



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MARIA BEATRIZ DE PAULA TAVARES CAVALCANTE

**QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS EM INSTITUIÇÕES
HOSPITALARES: O PÚBLICO E O PRIVADO**

FORTALEZA

2011

MARIA BEATRIZ DE PAULA TAVARES CAVALCANTE

QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS EM INSTITUIÇÕES
HOSPITALARES: O PÚBLICO E O PRIVADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre. Linha de Pesquisa: Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Dalva Santos Alves

Fortaleza

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- C364q Cavalcante, Maria Beatriz de Paula Tavares
Qualidade de vida dos enfermeiros em instituições hospitalares: o público e o privado
/ Maria Beatriz de Paula Tavares Cavalcante. – 2011.
88 f. : il.
- Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia
e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2011.
Orientação: Profa. Dra. Maria Dalva Santos Alves
1. Qualidade de Vida 2. Enfermagem 3. Trabalho I. Título.
-

CDD 610.73

MARIA BEATRIZ DE PAULA TAVARES CAVALCANTE

QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS EM INSTITUIÇÕES
HOSPITALARES: O PÚBLICO E O PRIVADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em ____/____/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Dalva Santos Alves (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Maria Irismar de Almeida
Universidade Estadual do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Miria Conceição Lavinias Santos
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Paulo César de Almeida (Suplente)
Universidade Estadual do Ceará (UFC)

À minha família.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por haver tornado todo esse sonho possível e nunca ter me abandonado.

Aos meus pais, Fernando e Nydia, pelo apoio irrestrito e incondicional, e pelas pequenas atitudes que, ao final, estabeleceu o diferente, e que me situam a quatro mãos, sempre mais alto.

Aos meus irmãos, Pedro Henrique e Maria Eduarda, que representam tudo para mim.

Ao Gustavo, que, aos poucos, participa da minha vida mais de perto a cada dia. Obrigada pelas alegrias e, principalmente, com a paciência com a minha policronia.

Aos meus tios, tias, primos, primas e amigos. Sou muito grata pela compreensão e ajuda que todos me dedicaram durante a minha jornada.

À Dr.^a Maria Dalva Santos Alves, minha orientadora e, antes de tudo, pessoa a quem quero bem, responsável direta pela obtenção do meu conhecimento e fortificação do meu caráter profissional. Meu agradecimento infinito pela dedicação e carinho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, na figura de seu corpo docente, pela oportunidade do desenvolvimento de minhas habilidades e competências durante o período do curso de Mestrado.

Aos hospitais onde foram realizadas as coletas de dados, na figura de suas gerentes de Enfermagem, por terem proporcionado uma execução serena de meus objetivos e tornado o trabalho prazeroso.

Aos profissionais enfermeiros que aceitaram participar de minha investigação, com o único interesse de proporcionar dados em pesquisa para melhoria da vida de colegas e formação de uma Enfermagem mais sólida e que proporcione melhor qualidade para seu pessoal.

Aos componentes da minha banca, sou muito grata pela dedicação na leitura e nos comentários em prol desta obra, que, graças a eles, pôde ser finalizada.

A simplicidade é o último grau de sofisticação.

(Leonardo da Vinci)

RESUMO

A temática qualidade de vida é recorrente em estudos da Enfermagem, principalmente quando se aborda a Qualidade de Vida no Trabalho. Essas investigações, todavia, por muitas vezes apenas sugerem que o trabalho da Enfermagem é estressante, sem maior aprofundamento nos aspectos que o caracterizam. O objetivo geral deste estudo é apreender as representações sociais dos enfermeiros sobre a qualidade de vida no hospital público e privado, tendo por objetivos específicos descrever as variáveis sociodemográficas de seus enfermeiros, bem como comparar a qualidade de vida entre as instituições. A pesquisa é exploratória, descritiva e constitui em estudo misto, realizada em dois hospitais – um público e outro privado – com amostra de 40 enfermeiros, empregando como suporte de investigação o WHOQOL-Bref como instrumento e o Teste de Associação Livre de Palavras como técnica. Os dados foram compilados no SPSS e no EVOC-2000, respectivamente. A Teoria das Representações Sociais se configura aqui como subsídio que permite cruzamento de informações entre o instrumento e a técnica adotados na pesquisa. Os resultados apontaram a predominância feminina na categoria; a diferença no perfil das idades de acordo com a instituição, caracterizando a instituição privada com o perfil mais jovem; o hospital público detém maior número de enfermeiros com alto nível de formação, bem como aquele em que os enfermeiros apresentam melhor avaliação para a saúde atual. Para a avaliação global da saúde, ambos os grupos demonstraram boa avaliação para a qualidade de vida e satisfação com a saúde. Para os domínios, não houve significância estatística quando associados ao grupo. O Teste de Associação Livre de Palavras revelou que, para ambos, os estímulos adotados – Saúde e Lazer - foram evocados no núcleo central, apresentando maior representatividade na pesquisa. A representação social dos enfermeiros sobre a qualidade de vida no hospital público e privado foi de que estes estão satisfeitos com sua qualidade de vida, porém que essa satisfação esbarra em limites como a saúde, o lazer e a satisfação geral destes.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Enfermagem. Trabalho.

ABSTRACT

The theme recurs quality of life studies in nursing, especially when dealing with the Quality of Working Life. However, many times these investigations suggest that only the work of nursing is stressful. Without further deepening the aspects that characterize it. The aim of this study is to apprehend the social representations of nurses about the quality of life in public and private hospitals, and specific objectives describe the sociodemographic variables of nurses in public and private hospitals, and compare the quality of life for public hospital nurses and private sectors. Exploratory, descriptive study mixed and held in two hospitals, one public and one private, with a sample of 40 nurses, who used to support research and the WHOQOL-Bref instrument and the Free Words Association Test as a technique. The data were compiled in SPSS and EVOC-2000, respectively. The Social Representation Theory is configured here as a subsidy that allows cross-checking between the instrumental and the technique adopted in the research. The results indicate the predominance of women in the category, the difference in the profile of age according to the institution, featuring a private institution with the profile younger, the public hospital has a greater number of nurses with a high level of training as well as one in which nurses have better assessment to the current health. For overall health assessment, both groups showed a good evaluation for the quality of life and satisfaction with health. For domains, there was no statistical significance associated with the group. The Free Word Association revealed for both stimuli adopted, health and Leisure were evoked in the central core, with greater representation in the survey. The social representation of nurses on the quality of life in public and private hospitals was that they are satisfied with their quality of Life, however, that this satisfaction was hampered by limitations such as health, leisure and general satisfactions of these.

Keywords: Quality of life. Nursing. Work.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 – Representação esquemática da distribuição das representações sociais no modelo de evocação livre	37
Figura 2 – Fotografias do Hospital Geral Dr. César Cals	41
Figura 3 – Fotografias do Hospital Monte Klinikum	42

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 – Dados do questionário sociodemográfico do WHOQOL-Bref para os 40 enfermeiros em instituições públicas e privadas. Fortaleza – CE, 2011	48
Tabela 2 – Consolidado dos domínios físico, psicológico, das relações humanas e meio físico do questionário do WHOQOL-Bref para os 40 enfermeiros em instituições públicas e privadas. Fortaleza – CE, 2011	54
Tabela 3 – Distribuição do número de enfermeiros segundo os domínios e o grupo. Fortaleza-CE, 2011.....	57

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Como você avaliaria sua Qualidade de Vida?	52
Gráfico 2 – Quão satisfeito você está com sua saúde?	53

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 – Relação entre a Escala de Likert e as Escalas %, Avaliação, Capacidade e Frequência	25
Quadro 2 – Domínios e facetas contemplados no WHOQOL-Bref	27
Quadro 3 – Comparação das médias entre os domínios segundo o local de trabalho para os 40 enfermeiros em instituições pública e privada. Fortaleza-CE, 2011	59
Quadro 4 – Distribuição, por frequência (F) e ordem média, de importância (OMI) das evocações com origem no estímulo “O que é Qualidade de Vida?” (N=135). Fortaleza-CE, 2011	64
Quadro 5 – Distribuição, por frequência (F) e ordem média de importância (OMI), das evocações com base no estímulo “O que é Qualidade de Vida para você?” (N=115). Fortaleza-CE, 2011	66

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo geral	19
2.2	Objetivos específicos	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	A Promoção da Saúde e a saúde do trabalhador	20
3.2	Mensurando a qualidade de vida: WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref	23
3.3	Gestão da qualidade de vida no trabalho e fatores estressores: a exposição da equipe de Enfermagem	27
3.4	O sentimento ambíguo de ser enfermeiro	31
3.5	Novas perspectivas para a Enfermagem	34
3.6	A Teoria das Representações Sociais e a Teoria do Núcleo Central	35
4	METODOLOGIA	40
4.1	Tipo de pesquisa	40
4.2	Local do estudo	40
4.3	Universo	43
4.4	Amostra	43
4.5	Critério de inclusão	44
4.6	Critério de exclusão	44
4.7	Coleta de dados	44
4.8	Instrumento de coleta de dados	45
4.9	Técnica de coleta de dados	45
4.10	Organização de dados	46
4.11	Análise dos resultados	46
4.12	Aspectos éticos	47

5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1	Análise dos dados do WHOQOL-Bref	48
5.2	Análise do Teste de Associação Livre de Palavras	60
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICES	80
	APÊNDICE A – Teste de Associação Livre de Palavras	80
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81
	APÊNDICE C – Planilha de dados do WHOQOL-Bref	83
	ANEXOS	84
	ANEXO A – Questionário WHOQOL-Bref	84
	ANEXO B – Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa	89

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é tido como um dos componentes da felicidade humana. Com ele, ou por meio dele, as pessoas adquirem recursos para construir suas casas, criar e educar seus filhos e dar uma vida digna a si e sua família.

Expresso não só no quesito da remuneração, mas também no que concerne à realização pessoal, o trabalho desperta nas pessoas a satisfação de ser útil, de ter um papel na sociedade e de contribuir para o crescimento da coletividade. E para que este processo seja desencadeado, é preciso que haja preocupação com o profissional, fornecendo-lhe subsídios para o melhor desempenho de suas funções.

Assim, temos aqui o ponto de partida para discutir a qualidade de vida, entendendo-a como a manutenção da integridade física, mental e social do indivíduo. Relacionando com a satisfação que o trabalho fornece, seu alcance só será possível caso este trabalhador considere ter uma boa qualidade de vida, de acordo com os termos de seu trabalho, e que isto o deixe contente.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1997) citam que o trabalho jamais é condição neutra, sempre é dor ou prazer. O que a literatura apresenta e o observado diariamente por todos é que o trabalho acarreta efeitos na vida humana, muitas vezes negativos, o que diretamente agride seu equilíbrio e, conseqüentemente, sua saúde.

A Qualidade de Vida do Trabalhador (QVT) é constantemente abalada pela incessante busca pelo retorno financeiro, por qualificação e reconhecimento profissional. Esse assunto é de tamanha relevância que, ao longo dos anos, centenas de pesquisadores elaboram estudos para identificar determinantes de desgaste e morbimortalidade dessa população, a fim de reduzir fatores estressantes em projetos desenvolvidos juntamente às instituições estudadas.

Assim como muitas dessas instituições, públicas e privadas, que subsidiam projetos para conhecer melhor e proporcionar melhores condições de trabalho e vida a seus empregados, o Governo, em todas as suas esferas, aponta a QVT como uma das suas mais recentes preocupações.

O Governo Federal, em paralelo ao Sistema Único de Saúde, implementou um projeto de humanização, no qual ressalta a necessidade de aliança entre o bem-estar do trabalhador e sua ocupação laboral, em prol do aumento da produtividade e da redução das taxas de absenteísmo.

A verificação de indicadores de QVT pode trazer informações de fatores que interferem diretamente na satisfação e, conseqüentemente, na motivação pessoal e coletiva, com reflexos na excelência da estrutura e do serviço prestado. Esta verificação permite ao empregador avaliar a relação de seus empregados como meio, gerenciando dados e utilizando estratégias para promoção do envolvimento do coletivo.

Sem fugir à regra do mercado global, as instituições hospitalares também se encontram na busca de modelos que favoreçam a qualidade do serviço, no caso, da prestação da assistência com excelência, tomando como base a melhora da qualidade de vida de seu trabalhador.

Destacado pela necessidade de trabalho intensivo, o setor hospitalar exige de seus funcionários alta produtividade com grandes responsabilidades, em condições muitas vezes inadequadas, como falta de insumos, equipamentos de proteção individual ou dimensionamento incorreto de equipe, acarretando cansaço excessivo e acidentes de trabalho, com graves ou irreversíveis danos.

Os fatores físicos são mais comentados, talvez por serem de mais clara evidência e mensuração, mas os fatores psicossociais talvez causem similar impacto na avaliação da qualidade de vida dos profissionais de instituições hospitalares, pelo fato de o ambiente ser reconhecidamente ansiogênico.

Em uma ambiência laboral onde haja organização do serviço e controle de fatores psicossociais, há impactos nos indicadores de saúde do trabalhador, resultando em processos adaptativos, levando à satisfação, bem-estar e à Promoção da Saúde (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1997).

O estudo do processo saúde-doença subordinado ao trabalho implica investigar a forma particular como essa força de trabalho é consumida sob determinadas relações de produção. Em uma economia capitalista, o trabalho é visto como produção de capital, lançando mão do sujeito e tornando-se gerador de processos saúde-doença (ROCHA; FELLI, 2004).

O cuidar em Enfermagem é considerado complexo, pois envolve sentimentos expressos tanto pelo enfermeiro quanto pelo paciente. Sendo assim, não há cuidado de Enfermagem simples. O cuidar tem significado amplo, e, inserido na assistência, representa ocupação, atenção, responsabilidade e envolvimento. Ao realizar o cuidado, o enfermeiro experimenta participar da vida de seus clientes, bem como de seus sucessos e fracassos. Para tanta exposição, o profissional necessita estar instrumentalizando com ferramentas emocionais para lidar com emoções e envolvimento de forma que não sofra.

Surge, com suporte nessa premissa, a necessidade de avaliar aspectos da vida desse profissional, a fim de que haja investimentos em seu desenvolvimento funcional e pessoal. A identificação dos fatores que, neste estudo, prejudicam a qualidade de vida dos enfermeiros, pode auxiliar na elaboração de medidas que contribuam para a melhoria dessa categoria profissional. Para o desempenho destes estudos, os autores lançam mão de vários instrumentos que avaliam a qualidade de vida.

Neste, utilizaremos um instrumento desenvolvido em grupo de estudo da Organização Mundial da Saúde, e adaptado para o Brasil por Marcelo Pio de Almeida Fleck. O pesquisador Fleck, componente do Grupo WHOQOL, foi precursor dos trabalhos envolvendo WHOQOL no Brasil. Sua equipe traduziu para a língua portuguesa e realizou os primeiros testes de validação do WHOQOL-100 (FLECK *et al.*, 1999), WHOQOL-Bref (FLECK *et al.*, 2000), WHOQOL-Old (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006) e WHOQOL-HIV (ZIMPEL; FLECK, 2007).

Deve-se compreender que a qualidade de vida não está apenas delimitada pelo local de trabalho, mas também por outros fatores como os estudados pelo instrumento WHOQOL-100, em seus domínios físico, psicológico, nível de independência, relações pessoais, meio ambiente, aspectos espirituais / religião / crenças pessoais - fatores que procuram avaliar a percepção do indivíduo e de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrão e preocupação (FLECK *et al.*, 2000).

Desde o surgimento da profissão até os dias atuais, o enfermeiro procura uma autodefinição, tentando constituir sua identidade profissional e obter reconhecimento. Nesta trajetória, este sujeito enfrenta dificuldades que comprometem o desempenho do seu trabalho e que repercutem no lado pessoal de sua vida.

Os estudos atuais sobre a saúde dos profissionais de Enfermagem não podem perder de vista a noção de que a história da Enfermagem, desde sua implantação no Brasil se revela marginalizada e, assim, o enfermeiro tenta se afirmar profissionalmente.

A Enfermagem, entretanto, conquista diversos espaços de atuação profissional no âmbito dos serviços públicos e das instituições privadas. Essas conquistas envolvem o engajamento nas mais diversas esferas e estão relacionadas a questões políticas, técnicas e teóricas mediante as quais a profissão concretiza avanços, mantendo-se na sociedade na prestação da assistência, docência e pesquisa.

Na política, o enfermeiro apresenta-se como peça-chave nos programas de saúde estabelecidos pelo Governo nas estratégias de atenção à população, e, em virtude disso, a

especialização desse grupo se mostra importante, haja vista a necessidade desses profissionais atenderem as demandas a ele designadas, trazendo nova configuração à equipe de saúde.

A fim de aprimorar o bom desempenho de suas práticas, os enfermeiros pesquisam e desenvolvem teorias para subsidiar suas práticas, mesmo que ainda não se tenham desvinculado do modelo biomédico, permitindo ao sujeito enfermeiro autonomia profissional, o que o caracteriza como detentor de conhecimento científico, obtendo respeito da equipe multidisciplinar.

Fatores negativos intrínsecos à profissão como atendimento a pacientes críticos, elevadas jornadas de trabalho, escalas noturnas e perturbação do sono subutilizam as capacidades profissionais, tornando-os susceptíveis a distúrbios relacionados ao seu bem-estar.

A temática qualidade de vida é recorrente em estudos da Enfermagem, principalmente quando se aborda a qualidade de vida no trabalho. Essas investigações, todavia, muitas vezes, apenas sugerem que o trabalho da Enfermagem é estressante, sem maior aprofundamento nos aspectos que o caracterizam (STACCIARINI; TROCCOLI, 2000). A insuficiência de estudos que caracterizem a qualidade de vida de enfermeiros em instituições hospitalares nos chamou a atenção e, também, é o motivo do desenvolvimento da temática.

No Brasil, uma grande parcela dos enfermeiros está nos hospitais. Nestes, vivenciam situações críticas e outros elementos estressores, caracterizando esse grupo como o mais vulnerável dentre as ocupações da área da saúde.

Como as definições de qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho passam por diferentes aspectos, questionamos se há diferença entre a referência dos enfermeiros quanto às suas vidas, porquanto sabemos que o ambiente laboral tem forte influência na saúde do trabalhador. Para avaliação, optamos pelo emprego do instrumento *Whoqol-Bref* e da Técnica de Associação Livre de Palavras. Para analisar coerentemente as respostas da técnica, utilizaremos a Teoria do Núcleo Central e a Teoria das Representações Sociais, de Moscovici.

Pretendemos, então, que as instituições hospitalares atentem para o bem-estar de seus profissionais e que, junto às ações governamentais, modifiquem suas atitudes para com os enfermeiros em prol de melhorias dos indicadores de saúde de seus profissionais.

Trabalhar nessa dissertação com a temática qualidade de vida fez-nos perceber que a vida nos exige muito, em nossas residências, em nosso trabalho, no convívio social, mas o que de fato aproveitamos de tudo isso? Qual é a parcela de aproveitamento de qualidade que temos dela?

Este estudo justifica-se por proporcionar subsídios que, decerto, ajudarão a compreender melhor problemas enfrentados pela categoria, que vão desde a insatisfação no trabalho, até problemas ocupacionais. Estes levantamentos proporcionam, certamente, o desenvolvimento de um plano de intervenções mais elaborado e efetivo em prol da saúde dos trabalhadores enfermeiros.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Apreender as representações sociais dos enfermeiros sobre a qualidade de vida no hospital público e privado.

2.2 Objetivos específicos

Descrever as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros de hospital público e privado;

Comparar a qualidade de vida dos enfermeiros de hospital público e privado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A Promoção da Saúde e a saúde do trabalhador

Na última década, a Promoção da Saúde tornou-se um dos temas mais estudados, citados e reiterados nos mais diversos espaços da edificação do conhecimento e das práticas de saúde. Ao longo dos anos, diferentes concepções e desenvolvimento de conceitos são trabalhados desde a realização da primeira Conferência Internacional de Saúde, em Alma-Ata, no Casaquistão, em 1978. A produção acadêmica sobre a temática evidencia a grande diversidade de interpretações que surgiram ao longo do tempo, ressaltando, de um lado, a grande fertilidade no mundo da elaboração das ideias de Promoção da Saúde e, de outro, a fragilidade com que se revelam na realidade das práticas de saúde (VERDI; CAPONI, 2005).

Surge e desenvolve-se nos últimos 20 anos o conceito moderno de Promoção da Saúde, por meio das conferências internacionais realizadas em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997). Dois marcos representam bem a evolução da ideia sobre o tema: o *Informe Lalonde*, de 1974, e a I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, cujo documento final, a Carta de Ottawa, se tornou símbolo para o movimento em torno da Promoção da Saúde (VERDI; CAPONI, 2005).

A Quarta Conferência Internacional sobre a temática, realizada em Jacarta, Indonésia, em julho de 1997, foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à Promoção da Saúde, priorizando para o século XXI o incentivo à responsabilidade social para com a saúde, enlaçando setores público e privado para as práticas positivas (BUSS, 2000).

De acordo com a Carta de Ottawa (BRASIL, 2002, p. 9-10),

[...] promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfações, necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável na direção de um bem estar global.

É importante reconhecer a complexidade desta sociedade, bem como das relações de interdependência dos seus diversos setores, apresentando-se como condição primordial ao desenvolvimento de ambientes favoráveis à saúde. Considerando que os estilos de vida, tanto em relação ao trabalho quanto ao lazer, devem ser fontes de saúde, e que o primeiro deve ser

recurso para a geração de uma sociedade saudável, é fundamental o desenvolvimento de ambientes saudáveis que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho.

Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), a Promoção da Saúde enseja condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis. Tais fatores influenciam diretamente na qualidade de vida da pessoa.

Assim como a Promoção da Saúde, a qualidade de vida é tema recorrente e bastante discutido em estudos nos últimos tempos. A globalização obriga a acelerar a produção tecnológica e altera de maneira profunda as relações desenvolvidas no universo laboral, levando como consequência a queda na qualidade de vida da população trabalhadora de todo o Planeta.

A garantia da qualidade de vida no trabalho (QVT), muitas vezes, é determinada pela rapidez das transformações do mercado e pelo acirramento da competição e maximização dos lucros, em que o setor hospitalar também está inserido, como qualquer outro estabelecimento. Descrevendo QVT, Chiavenato (1999) ensina que esta é o conjunto de características do trabalhador e aspectos situacionais do contexto do trabalho, a atuação sistêmica das características organizacionais e individuais que configuram o modo subjetivo do trabalhador.

O ambiente hospitalar apresenta aspectos muito específicos, como a excessiva carga de trabalho e o contato direto com situações-limite, bem como a necessidade de funcionamento diuturno, que implica a existência de regime de turnos e plantões, permitindo também a ocorrência de duplas jornadas, comuns entre trabalhadores de saúde, especialmente quando os salários são insuficientes para a manutenção de uma vida digna (ELIAS; NAVARRO, 2006).

As atividades dos profissionais de saúde são tensiogênicas, em razão do estado de alerta permanente, da longa jornada de trabalho a que são submetidos, do número muitas vezes limitado de profissionais e do desgaste psicoemocional, causado pela realização de suas tarefas. As difíceis condições de trabalho podem estar relacionadas com a ocorrência de transtornos mentais, como a ansiedade e a depressão, frequentes também entre as auxiliares de Enfermagem (CARVALHO; FELLI, 2006; ELIAS; NAVARRO, 2006).

Barros *et al.* (2003) exprimem em seu estudo que as enfermeiras vivenciam no seu trabalho situações ansiogênicas que classificaram em inesperadas e cotidianas, nos âmbitos

assistencial, de gerenciamento e do ensino, percebendo que a elevada carga de estresse estava presente em todos os meios de sua atuação.

Em estudo sobre a avaliação da qualidade de vida de enfermeiras chilenas em uma instituição hospitalar pública de alta complexidade, com 100 sujeitos analisados utilizando o WHOQOL-Bref, verificou-se que o pior domínio avaliado foi o domínio físico e o melhor foi o domínio das relações sociais. Para estas enfermeiras, cuja faixa etária pior expressou este domínio foi de 20 a 30 anos tendo-se verificado que o acúmulo de papéis na sociedade provoca nelas cansaço, dores e déficit de sono. Os autores veem nos sujeitos o ápice de sua produtividade, sendo exigida como mãe, esposa, trabalhadora e dona de casa. Outro ponto relevante do estudo é a identificação, por essas enfermeiras que trabalham em regime de escala noturna, que este tipo de emprego as estafa mais tanto física como mentalmente (BARRIENTOS; SUAZO, 2007).

Numa breve busca em base de dados sobre o assunto, realizada entre os meses de maio e junho de 2010, pela Internet, no banco de dados da BIREME e com as palavras-chave “qualidade de vida”, nos foram apresentados 111.705 produções científicas. Quando selecionada a opção “artigos completos”, a amostra reduziu-se para 8.953 artigos disponíveis. Ao selecionar a opção “saúde do trabalhador”, a amostra foi de 91 artigos. Literaturas recentes, de menos de dez anos, nos três idiomas disponibilizados pelo *site* - português, inglês e espanhol - e que tratassem de profissionais de Enfermagem, totalizaram cinco artigos (BARROS *et al.*, 2003; CARVALHO; FELLI, 2006; ELIAS; NAVARRO, 2006; FARIAS; ZEITOUNE, 2007; TALHAFERRO; BARBOZA; DOMINGOS, 2006).

É possível observar a predominância de métodos qualitativos em pesquisa, com investigadores enfermeiros em maior representatividade. Dos resultados, pôde-se inferir que os cinco artigos são unânimes em assegurar que os profissionais de Enfermagem sofrem de problemas físicos, biológicos e psíquicos resultantes de uma rotina desgastante.

Para os problemas físicos, por exemplo, Elias e Navarro (2006) citam as lesões por esforço repetitivo, elevado dispêndio de força muscular e gasto excessivo de energia física (CARVALHO; FELLI, 2006).

Problemas biológicos foram relatados nos artigos, muitas vezes, como resultado da exposição constante a agentes patógenos e agravos futuros relacionados ao cotidiano diferente em decorrência do regime de plantão, como o mau funcionamento do aparelho digestivo por exemplo (TALHAFERRO; BARBOZA; DOMINGOS, 2006).

Os problemas psíquicos foram bastante enfatizados por todos os autores ora mencionados. A superexposição às situações ansiogênicas estão relacionadas principalmente

ao estresse, produzido desde a carga de trabalho a que o profissional de Enfermagem é submetido, passando por dificuldades na organização do trabalho, pelo difícil relacionamento dentro da equipe, falta de insumos e pessoal, e com a sistematização da assistência. Os baixos salários levam estes profissionais à dupla jornada de trabalho, fator que desencadeia estados de esgotamento.

A desgastante rotina é percebida, entretanto, como positiva pelo pessoal de Enfermagem quando estes expressam que a ajuda ao próximo é mais o importante (ELIAS; NAVARRO, 2006). Esta afirmação é tratada como idealização do ofício, pois o que se observa é a banalização do comprometimento da própria saúde. Os profissionais referem combater esse estresse praticando atividades diversas, como ouvir música, passear com amigos e familiares, desabafar e até mesmo tomar um bom banho (BARROS *et al.*, 2003; CARVALHO; FELLI, 2006). A sensação de ajuda ao próximo perpassa a necessidade de encarar o fato de que o próprio profissional também precisa de cuidados.

Uma sugestão para resolver os problemas, ou para amenizá-los, é adotar critérios para o dimensionamento da equipe, criação de espaços para discussão efetiva das questões relacionadas ao trabalho, a fim de utilizar táticas e estratégias de tentativa de controle e de superação de ansiedade, objetivando a melhoria da autoestima e autorrealização dos profissionais da equipe de Enfermagem (FARIAS; ZEITOUNE, 2007; TALHAFERRO; BARBOZA; DOMINGOS, 2006).

3.2 Mensurando a qualidade de vida: WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref

Qualidade de vida foi concebida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo sobre sua vida, no contexto de sua cultura e de seus valores, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (LEMOS; NASCIMENTO; BOTH, 2006; OMS, 1995).

Bowling, em seu estudo *Health related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement*, de 1995, ressalta que no ano de 1973 constavam apenas cinco referências sobre o assunto no banco de dados MEDLINE, quando a expressão qualidade de vida era utilizada como palavra-chave, e apenas cinco anos depois, utilizando-se do mesmo tipo de busca, as referências passaram a ser 1.252 (MORENO *et al.*, 2006).

Em estudo desenvolvido por Moreno *et al.* (2006), as citações aproximavam-se de 69 mil. E, ao realizarem um levantamento bibliográfico para este estudo no mesmo banco de dados, foram obtidos 84.611 resultados para a mesma palavra-chave. No banco de dados

específico para a Enfermagem, o BDENF, constam 462 artigos com o assunto, demonstrando a atualidade da temática e o surgimento de inquietações cada vez mais frequentes sobre ela.

O grupo WHOQOL

Na Organização Mundial de Saúde, uma equipe de trabalho estuda questões de qualidade de vida relacionada à saúde. Conhecido por WHOQOL *Group* (*World Health Organization Quality of Life Group*), este considera que a definição de qualidade de vida deve levar em conta a percepção do indivíduo e suas relações com o meio ambiente. Para a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é definida como

[...] percepção individual da posição do indivíduo na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ele está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um contexto de alcance abrangente, afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo. (MORENO *et al.*, 2006, p.2586).

Este mesmo grupo de estudos desenvolveu e testou em aplicação de campo um instrumento denominado WHOQOL-100, disponível atualmente em vinte idiomas, com a participação em seu desenvolvimento de 15 centros espalhados por todo o Mundo.

O WHOQOL-100

A procura de um instrumento de avaliação de QV dentro de uma expectativa legitimamente universal fez com que a OMS desenvolvesse um projeto colaborativo internacional. Este projeto resultou na elaboração do WHOQOL-100, um instrumento de QV composto por 100 itens (FOX-RUSHBY; PARKER, 1995), com cooperação de 15 núcleos de culturas diferentes que trabalharam simultaneamente.

A versão do WHOQOL-100 na língua portuguesa foi desenvolvida no Brasil em 1999, sob a coordenação do pesquisador Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O WHOQOL-100 é composto por 100 questões pertencentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de dependência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais, distribuídas em 25 facetas, sendo uma correspondente a qualidade de vida geral e as demais distribuídas entre os seis domínios.

Para as respostas, o WHOQOL exhibe sete grupos de respostas possíveis correspondentes à escala de Likert, onde se qualificam as questões dentro de uma grandeza de avaliação, capacidade e frequência (SANTOS, 2007).

Quadro 1 – Relação entre a Escala de Likert e as Escalas %, Avaliação, Capacidade e Frequência

Likert		1	2	3	4	5
(%)		0	25	50	75	100
Avaliação	Satisfação	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	Qualidade	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
				Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
Felicidade	Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz	
Capacidade	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
			Médio	Muito	Completamente	
Frequência		Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre

Fonte: Santos (2007).

Para o desenvolvimento dessa escala de respostas, o grupo de pesquisas elaborou uma escala analógico-visual durante o teste-piloto do projeto, iniciando com definição de palavras de extremo para cada escala, com seleção de 15 palavras com significados intermediários dos dois pontos extremos, utilizando dicionários, literatura preexistente e outros instrumentos de medida. Ao final da aplicação com 20 sujeitos selecionados para o teste, foram calculadas as médias das respostas e selecionadas as palavras que hoje compõem a escala.

Segundo Fleck *et al.* (2000), o WHOQOL-100 não é apenas um instrumento para avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde, podendo ser útil para analisar diversos cenários que não a de saúde-doença. No caso deste estudo, em que o questionário WHOQOL será acompanhado de outro instrumento, o grupo de pesquisa da OMS recomenda que se

utilize o instrumento mais curto e de aplicação mais rápida, com propriedades psicométricas menos potentes, mas com altas correlações de escores dos domínios quando comparados os dois instrumentos na mesma população.

O WHOQOL-Bref

Em busca de instrumentos que demandem menor tempo para leitura e preenchimento, e que mantenham as mesmas características psicométricas do WHOQOL-100, foi desenvolvida uma versão abreviada da escala, denominada Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref).

Os resultados do processo de validação da versão na língua portuguesa do WHOQOL-Bref apontaram bom desempenho psicométrico com características satisfatórias de consistência interna, validades discriminante, de critério e simultânea, bem como confiabilidade-reteste (MORENO *et al.*, 2006).

Este instrumento abreviado visa a estabelecer escores para a qualidade de vida do entrevistado, baseando-se em domínios (físico, psicológico, ambiental e social), reforçando a tese de que a qualidade de vida é multidimensional (FLECK *et al.*, 1999; FARIA, 2003).

De acordo com Fleck *et al.* (1999) e Faria (2003), atualmente, os instrumentos de aferição da qualidade de vida dividem-se em dois grupos - o grupo geral e o grupo relacionado com a saúde, onde a doença teria impacto sobre a capacidade do indivíduo de viver de maneira plena. O WHOQOL foi desenhado para aferir a qualidade de vida relacionada com a saúde, mas, posteriormente, se verificou também que funcionava de maneira satisfatória como instrumento geral.

Como mencionado anteriormente, de início, o WHOQOL foi desenvolvido com 100 questões e os testes de validação evidenciaram bom desempenho na determinação da qualidade de vida. A fim de haver maior aplicabilidade em estudos populacionais ou em protocolos de mais de um instrumento de medição, foi desenvolvido um novo questionário, com 26 questões, baseado no anterior, o WHOQOL-Bref, englobando 24 facetas nos mesmos domínios e duas questões gerais sobre a qualidade de vida. As pesquisas de validação indicam escores similares ao WHOQOL-100. Domínios e facetas estão expostos no Quadro 2.

Quadro 2 – Domínios e facetas contemplados no WHOQOL-Bref

DOMÍNIO		FACETAS
I	Domínio Físico	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação ou tratamentos Capacidade de trabalho
II	Domínio Psicológico	Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória, concentração Auto-estima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade, religião, crenças pessoais
III	Relações sociais	Relações sociais Suporte (apoio) social Atividade sexual
IV	Ambiente	Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades Participação em/e oportunidades de recreação/lazer Ambiente físico (poluição - ruído – trânsito - clima) Transporte

Fonte: OMS (1995).

Para sua aplicação, os autores indicam a preservação da privacidade, o preenchimento deste em sua totalidade em apenas um encontro, que a folha de dados demográficos seja preenchida pelo entrevistador e esclarecer que as perguntas se referem às duas últimas semanas, independentemente do local onde o indivíduo se encontre no dia da coleta.

3.3 Gestão da qualidade de vida no trabalho e fatores estressores: a exposição da equipe de Enfermagem

As organizações mudam em ritmo cada vez mais veloz. Os avanços tecnológicos e a produção de conhecimento científico, nas diversas áreas, alteram os processos e as relações de trabalho, impactando em suas dinâmicas e no estilo de vida dos profissionais. (QUINN *et al.*, 2003).

Gelbcke (2002) comenta que a implantação de novos modelos da gestão e tecnologia é necessária para a produção de melhores produtos e serviços de qualidade para os consumidores que se encontram cada vez mais exigentes. E alerta para o fato de que a exigência pela qualidade repercute nas instituições, visando a aumentar a produtividade e ter melhor qualidade, em detrimento, muitas vezes, da qualidade de vida do trabalhador.

Silva e Massarollo (1998) acentuam que a qualidade de vida dos trabalhadores de Enfermagem é dependente do modo como o trabalho se organiza e se opera, e de como os profissionais se utilizam das estratégias de enfrentamento. Referem ainda que as dimensões da estrutura política e organizacional se articulam aos processos particulares que culminam com a personalidade e a subjetividade, definidoras dos interesses, motivações, vulnerabilidades e capacidade de reação dos trabalhadores.

O início da vida profissional, frequentemente, ocorre com simultaneidade de demandas pessoais e profissionais, o que pode ensejar em certo nível de estresse. As histórias de vida de muitos profissionais enfermeiros caracterizam-se pelo investimento de muita energia física e recursos financeiros em períodos de formação concomitantes com jornadas de trabalho, sendo que, não raro, se encontram profissionais de duplos vínculos empregatícios, inclusive durante o período em que se graduam e se especializam.

A gestão da qualidade de vida do trabalho passa então a ser um instrumento importante para o controle das práticas que ensejam desequilíbrio entre a vida pessoal e profissional. (CUNHA, 2004).

As equipes de Enfermagem submetem-se a cargas de trabalho cada vez mais elevadas, com demandas múltiplas, o que as expõe ao desgaste físico e psicológico e ao comprometimento da qualidade das relações e dos processos de trabalho.

A qualidade de vida no trabalho é um conceito e uma filosofia de trabalho. Privilegia a percepção de apoio e cuidado da empresa, a necessidade de facilitar a vida dos empregados, de realizar desejos pessoais e manter bons relacionamentos pessoais.

Limongi-França (2003) aborda a amplitude da QVT e destaca o desafio de reconstituir o panorama das organizações, permitindo o bem-estar, o equilíbrio entre as necessidades biológicas, psicológicas, sociais e organizacionais e os respectivos fatores de satisfação para os trabalhadores.

Nem sempre é possível fazer escolhas de bem-estar no cotidiano do processo de trabalho da equipe de Enfermagem, em função da falta de tempo. A equipe de Enfermagem vem adquirindo, na prática, habilidades diferenciadas para a convivência com a flexibilidade no uso do tempo, mesmo sem se dedicar ao seu estudo em particular no seu cotidiano.

Na Enfermagem, espera-se que os trabalhadores façam mais do que realmente são capazes de fazer. As equipes de Enfermagem têm alto grau de comprometimento, o que nos induz à tentativa de atendimento das múltiplas demandas simultâneas da clientela. A proatividade é estimulada e procurada pela importância em decorrência da natureza do processo de trabalho da Enfermagem. Dar conta da policronia implica ser proativo.

O comprometimento é entendido como desejo e orgulho de permanecer na organização, identificação com objetivos, metas e valores; engajamento, esforço e empenho exercido em favor da organização (CHANG JR.; ALBUQUERQUE, 2003).

Aqui, policronia é definida como a capacidade de um indivíduo realizar mais de uma ação, ou tarefa, ao mesmo tempo. A gestão do tempo e a reorganização do processo de trabalho em função do tempo são competências essenciais da equipe de Enfermagem em relação à qualidade de vida no trabalho. Nos estudos, o tempo aparece como variável estressora para a equipe de Enfermagem. Seu exame, como técnica para mensuração quantitativa e qualitativa (tempo e ritmo) de trabalho, empregada em cada tarefa, em condições determinadas, visa à análise para obtenção de eficiência na organização do sistema produtivo (SLACK; CHAMBERS; JOHNSTON, 2002).

Se a Enfermagem tem pressa, segundo esse pressuposto, há uma disfunção nos modelos da gestão e de organização, mérito de análise para possível reorganização do seu processo de trabalho.

O quantitativo de pessoal nas unidades induz à simultaneidade de tarefas pela equipe de Enfermagem. A simultaneidade de tarefas enseja desgaste da equipe e riscos para a assistência prestada. O mau dimensionamento de equipes de Enfermagem acarreta sobrecarga de trabalho e, por vezes, provoca reações físicas e emocionais por parte daqueles que se submetem a excessivas demandas laborais.

O enfermeiro e sua equipe, os quais, em muitos estudos, referem que exercem sua profissão por amor e satisfação pessoal, deparam situações em que são levados ao limite, ao estresse. Nada mais do que o desequilíbrio entre as aspirações e a realidade do trabalho.

Para Sousa *et al.* (2008), os estressores intraorganizacionais são: físicos (luz, ruído, espaço); individuais (sobrecarga, conflito, ambiguidade de funções, discrepâncias nos objetivos profissionais); grupais (falta de coesão, conflito, clima, pressões de grupo); e organizacionais (clima, tempo, estilo de administração, estrutura hierárquica, tecnologias, prazos).

Para Maslach e Leiter (1999, p. 91), o estresse “causa o desgaste físico e emocional destacando excesso de trabalho; falta de controle; remuneração insuficiente; colapso da união; ausência de equidade; e, valores conflitantes”.

Cordeiro *et al.* (2006) evidenciaram a correlação entre múltiplo vínculo empregatício, estresse e *burnout*, pois, ao duplicar ou triplicar a carga de trabalho, o profissional fica mais vulnerável a desestabilizar-se física e mentalmente.

A Enfermagem vivencia essas especificações, sendo elas mais evidenciadas para os profissionais com duplos vínculos empregatícios que incorporam diferentes culturas e dinâmicas organizacionais. Hoje, muitos enfermeiros, por fatores determinantes sociais e econômicos, vinculam-se a duas instituições de saúde que têm suas especificidades em termos de missão, metas e sistemas de aprendizado.

Em comum, todavia, elas têm a complexidade e a sobrecarga de atividades assumidas pelas equipes. Cabe aqui ressaltar que o estresse e a alta carga de trabalho podem resultar em uma série de distúrbios e complicações para o indivíduo, bem como perdas de produtividade para aquela empresa a qual o submete ao processo de trabalho. Isso pode induzir-nos a pensar que o segredo está em atingir o equilíbrio entre essas premissas que agem no ser humano (DOLAN, 2006).

Dolan (2006) e Ladeira (1996) entendem que o estresse está diretamente ligado às enfermidades psicológicas e físicas que atingem aos trabalhadores. Quando a tensão de ambas as naturezas se configura cronicada, diz-se que este indivíduo vive a síndrome de *Bournout* (ROBAYO-TAMOYO, 1997). *Burnout* é a resposta à cronificação do estresse ocupacional, com negativas consequências para a pessoa, profissional, organização e sociedade. Neste, os limites físicos e psicológicos são ultrapassados.

A síndrome de *Burnout* caracteriza-se por três componentes: exaustão emocional, com fadiga e redução dos recursos emocionais necessários para lidar com situações estressoras; diminuição da realização pessoal, com percepção de deterioração da autocompetência e falta de satisfação com as realizações e os sucessos; e despersonalização, com atitudes negativas, ceticismo, insensibilidade e despreocupação com outras pessoas (BORGES *et al.*, 2002; MASLACH, 2005).

Nesse íterim, consideramos que promover e manter qualidade de vida no trabalho é um desafio para gestores e profissionais de Enfermagem, sendo notória a necessidade de articulações e implementação de estratégias para que haja o encontro de expectativas e realidade no dia a dia do profissional.

3.4 O sentimento ambíguo de ser enfermeiro

O mundo do trabalho é marcado por transformações, como globalização, modernização tecnológica e novos modelos da gestão que implicam mudanças no conteúdo, natureza e significado do trabalho (CAMPOS; DAVID, 2011). É notório que muitos dos avanços conquistados pela humanidade, além dos benefícios, acarretam também problemas à saúde dos trabalhadores (MUROFUSE; MARZIALE, 2005).

De acordo com Martins, Robazzi e Bobroff (2010), o labor tem características de ser fragmentado pela especialização, burocratização, tendendo ao mecanicismo, executado de acordo com normas e rotinas, imbuído de exigências, às vezes ultrapassadas ou exageradas, que podem, muita vez, impedir o indivíduo de se transformar e de recriar o seu trabalho.

Analisando de acordo com a perspectiva cognitivista, o significado do trabalho é definido como uma cognição multifacetada, que tem caráter histórico, dinâmico e subjetivo. Os significados do trabalho são compostos por quatro variáveis: centralidade do trabalho, atributos descritivos, atributos valorativos e hierarquia dos atributos. Os significados atribuídos ao trabalho são atos dos indivíduos e muitas vezes das organizações, do grupo e/ou da ocupação, fazendo parte efetiva da vida no trabalho (TOLFO *et al.*, 2005).

O trabalho é percebido por Dejours (1992), muito além de gerador de bens e serviços, como meio para adquirir identidade e determinar valores. Conhecendo esse pensamento, entendemos que esse pode repercutir de maneira positiva ou negativa na vida do trabalhador, tendo especial importância a organização do trabalho e as relações existentes no contexto.

Na Enfermagem, trata-se principalmente de atividades cuja representação social predominante é o cuidado; ou seja, o "servir à sociedade" dá-se na medida em que os pacientes recebem os atendimentos. Percebe-se que a ideia de contribuição social mediante o trabalho deve ser levada em consideração em se tratando de profissionais de saúde. Trata-se de um significado socialmente constituído e compartilhado por trabalhadores deste segmento (BAASCHI; LANER, 2011).

A relação favorável do homem com o processo organizacional das atividades do trabalho pode proporcionar vivências de prazer. Para que isso ocorra, porém, é necessário que as atividades correspondam às aspirações do trabalhador e que propiciem maneiras de se expressar a subjetividade, participando da organização do processo laboral, modificando-o, para que atenda às reais necessidades de todos os envolvidos nesse processo.

O trabalho da equipe de Enfermagem tem como característica um processo organizativo influenciado pela fragmentação, ou seja, segue os princípios taylorizados e tem como objeto de trabalho o sujeito doente (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010). Assim, esses profissionais deparam constantemente sofrimentos, medos, conflitos, tensões, disputa pelo poder, ansiedade e estresse, convivência com a vida e a morte, longas jornadas de trabalho, entre tantos outros fatores inerentes ao seu cotidiano.

A organização do trabalho é configurada hoje por carga horária excessiva, ritmo intenso de trabalho, controle rigoroso das atividades, pressão temporal, necessidade de profissionais polivalentes, entre outras (ANTUNES, 2007). Além disso, o desgaste físico e emocional, bem assim a baixa remuneração e o desprestígio social constituem fatores associados às condições de trabalho do enfermeiro, o que reflete negativamente na qualidade da assistência prestada ao cliente, levando ao abandono da profissão e, conseqüentemente, a escassez de profissionais no mercado de trabalho (MARZIALE, 2001).

Outro fator vivenciado pela equipe de Enfermagem é a falta de autonomia, o que, em muitos aspectos, dificulta que se alcancem as metas assistenciais e gerenciais. Também se percebe que na maioria das vezes os próprios trabalhadores não se permitem buscar estratégias para ultrapassar os obstáculos, podendo isto ensejar conflitos, insatisfações, estresse, angústia e temores, que desencadearão sentimentos de sofrimento no trabalho (LEOPARDI, 1999; MARTINS, 2008).

Essa nova configuração determina mudanças no perfil de morbidade e mortalidade dos trabalhadores: transtornos mentais, estresse e *burnout* apresentam-se como doenças emergentes e também relevantes com importante prevalência para as próximas décadas (CARLOTTO; CÂMARA, 2008).

O sofrimento do trabalhador da equipe de saúde é também decorrente do sofrimento alheio, principalmente quando a sua possibilidade de proporcionar alívio a esse sofrimento é limitada. De um lado, há uma satisfação pelo alívio do sofrimento alheio; de outra parte, o sofrimento com as condições e limites pessoais, pelo ambiente de trabalho ou pela patologia presente no paciente (BAASCH; LANER, 2011).

Na perspectiva de Mendes (2007), a patologia do profissional surge quando se rompe o equilíbrio e o sofrimento não é mais contornável, ou seja, quando os investimentos intelectuais e psicoafetivos dos trabalhadores não são mais suficientes para atender às demandas e tarefas impostas pela organização.

De tal modo, é imprescindível que o trabalho da equipe de Enfermagem seja compreendido em todos os seus aspectos, quer sejam econômicos, culturais e sociais, sendo

de fundamental importância o entendimento de questões que envolvam a produção social da subjetividade, da saúde física e da saúde mental das pessoas (TREVISAN; ROBAZZI; GARANHANI, 2009).

Diversos estudos reconhecem o trabalho como fonte geradora de prazer e sofrimento (SHIMIZU; CIAMPONE, 1999). Este é vivenciado de modo considerado saudável, quando as situações nas quais o enfrentamento de cobranças e pressões do trabalho, que causam instabilidade psicológica e mal estar, podem ser transformadas.

Setores como unidades de terapia intensiva e pronto-socorro são campos de trabalho considerados de intenso estresse, pois seu cotidiano envolve casos de emergência, tempo prolongado de hospitalização e risco de morte, dentre outros agravantes; e, mesmo assim, não envolvem apenas situações de sofrimento. A possibilidade de aliviar a dor, de salvar vidas, de sentir-se útil, de trabalho coletivo, entre outros fatores, pode ser fonte de conforto e satisfação, que contribui para o sentimento de prazer e favorece o equilíbrio psíquico dos trabalhadores (BAASCH; LANER, 2011).

Em estudo de Baasch e Laner (2011), com trabalhadores de UTI de um hospital público sobre o significado do trabalho, houve representações como vinculado à produção e ao sustento, como ato prazeroso por si só, como um ato de servir de algum modo à sociedade e, até mesmo, de manter contato com outras pessoas, permitindo-nos inferir que, antes de mais nada, os trabalhadores da saúde visam à dimensão econômica do trabalho: sua remuneração, sua valorização profissional e o significado atrelado ao fato de “ser trabalhador”.

Dentre as representações, destaca-se aquela que traz o trabalho como ato prazeroso, juntando a esta conotação positiva, bem como a representação que cita o trabalho como modo de servir à sociedade, caracterizando-o como maneira de contribuir socialmente, trazendo significado à vida individual, de ser útil.

É importante, então, que os profissionais de Enfermagem entendam que o sofrimento e o prazer são sentimentos ambíguos no trabalho e sua compreensão é de grande relevância para a Promoção da Saúde dos trabalhadores e para a melhoria da qualidade da assistência prestada.

O conhecimento dos fatores causadores de prazer e sofrimento pode ser o ponto de partida para que as organizações e os próprios trabalhadores impulsionem o labor em um sentido mais prazeroso e colaborativo e, conseqüentemente, mais humano para si mesmos. Pode-se, pois, evitar doenças, quer sejam físicas ou psíquicas, relacionadas ao sofrimento no trabalho.

Os estudos de Felli e Tronchin (2005) e de Oliveira, Mininel e Felli (2011) trazem a ideia de que a vida humana envolve vários aspectos, incluindo o trabalho, e que uma boa qualidade de vida, também depende da manutenção de níveis satisfatórios de prazer no trabalho, sendo, portanto, indissociáveis.

Conforme Kimura (1999) e Souza e Costa (2011), qualidade de vida (QV) é um conceito multidimensional e subjetivo e, apesar das controvérsias quanto ao real significado da expressão, há um consenso entre muitos autores quanto à inclusão de aspectos relacionados à capacidade funcional, às funções fisiológicas, ao comportamento afetivo e emocional, às interações sociais, ao trabalho e à situação econômica, centrados na avaliação subjetiva dos indivíduos.

Dessa forma, qualidade de vida denota um construto multifatorial muito mais amplo do que a presença ou ausência de saúde. Nahas (2001) explica que os fatores determinantes da QV das pessoas são muitos e a combinação deles resulta numa rede de fenômenos e situações que pode abstratamente ser chamada de QV. Geralmente, estão associados a ela preditores como estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e espiritualidade.

3.5 Novas perspectivas para a Enfermagem

O projeto de Lei das 30 horas semanais para a Enfermagem foi aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, em maio de 2010. O projeto dispõe sobre a jornada de trabalho dos enfermeiros, técnicos de Enfermagem e auxiliares de enfermagem, limitando sua duração a seis horas diárias e 30 horas semanais, propondo alteração da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da profissão e dá outras providências. A redução proposta acompanha o tratamento de que a categoria necessita, haja vista o exercício extenuante a que é submetida, além dos riscos à saúde. O argumento dos relatores é o de que os profissionais da Enfermagem devem gozar de pleno equilíbrio físico e mental, uma vez que realizam intervenções que demandam concentração, perícia e paciência (ALVES, 2009).

A legislação trabalhista deu grandes passos com a promulgação da Constituição Federal, pois as leis orgânicas foram se atualizando e resultaram em exigências legais transformadas em portarias, leis e decretos que se modificaram, se completando, complementando e alterando, com o objetivo de adequar a saúde do trabalhador ao ambiente de trabalho (SARQUIS *et al.*, 2004). Talvez as estratégias já desenvolvidas pela própria

legislação para a saúde dos trabalhadores possam servir como fonte de saber para repensar a saúde do trabalhador de Enfermagem e propor opções de mudanças para os comprometimentos. De acordo com os dados obtidos em estudo de Petroski (2005), há descontentamento geral em relação aos baixos salários, condições de materiais e equipamentos, interferindo negativamente na percepção da qualidade de vida.

Ante o reduzido número de publicações que envolvem em suas temáticas qualidade de vida e o profissional enfermeiro, e em razão do nosso dia a dia como tal, envolvida por atividades que exigem o melhor da prática profissional todos os dias, buscamos desenvolver este estudo a fim de colaborar com esta área temática.

3.6 A Teoria das Representações Sociais e a Teoria do Núcleo Central

A Psicologia Social aborda as representações sociais (RS) no âmbito do seu campo, do seu objeto de estudo – a relação indivíduo-sociedade – e de um interesse pela cognição, refletindo sobre como os indivíduos, grupos ou sujeitos sociais perfazem seu conhecimento com base na sua participação no meio e de como a sociedade se apresenta e se edifica perante os sujeitos.

A expressão representações sociais designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria elaborada para explicá-los, definindo, assim, um vasto campo de estudos psicológicos.

Inaugurado por Serge Moscovici, em 1961, como tentativa de renovação temática, teórica e metodológica da Psicologia Social, o campo começou a receber atenção na Europa dos anos 1970. A definição das representações sociais por Jodelet (1989), como forma socialmente elaborada e compartilhada que possui um objetivo prático e concorre para constituir uma realidade comum a um conjunto social, embora não cumpra as exigências de rigor e precisão antes levantadas e se monte suficientemente ampla para abrigar diferentes perspectivas sobre o pensamento social, trouxe o que a autora anuncia como uma “trégua conceitual ao campo” (SÁ, 1996b).

O mesmo autor do fragmento acima expressa que Serge Moscovici, em 1961, publicou a obra *La Psychanalyse, son image e son public*, que apresentava a matriz da Teoria, não significando grande repercussão de imediato, por ser voltada para o fenômeno, subjetivo, captado indiretamente, na contramão das metodologias canônicas francesas da época. Moscovici propôs uma psicologia do conhecimento, com forte apoio sociológico, sem desprezar os processos subjetivos e cognitivos.

Moscovici (1978) exprime um ponto de vista diferente daquele ao qual estamos acostumados, pois foge da visão cartesiana, dicotomizada, e que separa o psicológico do social, para assim promover uma nova forma de psicologia social, a fim de explicar como se produz e se transforma o conhecimento, principalmente o do senso comum. Ao estudar Moscovici e Sancovschi (2007, p. 10) lembra que, para este, “O conhecimento do senso comum não é um conhecimento corrompido ou distorcido, mas é o lugar onde o conhecimento científico se junta ao senso comum, produzindo redes de comunicação, tornando a sociedade viva.”

Segundo Anadon e Machado (2001), o senso comum se forma com origem em dois aspectos: primeiro, refere-se ao conjunto de conhecimentos provenientes das tradições e experiências compartilhadas; e, segundo, reporta-se às imagens mentais e fragmentos de teorias científicas modificadas para servir à vida cotidiana.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) é o conjunto organizado das significações sociais suscitadas *communis opinio*, concebidas, por um lado, como um processo de comunicação em desenvolvimento nos grupos sociais e, de outra parte, como resultado desse processo (WAGNER, 1998). Em seu livro, Alves (1997) reuniu ideias, pensamentos e estudos de dez estudiosos, desenvolvidos entre 1983 e 1993, sobre a TRS, e constatou que há um consenso entre eles a respeito do que se pode detectar na representação social. Para os autores, são valores, ideologias, contradições e postura “cognitivista” os pontos de partida para compreender que as representações são detectáveis com suporte na aplicação da teoria.

A dicção representações sociais foi escolhida por Serge Moscovici em alusão à teoria de Emile Durkheim, intitulada representação coletiva; ao asseverar sua filiação à Sociologia ressalta a diferença de Durkheim, que se preocupava em mostrar o quanto a sociedade é coesa e estável, enquanto Moscovici explora a diversidade e a variação das ideias do coletivo, reflexo das desigualdades nas distribuições de poder, geradora de heterogeneidade de representações (SANCOVSCHI, 2007).

Para outros autores, Moscovici, ao optar por trocar o adjetivo coletivo por social, admitindo que as representações sejam elaboradas pelos sujeitos quando da formulação compartilhada do conhecimento, reforçou a ideia de representação social como conceito híbrido, pertencente a mais uma área do conhecimento, vinculando-se à Sociologia e à Psicologia, auferiu *status* de conceito psicossocial (BÔAS, 2004; IBÁÑEZ-GRACIA, 1988; SANCOVSCHI, 2007).

A Teoria das Representações Sociais é basicamente um sistema sobre a elaboração social em dois sentidos. Primeiramente, as representações sociais são socialmente estabelecidos por meio de discursos públicos nos grupos. O conhecimento que as pessoas têm do mundo de processos discursivos e, portanto, socialmente constituídos. Em segundo lugar, no entanto, esse conhecimento é criado pelo grupo (WAGNER, 1998).

Para ser analisada, a representação necessita estar organizada. Para tanto, foram criadas visões que permitissem perceber aquelas ideias ou evocações com maior frequência ou mais importância; hoje, intituladas de núcleo central e elementos periféricos, organizados em um sistema interno duplo, com funções específicas dentro do significado, interdependentes e complementares. Os elementos do núcleo central são mais facilmente detectáveis por meio da técnica de associação livre de palavras. O maior índice de preferência e a maior prioridade na ordem das evocações, durante os testes de associações livres, são seus indicadores. A combinação desses dois processos configura o coração da representação, como traz Arruda (2002) e como podemos visualizar no primeiro quadrante da Figura 1.

Figura 1 – Representação esquemática da distribuição das cognições das representações sociais no modelo de evocação livre

Frequência média	1.º quadrante Alta evocação + alta frequência	2.º quadrante Baixa evocação + alta frequência
	3.º quadrante Alta evocação + baixa frequência	4.º quadrante Baixa evocação + baixa frequência

Fonte: Naiff e Naiff (2005).

A Teoria do Núcleo Central, proposta por Jean Claude Abric, em 1976, na *Université de Provence*, e que será adotada neste estudo, somente começou a ter maior influência no campo das representações sociais a partir dos anos 90, quando surgiram maiores condições para reconhecimento dos esforços de elaboração teórica e metodológica complementares à grande teoria.

A noção de núcleo central foi proposta por Abric sob a luz de F. Heider e S Asch, no âmbito da Psicologia Social dos Estados Unidos, quanto à organização centralizada dos fenômenos de atribuição e de formação de impressões (SÁ, 1996a).

A Teoria do Núcleo Central não limita o âmbito explicativo do construto ao processo de formação das representações, aplicando-se tanto ao estudo das representações constituídas quanto ao de sua transformação. De acordo com essa teoria, as representações sociais exibem dois adjetivos aparentemente contraditórios - apresentarem-se ao mesmo tempo estáveis e móveis, rígidas e flexíveis; bem como o fato de serem consensuais e, ao mesmo tempo serem marcadas por fortes diferenças interindividuais (SÁ, 1996b).

O sistema central tem por função produzir significado básico da representação e determinar a organização global dos elementos. Este é marcado pela memória coletiva, refletindo condições sócio-históricas e os valores pertencentes ao grupo; constitui base comum, consensual e coletivamente compartilhada das representações, definindo a homogeneidade do grupo social; caracteriza-se por ser estável, ser coerente e resistente à mudança, assegurando, assim, a continuidade e a permanência da representação; e pouco sensível ao contexto social e material imediato no qual a representação se manifesta (SÁ, 1996).

O sistema central configura-se no primeiro quadrante da representação esquemática da distribuição das cognições das representações sociais da Figura 1. Como podemos observar nessa ilustração, os elementos que compõem esse nicho são aqueles com maior frequência de evocações e maior evocação.

O sistema periférico tem por função a adaptação à realidade concreta e na diferenciação do conteúdo da representação na proteção do sistema central. Ele atualiza e contextualiza as determinações normativas e consensuais do sistema central, daí resultando a mobilidade, a flexibilidade e a expressão individualizada das RS. Ao mesmo tempo em que permite a integração das experiências e histórias individuais, suporta a heterogeneidade do grupo e as contradições; ao mesmo tempo, é evolutivo e sensível ao contexto imediato (SÁ, 1996a).

Para o sistema de elementos periféricos existem na representação esquemática da Figura 1 três nichos - 2º quadrante, 3º quadrante e 4º quadrante. Os segundo e terceiros quadrantes são intitulados de elementos periféricos 1 e 2, respectivamente. O segundo quadrante agrega baixas evocações e alta frequência e o terceiro quadrante compreende altas evocações e baixas frequências. Os elementos periféricos, por sua vez, abrigam baixas evocações e baixas frequências.

Quando as pessoas emitem julgamentos aparentemente absolutos, com frequência, já se encontram neles embutidas, embora não de forma manifesta, diversas opções condicionais consideradas legítimas ou mesmo algo como uma condicionalidade genérica ou

aberta. Esta é a hipótese da condicionalidade que proporciona um critério externo para distinguir entre as cognições do núcleo central, que são absolutas, e as cognições periféricas, que são condicionais.

Para a aplicação de métodos a fim de capturar significados, podemos utilizar entrevistas, questionários, observações, pesquisa documental e tratamento de textos escritos e imagens. A abrangência tenta captar diferentes elementos do discurso, sendo difícil abarcar todos eles na mesma pesquisa.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Exploratória, descritiva e estudo misto. Conforme Rodrigues (2007, p. 28-29), a pesquisa exploratória tem como finalidade “descortinar o tema, reunir informações gerais a respeito do objeto” e a descritiva “apresenta informações, dados, inventários de elementos constitutivos ou contíguos ao objeto [...]”.

A aliança entre métodos de investigação quantitativos e qualitativos visa a fortalecer a pesquisa, uma vez que a primeira classifica os aspectos e a segunda analisa os elementos discursivos.

De acordo com Deslandes e Assis (2003, p.215), o estudo misto aborda

[...] os métodos quantitativos e qualitativos estão articulados, buscando compreender a extensividade e a intensidade dos processos sociais. Parte do princípio que a quantidade é uma dimensão da qualidade social e dos sujeitos sociais, marcados em suas estruturas, relações e produções pela subjetividade herdada como dado cultural. Pressupõe diferentes ancoragens metodológicas e pesquisadores de formações científicas diferenciadas [...] trabalhando numa perspectiva dialógica e num esforço mútuo de comunicação entre distintos saberes.

Como suporte à investigação, foi utilizado o questionário desenvolvido pelo Grupo de Estudos em Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-Bref. Esse instrumento consta de 26 questões – duas sobre qualidade de vida global e saúde e 24 que representam cada uma as facetas componentes do WHOQOL-100.

Aqui no Brasil, o instrumento foi traduzido pelo grupo de estudos que compõe o Centro Brasil de Avaliação e Desenvolvimento dos Instrumentos do WHOQOL *Group*, representado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal).

4.2 Local do estudo

Considerando o problema, este estudo visa mensurar a qualidade de vida do enfermeiros em dois tipos distintos de instituições hospitalares, a fim de verificar se há diferenças perceptíveis no padrão de autoavaliação do profissional em relação a sua qualidade de vida.

O estudo foi realizado em duas instituições hospitalares, a primeira atendendo ao serviço público e a segunda ao sistema privado. Ambos são hospitais gerais de médio porte.

A instituição pública de saúde é o Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC).

Gerada na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, datando de 1861 e sendo o Dr. João da Rocha Moreira um de seus fundadores, o HGCC nasce ainda nessa instituição como Sociedade Auxiliadora da Maternidade Dr. João Moreira – Sociedade Civil Beneficente.

Em condições precárias, Dr. Manuelito Moreira, filho do Dr. João Moreira da Rocha, e Dr. César Cals unem-se para adquirir um terreno na praça da Lagoinha e, após seis anos de construção, inauguram, a 31 de outubro de 1928, a sede da instituição. No térreo foi implantada a Maternidade Dr. João Moreira, com 30 leitos e, no andar superior, a Casa de Saúde César Cals, com 16 leitos, sendo este último nomeado o seu primeiro diretor.

Figura 2 – Fotografias do Hospital Geral Dr. César Cals



Fonte: Hospital Geral César Cals (2009).

Líder eficiente, contou com a cooperação de médicos pioneiros e com a importante colaboração das Irmãs Capuchinhas, responsáveis pela assistência de Enfermagem e apoio administrativo.

Após falecimento do Dr. César Cals, vários outros diretores regeram a instituição e, no ano de 1973, após longa crise financeira, o Governo do Estado, na figura do então Governador Cel. César Cals de Oliveira Filho, assumiu as responsabilidades administrativas, recebendo como doação seu patrimônio e acervo, com o compromisso firmado de continuar prestando à população assistência pública de qualidade e mantendo zelo por seus profissionais e por suas qualificações, intitulado-se como instituição com espírito acadêmico evoluído.

Atualmente o HGCC constitui-se num complexo hospitalar, vinculado à Secretaria de Saúde do Estado e de grande magnitude, compreendendo os seguintes núcleos: Unidade de Hospital Geral, Unidade de Atenção à Saúde da Mulher, Unidade Maternoinfantil, Casa da Gestante, Projeto Canguru, Banco de Leite Humano, Unidade de Atendimento Ambulatorial, Centro de Estudo Aperfeiçoado e Pesquisa, Núcleo Hospitalar e Epidemiologia e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Para o atendimento ao público estão atualmente disponíveis: 295 leitos, cinco salas de cirurgia geral, três salas de cirurgia obstétrica, 12 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 21 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e 36 leitos de médio risco.

Há 80 anos o HGCC dedica-se ao ensino e à assistência à saúde, sendo a unidade mais antiga da rede estadual de saúde e tendo compromisso com a humanização, a qualidade do atendimento e a ética nas relações com funcionários, pacientes, fornecedores e visitantes.

A instituição privada é o Hospital Monte Klinikum (HMK), que iniciou atividades em 1º de abril de 1992, tendo realizado uma expansão para propiciar à comunidade um hospital de requinte tecnológico e profissional à altura dos grandes centros médicos do mundo.

Como toda mudança exige muito das partes envolvidas, o Hospital acredita que o centro da sua filosofia de trabalho sempre foi e será o paciente. A busca pelo que há de mais moderno e aplicável ao paciente hospitalizado é uma constante no meio, assim como a frequente atualização científica de seu corpo clínico. É editada uma revista médica e são incentivadas e promovidas pesquisas na instituição.

Figura 3 – Fotografia do Hospital Monte Klinikum



Fonte: Hospital Monte Klinikum (2010).

Atualmente, o Hospital, reconhecido pelo seu alto padrão de atendimento ao público e hotelaria hospitalar, também é reconhecido mundialmente por premiações que admitem a empresa como comprometida com a tecnologia limpa em prol da pró-sustentabilidade da ecologia humana e do Planeta, ou mesmo selos internacionais que comprovam as boas práticas de saúde adotadas pela instituição.

No Hospital Monte Klinikum, nos últimos 11 anos, houve duas expansões significativas de suas dependências. Após a última, os números se apresentam: 79 leitos de internação, 15 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto, quatro salas de cirurgia geral, Setor de Endoscopia com seis salas e Setor de Pequenas Cirurgias com duas salas.

A instituição visa a proporcionar ao paciente alto nível de recursos tecnológicos e atendimento humano, sempre capacitando seus profissionais em diversos níveis e colaborando para o desenvolvimento de pesquisas e concretização do saber.

4.3 Universo

Enfermeiros pertencentes às duas instituições hospitalares retrocitadas, funcionários de clínicas, tanto voltadas ao cuidado cirúrgico quanto ao clínico. O HGCC possui em seu corpo de Enfermagem 228 enfermeiros, dos quais 52 são vinculados pela cooperativa e, 176 são servidores do Estado; e o HMK, possui 53 enfermeiros com vínculo celetista. Para ambas as instituições, tomamos como amostra enfermeiros pertencentes às unidades de internação voltadas para o cuidado pós-cirúrgico e clínico, inclusive as unidades de terapia intensiva.

4.4 Amostra

É composta de 40 enfermeiros, 20 funcionários do hospital público e 20 do hospital particular, tomados aleatoriamente, de acordo com a demanda destes nos turnos em que foram aplicados os instrumentos.

Os instrumentos foram por nós coletados nas unidades de cada profissional, em seus respectivos locais de trabalho, não sendo necessário deslocamento deste de seu setor. Salientamos o imprescindível o apoio do Setor de Educação Continuada de ambas as instituições para verificação da escala daqueles profissionais aos quais foram aplicados os questionários.

4.5 Critério de inclusão

Ser profissional enfermeiro dos hospitais em estudo, trabalhando nas unidades de internação.

4.6 Critério de exclusão

Pertencer a qualquer outro setor do hospital, que não sejam as unidades de internação. Ter mais de duas escalas de trabalho, na mesma instituição ou em mais de uma, porque acreditamos que será um viés na pesquisa.

4.7 Coleta de dados

Foi realizada após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral Dr. Cesar Cals, uma vez que a outra instituição não possuía Comitê de Ética próprio.

Foi solicitada à Gerência de Enfermagem da instituição particular a concessão para a realização da pesquisa, sendo, para tanto, disponibilizado aval por escrito e anexado à cópia da documentação entregue ao Comitê de ética do HGCC.

A coleta de dados foi realizada por nós e aconteceu entre os meses de maio e junho de 2011.

Os enfermeiros foram abordados em seu horário de trabalho e por nós orientados. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) foi lido antes do início do preenchimento e entregue ao participante uma via deste, após seu consentimento e assinatura das duas vias. O WHOQOL-*Bref* foi respondido primeiro, com orientações sobre a maneira de preenchimento e que este deveria conter respostas que refletissem as últimas duas semanas de suas vidas.

Após o questionário, o Teste de Associação Livre de Palavras foi aplicado. Os estímulos foram: 1º) O que lhe vem à mente quando ouve QUALIDADE DE VIDA? e, 2º) O que lhe vem à mente quando ouve QUALIDADE DE VIDA PARA VOCÊ?. Foi orientado aos participantes que teriam um minuto para evocar até seis palavras de acordo com os estímulos, e, após, deveriam eleger uma palavra com asterisco para demarcar aquela mais importante dentre todas.

Contrariando o pensamento inicial de que seria difícil realizar o questionário com os enfermeiros de ambas as instituições, haja vista que seriam abordados durante seu horário de trabalho, obtivemos uma recepção agradável destas e pronto oferecimento em preencher o questionário. Muitos fizeram comentários verbais sobre o método escolhido para captura do objetivo, e alguns poucos registraram por escrito comentários em seus questionários expressando sua opinião sobre a coleta. Houve expressões como “muito bom” ou “muito objetivo”, e até quem sentiu falta de conexão do método com o trabalho, e outro que solicitou que, na próxima pesquisa, fosse aplicado um questionário mais fácil, arriscando não ter o objetivo alcançado.

No momento da coleta, muitas perguntas de como as outras enfermeiras estavam respondendo à pesquisa foram feitas, não meramente no intuito de saber quais eram as respostas proferidas, mas com preocupação de saber se as suas qualidades de vida eram compatíveis com a da colega, sendo submetidas ao mesmo regime de trabalho; ou se já estava havendo alguma notória repercussão na adoção dessa temática.

Alguns enfermeiros, no ato do preenchimento do questionário, se mostravam insatisfeitos com a carga de trabalho, ou com as condições destes, por vezes verbalizando problemas do dia a dia, outros adotando expressões faciais de preocupação, como se, ao preencherem o *WHOQOL-Bref*, refletissem como estão naquele momento, como se sentiam sob aquelas situações cotidianas arguidas no formulário.

4.8 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado o questionário desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, denominado Instrumento de Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (*WHOQOL-Bref*), na versão em português, de Marcelo Pio de Almeida Fleck, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que consta no Anexo A. Deste instrumento, foram analisadas as variáveis sociodemográficas sexo, idade, nível educacional e estado civil.

4.9 Técnica de coleta de dados

Foi aplicado o Teste de Associação Livre de Palavras – TALP (APÊNDICE A) anteriormente à resposta do questionário WHOQOL, a fim de evitar viés na aplicação da técnica. Durante a aplicação, foi explicado aos participantes que o TALP é uma técnica

associativa em que tiveram um minuto para evocar seis palavras para cada estímulo, com vocábulos que venham à mente quando arguidos sobre os assuntos da técnica.

Segundo Laplanche e Pontalis (2001, p.38), a associação livre de palavras “é um método que consiste em exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos que ocorrem ao espírito, quer a partir de um elemento dado (palavra, número, imagem de um sonho, qualquer representação), quer de forma espontânea”.

Outro autor destaca: “consiste em pedir aos sujeitos, que a partir de um termo indutor (normalmente o próprio rótulo verbal, que designa o objeto da representação) apresentado pelo pesquisador, digam as palavras ou expressões que lhes tenham vindo imediatamente à lembrança” (SÁ, 1996a, p.115).

O estímulo indutor permitiu ao profissional evocar palavras, cujo material semântico representou conteúdos subjetivos não expressos no questionário. Para a análise, foram constituídos bancos de dados, onde as palavras foram organizadas e homogeneizadas.

Vale ressaltar que tanto o questionário quanto a técnica, foram aplicados individualmente, em local tranquilo, previamente escolhido por nós com ajuda dos setores de Educação Continuada de ambas as instituições.

4.10 Organização dos dados

Para o WHOQOL, primeiramente, foram compilados no Programa Excel (APÊNDICE C) e depois utilizado o programa estatístico SPSS 15.0, com a sintaxe do WHOQOL-*Bref*, que corresponde à pontuação dos escores. Um banco de dados para o TALP foi formado com auxílio do Excel, como é mais bem descrito na seção de resultados.

4.11 Análise dos resultados

Para a análise do TALP, os termos evocados foram organizadas em bancos de palavras, elaborado um glossário com estas e, a seguir, submetidas ao processo de homogeneização, para que fosse possível quantificar as evocações. O banco de dados foi produzido em formato somente de texto e processado no *Software* EVOC-2000.

Para o WHOQOL-*Bref*, foram comparadas as médias entre os dois grupos de enfermeiros assistenciais.

4.12 Aspectos éticos

Foram consideradas as normas da Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996) que regulamenta a pesquisa com seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral Dr. César Cals, recebendo parecer favorável, sob o Protocolo nº 486/2011 (ANEXO B) e a aprovação da Gerência de Enfermagem do hospital particular envolvido no estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Análise dos dados do WHOQOL-Bref

O WHOQOL-Bref, em sua parte inicial, traz um questionário autorrespondido que contém questões sociodemográficas, tais como sexo, idade, nível educacional, estado civil; e, de caráter geral, como questionamentos acerca da saúde dos participantes e modo como foi aplicado o instrumento (ANEXO A). Para analisar esses dados, primeiramente, estes foram colocados em planilha do *software Excel* (APÊNDICE C) e após foi desenhada uma tabela, onde foram compilados os achados.

Tabela 1 – Dados do questionário sociodemográfico WHOQOL-Bref para os 40 enfermeiros em instituições públicas e privadas. Fortaleza-CE, 2011

	Privado		Público		Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Sexo</i>						
Masculino	2	10	0	0	2	5
Feminino	18	90	20	100	38	95
<i>Idade (ano)</i>						
23 – 29	11	55	1	5	12	30,0
30 – 39	5	25	5	25	10	25,0
40 – 49	4	20	9	45	13	32,5
50 – 56	0	0	5	25	5	12,5
<i>Nível educacional</i>						
III grau completo	4	20	0	0	4	10
Pós graduação incompleta	8	40	2	10	10	25
Pós graduação completa	8	40	18	90	26	65
<i>Estado civil</i>						
Solteiro	12	60	6	30	18	45,0
Casado	8	40	10	50	18	45,0
Vivendo como casado	0	0	1	5	1	2,5
Separado	0	0	2	10	2	5,0
Divorciado	0	0	1	5	1	2,5
<i>Como está a sua saúde?</i>						
Fraca	1	5	1	5	2	5,0
Nem ruim nem boa	6	30	2	25	11	27,5
Boa	5	25	8	40	13	32,5
Muito boa	8	40	6	30	14	35,0

Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com o exposto na tabela 1, a amostra caracteriza-se com força de trabalho predominantemente feminina. Carvalho e Kalinke (2008), em seu estudo, apresentam o argumento de que já nos primórdios a atividade de cuidar era das mulheres quase que por

exclusividade, e que, em algumas culturas, o trabalho de cuidar dos doentes ainda é considerado papel da mulher. O fato de o trabalho do enfermeiro se aproximar de atividades, que, revisitando a história, eram consideradas atividades domésticas, dada a estreita relação entre ser mulher e ser enfermeira, pode repercutir na desvalorização do ofício, fato que por vezes a categoria vivencia atualmente.

Estudos sobre a Enfermagem e o gênero se multiplicaram durante os anos, a fim de compreender como tal fato influencia na prática cotidiana de seus profissionais. Coelho (2005) comenta que, a partir dos anos 1990, o estudo do gênero extrapolou a fronteira das ciências humanas e sociais e chegou às ciências da saúde, para desvendar os mecanismos ideológicos que marcaram a ideia da Enfermagem como profissão, contabilizando acúmulo no conhecimento da temática, formando a consciência de gênero, acarretando mudanças na formação e prática profissional e delineando um novo futuro para os enfermeiros.

Em relação à idade dos sujeitos da pesquisa, é notório que os enfermeiros do hospital privado sob exames são mais jovens, quando comparados aos sujeitos do hospital público. Tal fato pode decorrer de o hospital privado apresentar alta rotatividade em sua equipe, ou, de outro ângulo, o hospital público oferecer maior estabilidade profissional. Yin e Yang (2002), em estudo que visava a identificar as causas da alta rotatividade entre enfermeiros em instituições hospitalares, realizado no Taiwan, constataram que a remuneração, os benefícios adicionais, o estresse, a oportunidade de crescimento individual, bem como o ambiente de trabalho e o convívio e relacionamento interpessoal são fatores que predisõem à mudança de emprego.

Mrayyan (2005), ao analisar 124 enfermeiros de hospitais públicos e 134, de hospitais privados, da Jordânia, constatou que os da última instituição, apresentavam índices mais elevados de satisfação no trabalho, quando comparados aos da primeira, uma vez que esses apresentavam maiores vantagens salariais.

Sob outra perspectiva, o enfermeiro hoje em dia tem o hospital privado como porta de entrada para o primeiro emprego, haja vista a expansão do número de instituições dessa natureza e a necessidade de realização de concursos públicos para o ingresso na maioria dos hospitais públicos. Assim como este estudo, Iwamoto (2005), ao realizar pesquisa em hospitais das duas redes de atendimento no Município de Uberaba, no Estado de Minas Gerais, percebeu que há um envelhecimento do quadro de pessoal de enfermagem das instituições públicas.

Lautert, Chaves e Moura (1999), na instituição que avaliaram, apontaram a existência de considerável redução do número de enfermeiros com idade superior a 40 anos,

indicando que a maioria, ao atingir essa idade, opta por deixar o emprego, fenômeno pode estar associado à preocupação com o aprimoramento profissional. Um fator relatado em literatura para os baixos índices encontrados aqui, de enfermeiros acima de 50 anos, é o envelhecimento funcional, compreendido como a perda da capacidade para o trabalho e que, geralmente, se faz notar antes do envelhecimento cronológico (RAFFONE; HENNINGTON, 2005).

Os sujeitos da pesquisa se revelaram com alta formação complementar, em especial os enfermeiros da instituição pública. O aprimoramento acadêmico é buscado pelos enfermeiros como meio de adquirir conhecimentos gerais, bem como de se especializar e atender, de maneira mais direcionada, às necessidades do mercado.

Realizando uma análise da história recente do processo de trabalho da Enfermagem, percebemos que, na década de 1970, o enfermeiro, no Brasil, era capaz de desempenhar atribuições como identificação, diagnóstico e planejamento de cuidados, ensinar e supervisionar seus auxiliares e atender família e comunidade. Com o estabelecimento da Lei do Exercício Profissional nº 7498/86, fica estabelecido o que é privativo do enfermeiro, dando forma às suas ações. Nessa mesma época, porém, em pesquisa, estes se revelaram insatisfeitos pela falta de perspectivas de ascensão profissional e pela baixa remuneração (MARTINS *et al.*, 2006).

Os anos 1980 também foram marcados pelo início da implantação das escolas de pós-graduação em Enfermagem no País. Tal ocorrência teria sido fator de comemoração se não tivesse acarretado uma redução na qualidade da formação, no plano de graduação, do enfermeiro, como também não contribuiu, à época, com grande impacto na melhoria da qualidade da assistência (MARTINS *et al.*, 2006).

Com os anos 1990, vieram as reestruturações curriculares. Freitas e Bertoncello (2000) concluíram que o enfermeiro investe na sua formação para terem recursos que proporcionem qualidade, credibilidade e eficácia no desempenho de sua atividade profissional, caracterizando também o alto grau de comprometimento que as equipes de Enfermagem possuem com seu trabalho.

O mercado que movimenta o setor saúde, com inovações tecnológicas e educacionais, faz com que o enfermeiro necessite se conscientizar de que precisa acompanhar as mudanças e se desenvolver e aprimorar em práticas, por vezes, até então inexistentes. Assim Erdmann (2009) em sua publicação, concordamos com a ideia de que a pesquisa é uma importante estratégia para o fortalecimento da Enfermagem como ciência e profissão em suas generalidades e especialidades.

Em relação ao estado civil dos sujeitos, a instituição privada registra maior número de solteiros, ao passo que a instituição pública o maior quantitativo de casados. Podemos atribuir essa estratificação à idade dos participantes da pesquisa, que no hospital privado são mais jovens.

Ao responderem sobre como estaria a sua saúde, os sujeitos responderam em sua maioria que esta era “Muito boa” e “boa”, para setor privado e público, respectivamente. Contrariando achados em diversos estudos aqui já mencionados, os enfermeiros referenciaram sua saúde atual de forma positiva.

A literatura traz a Enfermagem como policrônica, sujeita a vários fatores estressores dentro do ambiente de trabalho, submetida a jornadas múltiplas de trabalho e, por vezes, regime de trabalho noturno, fatores que levariam a uma manifestação mais negativa do estado de saúde. Analisando o conceito de qualidade de vida no trabalho (DOLAN, 2006), percebemos que esta não depende apenas do ambiente, mas vai além. Contempla a percepção de apoio do funcionário pela empresa e o cuidado desta para com ele, a facilitação da vida destes, a necessidade de realização de desejos pessoais e os relacionamentos pessoais.

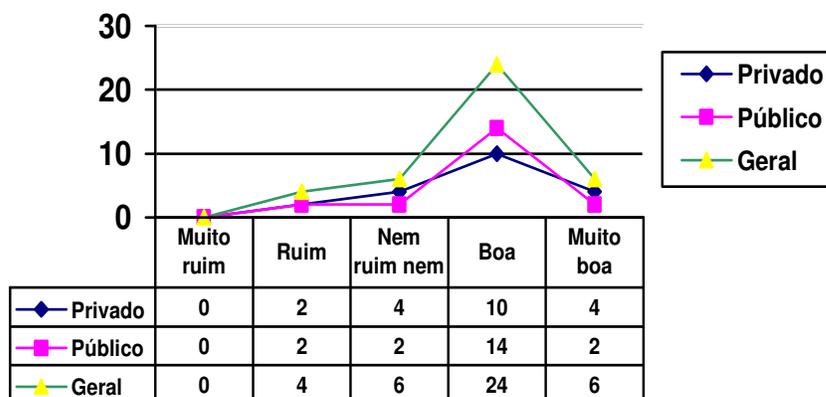
Elias e Navarro (2006) já retratam em sua pesquisa a ideia de que o profissional de Enfermagem vê o seu ofício como ato prazeroso, situando-o em primeiro lugar, como ato de ajudar alguém, de prestar assistência. O que chama a atenção, entretanto, é a banalização da própria saúde em detrimento da saúde do próximo.

Como não podemos estabelecer se a situação descrita há pouco se configura nas instituições analisadas, a avaliação positiva da saúde dos enfermeiros deve ser encarada como uma melhora na qualidade de vida do trabalhador proporcionada por fatores múltiplos nas suas condições de trabalho, que vão desde manutenção de ambiente adequado de trabalho até a remuneração auferida, adequada ao nível de complexidade do cuidado prestado ou de exigência de força de trabalho, até divisão satisfatória de tempo entre trabalho e lazer, necessárias ao equilíbrio social do trabalhador.

Os resultados para ambas as instituições não se apresentam com padrões de resposta muito divergentes da questão “Como está sua saúde atual”, quando analisadas as questões sobre a avaliação da Qualidade de Vida Global, que correspondem às duas primeiras questões do instrumento.

Os sujeitos pertencentes aos dois hospitais responderam com maior frequência que caracterizam como “Boa” a avaliação de sua qualidade de vida, como demonstrado na análise do Gráfico 1.

Gráfico 1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?



Fonte: dados da pesquisa.

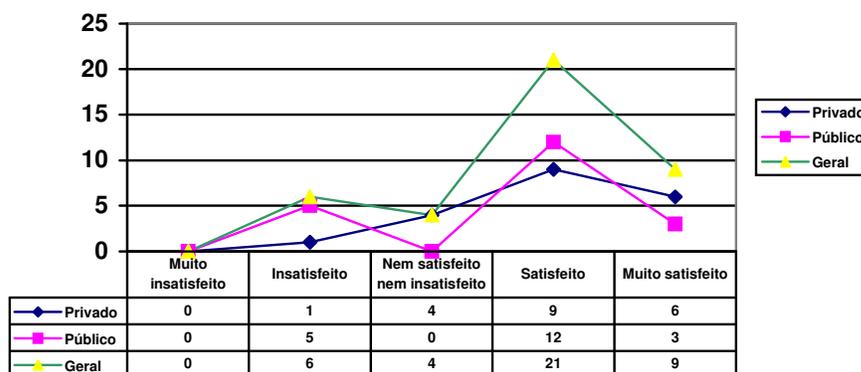
Dos enfermeiros vinculados ao hospital público, 70% (N=14) assinalaram esse item de resposta; e 50% (N=10) daqueles vinculados ao privado. Uma observação importante sobre este ponto é a assinalação da resposta “Ruim” por 10% (N=4) do total da amostra, demonstrando que a qualidade de vida ainda não foi alcançada por todos os profissionais, voltando novamente a atenção dos pesquisadores para os fatores que influenciam os distúrbios da qualidade e suas influências na composição biopsicossocial da pessoa humana.

Ao final, mediante análise cruzada entre as respostas dessa questão e daquelas relacionadas aos domínios, poderemos inferir quais os fatores que tendenciam a qualidade de vida desses sujeitos.

Na segunda questão de avaliação global da QV, o instrumento visa a examinar o quão satisfeito o enfermeiro está com a sua saúde. Como expresso anteriormente, autores citam que há inúmeros fatores presentes, em especial, no meio de trabalho, capazes de alterar a saúde desses profissionais (CORDEIRO *et al.*, 2006; MASLACH; LEITER, 1999; SOUSA *et al.*, 2008).

Nesta pesquisa, no entanto, evidenciamos que a maioria, representada por 52,5% (N=21), referiu estar satisfeita com a sua saúde, com destaque para os sujeitos da instituição pública de saúde, que se mostraram mais contentes com sua saúde do que os outros. A esta resposta, segue-se: “Muito satisfeito”, 22,5%; “Insatisfeito”, 15%; e, “Nem satisfeito, nem insatisfeito”, com 10% do total de respostas, como mostra o gráfico a seguir:

Gráfico 2 – Quão satisfeito você está com a sua saúde?



Fonte: dados da pesquisa.

Os trabalhadores do setor privado foram aqueles que mais se mostraram muito satisfeitos com sua saúde, enquanto os do setor público se evidenciaram mais insatisfeitos com a própria saúde. Quando associamos a insatisfação ao ambiente de trabalho, os achados de Traverso-Yépez e Morais (2004) cabem aqui como justificativa. Neste, os autores mencionaram que há precariedade na organização e estrutura do setor público, o que de maneira indireta influencia a saúde dos enfermeiros.

Em estudo que relaciona o ambiente e a depressão em enfermeiros, os autores perceberam que existem fatores desencadeadores de depressão internos e externos ao ambiente de trabalho. Segundo Manetti e Marziale (2007), 68,2% dos fatores apontados pelos enfermeiros correspondem a agentes da organização do trabalho, pois compilam turno de plantão, número de funcionários, sobrecarga de trabalho, conflito de interesses e insegurança nas atividades; seguem-se de 22,7% das referências às relações sociais, como falta de apoio social e falhas no relacionamento interpessoal. Para os fatores desencadeadores de depressão externos ao trabalho, 50% responderam que são aqueles inerentes à categoria profissional. O percentual de 25% das respostas estava relacionado a questões como idade, sexo e renda familiar, assim como 18,7% apontaram a falta de apoio familiar para o desencadeamento da depressão, seguidos por 6,3% para características individuais, como tipo de personalidade do profissional, senso de coerência e estratégias de enfrentamento.

Observando o estudo retrocitado, percebemos que múltiplos fatores podem vir a afetar a saúde dos enfermeiros, e que estratégias devem existir para auxiliar o profissional na busca constante pela manutenção de um padrão bom de saúde. Concordando com os autores, acreditamos que as instituições empregadoras têm papel fundamental na manutenção da saúde

destes, por meio de programas de prevenção ou minimização de danos, uma vez que a piora dos índices de saúde do trabalhador reflete diretamente na qualidade do serviço prestado ao público.

Considerando os fatores que desencadeiam as alterações na qualidade de vida dos enfermeiros, o grupo WHOQOL, ao elaborar o instrumento WHOQOL-Bref, estabeleceu questões destinadas a domínios e facetas que revelassem a caracterização do objeto de estudo. Para o domínio físico, as questões no questionário são: 3, 4, 5, 11, 12, 13 e 14; para o domínio psicológico, 6, 7, 8, 9, 10 e 26; para o domínio das relações sociais, 15, 16 e 17; e, para o domínio meio ambiente, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 e 25. As respostas foram agrupadas pelo número representado por estas no instrumento (ANEXO A), com base na Escala de Likert, que qualifica as respostas dentro de uma grandeza de avaliação, capacidade e frequência (SANTOS, 2007). Na tabela 2 são demonstradas em números absolutos e suas respectivas porcentagens as respostas dos sujeitos da pesquisa para as questões relativas aos domínios. A análise desta dar-se-á juntamente à associação das escalas com o grupo, onde serão aplicados o teste de χ^2 e de razão de verossimilhança.

Tabela 2 – Consolidado dos domínios físico, psicológico, das relações humanas e meio físico do questionário WHOQOL-Bref para os 40 enfermeiros em instituições públicas e privadas. Fortaleza-CE, 2011

Domínios Respostas	Físico		Psicológico				Relações Sociais				Meio físico					
	Privado		Público		Privado		Público		Privado		Público		Privado		Público	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	7	5,0	13	9,29	7	5,83	2	1,7	0	0	0	0	0	0	1	0,63
2	18	12,86	22	15,71	18	15	24	20	8	13,3	6	10	9	5,62	2	1,25
3	57	40,71	47	33,57	29	24,17	34	28,3	18	30	9	15	32	20	32	20
4	39	27,86	45	32,14	41	34,17	41	34,17	17	28,3	23	38,3	74	46,25	85	53,12
5	19	13,57	13	9,29	25	20,83	19	15,83	17	28,4	22	36,7	45	28,13	40	25
Total	140	100	140	100	120	100	120	100	60	100	60	100	160	100	160	100

Fonte: dados da pesquisa.

O domínio físico compreende questões como: a dor impede você de fazer o que precisa? Quanto você precisa de tratamento médico para levar a vida diária? O quanto você aproveita a vida? Você é capaz de aceitar a própria aparência física? Você tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? Quão disponíveis estão as informações de que precisa no seu dia a dia? Em que medidas você tem oportunidades de lazer?

De acordo com a Tabela 2, há predominância de respostas, em números brutos e percentuais, da resposta 3, para ambas as instituições. A legenda das respostas para as

questões 3, 4 e 5 é “mais ou menos”, e para as questões 11, 12, 13 e 14 é “médio”. A representação que existe por detrás desse resultado é a de que o profissional enfermeiro apresenta restrição de sua qualidade de vida, uma vez que, de modo geral, não atinge altos índices na escala de respostas.

Para a análise dos domínios, os resultados foram compilados na tabela 3, que se segue:

Tabela 3 – Distribuição do número de enfermeiros segundo os domínios e o grupo. Fortaleza-CE, 2011.

Domínio	Grupo				<i>p</i>
	Particular		Público		
	N	%	N	%	
Físico					0,439
2	11	55	10	50	
3	6	30	9	45	
4	3	15	1	5	
Psicológico					0,487
3	9	45	10	50	
4	10	50	10	50	
5	1	5	0	0	
Relações Sociais					0,280
2	1	5	1	5	
3	7	35	2	10	
4	6	30	8	40	
5	6	30	9	45	
Meio ambiente					0,805
3	4	20	3	15	
4	8	40	10	50	
5	8	40	7	35	

Fonte: dados da pesquisa.

Quando analisado o domínio físico associado ao grupo, observamos que não há significância estatística ($p=0,439$). De acordo com a tabela 3, há predominância de respostas “muito pouco”, em ambos os grupos, apresentando a representação de comprometimento do domínio.

Os sujeitos do hospital público referem melhor avaliação da qualidade de vida, quando comparados àqueles do setor privado quando arguidos sobre em que medida a dor impede a realização de atividades, respondendo que esta não os afeta em nada, enquanto os sujeitos do privado revelam que a dor impede “mais ou menos” suas atividades do cotidiano. A dor física pode aparecer após a submissão destes profissionais a longas jornadas de trabalho e o ritmo intenso a que a Enfermagem é submetida, como salientam em seu estudo Carvalho e

Felli (2006) e Antunes (2007). Para outra questão, ambos os grupos de enfermeiros revelaram depender muito pouco de assistência médica o seu cotidiano. Os enfermeiros do setor público são capazes de aproveitar melhor a vida, quando comparados ao setor privado. Este fato pode estar atrelado à estabilidade e ao amadurecimento profissional, como bem visualizado nos dados sociodemográficos quando é percebido o maior grau de instrução dos sujeitos pertencentes ao hospital público. O amadurecimento destes profissionais também se torna mais nítido quanto à aceitação de sua aparência. Tanto para o privado quanto para público, a remuneração financeira auferida por seus empregadores ainda é insuficiente para manutenção de uma qualidade de vida adequada.

Ambos referiram como “mais ou menos” a suficiência de dinheiro para satisfazer as suas necessidades. Maslach e Leiter (1999) já caracterizavam a Enfermagem como uma profissão em que a remuneração está aquém da produtividade exigida em seu trabalho, sendo um transtorno que acarreta a dupla jornada de trabalho e a policronia. Anos depois, Elias e Navarro (2006) ainda apresentavam a Enfermagem como profissão com salários insuficientes para a manutenção de vida digna.

Quanto ao acesso à informação, os sujeitos revelaram que esta está bastante disponível. No que concerne ao lazer, os enfermeiros responderam possuir “média” oportunidade de lazer. Para Pereira e Bueno (1997) o lazer é fundamental e favorece a comunicação, o relacionamento interpessoal, alivia as tensões e melhora a qualidade de vida e, em consequência, a qualidade do serviço.

O domínio psicológico compreende questões como: em que medida você acha que sua vida tem sentido? O quanto você consegue se concentrar? Quão seguro você se sente em sua vida diária? Quão saudável é o seu ambiente físico? Você tem energia suficiente para o seu dia a dia? Com que frequência você tem sentimentos negativos, como mau humor, desespero, ansiedade e depressão?

Ao observar a Tabela 2, percebemos que, em números absolutos e percentuais, há predominância de respostas 4, por ambas as instituições. As legendas para essa respostas são: “bastante”, para as questões 6, 7, 8 e 9; “muito”, para a questão 10, e “muito frequentemente”, exclusiva para a questão 26.

Para as questões 6, 7, 8, 9 e 10, *a priori*, a ideia é de que o domínio psicológico não afeta negativamente a qualidade de vida dos sujeitos, uma vez que, para todas essas perguntas, há uma boa avaliação das facetas. Para a última questão do domínio, no entanto, os sujeitos se apresentam vulneráveis psicologicamente, referindo “muito frequentemente” apresentarem sentimentos negativos.

Quando os dados são relacionados ao grupo e submetidos ao teste de Qui-quadrado, o padrão de resposta se repete, como podemos ver na tabela 3, onde não há significância, com $p=0,487$.

Os enfermeiros relataram respostas iguais para quase todas as perguntas, com exceção para a capacidade de concentração, onde os sujeitos pertencentes ao setor público responderam que possuíam “muito pouca” concentração. A capacidade de concentração do enfermeiro pode estar relacionada a dor aguda ou crônica, como levantado por Kreling, Cruz e Pimenta (2006). A pouca capacidade de concentração pode também estar vinculada à quantidade de estímulos a que o enfermeiro está submetido em seu trabalho, sendo estes agentes estressores como a luz, ou claridade, o ruído do ambiente e a delimitação de espaço a que o enfermeiro e sua equipe estão submetidos (SOUSA *et al.*, 2008).

A diferença de escore da questão 26 deixa evidente o fato de que o enfermeiro convive com situações-limite no seu dia a dia, como o controle rigoroso de suas atividades e a falta de autonomia, sendo difícil se distanciar de problemas (ANTUNES, 2007; LEOPARDI, 1999). Tanto Elias e Navarro (2006) quanto Carvalho e Felli (2006) acentuam que estes lidam com situações tensiogênicas no trabalho, que podem estar associadas a transtornos mentais, como ansiedade e depressão.

As instituições necessitam de um gerenciamento profissional mais específico, quando se trata de pessoal de Enfermagem. As tensões relacionadas à responsabilidade e a carga de trabalho podem acarretar na inviabilização do profissional, estando este comprometido em seu aspecto psicológico, tornando-o muito mais vulnerável ao estresse cotidiano.

O domínio das relações sociais compreende as questões 15, 16 e 17. Nestas, estão contidas as seguintes perguntas: quão bem você é capaz de se locomover? Quão satisfeito você está com o seu sono? Quão satisfeito está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?

Neste domínio foi onde mais houve divergência entre repostas dos sujeitos do setor privado, do setor público e quando cruzadas as repostas do domínio com o grupo. Em números absolutos e percentuais, os sujeitos do hospital privado assinalaram mais a resposta 3; da mesma maneira, os sujeitos do outro serviço assinalaram mais vezes a resposta 4. E, ao realizar o cruzamento do domínio com os dados do grupo, observando que não há significância estatística ($p=0,280$), a maior referência de repostas foi a 5.

Neste domínio, a resposta 3 traz como padrão “nem ruim nem bom” para a questão 15 e “nem satisfeito nem insatisfeito”, para a 16 e 17. A resposta 4 traz “bom” para a

questão 15 e “satisfeito” para as questões 16 e 17. Para a resposta 5, “muito bom” na questão 15 e “muito satisfeito” para a questão 16 e 17.

Os sujeitos, em seus grupos, igualmente referiram como “muito boa” a sua capacidade de locomoção, demonstrando que nenhum problema de saúde os afeta nesse sentido. Essa resposta, associada a outras apresentadas anteriormente, como o não impedimento da execução de atividades em decorrência da dor e a insignificante necessidade de tratamento médico para o andamento da vida nos embasam para dizer que a saúde física destes enfermeiros parece não ser objeto de alterações profundas com seu ritmo de vida.

A referência a estarem satisfeitos com seu sono é a mesma para os dois grupos de sujeitos. As alterações do padrão do sono são mais severas para trabalhadores noturnos, porém o regime de trabalho, em turnos, também afeta de maneira importante a saúde dos enfermeiros. O sono desencadeia a diminuição da capacidade mental, e o cansaço físico é inevitável, comprometendo de maneira perigosa a assistência prestada, pois reduz a atenção do trabalhador e o estado de alerta (SILVA *et al.*, 2011). Para finalizar o domínio, com o mesmo escore, os grupos dizem estar satisfeitos com sua capacidade de desenvolver atividades no seu dia a dia.

O Quadro nos mostra que o índice de qualidade de vida dos enfermeiros relacionado ao domínio das relações sociais, quando cruzados com os dados do grupo, é muito bom, porém não há significância estatística nos resultados encontrados.

O domínio do meio ambiente é composto pelas questões 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 e 25. O conteúdo de suas questões trata da satisfação dos sujeitos em relação: à capacidade de trabalho, consigo mesmo, com suas relações pessoais, com sua vida sexual, com o apoio que recebe dos amigos, com as condições do local onde mora, com o acesso aos serviços de saúde, e com o meio de transporte.

Para os grupos, privado e público, em números absolutos e percentuais, como demonstrado na Tabela 2, houve predominância da resposta 4, indicativa de que o enfermeiro está “satisfeito” com sua qualidade de vida pertinente ao domínio do meio ambiente. Esta resposta também cabe, quando realizado o cruzamento dos dados do domínio com o grupo, mesmo que não haja significância estatística para tal achado ($p=0,805$).

A capacidade para o trabalho é definida como “recursos humanos relacionados à demanda física, mental e social do trabalho, comunidade de trabalho e administração; cultura organizacional e ambiente de trabalho” (DURAN; COCCO, 2004). Em estudo com trabalhadores de Enfermagem finlandeses, esses autores verificaram a associação entre a idade e a perda precoce da capacidade para o trabalho. Nesse estudo, mesmo com a diferença

perceptível entre a média de idade dos dois grupos, os sujeitos de ambas as instituições não apresentam diferenças para esse item. Duran e Cocco (2004) complementam, dizendo que medidas de prevenção da perda precoce da capacidade para o trabalho devem ser adotadas a fim de intervir e interceptar o declínio da saúde do trabalhador.

Por intermédio das demais respostas, percebe-se que o enfermeiro, de maneira geral, está satisfeito consigo e com as relações que trava no seu trabalho.

Para a comparação das médias entre os dois grupos, os dados foram analisados utilizando-se o teste *t* de Student, para grupos independentes e variâncias iguais, como podemos visualizar no Quadro 3.

Quadro 3 – Comparação das médias entre os domínios segundo o local de trabalho para os 40 enfermeiros em instituições pública e privada. Fortaleza-CE, 2011.

		N	Média	Desvio	EPM	<i>p</i>⁽¹⁾
Geral	Particular	20	66,2500	11,98081	2,67899	0,828
	Público	20	65,4808	10,21844	2,28491	
Físico	Particular	20	45,8929	13,32659	2,97992	0,260
	Público	20	41,7857	8,98292	2,00864	
Psicológico	Particular	20	62,2917	11,82188	2,64345	0,686
	Público	20	60,6250	13,94925	3,11915	
Relações sociais	Particular	20	67,9167	17,15832	3,83672	0,183
	Público	20	75,4167	17,82694	3,98622	
Meio ambiente	Particular	20	74,2188	15,13627	3,38457	0,829
	Público	20	75,1563	11,93092	2,66783	

(1) Teste de Student; EPM= Erro Padrão da Média

Fonte: dados da pesquisa.

Ao analisar o Quadro e os valores calculados para *p*, podemos concluir que o domínio físico apresenta médias diferentes do geral, entre os sujeitos das instituições públicas e privadas analisadas, o que nos leva a crer que este domínio é o que mais tendência uma qualidade de vida menos satisfatória entre os enfermeiros.

5.2 Análise do Teste de Associação Livre de Palavras

Um banco de dados foi elaborado com apoio nas evocações obtidas com a técnica de associação livre de palavras. Com origem dois estímulos indutores - “O que é qualidade de vida?” e “O que é qualidade de vida para você?” - foi possível proceder à análise do conteúdo representacional, de acordo com a Teoria do Núcleo Central.

Para cada estímulo, foi configurado um banco de dados distinto, com estruturação e organização do conteúdo. Nos estímulos indutores, além das evocações, foi também solicitado ao participante da pesquisa que assinalasse com um asterisco aquela evocação que considerava a mais importante. Na estruturação do banco de dados para posterior análise em *software*, esta evocação assinalada aparece como a primeira palavra evocada.

Após a estruturação e organização desse conteúdo no programa Bloco de Notas do Windows, o arquivo foi processado pelo *Software* EVOC-2000 (*Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*), que permitiu calcular a frequência simples de ocorrência de cada palavra evocada, a média ponderada de ocorrência de cada palavra em função da ordem de evocação e média das ordens médias ponderadas do conjunto de termos evocados (VERGÈS, 2002), sendo esta, portanto, um instrumento facilitador para a análise da estrutura e organização de palavras.

Para a organização dos indicadores, seguimos as recomendações de Oliveira *et al.* (2005b) de fazer a digitação de todas as evocações em arquivo de formato somente texto em sua forma bruta, realizar a correção ortográfica das palavras e termos evocados e a redução de frase e expressões que demanda a supressão de artigos e verbos de ligação, deixando somente o núcleo da frