturação familiar, tanto para a realização das necessidades e desejos pessoais, como para galgar o aperfeiçoamento e a qualificação profissional, além de outras dificuldades vivenciadas no cotidiano que foram relatadas pelos participantes como: o acúmulo de atividades e responsabilidades, tornando a vida agitada e estressada, interferindo no sono, em uma alimentação inadequada, na falta de exercícios físicos, prejudicando a QV nos aspectos biopsicossocioespiritual.

Papaléo Netto, Carvalho Filho e Salles (2002) afirmam que se o termo QV é comparado a “saúde” é mais abrangente e inclui um maior potencial de percepções do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas. O estudo de Araújo e Souza (2011) diz que a QV está presente em todas as nossas atividades sociais, incluindo-se o trabalho. O cenário profissional que absorve a maior parte de nosso tempo em relação aos demais afazeres responsável por assegurar a sobrevivência própria e familiar é de suma importância para conferir QV.

A QV é um construto subjetivo, somente alcançado quando o indivíduo consegue estabelecer um equilíbrio entre as relações familiares, afetivas, sociais, laborais, de saúde e meio ambiente agregadas às suas concepções religiosas, espirituais e culturais.

3.1 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Conforme o estudo de Nishimura (2008), o tema “Qualidade de Vida no Trabalho” passou a ser estudado inicialmente pela busca da satisfação do trabalhador e pela tentativa de diminuição do esforço físico gerado pelo trabalho. A QVT adquiriu um conceito globalizado como forma de enfrentar os problemas da qualidade e produtividade.

Stumm et al. (2009) citam que, no Brasil, QV e QVT são, acima de tudo, um “desafio cultural”. Em geral, associam-se a essas expressões fatores como estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e espiritualidade. Em um sentido mais amplo, a QV pode ser medida pela dignidade humana e pressupõe o atendimento das necessidades básicas do indivíduo. A QVT, por sua vez, compreende atitudes pessoais e comportamentais, relevantes para a produtividade individual e grupal, tais como: motivação para o trabalho, adaptabilidade a mudanças no ambiente de trabalho, criatividade e vontade de inovar ou aceitar mudanças.

Não existe uma definição de consenso para a QVT, porém nos diferentes enfoques observa-se algo em comum: a busca da conciliação dos interesses dos indivíduos e das organizações que se traduzem no desejo pela melhoria da satisfação do trabalhador em consonância com a melhoria da produtividade da empresa (NEUMANN, 2007). Costa, C. (2010) refere que a QVT busca o resgate da humanização do ambiente das empresas, dando

ênfase a um maior equilíbrio entre trabalho e lazer, resultando em melhor QV. Carvalho (2009) diz que QVT consiste em fatores que melhorem as condições de trabalho atuais para todas as funções de qualquer natureza, para que conjuntamente com políticas específicas, possa humanizar o emprego, obtendo resultados satisfatórios, tanto para os empregados quanto para a organização.

A QVT é importante na vida das pessoas, pois pode definir aspectos vitais, status e identidade pessoal, levando à conclusão de que o trabalho deve ser realizado em condições que promovam a saúde, o equilíbrio físico e psicoemocional e em consequência, o bem estar do indivíduo (STUMM et al., 2009). O trabalho é o centro do círculo da vida para a humanidade. Através dele o homem se constrói. Conhecer a QV das pessoas facilita a mudança de paradigmas quanto à prática assistencial do processo saúde-doença.

Lenzi e Corrêa (2000) citam que, frente às mudanças percebidas e vivenciadas pela sociedade, os serviços têm se forçado a modernizar-se, de forma a reestruturar seu processo de trabalho e investir no seu maior patrimônio: o trabalhador. Mas para Martins (2002), embora as inovações tecnológicas e organizacionais tenham melhorado as condições de trabalho, em um contexto geral observam-se poucas mudanças nas cargas física e mental do trabalho desenvolvido no setor hospitalar.

Para Stumm et al. (2009), a busca por QVT é um dos fatores que estão levando instituições de saúde a repensarem suas estruturas, processos e relações de trabalho. Cresce a procura por profissionais qualificados para a detecção de falhas e proposição de soluções aos problemas encontrados e preparados para o trabalho em equipe, numa perspectiva participativa, cooperativa e sinérgica. Nesse contexto, evidencia-se a preocupação dos hospitais pela qualidade dos serviços, exigindo de seus profissionais uma nova postura, capacitação e aprimoramento de habilidades como condição para garantia de sobrevivência e manutenção das organizações. Corroborando, a participação do trabalhador de forma criativa e inteligente tem um papel determinante na organização do trabalho e nos resultados obtidos. O reconhecimento é a força que move o trabalho, somado à valorização do trabalhador são percebidos como significativos para a QVT. Esse reconhecimento pode vir de qualquer direção, seja dos gestores da organização, dos membros da equipe de trabalho e seja dos pacientes (NEUMANN, 2007).

Fischer (1997 apud CARVALHO, 2009) aponta que, quando a QVT está comprometida, surgem as perturbações de saúde que se manifestam através de insônia,

irritabilidade, sonolência excessiva, fadiga contínua e mau funcionamento do sistema digestivo e cardiovascular. As interferências nas relações sociofamiliares são trazidas pela ausência do pai, mãe, namorado, amigo. As consequências dessas perturbações são percebidas em curto, médio e longo prazo, tanto na QV do trabalhador como de sua família, na saúde dos trabalhadores, na qualidade da assistência prestada e conseqüentemente, na CT.

Para Scorsin, Santos e Nakamura (2006) a QVT tem sido uma preocupação do homem desde o início de sua existência, sempre voltada a trazer de um modo global, satisfação e bem-estar. Os autores comentam que

[...] enquanto profissionais de enfermagem que somos, temos que nos preocupar em valorizar o Ser e o Fazer da enfermagem proporcionando uma qualidade de vida satisfatória para todos os profissionais da área de saúde, alcançando reconhecimento e valorização profissional. Não esquecendo que, ao investir em melhores condições de vida no trabalho e conseqüentemente do trabalhador, a instituição estará investindo indiretamente na elaboração de seus produtos, garantindo uma melhor qualidade, produtividade e assistência ao cliente.

Gonzales (1998) refere que a assistência em enfermagem é uma atividade desgastante e estressante, pelo fato de envolver o convívio diário com o sofrimento alheio, exigir constante atualização e habilidades manuais, haver permanente cobrança de responsabilidades, manter bom relacionamento com a clientela e com a equipe multiprofissional, submeter-se a políticas que restringem a sua atuação com a falta de recursos humanos e materiais. Essas condições proporcionam uma insatisfação no trabalho, que vem afetar diretamente os profissionais de enfermagem e sua QVT.

Para Martins (2002) os profissionais de enfermagem do setor hospitalar atuam de forma curativa, porém esse não é um obstáculo para que promovam a saúde e a prevenção de outras doenças, intervindo junto ao paciente e sua família, para que melhorem sua QV. Entre as estratégias vislumbradas para que isso se concretize, são o treinamento e a educação continuada do próprio trabalhador sobre a promoção da saúde que os tornam mais conscientes e compromissados ao passarem os novos conhecimentos, não só para a clientela, como para os familiares, contribuindo dessa forma para um melhor perfil de QV pessoal, familiar e da comunidade.

Para Araújo e Souza (2011), é uma dicotomia pensar na atuação do profissional de saúde que acolhe, presta atendimento ao paciente, mesmo sem ter condições, ele próprio, de

ter uma situação laboral promotora de sua QV. Nesse contexto, é que o conhecimento de saúde e trabalho torna-se relevante, pois grande parte do tempo dos profissionais de enfermagem é dispensada ao cenário profissional, uma boa QVT torna-se uma questão de saúde.

Considerando o mercado de trabalho, a prestação de serviços em enfermagem é influenciada por essa lógica de mercado, tendo assim como os demais segmentos sociais, produzir serviços com eficiência. Nesse cenário não se pode esquecer dos profissionais de enfermagem, executores de práticas de saúde que, no desempenho de suas atividades laborais, estão inevitavelmente expostos ao risco de comprometimento à sua saúde.

3.2 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A expressão “qualidade de vida relacionada à saúde” surgiu no meio médico e em inglês, *health related quality of life* foi definida como valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamentos e outros agravos (GIACHELLO, 1996 apud CARVALHO, 2009). A expressão “qualidade de vida relacionada à saúde” surgiu na década de 1990, incorporando, acentuadamente, os aspectos relacionados ao processo saúde-doença e o impacto dessa condição no dia a dia dos indivíduos (SCHWARTZMANN, 2003).

O termo “qualidade de vida” é contemplado sob diferentes enfoques. No âmbito da saúde, quando visto no sentido amplo, apoia-se na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante. De maneira restrita, QV, em saúde, coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade, porque os profissionais de saúde atuam em um âmbito em que podem influenciar diretamente, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Fleck (2008) fundamenta que a QV na área da saúde encontrou construtos cujos limites não são claros, apresentando várias intersecções. Alguns são conceituados por uma visão biológica e funcional, como o *status* de saúde, *status* funcional e incapacidade/deficiência; outros são eminentemente sociais e psicológicos como bem-estar, satisfação e felicidade.

Segundo Chachamovich e Fleck (2008, p. 60), para a OMS o conceito de saúde define-se como: “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de enfermidade ou invalidez [...]”. Sob essa ótica o *status* de saúde passa a ter várias intersecções com QV, podendo ser definido como nível de bem-estar de um indivíduo, grupo ou população, avaliado de forma subjetiva grau em que o indivíduo é capaz de desempenhar seus papéis sociais livre de limitações físicas ou mentais. Incapacidade é qualquer restrição ou dificuldade de desempenhar atividades decorrentes de uma deficiência. Deficiência refere-se a perda ou anormalidade psicológica, fisiológica ou anatômica de uma estrutura ou função (FLECK, 2008).

Fleck (2008) pontua a importante contribuição do conceito de QV para as medidas resolutivas em saúde, devido a sua natureza abrangente e por estar relacionado com o próprio indivíduo sente e percebe, tendo um valor intrínscio e intuitivo, estando relacionado a um dos anseios básicos do ser humano, que é o viver bem e o sentir-se bem. Para Ruffino Netto (1994 apud MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 8), a saúde é QV quando dizem que oferecem “[...] um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir, amar, trabalhar, produzindo bens e serviços [...]”.

No âmbito da saúde é comum ouvir-se a seguinte frase: “saúde não é doença, saúde é qualidade de vida”. Embora recorrente, essa frase é vazia de significados e revela a dificuldade que os profissionais da área possuem em encontrar um sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico, o qual domina a reflexão e a prática no campo da saúde pública. Portanto, entender que o conceito de saúde tem relação com a premissa de QV e que saúde não é a mera ausência de doença, já é um bom começo porque manifesta o mal-estar com o reducionismo biomédico (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Fleck (2008) acrescenta que, no domínio saúde, repensar a QV é essencial para o argumento de que a melhora da saúde contribui para QV ou para o bem-estar, tendo-se o contrário como verdadeiro.

Dejours (1994) apresenta marcos conceituais sobre o conceito de saúde. O primeiro traz que “saúde não é algo que vem do exterior que somente o indivíduo é capaz de dizer se tem saúde ou não”, ou seja, apenas ele é capaz de diferenciar o normal e o patológico, uma vez que é ele quem sofre e reconhece suas dificuldades para enfrentar as demandas que o meio lhe impõe; o segundo marco refere que “saúde é uma coisa que se ganha, que se enfrenta

e da qual se depende”, dessa forma reforça a importância de cada indivíduo como mobilizador na manutenção de sua saúde; o terceiro diz que “saúde é alguma coisa que muda o tempo todo, não sendo um estado de estabilidade”, ou seja, exige dos trabalhadores uma observação contínua, e assim, “saúde é uma sucessão de compromissos com a realidade, que se assume, se muda, se conquista, se perde e se ganha”.

A QV e a QVRS referem-se aos domínios físico, psicológico e social da saúde e são percebidas como áreas diferentes, mas influenciadas pelas expectativas, experiências, crenças e percepções do indivíduo. As avaliações de QVRS medem alterações na saúde física, funcional, mental e social, a fim de avaliar os custos humanos e financeiros (TESTA; SIMONSON, 1996 apud COSTA, C., 2010). Para Magalhães, Yassaka e Soler (2008, p. 118)

[...] as variáveis de qualidade de vida e saúde no trabalho influenciam o desempenho do trabalhador, em diferentes aspectos do comportamento pessoal e profissional, interferindo na saúde física, mental e na atuação profissional.

No contexto, pode-se dizer que a saúde exerce forte influência sobre a QV dos indivíduos e, principalmente, no tocante aos profissionais de enfermagem que, no desempenho de suas atribuições profissionais, deparam-se com exigências físicas e mentais que podem resultar em comprometimento do seu estado de saúde e, conseqüentemente, de sua QV. A QVRS constitui-se uma vertente nas práticas assistenciais e nas políticas públicas no que se refere à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

3.3 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA

Vido e Fernandes (2007) referem que os primeiros instrumentos destinados a medir a QV surgiram na literatura na década de 1970, os quais propiciaram um aumento considerável nos estudos sobre QV. Gomes (1997) empreende o interesse dos pesquisadores na construção de instrumentos de pesquisa, abordando dois aspectos: um objetivo, que engloba as condições de saúde e de vida, e outro, subjetivo que compreende a percepção do paciente sobre seu estado de saúde, bem como sua vida em geral.

Existem vários instrumentos utilizados para avaliar a QV do indivíduo. São classificados em duas categorias: genéricos (utilizados com a população em geral

independente da condição do indivíduo) e específicos (detectam aspectos do estado de saúde de indivíduos com doenças ou agravos específicos) (CAMPOS; DAVID, 2007).

Os instrumentos genéricos podem ser usados na população em geral ou grupos específicos. Quando relacionados à saúde refletem o impacto da doença sobre o indivíduo, mas não especificam patologias. Permitem a comparação de indivíduos sadios com indivíduos doentes. Têm como desvantagem a não detecção de aspectos específicos da QV de uma população acometida por um agravo. Destacam-se nessa classificação os seguintes formulários: *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* e o *Medical Outcomes Studies 36-item Short Form (SF-36)* (CAMPOS; DAVID, 2007).

Os instrumentos específicos avaliam o impacto sobre a QV de portadores de doenças e condições específicas. Têm como desvantagem as dificuldades de validação das características do instrumento. Citam-se os seguintes formulários: Índice de Satisfação do Trabalhador, ICT, entre outros (CAMPOS; DAVID, 2007).

Os instrumentos, de acordo com Fleck (2008), devem passar por um processo de tradução e validação para posterior utilização em diferentes culturas. No Brasil há uma carência de instrumentos validados, entre eles estão: o SF-36 e o WHOQOL. Para Minayo, Hartz e Buss (2000) os diferentes tipos de instrumentos apresentam propósitos variados. Ao optar-se por um instrumento de pesquisa deve-se verificar a sua proposta de utilização, se os seus componentes são claros e adequados à população a ser estudada. Dessa forma, a escolha do instrumento é fundamental para a viabilização do estudo. Deve-se basear no propósito da pesquisa e garantir que o instrumento de pesquisa possua os domínios necessários para que sejam medidos na população em estudo. É ímpar o conhecimento prévio referente à aplicação do instrumento escolhido em outros estudos científicos, em uma mesma população de estudo e ou similar, assim como a verificação de que o instrumento a ser utilizado é traduzido e adaptado culturalmente. Outro quesito relevante diz respeito a sua aplicabilidade: o tempo gasto para a sua aplicação e o seu nível de compreensão para os participantes que farão parte do estudo, garantindo a confiabilidade dos resultados (VIDO; FERNANDES, 2007).

O estudo de Souza e Carvalho (2010) referente à produção acadêmica do mestrado em psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, no período de 2003 a 2009, identificou que 22,9% das dissertações defendidas abordaram a temática QV. No tocante aos instrumentos de verificação de QV, 57,1% dos estudos utilizaram instrumentos genéricos, enquanto que em

42,8% houve uma associação entre instrumentos genéricos e específicos. O WHOQOL-Breve foi utilizado em cinco dos estudos (17,8%) e o ICT não consta entre os instrumentos específicos, anteriormente utilizados, constituindo-se uma variável inovadora no espectro de instrumentos constantes nas dissertações apresentadas nesse programa de mestrado.

O WHOQOL-Breve é um instrumento de avaliação da QV elaborado em 1998 por um grupo multicêntrico interessado em estudos sobre QV, da OMS. Baseia-se nos pressupostos de que QV é um construto subjetivo (percepção do indivíduo), multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas (PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007). O ICT é um instrumento que permite avaliar a CT a partir da percepção do próprio trabalhador. Traduzido por Frida Marina Fisher em 1996 e publicado em português pelo *Finnish Institute of Occupational Health*, em 1997 e, posteriormente, pela Editora da Universidade Federal de São Carlos, em 2005 (TUOMI et al., 2005). Ambos os instrumentos são autoaplicáveis e passíveis de utilização nos diversos segmentos da sociedade, o que os tornam instrumentos viáveis para investigações científicas e para medições em acompanhamentos de atividades de trabalho em saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a Qualidade de Vida Geral e a Capacidade para o Trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital de grande porte de Dourados, MS.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico da amostra através das variáveis: sexo, idade, estado civil, categoria profissional, carga horária semanal, vínculos empregatícios, renda mensal, motivo de atuação em áreas críticas e setor de atuação.

2. Avaliar a Qualidade de Vida geral dos profissionais de enfermagem através dos domínios de QV do WHOQOL-Breve (domínio Físico, domínio Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente).

3. Avaliar a Capacidade para o Trabalho dos profissionais de enfermagem através dos domínios através do Índice de Capacidade para o Trabalho.

4. Comparar as variáveis sociodemográficas com os preditores de Qualidade de Vida Geral do questionário WHOQOL-Breve.

5. Comparar as variáveis sociodemográficas com o Índice de Capacidade para o Trabalho.

6. Comparar os domínios de Qualidade de Vida Geral com o Índice de Capacidade para o Trabalho.

5 HIPÓTESES

1. Os profissionais de enfermagem lotados nas unidades de UTI-adulto, CC e PS apresentam comprometimento de sua QV.
2. Os profissionais de enfermagem que executam as suas atividades laborais nas unidades de UTI-adulto, CC e PS evidenciam comprometimento de sua CT.
3. Os trabalhadores de enfermagem do sexo masculino apresentam melhor escore de QV e CT quando relacionados aos do sexo feminino.
4. Os profissionais de enfermagem lotados na unidade de CC apresentam maior comprometimento de sua QV e capacidade laborativa relacionado ao PS e UTI-adulto.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo.

O estudo descritivo, para Leite, Bin e Schmitz (2009) busca descrever, analisar, interpretar fatos ou fenômenos. Procura relatar com que frequência determinado fenômeno ocorre. Utiliza para a coleta de dados instrumentos como entrevista, questionário e observação.

A pesquisa exploratória é orientada para a descoberta, não tendo a intenção de testar hipóteses específicas de pesquisa e busca desenvolver uma melhor compreensão a respeito do objeto investigado (MONEY et al., 2005).

6.2 LOCAL DA PESQUISA

A instituição de saúde é o maior complexo hospitalar do interior de Mato Grosso do Sul, de caráter privado, filantrópico e conveniado ao Sistema Único de Saúde. Foi fundada no ano de 1946, mantida e administrada pela Associação Beneficente Douradense. Destaca-se entre as empresas mais antigas do município. Caracterizada como sendo de grande porte, dispõe de cerca de 220 leitos e 850 funcionários celetistas, sendo 440 pertencentes ao departamento administrativo e 410, ao serviço de enfermagem. Constitui-se o serviço de saúde de referência para os 35 municípios da região sul do Mato Grosso do Sul, abrangendo uma população estimada em 800.000 habitantes.

Esse serviço de saúde apresenta-se como referência nos atendimentos em UTI-adulto, cirurgias cardíaca, vascular, ortopédica, neurocirurgia, urologia, buco-maxilo, torácica, plástica, oncológica, e serviços de apoio, tais como: hemodiálise, endoscopia, ultrassonografia, colonoscopia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, entre outras áreas de diagnóstico. Dispõe de serviços de alta complexidade, que contam com uma estrutura satisfatória no que diz respeito a UTI-adulto, CC e PS, contando com 8 salas cirúrgicas, 20 leitos de terapia intensiva e duas unidades de PS, devidamente equipados e lotados por profissionais capacitados.

Os participantes foram recrutados durante o seu período de folga (período este que compreende entre 15 minutos à uma hora). Os instrumentos de pesquisa encontravam-se na sala de supervisão de enfermagem, dentro de envelopes não identificados, e retirados pela própria pesquisadora ao término dos turnos de trabalho.

6.3 PARTICIPANTES

Entre os 410 profissionais de enfermagem, 340 (N=340) são profissionais ativos. Destes, 145 (N=145), o que corresponde a 43% do quadro de pessoal, executam suas atividades laborais nas unidades críticas: PS, UTI-adulto e CC. No universo de 145 (N=145) profissionais, foram avaliados 129 (n=129) trabalhadores de enfermagem pertencentes às três categorias profissionais (auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros), os quais contemplaram os critérios de inclusão.

Essa amostra foi casual e por conveniência pelo fato de apresentar-se conforme escala de trabalho dos profissionais de enfermagem nas unidades críticas, nos dias estabelecidos para a realização da pesquisa, e assim sendo, foram tomados como amostra, os profissionais que se encontravam disponíveis, participando voluntariamente.

6.3.1 Critérios de inclusão

Trabalhadores de enfermagem com atuação superior a seis meses nas unidades de PS, UTI-adulto e CC.

Profissionais que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

6.3.2 Critérios de exclusão

Profissionais de enfermagem que estavam em férias, licença médica e atestado durante a realização da pesquisa.

Trabalhadores de enfermagem com atuação inferior a seis meses em unidades críticas.

Trabalhadores indígenas.

Profissionais que se recusaram a participar da pesquisa.

6.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Primeiramente o projeto de pesquisa foi encaminhado à Superintendência da Associação Beneficente Douradense, contendo em anexo o pedido de autorização (ANEXO B). Após autorização, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, para aprovação (ANEXO A).

Foi considerada a Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece o seguinte: a) assegurado ao entrevistado o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento; b) assegurado o sigilo e o anonimato; c) permitido o livre acesso aos dados; d) assegurado o consentimento para a divulgação dos dados e mantido o compromisso na sua transcrição (BRASIL, 1996).

Foi realizado um Estudo Piloto com cinco profissionais para verificar a viabilidade, adaptação, compreensão e dificuldade no preenchimento dos instrumentos. Estes profissionais não compõem a amostra. Não houve necessidade de adequações nos instrumentos propostos. Tempo de aplicação (média de 20 minutos).

Após a aprovação do Comitê de Ética, os trabalhadores, devidamente selecionados através das escalas de trabalho, foram contatados e informados sobre o motivo da pesquisa e a confidencialidade dos dados e, estando de acordo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Os participantes foram recrutados durante o seu período de folga (período este que compreende entre 15 minutos à uma hora). Os instrumentos de pesquisa encontravam-se na sala de supervisão de enfermagem, dentro de envelopes não identificados, e retirados pela própria pesquisadora ao término dos turnos de trabalho. Foi fornecido o questionário sociodemográfico para o conhecimento do perfil sociodemográfico dos participantes, seguido pelo questionário WHOQOL-Breve para a avaliação da QV e por último, o questionário de ICT para a avaliação da CT. Quanto às dúvidas sobre o preenchimento dos instrumentos foram esclarecidas junto à pesquisadora.

Para uma aplicação efetiva dos questionários, contou-se com o auxílio de enfermeiras gerentes da Instituição em estudo, no período noturno, pois parte dos participantes realizavam o período de folga na madrugada, período esse compreendido entre 0 a 5 h. As gerentes de enfermagem foram capacitadas pela pesquisadora sobre os procedimentos a serem seguidos.

A pesquisa foi realizada no período de 20 de maio a 20 de junho de 2011, abrangendo os três turnos de trabalho (manhã: 6 à 12 h; tarde: 12 à 18 h e noturno: 18 à 6 h, plantão par e plantão ímpar). É relevante considerar o questionamento dos profissionais quanto à grande quantidade de perguntas dos questionários e o tempo gasto para o seu preenchimento.

6.5 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Foram aplicados três instrumentos para a coleta de dados: o questionário WHOQOL-Breve e o Índice de Capacidade para o Trabalho, ambos de autoavaliação e autoaplicáveis. O terceiro instrumento foi o questionário sociodemográfico, contendo as variáveis sociodemográficas para delinear o perfil dos profissionais abordados.

6.5.1 Questionário World Health Organization Quality Of Life-Bref

O WHOQOL-Breve é um instrumento de avaliação da QV, derivado do WHOQOL-100, cuja versão em português foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Essa versão abreviada é composta por 26 questões baseadas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. Dentre as 26 questões, há duas questões gerais de QV e as demais, 24 questões, representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (FLECK, 2003).

O WHOQOL é um instrumento de avaliação de QV, desenvolvido pelo grupo de QV da OMS, em 1998, que se baseia nos pressupostos de que QV é um construto subjetivo (percepção do indivíduo), multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas. Em seu formato original, é denominado WHOQOL-100, por conter 100 questões que, agrupadas, formam seis dimensões ou domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998 apud FLECK, 2003).

Os domínios e facetas do WHOQOL-Breve, de acordo com Fleck (2003) são:

1. Domínio físico (7 facetas): 1. Dor e desconforto; 2. Energia e repouso; 3. Sono e repouso; 4. Mobilidade; 5. Atividades da vida cotidiana; 6. Dependência de medicação ou de tratamentos; 7. Capacidade de trabalho;

2. Domínio Psicológico (6 facetas): 8. Sentimentos positivos; 9. Pensar, aprender, memória e concentração; 10. Autoestima; 11. Imagem corporal e aparência; 12. Sentimentos negativos; 13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais;

3. Domínio Relações Sociais (3 facetas): 14. Relações pessoais; 15. Suporte (apoio) social; 16. Atividade sexual;

4. Domínio Meio Ambiente (8 facetas): 17. Segurança física e proteção; 18. Ambiente no lar; 18. Recursos financeiros; 20. Cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade); 21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; 22. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer; 23. Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima); 24. Transporte.

O perfil de QV é definido através dos escores dos quatro domínios e quanto mais altos os escores, melhor é a QV. Cada uma das 24 questões possui uma pontuação que varia de 1 a 5. O método de transformação converte os escores brutos em uma escala de 4 a 20, o que quando comparado com o WHOQOL-100, equivale a uma escala de 0 a 100 (POWER, 2008; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

6.5.2 Índice de Capacidade para o Trabalho

Em meados da década de 1980, pesquisadores finlandeses desenvolveram o ICT, resultado de uma autoavaliação do trabalhador sobre a sua CT, que busca indicar (por meio de pontuação), quão bem está ou estará um trabalhador no presente ou num futuro próximo e com qual capacidade ele poderá executar o seu trabalho em função das exigências de seu estado de saúde e capacidades física e mental (RENOSTO et al., 2009).

QUADRO 1 - Itens abrangidos, número de questões e escore das respostas do Índice de Capacidade para o Trabalho

| Item | n. de questões | Escore das respostas |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida | 1 | 0-10 pontos (valor assinalado no questionário) |
| 2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho | 2 | Número de pontos ponderados de acordo com a natureza do trabalho |
| 3. Número atual de doenças diagnosticadas por médico | 1 (lista de 51 doenças) | Pelo menos: 5 doenças = 1 ponto; 4 doenças = 2 pontos 3 doenças = 3 pontos 2 doenças = 4 pontos 1 doença = 5 pontos Nenhuma doença = 7 pontos |
| 4. Perda estimada para o trabalho devido às doenças | 1 | 1-6 pontos (valor circulado no questionário; o pior valor será escolhido) |
| 5. Faltas ao trabalho por doenças no último ano | 1 | 1-5 pontos (valor circulado no questionário) |
| 6. Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos | 1 | 1-4 ou 7 pontos (valor circulado no questionário) |
| 7. Recursos mentais | 3 | Os pontos da questão são somados e o resultado é contado da seguinte forma: soma 0-3 = 1 ponto soma 4-6 = 2 pontos soma 7-9 = 3 pontos soma 10-12 = 4 pontos |

Fonte: Tuomi et al. (2005).

A utilização do ICT no Brasil teve início na década de 1990 e, desde então, estudos com trabalhadores brasileiros têm utilizado o ICT (ANEXO B) para avaliar tanto a capacidade funcional para o trabalho, como os fatores de risco associados a esta capacidade (RENOSTO et al., 2009). No Brasil, a primeira edição da tradução do *Work Ability Index* foi desenvolvida por Frida Marina Fisher, em 1996, sendo publicado em português pelo Finnish Institute of Occupational Health, em 1997 e, posteriormente, pela Editora da Universidade Federal de São Carlos, em 2005 (TUOMI et al., 2005). É composto por sete itens, cada um compreendendo uma, duas ou três questões e a cada resposta é creditado um número de pontos (escore) (QUADRO 1).

QUADRO 2 - Classificação da capacidade para o trabalho e os objetivos das medidas segundo o escore alcançado

| Escore alcançado (pontos) | Classificação da CT | Objetivos das medidas |
|----------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 7 a 27 | Baixa | Restaurar a CT |
| 28 a 36 | Moderada | Melhorar a CT |
| 37 a 43 | Boa | Apoiar a CT |
| 44 a 49 | Ótima | Manter a CT |

Fonte: Tuomi et al. (2005).

As sete dimensões avaliadas são: 1. CT atual comparada com a melhor de toda a vida; 2. CT em relação às exigências do trabalho; 3. Número de doenças diagnosticadas por médico; 4. Perda estimada para o trabalho devido a doenças; 5. Faltas ao trabalho por doenças; 6. Prognóstico próprio sobre CT; 7. Recursos mentais. O número de pontos referente ao item 2 (CT em relação às suas exigências), é ponderado de acordo com o trabalho ser fundamentalmente físico ou mental (QUADRO 2). Para o caso da atividade de enfermagem, que tem exigências tanto físicas como mentais, o escore permanece inalterado, e se refere ao número da resposta assinalada no questionário (MARTINEZ; LATORRE; FISHER, 2009).

6.5.3 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi elaborado pela pesquisadora, a fim de delinear o perfil da população estudada através das seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, categoria profissional, carga horária semanal, vínculos empregatícios, renda mensal, motivo de atuação em áreas críticas e setor de atuação, sendo composto por 10 questões fechadas (APÊNDICE B).

A relevância do questionário sociodemográfico é atribuída ao fato de permitir o conhecimento do perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem amostrados e constituir-se um instrumento que possibilitará os cruzamentos e comparações a serem realizados utilizando-se o WHOQOL-Breve e o ICT.

6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para fins estatísticos, o item 10 do Questionário sociodemográfico foi agrupado em: afinidade/satisfação pessoal e profissional, e outros. Para a análise estatística descritiva foram utilizados o teste *Qui-quadrado* (χ^2), o teste de Diferenças de Médias, o *t* de Student, o teste de Análise de Variância (ANOVA), e o teste de Correlação Linear de Pearson, sendo todos aplicados com 95% de confiabilidade.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 145 (N=145) profissionais de enfermagem lotados nas unidades de PS, UTI-adulto e CC foram avaliados 129 (n=129), pertencentes às três categorias profissionais (auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros) (TABELA 1).

TABELA 1 - Variáveis sociodemográficas dos profissionais amostrados

| Variável | n | % |
|-------------------------------------------|----------|----------|
| Sexo: | | |
| Feminino | 112 | 86,82 |
| Masculino | 17 | 13,18 |
| Estado civil: | | |
| Casado | 70 | 55,12 |
| Solteiro | 38 | 29,92 |
| Outros | 19 | 14,96 |
| Profissional: | | |
| Auxiliar | 52 | 40,31 |
| Técnico | 60 | 46,51 |
| Enfermeiro | 17 | 13,18 |
| Outro vínculo empregatício: | | |
| Não | 83 | 64,34 |
| Sim | 46 | 35,66 |
| Setor: | | |
| Pronto Socorro | 36 | 30,25 |
| Centro Cirúrgico | 38 | 31,93 |
| Unidade de Terapia Intensiva adulto | 45 | 37,82 |
| Motivos: | | |
| Afinidade/satisfação pessoal/profissional | 73 | 62,39 |
| Outros | 44 | 37,61 |

Dos 129 profissionais abordados, obteve-se que 86,82% correspondem ao sexo feminino, o que denota uma expressividade relacionada ao sexo masculino (13,18%) (TABELA 1), corroborando os estudos de Stumm et al. (2009), em que 86,7% dos profissionais de enfermagem são mulheres; em Vasconcelos (2009), com 82% de mulheres; em Paschoa, Zanei e Whitaker (2007), 85,5% são do sexo feminino; em Schmidt e Dantas (2006), com 82,9% de mulheres e em Beck et al. (2006), 95% da amostra é composta por mulheres. Esses dados afirmam o que para Kabad (2011) deve-se ao fato de a mulher possuir presença representativa no atual mercado de trabalho. Para Moreira, M. C. (1999), a enfermagem pode ser pensada como uma das profissões que possibilitaram o ingresso das

mulheres, nos diversos segmentos sociais, do universo do trabalho, conceituado como um ambiente masculino. E como o cuidar é um ato próprio das mulheres, a enfermagem surgiu como um espaço estritamente feminino, o que para Pereira (2008) dá-se pelo fato de as mulheres buscarem e ou serem encaminhadas para áreas de atuação que são definidas como mais adequadas ao feminino, devido às construções de gênero que posicionam a mulher como delicada, sensível, atenciosa. Ao mesmo tempo, afastam dessas profissões os homens, tidos como fortes, insensíveis e desajeitados. Assim, os homens ao ingressarem na enfermagem, deparam-se com um ambiente construído como sendo feminino.

Embora os homens estejam atuando, cada vez mais, na área de enfermagem, a sua presença ainda é menor quando comparada à das mulheres. Sua presença nesse ambiente feminilizado faz-se de extrema importância, considerando-se principalmente, as demandas físicas a que os trabalhadores de enfermagem estão expostos, os homens desempenham um significativo papel nas práticas assistenciais de enfermagem. Retomando aspectos sociohistóricos, tem-se que a identidade profissional da enfermagem é aludida às questões de gênero. Moreira, M. C. (1999) refere que “[...] a enfermagem é uma profissão feminina por excelência, por ter sido sempre o cuidado à saúde uma atribuição da mulher.” Esta persistente feminização desponta no espaço das profissões, e ao mesmo tempo, em que se constitui um instrumento de autonomia e reconhecimento social, evidencia a divisão sexual e social do trabalho.

Quanto ao estado civil, 55,12% dos participantes são casados, 29,92%, solteiros e outros, com 14,96%, tal qual os estudos de Stumm et al. (2009), em que 53,3% são casados; em Vasconcelos (2009), 51,8% são casados, 29,8% solteiros e outros, com 18,4%; em Schmidt e Dantas (2006), com 62,8% casados, 24,8 solteiros e outros, 12,4%. Assim sendo, esse dado pode ser atribuído à longevidade dos profissionais de enfermagem neste hospital e enquanto casados podem contar com a renda de seu cônjuge, o que não ocorre com os solteiros, tornando-os unicamente responsáveis por sua sustentação, na maioria dos casos.

Quanto à categoria profissional, 46,51% são técnicos de enfermagem, 40,31% auxiliares de enfermagem e 13,18%, enfermeiros. Schmidt e Dantas (2006) encontraram que os auxiliares de enfermagem constituíam maior número (69,5%) com relação aos demais e que os enfermeiros (11,4%) não ultrapassavam 20% do grupo, o que também se evidencia neste estudo, no qual os enfermeiros representam 13,7% da amostra. Stumm et al. (2009) revelam que 26,7% dos profissionais pesquisados são enfermeiros e 73,3% são técnicos de

enfermagem; em Vasconcelos (2009) 50,3% são técnicos de enfermagem, 28,7%, auxiliares de enfermagem e 21%, enfermeiros. No Brasil, os técnicos (43%) e auxiliares de enfermagem (36,98%) correspondem a 79,98% dos profissionais de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011b). Esses dados sugerem que a atenção aos pacientes críticos está sendo progressivamente executada por técnicos de enfermagem, o que confere maior especificidade e capacitação técnico-científica à prestação de cuidados de enfermagem.

Quanto à situação empregatícia, 64,34% dos profissionais envolvidos possuem somente um vínculo empregatício e 35,66% possuem mais de um emprego. No estudo de Vasconcelos (2009), 78,3% dos trabalhadores de enfermagem dedicavam-se exclusivamente à sua atividade laboral e posto de trabalho, assim como em Stumm et al. (2009), com 67% de exclusividade. Esses dados se contrapõem ao estudo de Schmidt e Dantas (2006), em que a maioria dos profissionais de enfermagem era obrigada a optar por mais de um emprego devido aos baixos salários.

Pode-se compreender que os profissionais de enfermagem que possuem mais de um vínculo empregatício permanecem no ambiente dos serviços de saúde a maior parte do tempo de suas vidas produtivas e ainda, encontram-se mais sujeitos aos riscos existentes nesses locais em decorrência da acentuada exposição. Enquanto os trabalhadores que se dedicam exclusivamente a um só posto de trabalho apresentam menor risco de adoecimento devido à menor exposição a agentes patógenos e maior permanência no ambiente familiar, construindo vínculos familiares, afetivos e sociais que podem contribuir, significativamente, para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

No tocante ao setor de atuação, 37,82% dos trabalhadores de enfermagem executam suas atividades laborais na UTI-adulto, 31,93%, no CC e 30,25%, no PS. Destes, 62,39% atuam nesses postos de trabalho por afinidade/satisfação pessoal e profissional e 37,61%, devido à oportunidade de emprego e ao histórico de casos na família/conhecidos. Stumm et al. (2009) assinala que 67% dos profissionais envolvidos trabalhavam na UTI por afinidade/satisfação profissional.

Tendo-se a prática de enfermagem da pesquisadora, pode-se referir que, geralmente, a UTI-adulto é o setor que dispõe de maior quantitativo de pessoal de enfermagem em uma unidade hospitalar, pois é percebido como o setor de maior criticidade, o que possibilita melhor aporte quantitativo e qualitativo de profissionais, assim como a crescente implantação de novas tecnologias com vistas à preservação e recuperação do paciente crítico.

É significativa a atuação desses profissionais de enfermagem que, em meio às adversidades de seus postos de trabalho e exigências físicas e mentais acentuadas, executam as suas atividades laborais por afinidade/satisfação pessoal e profissional, convertendo-se em benefícios diretos para com os pacientes por eles assistidos e indiretos para com a instituição hospitalar, a qual pode contar com uma satisfatória prestação de serviços de enfermagem, assim como transformam-se em benefícios próprios, pois uma vez que o profissional se identifica com a sua atuação profissional e considera-se satisfeito pessoal e profissionalmente, reduz-se o risco de comprometimento de sua QV.

Quanto à análise do sexo dos participantes houve diferença significativa nos domínios Físico ($p=0,029$), Psicológico ($p=0,008$) e Meio Ambiente ($p=0,041$), e em todos os domínios significativos, as mulheres estão melhores em QV do que os homens. Os aspectos de QV dos profissionais de enfermagem amostrados mantêm-se preservados no domínio Relações Sociais (TABELA 2).

TABELA 2 - Sexo dos participantes em relação ao WHOQOL-Breve

| Domínio | Variável | n | Média | DP | t | p |
|------------------|-----------|-----|-------|-------|------|-------|
| Físico | Feminino | 112 | 60,18 | 10,21 | 4,9 | 0,029 |
| | Masculino | 17 | 54,41 | 8,52 | | |
| Psicológico | Feminino | 112 | 75,16 | 13,13 | 7,36 | 0,008 |
| | Masculino | 17 | 66,18 | 9,42 | | |
| Relações Sociais | Feminino | 112 | 75,19 | 15,03 | 2,32 | 0,130 |
| | Masculino | 17 | 69,12 | 17,12 | | |
| Meio Ambiente | Feminino | 112 | 58,6 | 13,24 | 4,28 | 0,041 |
| | Masculino | 17 | 51,47 | 13,22 | | |

O baixo escore apresentado pelo sexo masculino no domínio Físico ($p=0,029$) evidencia que os trabalhadores de enfermagem que exercem suas atividades laborais na UTI-adulto, CC e PS apresentam desconfortos, tais como dor, fadiga, sono, dependência de medicações e produtos cafeinados, e mobilidade comprometida. São os homens que no desempenho das práticas assistenciais de enfermagem são acometidos pela sobrecarga física e mecânica do trabalho.

O baixo escore evidenciado pelos homens no domínio Psicológico ($p=0,008$), pode ser atribuído às longas jornadas de trabalho, produção acelerada, pressão repressora e autoritária, inexistência ou escassez de pausas para o repouso, fragmentação das tarefas, desqualificação do trabalho realizado, ansiedade, irritabilidade, contato direto com a dor e o sofrimento dos pacientes e familiares.

Avellar, Iglesias e Valverde (2007) afirmam que o esgotamento físico e emocional não é um problema das pessoas, mas do ambiente em que trabalham, havendo um processo gradual de perdas, durante o qual um desequilíbrio entre as necessidades do indivíduo e as exigências do trabalho tornam-se cada vez mais acentuados.

O baixo escore apresentado pelo sexo masculino no domínio Meio Ambiente ($p=0,041$) deve-se, provavelmente, ao fato de o serviço de saúde não dispor de uma estrutura moderna e qualificada, que ofereça aos seus colaboradores benefícios tais como: plano de saúde, serviço de transporte e creche satisfatórios, segurança física, estabilidade profissional, paralelamente prejuízos na participação em atividades de formação continuada, culturais e sociais devido ao acúmulo de vínculos empregatícios, ao trabalho nos fins de semana, feriados e período noturno.

O domínio Relações Sociais foi o que apresentou melhor escore ($p=0,130$), conferindo que, de certa forma, esses profissionais possuem relações interpessoais satisfatórias quando relacionado ao sexo.

O estudo de Santos e Beresin (2009) em que foi avaliada a QV dos enfermeiros do CC através do WHOQOL-Breve obteve no domínio Psicológico, o mais baixo escore e no domínio Meio Ambiente, o mais alto escore. Paschoa, Zanei e Whitaker (2007) aferiram através do WHOQOL-Breve a QV de trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva e evidenciaram que possuíam no domínio Relações Sociais, o mais alto escore e no domínio Meio Ambiente, o mais baixo escore.

Os homens evidenciam baixa QV em relação às mulheres nos domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais, trata-se de um achado, considerando que a profissão de enfermagem é predominantemente constituída por mulheres, as quais entrelaçadas às suas atividades e responsabilidades profissionais estão os afazeres domésticos, o que pode contribuir substancialmente para a redução da QV. E contraria a hipótese de que o sexo masculino apresentaria melhor escore de QV quando relacionado ao sexo feminino.

É possível compreender o fato de os homens apresentarem maior comprometimento em todos os domínios de QV aferidos pelo WHOQOL-Breve pode ser devido à carga mecânica do trabalho, pois geralmente são responsáveis pela movimentação e transporte de pacientes que se encontram totalmente dependentes da enfermagem em razão de sua debilidade física e ou mental e no mais, são os homens que usualmente têm mais de um vínculo empregatício devido à necessidade de complementariedade da receita familiar e que, conseqüentemente, resulta em um maior desgaste físico e mental, podendo contribuir para a redução de sua QV, assim como às longas jornadas de trabalho, produção acelerada, pressão repressora e autoritária, inexistência ou escassez de pausas para o repouso, fragmentação das tarefas, desqualificação do trabalho realizado, ansiedade, irritabilidade, contato direto com a dor e o sofrimento dos pacientes e familiares, e ao fato de o serviço de saúde não dispor de uma estrutura moderna e qualificada, que ofereça aos seus colaboradores benefícios tais como: plano de saúde, serviço de transporte e creche satisfatórios, segurança física, estabilidade profissional, paralelamente prejuízos na participação em atividades de formação continuada, culturais e sociais devido ao trabalho nos fins de semana, feriados e período noturno.

Quanto ao estado civil, foi detectada diferença significativa no domínio Meio Ambiente. Os profissionais de enfermagem casados (55,12%) apresentaram baixo escore de QV ($p=0,045$), evidenciando que o aspecto de QV destes encontra-se comprometido quando comparados a solteiros e outros (TABELA 3). Esse dado reflete uma realidade onde os indivíduos têm necessidade de constituir família como forma de inserção social, mas ao que se deparam com as exigências do trabalho, há uma possível limitação de suas relações familiares. Os profissionais casados, em sua maioria são mulheres, possuem responsabilidades familiares, afetivas, econômicas e sociais que geram uma sobrecarga laboral, que acaba por tornar o ambiente e o tipo de trabalho executado mais desgastantes, podendo comprometer a QV, diferentemente dos solteiros que usualmente direcionam suas preocupações para projetos e realizações individuais.

No estudo de Martins (2002) em que foi avaliada a QV e a CT de profissionais de enfermagem no trabalho em turnos utilizando-se o WHOQOL-Breve e o ICT, obteve-se que 42,85% eram casados, em plena capacidade produtiva e com filhos, apresentando restrições na vida pessoal, familiar e social devido às exigências do trabalho.

TABELA 3 - Estado civil dos participantes em relação ao WHOQOL-Breve

| Domínio | Variável | n | Média | DP | F* | p |
|------------------|----------|----|-------|-------|------|-------|
| Físico | Casado | 70 | 59,25 | 10,69 | 0,09 | 0,918 |
| | Outros | 19 | 60,34 | 8,82 | | |
| | Solteiro | 38 | 59,59 | 10,21 | | |
| Psicológico | Casado | 70 | 72,01 | 13,26 | 2,08 | 0,130 |
| | Outros | 19 | 77,85 | 10,94 | | |
| | Solteiro | 38 | 75,83 | 12,95 | | |
| Relações Sociais | Casado | 70 | 73,63 | 16,09 | 0,18 | 0,836 |
| | Outros | 19 | 75,88 | 14,67 | | |
| | Solteiro | 38 | 74,78 | 15,07 | | |
| Meio Ambiente | Casado | 70 | 55,37 | 12,89 | 3,18 | 0,045 |
| | Outros | 19 | 63,70 | 14,64 | | |
| | Solteiro | 38 | 58,93 | 13,30 | | |

*ANOVA.

Quanto à idade, foi detectada diferença significativa no domínio Relações Sociais ($p=0,04$). O valor do teste foi negativo (correlação=-0,18), demonstrando uma relação inversa entre a QV e esse domínio, ou seja, quanto maior a idade do profissional, mais baixa a sua QV no domínio Relações Sociais, e quanto menor a idade do profissional mais alta sua QV no domínio Relações Sociais (TABELA 4).

TABELA 4 - Correlação linear de Pearson entre idade dos participantes e o WHOQOL-Breve

| Domínio | Correlação | p |
|------------------|------------|------|
| Físico | 0,09 | 0,31 |
| Psicológico | -0,05 | 0,61 |
| Relações Sociais | -0,18 | 0,04 |
| Meio Ambiente | -0,01 | 0,94 |

A média de idade dos profissionais de enfermagem amostrados foi de 33,8 anos, o que os caracteriza como adultos jovens e que desde já, apresentam um comprometimento de sua QV. Para Meleiro (2002) a vida moderna e as exigências no âmbito do trabalho levam os indivíduos a, gradativamente, desenvolverem algum tipo de distúrbio, considerando que atribuições diárias, a má alimentação, a falta de tempo para o lazer, descanso e sono, acabam acabam por comprometer a QV.

Esse dado pode ser atribuído ao fato de os profissionais mais jovens possuírem uma vasta rede de relações sociais e interpessoais com relação aos demais profissionais, conferindo-lhes a manutenção dos preditores de QV. Os trabalhadores de enfermagem de maior idade, provavelmente, têm maior dificuldade em manter relações sociais satisfatórias devido às responsabilidades cumulativas ao longo da vida e pelo cansaço físico e mental do dia a dia, tendo assim, suas relações sociais restritas ao ambiente familiar.

Kabad (2011) afirma que, atualmente, independente da idade, todas as pessoas têm acesso a boas condições de QV. No estudo de Carvalho (2009), a média de idade dos profissionais de saúde foi de 35 anos e não evidenciavam comprometimento de sua QV. Em Martins (2002), a variável idade, dos profissionais de enfermagem amostrados, após o teste de variância, não apresentou diferença significativa. No estudo de Paschoa, Zanei e Whitaker (2007) revelou-se que quanto maior a idade dos profissionais de enfermagem, mais alto o escore do domínio Físico e Costa, C. (2010) encontrou que os profissionais farmacêuticos de maior idade possuíam melhor QV no domínio Vitalidade atribuída à experiência profissional e a conquistas decorrentes do trabalho, tais como: cargo, renda e satisfação profissional.

Quanto à categoria profissional em relação ao WHOQOL-Breve, obteve-se no domínio Físico ($p=0,172$), no domínio Psicológico ($p=0,797$), no domínio Relações Sociais ($p=0,624$) e no domínio Meio Ambiente ($p=0,309$), não havendo dados de diferença significativa, o que sugere que os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem mantêm os preditores de QV preservados.

No estudo de Martins (2002) em que a QV dos profissionais de enfermagem foi aferida pelo WHOQOL-Breve, o cargo/função não interferiu nos domínios de QV. Lentz et al. (2000) ao estudar sobre o profissional de enfermagem e a QV afirmam que é necessária a realização de estudos de QV dos profissionais de enfermagem segundo a área de atuação.

Quanto à renda mensal dos participantes em relação ao WHOQOL-Breve, obteve-se que não houve diferença significativa, devido ao $p=0,058$ no domínio Físico; $p=0,314$ no domínio Psicológico; $p=0,127$ no domínio Relações Sociais e $p=0,790$ no domínio Meio Ambiente, revelando que a QV dos trabalhadores de enfermagem amostrados não sofre influência da renda mensal. A renda média dos profissionais pesquisados é de R\$ 1.229,53.

Kabad (2011) argumenta que depende da administração de suas próprias finanças, a positiva situação financeira de uma pessoa. A remuneração recebida pelo trabalhador é

associada à honestidade, à experiência, à responsabilidade, à jornada de trabalho e à demanda de mão de obra. A QV está diretamente associada à compensação salarial, pois no grupo social o homem desenvolve uma atividade econômica não somente para atender às suas necessidades, mas também para a aquisição de bens e serviços (STUMM et al., 2009).

Araújo, Soares e Henriques (2009) consideram o fator financeiro como sendo o que mais interfere na QV, pois é fundamental na estruturação familiar, tanto para a realização das necessidades e desejos pessoais, como para galgar o aperfeiçoamento e qualificação profissional.

A organização que investe diretamente em seus funcionários está investindo indiretamente em seus clientes, pois as pessoas desejam dinheiro não somente para a satisfação de suas necessidades fisiológicas e de segurança, mas também para a satisfação das necessidades sociais, de estima e de autorrealização (CHIAVENATO, 1999).

Nesse contexto, pode-se concluir que esses trabalhadores de enfermagem dispõem de estratégias financeiras que lhes garantem a sustentação e a aquisição de bens e serviços, tal que a remuneração não se torna um redutor da QV desses profissionais. É considerável também o fato de que 55,12% dos profissionais pesquisados são casados e possivelmente contam com o apoio do cônjuge no orçamento familiar; corroborando com Araújo e Souza (2011), que citam que os cônjuges podem contribuir na melhoria da QV pela divisão das despesas domésticas e da família, contribuindo para o pagamento de despesas e realização de investimentos.

Quanto à situação empregatícia e o WHOQOL-Breve não houve diferença significativa, pois obteve-se no domínio Físico ($p=0,186$), domínio Psicológico ($p=0,364$), domínio Relações Sociais ($p=0,121$) e domínio Meio Ambiente ($p=0,808$). Considerando que somente 35,66% dos trabalhadores de enfermagem amostrados possuem mais de um vínculo empregatício, estes mantêm os preditores de QV preservados.

Colaboram com estes dados, os estudos desenvolvidos por Stumm et al. (2009) e Paschoa, Zanei e Whitaker (2007) em que, respectivamente, 33% e 32,5% dos profissionais de enfermagem possuíam outro vínculo empregatício. Rios, Barbosa e Belasco (2010) ao pesquisarem auxiliares e técnicos de enfermagem, obtiveram que 52% possuíam mais de um emprego.

O fato de se trabalhar em diversos serviços, concomitantemente, pode ser considerado um fator redutor de QV, pois o profissional de enfermagem depara-se com serviços de saúde com diferenças estruturais, organizacionais e hierárquicas, tendo que se adaptar às características específicas de cada um, e a produzir uma assistência de enfermagem de qualidade. Esses trabalhadores estão constantemente expostos aos riscos existentes em serviços de saúde, no tocante às contaminações por micro-organismos e aos acidentes de trabalho, decorrentes de perfuração com perfurocortantes, quedas, acidentes de trajeto, dentre outros. Dessa forma, o que resultaria em ganhos para o profissional de enfermagem converte-se em comprometimento de seu estado de saúde, gastos desnecessários com despesas médicas e absenteísmo, o que repercute na qualidade da assistência de enfermagem prestada.

Os trabalhadores que mais se identificam com a profissão são os que mais sofrem com o afastamento devido à centralidade que o trabalho ocupa em suas vidas, passando a apresentar sentimentos de menor valia e inutilidade (FERREIRA, M., 2001). Nesse sentido, as instituições hospitalares necessitam atuar preventivamente, de maneira que o ambiente de trabalho não se constitua no nexo causal dos afastamentos que repercutem em altos índices de absenteísmo.

Quanto ao setor de atuação, foi detectada diferença significativa nos domínios Psicológico ($p=0,001$) e Meio Ambiente ($p=0,016$) dos trabalhadores de enfermagem lotados no CC, evidenciando que a QV é baixa relacionado aos demais profissionais lotados na UTI e no PS, afirmando a hipótese apresentada de que os profissionais lotados na unidade de CC evidenciariam maior comprometimento da QV (TABELA 5). Para Schmidt e Dantas (2006), alguns setores na estrutura hospitalar são mais desgastantes do que outros, dentre eles, está o CC, pois devido à necessidade de prevenir infecções, esse setor tornou-se um local fechado e de rigorosas técnicas assépticas, características que restringem os profissionais de enfermagem da interação social, que é considerado um fator ambiental que traz desgaste físico e mental à equipe que atua nessa unidade. Nesse contexto, considerando que o ambiente de trabalho é o local no qual as pessoas passam a maior parte do tempo de suas vidas, acaba por provocar o sofrimento psíquico de seus profissionais.

TABELA 5 - Setor de atuação dos participantes em relação ao WHOQOL-Breve

| Domínio | Variável | N | Média | DP | F* | P |
|------------------|------------|----|-------|-------|------|-------|
| Físico | OS | 36 | 60,02 | 9,65 | 0,34 | 0,714 |
| | CC | 38 | 58,27 | 9,72 | | |
| | UTI-adulto | 45 | 59,78 | 10,71 | | |
| Psicológico | OS | 36 | 76,09 | 11,36 | 7,51 | 0,001 |
| | CC | 38 | 67,41 | 15,28 | | |
| | UTI-adulto | 45 | 77,33 | 10,23 | | |
| Relações Sociais | OS | 36 | 75,93 | 14,47 | 1,34 | 0,265 |
| | CC | 38 | 70,61 | 12,06 | | |
| | UTI-adulto | 45 | 75,37 | 18,8 | | |
| Meio Ambiente | OS | 36 | 61,18 | 13,32 | 4,31 | 0,016 |
| | CC | 38 | 52,86 | 11,08 | | |
| | UTI-adulto | 45 | 59,00 | 13,54 | | |

Legenda: PS (Pronto Socorro); CC (Centro Cirúrgico); UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

*ANOVA.

No estudo de Santos e Beresin (2009) realizado com profissionais de CC, o domínio Meio Ambiente apresentou o escore mais alto e o domínio Psicológico, o escore mais baixo. E os profissionais, quando questionados quanto à influência do CC em sua QV, referiram estresse relacionado ao setor, às responsabilidades, às situações de risco, ao relacionamento com a equipe multiprofissional e ao tipo de trabalho executado.

Pode-se referir que os baixos escores apresentados pelos trabalhadores de enfermagem da unidade de CC nos domínios Psicológico e Meio Ambiente estão relacionados ao fato de tratar-se de uma unidade fechada, com grande demanda de cirurgias/dia, incluindo-se procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, os quais demandam uma sobrecarga de exigências físicas e mentais, associadas à ansiedade e ao medo dos pacientes, ao quantitativo insuficiente de pessoal, à dificuldade de pausas para o repouso e alimentação, durante o turno de trabalho, às intercorrências envolvendo falta de materiais e danificação de equipamentos, durante o ato operatório, a ansiedade e o nervosismo da equipe médica, mediante a gravidade dos casos, a constante busca de informações por familiares/acompanhantes, a insatisfação dos profissionais médicos quanto ao programa cirúrgico, entre outros.

O motivo de atuação nas unidades UTI, CC e PS não apresentou diferença significativa, devido ao $p=0,62$ no domínio Físico, $p=0,42$ no domínio Psicológico, $p=0,41$ no

domínio Relações Sociais e $p=0,41$ no domínio Meio Ambiente, conferindo que o motivo de atuação nos setores críticos não interfere na QV dos profissionais de enfermagem lotados no CC, PS e UTI. Stumm et al. (2009) citam que a afinidade/satisfação/motivação pode repercutir tanto na harmonia quanto na estabilidade psicológica no local de trabalho. No estudo de Hilleschein (2011), 87,4% dos profissionais abordados encontram-se satisfeitos com o local de trabalho e em Carvalho (2009), 56,1% dos profissionais amostrados trabalhavam com pacientes com câncer por realização pessoal.

É possível argumentar que os profissionais de enfermagem são lotados em UTI, CC e PS por possuírem capacitação teórico-prática para execução de atividades de enfermagem nesses setores, e por afinidade e satisfação laboral para que sejam agregados valores pessoais ao trabalho, e a prestação de serviços seja significativa, mesmo em ambientes que requerem maior exigência física e mental, estando os trabalhadores mais expostos ao comprometimento dos preditores de QV, além disso, as vivências de cada indivíduo podem influenciar suas escolhas profissionais.

Assim como os estudos envolvendo QV apresentam-se em uma vertente multiprofissional, sendo aplicáveis de forma multidisciplinar e multidimensional, as pesquisas envolvendo a variável CT têm se tornado cada vez mais abrangentes, uma vez que as atenções mundiais estão voltadas para o universo do trabalho e para as relações de trabalho. Nesse contexto, a área da saúde, assim como os demais setores sociais, pode ser influenciada por esses fatores externos, tendo que incluir em sua atuação profissional, mecanismos que corroborem a produção de serviços e ao mesmo tempo preservem a QV, bem como, a capacidade laboral de seus profissionais.

Na área da enfermagem, estudos envolvendo a temática CT têm sido amplamente desenvolvidos, tais como os realizados por Hilleschein (2011), Silva Junior (2010), Vasconcelos (2009) e Raffone e Hennington (2005), constituindo-se uma variável inovadora no contexto das práticas de saúde vigentes ao que mensura as capacidades físicas e mentais necessárias para a execução do trabalho, nesse caso, as atividades laborais de profissionais de enfermagem. É possível construir um perfil da capacidade laboral desses profissionais, assim como avaliar a assistência de enfermagem prestada.

Quanto ao sexo em relação ao ICT, não houve diferença significativa entre os profissionais de enfermagem amostrados ($p=0,734$), evidenciando que homens e mulheres possuem a mesma CT. Silva Junior (2010) cita que o interesse em estudar o ICT nos

profissionais de enfermagem dá-se pela especificidade desse grupo, constituído majoritariamente por mulheres que, em seu cotidiano conciliam as atividades profissionais com o trabalho doméstico, tornando-se mais vulneráveis à redução da CT. No estudo de Vasconcelos (2009) a variável sexo foi a única que obteve associação com a perda da CT, pois a capacidade iadequada para o trabalho foi 84% maior entre as mulheres. Em Duran e Cocco (2004), homens e mulheres possuíam CT's semelhantes.

É possível argumentar que as mulheres têm mais chance de ter um ICT inferior, em relação aos homens, devido aos múltiplos papéis assumidos pelas mulheres trabalhadoras no exercício da enfermagem. Não é eximida a capacidade laborativa dos homens com relação às mulheres, mas geralmente, eles se focam nas exigências do local de trabalho cabendo às mulheres os afazeres domésticos e a educação dos filhos. Essa sobrecarga física e mental corrobora a redução da capacidade laborativa das profissionais de enfermagem.

Quanto ao estado civil em relação ao ICT, não foi detectada diferença significativa ao nível de confiabilidade de 95% ($p=0,053$). Dessa forma, tanto os casados quanto os solteiros e outros apresentaram a mesma CT. O estudo de Martins (2002) mostrou que a situação conjugal exerce influência sobre a CT, e que os casados obtiveram escores mais baixos de CT do que os demais.

É possível citar que não é percebida diferença entre a CT dos profissionais amostrados, embora sejam trabalhadores em plena capacidade produtiva e muitas vezes com filhos, e que executam as suas atividades laborais em seus postos de trabalho com o mesmo dinamismo e eficiência, independentemente do estado civil. Comumente, o profissional casado agrega responsabilidades familiares, econômicas e sociais que podem contribuir exponencialmente para a redução da capacidade laborativa.

Referente à categoria profissional em relação ao ICT, não foi observada diferença significativa devido ao $p=0,979$, evidenciando que, independente da função exercida, os profissionais de enfermagem amostrados possuem a mesma CT. No estudo de Martins (2002), em que aferiu-se a CT de profissionais através do ICT, o cargo/função desempenhado não interferiu na CT.

É perceptível que embora os enfermeiros sejam responsáveis pela coordenação, supervisão e execução da assistência de enfermagem mais qualificada, estando mais expostos às exigências mentais, sendo aos auxiliares e técnicos atribuídas as atividades mais intensas,

repetitivas, de menor complexidade e de maior desgaste físico, não é evidenciada diferença significativa em suas práticas de trabalho, tal que compartilham da mesma capacidade laborativa independente da categoria profissional e do posto de trabalho, o que em muito contribui para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Nessas unidades nas quais os pacientes são estritamente dependentes dos profissionais de enfermagem e, em que há um desgaste físico e mental considerável, poder contar com colegas de trabalho que desfrutam do mesmo potencial de trabalho, reduz, significativamente, a sobrecarga das práticas assistenciais e gerenciais, e por fim, os pacientes dispõem de uma assistência de enfermagem humanizada e integral em que a saúde dos seus executores é consideravelmente preservada.

Quanto à idade e à renda mensal em relação ao ICT, não foi detectada diferença significativa devido ao $p > 0,05$ nas duas categorias abordadas. A média de idade dos profissionais de enfermagem amostrados foi 33,8 anos e a renda média, de R\$ 1.229,53. Esses dados revelam a atuação de profissionais adultos jovens e com receita inferior, quando comparados aos estudos de Vasconcelos (2009), em que a média de idade foi 41,7 anos e renda média, R\$ 2.000,00, e em Hilleschein (2011), com a média de idade foi de 42,6 anos e em Raffone e Hennington (2005), de 43 anos.

Esses dados demonstram que a amostra é composta por profissionais de enfermagem adultos jovens que se dedicam à profissão e buscam trabalhar durante a juventude enquanto possuem maior vigor físico e vitalidade, na construção de seus projetos de vida, de modo a assegurar melhor QV no futuro. O fato de se trabalhar diretamente com a dor e o sofrimento, pode fazer com que os profissionais de enfermagem busquem segurança e estabilidade profissional o quanto antes.

Em Vasconcelos (2009), a variável idade não demonstrou correlação com a perda da CT. O *Who Study Group on Aging and Working Capacity* (1993) tem demonstrado preocupação com a questão do envelhecimento relacionado ao trabalho, reconhecendo que os sistemas do corpo humano sofrem uma redução gradativa em sua eficácia, o que corrobora a diminuição da capacidade funcional dos indivíduos.

Com relação à situação empregatícia e o ICT, não foi detectada diferença significativa ($p=0,741$), demonstrando que os profissionais que se dedicam a mais de uma atividade laboral (35,66%) não apresentaram a CT prejudicada. Embora esses profissionais executem atividades de enfermagem em serviços de saúde diferentes, sendo submetidos a exigências físicas e mentais diferenciadas, conseguem manter-se físico e emocionalmente estáveis, de

modo que preservam a sua capacidade laborativa, contrapondo-se ao estudo de Vasconcelos (2009) em que a existência de outro vínculo empregatício obteve correlação com a perda da CT.

Quanto aos trabalhadores de enfermagem, a história apresenta problemas relacionados à profissão, tais como: número reduzido de profissionais nos serviços de saúde e falta de reconhecimento profissional, evidenciado pelos baixos salários, o que leva muitos desses profissionais a terem mais de um vínculo empregatício.

Quanto ao setor de atuação em relação ao ICT, não foi observada diferença significativa ($p=0,112$) sugerindo que o fato de os profissionais de enfermagem estarem lotados no CC, PS ou UTI-adulto não interfere em sua CT, contrariando a hipótese que os profissionais lotados no CC, PS e UTI-adulto apresentariam comprometimento de sua capacidade laboral. No estudo de Raffone e Hennington (2005), os profissionais de enfermagem lotados na UTI apresentaram melhor CT quando comparados aos trabalhadores do CC.

É difícil estabelecer uma correlação entre essas variáveis, pois os profissionais lotados em UTI-adulto e CC embora convivam diariamente com a dor, o sofrimento e o risco iminente de morte, executam suas atividades laborativas em ambiente refrigerado, e esses têm fácil acesso a insumos e equipamentos, com número limitado de pacientes e pessoal qualificado; situação inversa à vivenciada em PS, em que, usualmente, não é estabelecido o vínculo enfermagem/paciente, há contato iminente com a morte, excesso de pacientes, insuficiência de profissionais capacitados, materiais e equipamentos, estrutura física inadequada e ambiente conturbado.

Quanto ao motivo de atuação em unidades críticas em relação ao ICT, não foi detectada diferença significativa devido ao $p=0,842$, sugerindo que o motivo de atuação dos profissionais de enfermagem amostrados não interfere em sua capacidade laboral.

Os achados obtidos revelam que grande parte dos profissionais amostrados atuam na UTI-adulto, PS e CC devido à afinidade e satisfação pessoal e profissional. Trata-se de postos de trabalho em que os profissionais devem estar, teórica e tecnicamente, capacitados para a prestação de uma assistência de enfermagem qualificada, que se faz necessária a identificação pessoal com o local de trabalho, pois estão expostos à dor e ao sofrimento dos pacientes, assim como às possíveis intercorrências que decorrem da gravidade dos pacientes e da

manutenção do posto de trabalho sob condições favoráveis. Essas exigências físicas e mentais são recompensadas mediante o restabelecimento do estado de saúde dos pacientes e a valorização de seu trabalho, contribuindo exponencialmente para a manutenção da CT.

O reconhecimento é o processo de consideração do esforço e do sofrimento investido para a valorização do trabalho, possibilitando ao sujeito a construção de sua identidade, a qual é traduzida afetivamente por vivência de prazer e de realização de si mesmo (PINHEIRO; TRÓCCOLI; PAZ, 2003). O reconhecimento profissional é um propulsor para a motivação no ambiente de trabalho, podendo ser obtido a partir de elogios dos líderes, colegas de trabalho, pacientes e familiares, e recompensa salarial. O profissional reconhecido e satisfeito, pessoal e profissionalmente, tende a agir proativamente no que se refere à resolutividade de problemas inerentes à sua prática de trabalho, assim como em seu aprimoramento profissional.

Quanto à relação ICT/WHOQOL-Breve, houve diferença significativa em três domínios do WHOQOL-Breve em relação ao ICT, sendo eles os domínios: Psicológico ($p=0,00$), Relações Pessoais ($p=0,00$) e Meio Ambiente ($p=0,00$). Nas dimensões em que houve diferença significativa sugere-se que à medida que o ICT dos profissionais de enfermagem piora, isto é, de ótimo para moderado, a QV desses profissionais piora, obtendo-se que quanto menor o ICT, mais baixos os escores de QV do profissional de enfermagem (TABELA 6). Martins (2002) ao estudar profissionais de enfermagem obteve que quanto mais altos os escores do ICT, mais altos eram os escores de QV, corroborando os dados obtidos no presente estudo.

TABELA 6 - Comparação do ICT dos participantes em relação ao WHOQOL-Breve

| Domínio | ICT | N | Média | DP | F* | p |
|------------------|------------|----------|--------------|-----------|-----------|----------|
| Físico | Moderada | 21 | 55,10 | 12,55 | 2,70 | 0,07 |
| | Boa | 60 | 59,23 | 7,87 | | |
| | Ótima | 41 | 60,67 | 8,38 | | |
| Psicológico | Moderada | 21 | 66,23 | 15,06 | 8,95 | 0,00 |
| | Boa | 60 | 72,99 | 12,26 | | |
| | Ótima | 41 | 79,53 | 9,72 | | |
| Relações Sociais | Moderada | 21 | 66,67 | 15,81 | 6,42 | 0,00 |
| | Boa | 60 | 73,40 | 13,77 | | |
| | Ótima | 41 | 80,28 | 15,11 | | |
| Meio Ambiente | Moderada | 21 | 50,00 | 14,29 | 7,81 | 0,00 |
| | Boa | 60 | 56,68 | 9,55 | | |
| | Ótima | 41 | 63,14 | 15,61 | | |

Legenda: ICT (Índice de Capacidade para o Trabalho).

*ANOVA.

Dessa forma, pode-se dizer que a CT correlaciona-se com os domínios Psicológico, Relações Pessoais e Meio Ambiente do WHOQOL-Breve, revelando que a QVG dos profissionais de enfermagem é influenciada pelos fatores físicos e psicoemocionais que envolvem as complexas relações de trabalho às quais estão expostos, durante o desenvolvimento de suas práticas assistenciais e gerenciais, evidenciando a centralidade que o trabalho ocupa em suas vidas e o mesmo é importante no processo de autorrealização pessoal e profissional.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A QV está sendo amplamente discutida na sociedade contemporânea devido à sua gama de significados e por circundar uma vertente multiprofissional, sob a ótica conceitual e metodológica, abrangendo todas as áreas do conhecimento. Consoante a essa realidade, os estudos envolvendo a CT tornam-se mais abrangentes, considerando que se vive um momento em que a atenção mundial está voltada para o universo do trabalho, a área da saúde, assim como os demais segmentos da sociedade tem de focar na qualidade da prestação de serviços, não se esquecendo das condições de saúde e trabalho de seu bem maior, os profissionais de saúde que, no contexto hospitalar, são representados exponencialmente por profissionais de enfermagem.

Desenvolver uma pesquisa sobre QV e CT com profissionais de enfermagem lotados nas UTI-adulto, CC e PS de um hospital de grande porte remete à percepção de que obter-se-ão resultados alterados quanto à QVG e à capacidade laborativa desses trabalhadores de enfermagem devido às exigências físicas, emocionais e mentais a que estão constantemente expostos.

É relevante situar que diversos pesquisadores desenvolveram estudos envolvendo a temática QV e CT em profissionais de enfermagem, mas não constam nas bases de dados disponíveis pesquisas em que essas variáveis são associadas e aplicáveis a uma amostra constituída por trabalhadores de enfermagem lotados em UTI-adulto, CC e PS simultaneamente.

Relativamente aos objetivos (geral e específicos) desta pesquisa, a caracterização do perfil sociodemográfico, a avaliação da QVG e da CT dos profissionais de enfermagem lotados nos setores críticos de uma unidade hospitalar, através dos domínios do WHOQOL-Breve e do ICT, respectivamente, pode-se concluir que foram atingidos.

Em suma, pode-se dizer que os profissionais de enfermagem amostrados possuem uma percepção positiva de sua QV e CT, e que quanto menor o ICT, mais baixos os escores de QV do profissional de enfermagem, o que evidencia a centralidade que o trabalho ocupa em suas vidas e quanto é importante no processo de autorrealização pessoal e profissional.

Quanto aos homens, esses evidenciarem baixa QV em relação às mulheres nos domínios Físico, Psicológico e Meio Ambiente, trata-se de um achado, que contrasta com a profissão de enfermagem, a qual é predominantemente constituída por mulheres, mas que pode ser atribuído ao fato destes profissionais apresentarem desconfortos, tais como dor,

fadiga, sono, dependência de medicações e produtos cafeinados e mobilidade comprometida devido à carga física e mecânica do trabalho executado, assim como, às longas jornadas de trabalho, produção acelerada, pressão repressora e autoritária, inexistência ou escassez de pausas para o repouso, fragmentação das tarefas, desqualificação do trabalho realizado, ansiedade, irritabilidade, contato direto com a dor e o sofrimento dos pacientes e familiares, e ao fato de o serviço de saúde não dispor de uma estrutura moderna e qualificada, que ofereça aos seus colaboradores benefícios tais como: plano de saúde, serviço de transporte e creche satisfatórios, segurança física, estabilidade profissional, paralelamente prejuízos na participação em atividades de formação continuada, culturais e sociais devido ao trabalho nos fins de semana, feriados e período noturno. E contraria a hipótese de que o sexo masculino apresentaria melhor escore de QV quando relacionado ao sexo feminino.

O fato de os profissionais de enfermagem lotados na unidade de CC apresentarem baixos escores de QV relacionado aos profissionais lotados nas unidades de PS e UTI-adulto é condizente com a realidade vivenciada, pois na execução de suas atividades laborais estão restritos a um ambiente fechado, complexo, que requer além da capacitação técnico-científica, competência emocional, afirmando a hipótese apresentada de que os profissionais lotados na unidade de CC evidenciariam maior comprometimento da QV.

Quanto aos profissionais de enfermagem casados apresentarem baixo escore de QV no domínio Meio Ambiente, e sendo em sua maioria mulheres, cita-se as responsabilidades familiares, afetivas, econômicas e sociais que geram uma sobrecarga laboral, que acaba por tornar o ambiente e o tipo de trabalho executado mais desgastantes, podendo comprometer a QV, diferentemente dos solteiros que usualmente direcionam suas preocupações para projetos e realizações individuais.

Quanto à idade, foi detectada diferença significativa no domínio Relações Sociais, demonstrando que quanto maior a idade do profissional, mais baixa a sua QV, e quanto menor a idade do profissional mais alta sua QV, o que pode ser atribuído ao fato de os profissionais mais jovens possuírem uma vasta rede de relações sociais e interpessoais, conferindo-lhes a manutenção dos preditores de QV, enquanto que os trabalhadores de maior idade, devido às responsabilidades cumulativas ao longo da vida e pelo cansaço físico e mental do dia a dia, restringem suas relações sociais ao ambiente familiar.

Um possível viés de pesquisa é o fato de a pesquisadora pertencer ao quadro de pessoal da instituição pesquisada, o que se tentou controlar por meio de um método bem estabelecido.

A efetividade dos programas de educação continuada, a participação dos profissionais de enfermagem frente às tomadas de decisões e implementação de novas tecnologias e programas voltados à saúde do trabalhador, podem resultar em reconhecimento profissional, e maior percepção quanto ao seu papel de promotor da saúde, favorecendo o ambiente de trabalho e conseqüentemente, as suas relações familiares, afetivas e sociais.

A relevância social, econômica e científica deste estudo pode ser atribuída à divulgação dos resultados para a instituição de saúde cedente da pesquisa, a fim de que haja a implantação de um programa de saúde ocupacional, assim como para os profissionais envolvidos, através de métodos expositivos, e para a comunidade científica, através de congressos, palestras, eventos, levando a uma projeção dos conhecimentos obtidos e ao incentivo de que novos estudos sejam realizados com os participantes do estudo, sob um novo prisma.

REFERÊNCIAS

ABRAHAO, A. L. C. L. A unidade de terapia intensiva. In: CHEREGATTI, A. L.; AMORIM, C. P. (Orgs). *Enfermagem em terapia intensiva*. São Paulo: Martinari, 2010. p. 15-40.

ALTSCHUL, A. *A psicologia na enfermagem*. São Paulo: Europa-América, 1977. (Coleção Manuais de Enfermagem).

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000. Disponível em: <<http://cesarmangolin.files.wordpress.com/2010/02/antunes-adeus-ao-trabalho.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2011.

ARAÚJO, G. A.; SOARES, M. G. O.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de vida: percepção de enfermeiros em uma abordagem qualitativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 635-641, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a22.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

ARAÚJO, M. A. N. *Qualidade de vida dos professores do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul*. 2009. 102 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009. Disponível em: <<http://www3.ucdb.br/mestrados/arquivos/dissert/614.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2011.

ARAÚJO, M. A.; SOUZA, J. C. *Qualidade de vida dos professores de enfermagem*. Passo Fundo: Ed. da Universidade Passo Fundo, 2011.

AVELLAR, L. Z.; IGLESIAS, A.; VALVERDE, P. F. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 3, 475-481, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n3/v12n3a04.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2012.

AZAMBUJA, E. P. et al. A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, 355-362, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/03.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2010.

BARADEL, A. Os minutos da comunicação no serviço de emergência. In: SILVA, M. J. P. (Org.). *Qual o tempo do cuidado?: humanizando os cuidados de enfermagem*. São Paulo: Loyola, 2004. p. 29-37.

BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-183, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a06.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2011.

BECK, C. L. C. *O sofrimento do trabalhador: da banalização a re-significação ética na organização da enfermagem*. Florianópolis: UFSC, 2001.

BECK, C. L. C. et al. O trabalho da enfermagem em unidades críticas e sua repercussão sobre a saúde dos trabalhadores. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 221-227, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n2/a08v10n2.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2011.

BECK, C. L. C.; BUDÓ, M. L. D.; GONZALES, R. M. B. A qualidade de vida na concepção de um grupo de professores da enfermagem-elementos de reflexão. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 348-354, 1999. Disponível em <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/468.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2010.

BRASIL. 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.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Texto atualizado. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm>. Acesso em: 8 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conceitos e definições em saúde* Brasília, DF, 1977. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2011.

CAMARGO JÚNIOR, K. R.; MATTOS, R. A. Políticas de saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *GestHos gestão hospitalar: capacitação à distância em administração hospitalar para pequenos e médios estabelecimentos de saúde – guia do participante*. Brasília, DF, 2002. p. 37-72.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L. Abordagens e mensuração da qualidade de vida no trabalho de enfermagem: produção científica. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 584-589, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a18.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2010.

CAPACIDADE. In: FERREIRA, A. B. H. *Mini Aurélio século XXI: o minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000. p. 136.

CARDOSO, W. L. C. D. Qualidade de vida e trabalho: uma articulação possível. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. v. 1, p. 89-116.

CARVALHO, A. B. *Qualidade de vida dos profissionais de saúde do Hospital do Câncer de Campo Grande/MS*. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009. Disponível em: <<http://www3.ucdb.br/mestrados/arquivos/dissert/652.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2010.

CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M. P. A. Desenvolvimento do WHOQOL-Breve. In: FLECK, M. P. A. (Org.). *A avaliação da qualidade de vida: guia para os profissionais de saúde*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 60-74.

CHIAVENATO, I. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *A saúde do profissional de enfermagem para o melhor cuidar*. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://www.programaproficiencia.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=231:a-saude-do-profissional-de-enfermagem-para-o-melhor-cuidar&catid=39:blog&Itemid=65>. Acesso em: 2 jul. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais*. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2011.

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, C. F. *Qualidade de vida dos farmacêuticos de drogarias de Campo Grande, MS*. 2010. 94 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2010. Disponível em: <<http://www3.ucdb.br/mestrados/arquivos/dissert/682.pdf>>. Acesso em 17 nov. 2010.

COSTA, E. S.; MORITA, I.; MARTINEZ, M. A. R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um Hospital Universitário do Estado de São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 553-555, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2104.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2011.

COSTA, I. M. A. R. *Trabalho por turnos, saúde e capacidade para o trabalho de enfermeiros*. 2009. 204 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ocupacional) – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2009. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13505/1/Tese_mestrado_Isabel%20Costa.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2010.

CRUZ, E. J. E. R.; SOUZA, N. V. D. O. *Repercussões da variabilidade na saúde do enfermeiro intensivista*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 10, n. 4, p. 1.102-1.113, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a23.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2011.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: BETIOL, M. I. S. (Coord.). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994. p. 21-32.

DURAN, E. C. M.; COCCO, M. I. M. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 43-49, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n1/v12n1a07.pdf>>. Acesso em 12 maio 2011.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 52-64, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a08.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2011.

FERREIRA, M. C. P. Bancários portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e identidade profissional. *Estudos*, Goiânia, v. 28, n. 4, p. 749-781, 2001.

FISCHER, F. M. et al. A (in)capacidade para o trabalho de trabalhadores de enfermagem. *Revista Brasileira de Medicina no Trabalho*, Goiânia, v. 3, n. 2, p. 97-103, 2005.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. (Org.). *A avaliação da qualidade de vida: guia para os profissionais de saúde*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 20-26.

FLECK, M. P. A. et al. O Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2010.

FLECK, M. P. A. (Coord.). *Versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL) 1998*. Porto Alegre, 2003. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

GALLOTTI, R. M. D. *Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergência clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade da atenção*. 2003. 135 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5159/tde-15082005-171758/pt-br.php>>. Acesso em: 15 maio 2011.

GARLET, A. et al. *Qualidade de vida do enfermeiro que atua em unidades de terapia intensiva privadas, por meio da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan*. 2007. 16 f. Artigo (Especialização em Unidade de Terapia Intensiva) – Centro de Estudo de Enfermagem e Nutrição, Universidade Católica de Goiânia, Goiânia, 2007. Disponível em: <http://www.ceen.com.br/conteudo/downloads/4552_26.pdf>. Acesso em: 19/05/2011. 15hs.

GOMES, C. M. A. Descrição da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 7, n. 4, p. 60-63, 1997.

GONZALES, R. M. B. Expressão de indicadores de (in)satisfação no trabalho por enfermeiras coordenadoras de área de um hospital universitário. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 105-109, 1998.

HEALTH PROMOTION EVALUATION. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion glossary*. Geneva, 1956. p. 12. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2011.

HILLESCHIN, E. F. *Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário: interface entre o pessoal, o laboral e a promoção da saúde*. 2011. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28457/000771192.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

KABAD, L. *Qualidade de vida dos funcionários administrativos de uma universidade privada*. 2011. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco. Disponível em: <<http://www3.ucdb.br/mestrados/arquivos/dissert/745.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2011.

LEITE, F. H. C.; BIN, M. C.; SCHMITZ, W. O. *Produção do artigo científico*. Dourados: Seriema, 2009.

LENTZ, R. A. et al. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 7-14, 2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12378.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2010.

LENZI, M. M.; CORRÊA, L. B. Qualidade de vida no trabalho: uma experiência possível. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 24-29, 2000.

LOPES, V. *O trabalho noturno do profissional de enfermagem: o sofrimento do trabalho na visão da ergonomia – estudo de caso de uma unidade de emergência hospitalar*. 2000. 140 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MAGALHAIS, L. C. B.; YASSAKA, M. C. B.; SOLER, Z. A. S. G. Indicadores da qualidade de vida no trabalho entre docentes do Curso de Graduação em Enfermagem. *Arquivos de Ciências da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 15, n. 3, p. 117-124, 2008. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN276.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2012.

MARTINEZ, M. C. *As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador*. 2002. 255 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-07112006-210400/publico/MartinezMC.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2011.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 525-532, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n3/140.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

MARTINS, M. M. *Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem no trabalho em turnos*. 2002. 85 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <http://www.cds.ufsc.br/nucidh/teses/dissertacao_marilu.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2010.

MELEIRO, A. M. A. S. O stress do professor. In: LIPP, M. E. N. (Org.). *O stress do professor*. Campinas: Papirus, 2002. p. 11-27.

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.

MININEL, V. A. *Promoção da qualidade de vida de enfermagem: responsabilidade gerencial dos enfermeiros*. 2006. 195 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-15012007-154700/publico/Vivian_Mininel.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2010.

MONEY, A. et al. *Fundamentos de métodos de pesquisa em administração*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

MOREIRA, M. C. N. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, 1999. Não paginado. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2010.

MOREIRA, M. M. S. *Qualidade de vida e envelhecimento*. 2000. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2000/moreirammsm/capa.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

MOZACHI, N.; SOUZA, V. H. S. *O hospital: manual do ambiente hospitalar*. 2. ed. Curitiba: Manual Real, 2005.

MUSSCHENGA, A. W. The relation between concepts of quality of life, health and happiness. *Society for Health and Human Values*, Chicago, v. 22, n. 1, p. 11-28, 1997. Disponível em: <<http://jhp.oxfordjournals.org/content/22/1/11.full.pdf+html>>. Acesso em: 12 jun. 2011.

NEUMANN, V. N. *Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar*. 2007. 164 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/Vera%20Nilda%20Neumman.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2010.

NISHIMURA, A. Z. F. C. *Produção bibliográfica da qualidade de vida no trabalho*. 2008. 281 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Gestão e Negócios, Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2008. Disponível em: <<https://www.unimep.br/phpg/bibdig/pdfs/2006/HXQAOYNSGHGX.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2010.

ODEBRECHT, C.; GONÇALVES, L. O.; SELL, I. O envelhecimento do trabalhador: da fisiologia à função laboral: aspectos a serem incrementados na análise ergonômica. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ERGONOMIA, 6., 2001, Gramado. *Anais...* Porto Alegre: UFRGS, 2001. p. 123-125.

OLER, F. G. et al. Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro-cirúrgico. *Arquivos de Ciências da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 12, n. 2, p. 102-110, 2005. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/8.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2010.

PAPALÉO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E. T.; SALLES, R. F. N. Fisiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. (Eds.). *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 94-117.

PASCHOA, S.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 305-310, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a10v20n3.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2010.

PEIXOTO, A. C. G. *Mapa da qualidade de vida ou uma pequena viagem ao mundo dos seus sonhos*. Rio de Janeiro: QualityMark, 1999.

PELTOMÄKI, P.; HUSMAN, K. Occupational health services and maintenance of work ability of workplaces. *Arhiv za Higijenu Rada i Toksikologiju*, Zagreb, v. 53, n. 4, p. 263-274, 2002. Disponível em: <hrcak.srce.hr/file/910>. Acesso em: 12 mar. 2011.

PEREIRA, P. F. *Homens na enfermagem: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional*. 2008. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000639229&loc=2008&l=da175dc84cdf34f7>> Acesso em: 9 ago. 2011.

PINHEIRO, F. A.; TRÓCCOLI, B. T.; PAZ, M. G. Aspectos psicossociais dos distúrbios osteomusculares (Dort/LER). In: FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. (Orgs.). *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores fiscais da Previdência Social brasileira*. Brasília, DF: LPA, 2003. p. 65-85.

PINHO, D. L. M.; TORRES, E. O. Causas de afastamento dos trabalhadores de enfermagem em um hospital do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, DF, v. 17, n. 3, p. 207-215, 2006. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/revista/artigo5_3.pdf>. Acesso em: 27 maio 2010.

PIRES, D. E. P.; LUNARDI FILHO, W. D. O processo do trabalho em saúde. In: BRAGA, D. G. et al. (Org.). *Curso de Negociação do Trabalho no SUS*. Rio de Janeiro: ENSP, 2008. p. 119-130. (Caderno de Textos).

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. *Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar*. 3. ed. São Paulo: Santos, 2002.

POWER, M. Qualidade de vida: uma visão geral do projeto WHOQOL. In: FLECK, M. P. A. (Org.). *A avaliação da qualidade de vida: guia para os profissionais de saúde*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 48-59.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20395.pdf>> Acesso em: 9 ago. 2011.

RAFFONE, M. A.; HENNINGTON, E. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 669-676, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n4/25542.pdf>> Acesso em: 3 ago. 2011.

RENOSTO, A. et al. Confiabilidade teste-reteste do Índice de Capacidade para o Trabalho em trabalhadores metalúrgicos do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 217-225, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n2/11.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2010.

RIOS, K. A.; BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. Avaliação da qualidade de vida e depressão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 122-130, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_17.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2010.

RIZZOTTO, M. L. F. *História da enfermagem e sua relação com a saúde pública*. Goiânia: AB, 1999.

ROCHA, J. C.; LIPP, M. N. *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso*. 2. ed. Campinas: Papiros, 1994.

RUEDA, S. *Habitabilidad y calidad de vida*. Madrid: Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid, 1997. Textos sobre sostenibilidad. Disponível em: <<http://habitat.aq.upm.es/select-sost/ac3.html>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. M. S.; ESPÓSITO, V. H. C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 62, n. 6, p. 102-112, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a09v62n6.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

SANTOS, J. B. F.; UCHOA, J. F.; MENELEU NETO, J. Precarização do trabalho de nível técnico de saúde no Nordeste: um enfoque nos auxiliares e nos técnicos de enfermagem. In: BARROS, A. F. R. (Org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. v. 2, p. 163-182. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Livro_inteiro_portugues.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2011.

SANTOS, M. R. A.; BERESIN, R. A qualidade de vida dos enfermeiros do centro-cirúrgico. *Einstein*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 152-8, 2009. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1214-Einsteinv7n2p152-8.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2011.

SCATOLLIN, F. A. A. Qualidade de vida: a evolução dos conceitos e os instrumentos de medida. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, Sorocaba, v. 8, n. 4, p. 1-5, 2006. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/175/119>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 54-60, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a08.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2011.

SCHWARTZMANN, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cyencia y Enfermería*, Concepción, v. 9, n. 2, p. 9-21, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

SCORSIN, L. M.; SANTOS, M. S.; NAKAMURA, E. K. *A qualidade de vida no trabalho da enfermagem e seus reflexos na satisfação pessoal*. Curitiba: Centro Universitário Campos de Andrade, 2006. Não paginado. Disponível em: <<http://dc99.4shared.com/doc/ZLqnBQbM/preview.html>>. Acesso em: 21 nov. 2010.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2011.

SILVA JUNIOR, S. H. A. *Avaliação de qualidades psicométricas da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho*. 2010. 99 f. Dissertação (Mestrado Epidemiologia em Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2333/1/ENSP_Disserta%c3%a7%c3%a3o_Silva%20Junior_Sergio_Henrique.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2011.

SILVA, D. C. M.; LOUREIRO, M. F.; PERES, R. S. *Burnout* em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. *Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 39-5, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v6n1/v6n1a04.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2011.

SILVEIRA, V. A.; MONTEIRO, M. I. Qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. In: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L.; MONTEIRO, M. I. (Orgs.). *Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI*. Campinas: Ipes, 2010. p. 161-206. Disponível em: <http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/foruns_interdisciplinares_saude/evolucao/evolucao_cap17.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2011.

SOUZA, J. C.; CARVALHO, A. B. Pesquisas sobre qualidade de vida, desenvolvidas no mestrado em psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. *Psicólogo inFormação*, São Paulo, ano 14, n. 14, p. 71-79. 2010. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/2341/2329>>. Acesso em: 2 abr. 2011.

SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M. *Insônia e qualidade de vida*. Campo Grande: Ed. da UCDB, 1999.

SOUZA, R. B.; SILVA, M. J. P.; NORI, A. Pronto socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 242-249, 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/3169/1740>>. Acesso em: 8 nov. 2010.

SPIPKER, B. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. New York: Lippincott-Raven, 1996.

SPILLER, A. P. M.; DYENIEWICZ, A. M.; SLOMP, M. G. F. S. Qualidade de vida dos profissionais de saúde em hospital universitário. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 88-95, 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/11965/8439>>. Acesso em: 8 nov. 2010.

STUMM, E. M. F. et al. Qualidade de vida, estresse e repercussões na assistência: equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 140-155, 2009. Disponível: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/5679/4132>>. Acesso em: 9 nov. 2010.

TUOMI, K. et al. *Índice de Capacidade para o Trabalho*. São Paulo: EdUFSCar, 2005.

VASCONCELOS, S. P. *Avaliação da capacidade para o trabalho e fadiga entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de urgência e emergência na Amazônia Ocidental*. 2009. 100 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-27012011-160853/publico/Suleima.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2011.

VIDO, M. B.; FERNANDES, R. A. Q. Quality of life: considerations about concept and instruments of measure. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Niterói, v. 6, n. 2. 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/870>>. Acesso em: 15 dez. 2010.

WALSH, I. A. P. et al. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões musculoesqueléticas crônicas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 149-156, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19772.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

WHO STUDY GROUP ON AGING AND WORKING CAPACTY. *Aging and work capacity*: Report of a WHO study group [meeting held in Helsinki from 11 to 13 December 1991]. Geneva: World Health Organization, 1993. (Technical Report Series, n. 835).

YAMADA, B. F. A. *Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas*. 2001. 191 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7138/tde-16022007-113552/pt-br.php>>. Acesso em: 14 ago. 2011.

ZAGHER, M.; PIEREZAN, P.; CLAUDINO, R. Avaliação da qualidade de vida nos profissionais de saúde que prestam assistência a pacientes geriátricos. *Revista Digital*, Buenos Aires, ano 14, n. 35, 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd135/qualidade-de-vida-nos-profissionais-da-saude.htm>>. Acesso em: 7 nov. 2010.

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

APÊNDICE A – Instrumento para a coleta de dados

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

- 1) Idade (anos):
- 2) Sexo: ☐ masculino ☐ feminino.
- 3) Estado civil:
☐ solteiro ☐ casado ☐ outros Qual?
- 4) Categoria profissional:
☐ auxiliar de enfermagem
☐ técnico de enfermagem
☐ enfermeiro
- 5) Renda mensal própria: R\$:
- 6) Carga horária semanal no hospital: horas
- 7) Trabalha em outro emprego? ☐ sim ☐ não
- 8) Se sim, qual?
☐ hospital carga horária semanal:
☐ clínica carga horária semanal:
☐ consultório carga horária semanal:
☐ outros carga horária semanal:
- 9) Setor de atuação:
☐ Pronto Socorro
☐ Centro-Cirúrgico
☐ Unidade de Terapia Intensiva – adulta
- 10) Motivo que o levou a trabalhar em unidades críticas:
☐ afinidade
☐ oportunidade de emprego
☐ histórico de casos na família/conhecidos
☐ satisfação profissional
☐ outros Quais?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:**

QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE PARA O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE DOURADOS, MS

PESQUISADORA:

Nome: *Dayane Lemes de Queiroz*

CPF: 938774041-20 // RG: 001242611 // Telefone: (67) 8433 9049

Endereço: Rua Cuiabá, n. 3326, centro, Dourados, MS

ORIENTADOR:

Nome: *José Carlos Rosa Pires de Souza*

CPF: 554.262.631-91 // RG: 206864 // Telefone: (67) 9981-6271

Endereço: Rua Theotonio Rosa Pires, n. 88, Vila Rosa Pires, Campo Grande, MS

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Avaliar qualidade de vida e a capacidade para o trabalho dos Profissionais de Enfermagem de um Hospital de Grande Porte de Dourados/MS; Avaliar o perfil sociodemográfico da amostra; Avaliar o perfil sociodemográfico com o questionário WHOQOL Breve; Avaliar a capacidade para o trabalho através do Questionário de Índice de capacidade para o trabalho; Comparar as variáveis sociodemográficas com os domínios de capacidade para o trabalho; Comparar os domínios de qualidade de vida com o índice de capacidade para o trabalho.

JUSTIFICATIVA DA PESQUISA:

A experiência vivenciada em âmbito hospitalar propiciam-me a percepção do quanto os profissionais de enfermagem encontram-se com sua saúde fragilizada e desgastada. A inexistência de estudos com esta abordagem justifica o presente estudo no intuito de contribuir cientificamente com os estudos sobre qualidade de vida e socialmente ao que possibilitará o conhecimento da importância social destes profissionais no contexto de saúde do município em que se encontra o hospital de grande porte do estudo.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

Serão aplicados 3 questionários: o Questionário Sociodemográfico, o Questionário *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL Breve) e o Questionário de Índice de Capacidade para o Trabalho aos profissionais de enfermagem que desenvolvem suas atividades laborais em unidades críticas.

POSSÍVEIS DESCONFORTOS E RISCOS:

A presente pesquisa pode gerar desconforto aos participantes ao serem questionados sobre questões que envolvem sentimentos e aspectos psicológicos.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS ESPERADOS:

Pretende-se que a presente pesquisa resulte em divulgação através de palestras e encontros com os participantes sobre os resultados obtidos, assim como, contribuir com a instituição cedente da pesquisa.

Considerando as informações constantes dos itens acima e as normas expressas na Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde consinto, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa na condição de participante da pesquisa e/ou responsável por participante da pesquisa, sabendo que:

- 1) A participação em todos os momentos e fases da pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro. Em havendo despesas operacionais, estas deverão estar previstas no Cronograma de Desembolso Financeiro e em nenhuma hipótese poderão recair sobre o sujeito da pesquisa e/ou seu responsável;
- 2) É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa;
- 3) É garantido o anonimato;
- 4) Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos;
- 5) A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), que a referenda e
- 6) O presente termo está assinado em duas vias.

Campo Grande, MS, 3 de abril de 2011.

.....
Nome do participante da pesquisa

.....
Assinatura

.....
Pesquisadora
Enfa. Dayane Lemes de Queiroz
e-mail: dayanequeiroz_enf@hotmail.com

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

ANEXO A – Autorizações para realização da pesquisa

HOMOLOGAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UCDB

Campo Grande, 06 de maio de 2011.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto **“Qualidade de Vida e Capacidade para o Trabalho dos Profissionais de Enfermagem de um Hospital de Grande Porte de Dourados/MS”** sob a responsabilidade de **Dayane Lemes de Queiroz**, orientação de **Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires**, protocolo nº **006/11** após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado **aprovado** sem restrições.

Profa. Dra. Susana Elisa Morena
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco

AUTORIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOURADENSE**Hospital Evangélico
Dr. e Sra. Goldsby King**

Dourados, 30 de março de 2011.

Eu, **Marco Aurélio de Camargo Areias**, Superintendente da Associação Beneficente Douradense, venho por meio desta, autorizar a realização do projeto de pesquisa do mestrado em psicologia, da UCDB, com o seguinte Tema: **“QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE PARA O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE DOURADOS/MS”**, executado pela pesquisadora Dayane Lemes de Queiroz, tendo como Orientador, o Prof. Dr. PhD. Jose Rosa Pires de Souza.



Marco Aurélio de C. Areias
Superintendente

Marco Aurélio de Camargo Areias
Superintendente da Associação Beneficente

ANEXO B – Instrumentos de coleta de dados

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL-Breve)

Instruções de como preencher o questionário

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

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

| | nada | Muito pouco | médio | muito | Completa-mente |
|--------------------------------------------------|------|-------------|-------|-------|----------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

| | nada | Muito pouco | médio | muito | Completa-mente |
|--------------------------------------------------|------|-------------|-------|-------|----------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

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

| | | muito ruim | Ruim | nem ruim nem boa | boa | muito boa |
|-------|-----------------------------------------------|--------------------|--------------|------------------------------------|------------|------------------|
| 1(G1) | Como você avaliaria sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | muito insatisfeito | Insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 2(G4) | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

B) As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

| | | nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 3(F1.4) | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4(F11.3) | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5(F4.1) | O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6(F24.2) | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7(F5.3) | O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8(F16.1) | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9(F22.1) | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

C) As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

| | | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 10(F2.1) | Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11(F7.1) | Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12(F18.1) | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13(F20.1) | Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14(F21.1) | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

D) As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

| | | muito ruim | ruim | nem ruim nem bom | bom | muito bom |
|----------|----------------------------------------|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 15(F9.1) | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | muito insatisfeito | Insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 16(F3.3) | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17(F10.3) | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18(F12.4) | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19(F6.3) | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20(F13.3) | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21(F15.3) | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22(F14.4) | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23(F17.3) | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24(F19.3) | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25(F23.3) | Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

| | | nunca | Algumas vezes | frequentemente | muito frequentemente | sempre |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|----------------|----------------------|--------|
| 26(F8.1) | Com que frequência você <i>tem</i> sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

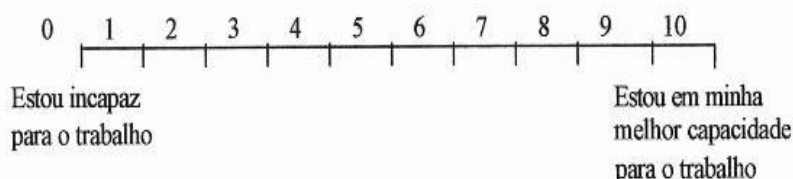
ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Este questionário é sobre como você percebe a sua capacidade para o trabalho.

Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

1-Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida:

Numa escala de 0 a 10, quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual?



2- Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho:

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo).

- ☐ muito boa
☐ boa
☐ moderada
☐ baixa
☐ muito baixa

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer.

- ☐ muito boa
☐ boa
☐ moderada
☐ baixa
☐ muito baixa

3- Número atual de doenças diagnosticadas por médico:

Na sua opinião quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente. Marque **também** aquelas que foram **confirmadas pelo médico**.

| | LESÕES POR ACIDENTES OU DOENÇAS | Em minha opinião | Diagnóstico médico |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| 01 | Lesão nas costas | | |
| 02 | Lesão nos braços/mãos | | |
| 03 | Lesão nas pernas/pés | | |
| 04 | Lesão em outras partes do corpo Onde? Que tipo de lesão? | | |
| 05 | Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores freqüentes. | | |
| 06 | Doença da parte inferior das costas com dores freqüentes | | |
| 07 | Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática) | | |
| 08 | Doença musculoesquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores freqüentes | | |

| | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 09 | Artrite reumatóide | | |
| 10 | Outra doença músculo-esquelética Qual? | | |
| 11 | Hipertensão arterial (pressão alta) | | |
| 12 | Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris) | | |
| 13 | Infarto do miocárdio, trombose coronariana. | | |
| 14 | Insuficiência cardíaca | | |
| 15 | Outra doença cardiovascular Qual? | | |
| 16 | Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda) | | |
| 17 | Bronquite crônica | | |
| 18 | Sinusite crônica | | |
| 19 | Asma | | |
| 20 | Enfisema | | |
| 21 | Tuberculose pulmonar | | |
| 22 | Outra doença respiratória Qual? | | |
| 23 | Distúrbio emocional severo (ex. depressão severa) | | |
| 24 | Distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia) | | |
| 25 | Problema ou diminuição da audição | | |
| 26 | Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau) | | |
| 27 | Doença neurológica (avc, enxaqueca, epilepsia) | | |
| 28 | Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos Qual? | | |
| 29 | Pedras ou doença da vesícula biliar | | |
| 30 | Doença do pâncreas ou o fígado | | |
| 31 | Úlcera gástrica ou duodenal | | |
| 32 | Gastrite ou irritação duodenal | | |
| 33 | Colite ou irritação do colon | | |
| 34 | Outra doença digestiva Qual? | | |
| 35 | Infecção das vias urinárias | | |
| 36 | Doença dos rins | | |
| 37 | Doença nos genitais e aparelho reprodutor (ex. problema nas trompas ou na próstata) | | |
| 38 | Outra doença geniturinária Qual? | | |
| 39 | Alergia, eczema. | | |
| 40 | Outra erupção Qual? | | |
| 41 | Outra doença da pele Qual? | | |
| 42 | Tumor benigno | | |
| 43 | Tumor maligno (câncer) Onde? | | |
| 44 | Obesidade | | |
| 45 | Diabetes | | |
| 46 | Bócio ou outra doença da tireóide | | |
| 47 | Outra doença endócrina ou metabólica Qual? | | |
| 48 | Anemia | | |
| 49 | Outra doença do sangue Qual? | | |
| 50 | Defeito de nascimento Qual? | | |
| 51 | Outro problema ou doença Qual? | | |

4- Perda estimada para o trabalho devido às doenças:

Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta.

- ☐ não há impedimento/eu não tenho doenças
- ☐ eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas
- ☐ algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
- ☐ frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
- ☐ por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial
- ☐ na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar

5- Faltas ao trabalho por doenças no último ano:

Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

- ☐ nenhum
- ☐ até 9 dias
- ☐ de 10 a 24 dias
- ☐ de 25 a 99 dias
- ☐ de 100 a 365 dias

6- Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos:

Considerando sua saúde, você acha que será capaz de daqui a 2 anos fazer seu trabalho atual?

- ☐ é improvável
- ☐ não está muito certo
- ☐ bastante provável

7- Recursos mentais:

Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ às vezes
- ☐ raramente
- ☐ nunca

Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ às vezes
- ☐ raramente
- ☐ nunca

Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

- ☐ continuamente
- ☐ quase sempre
- ☐ às vezes
- ☐ raramente
- ☐ nunca

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO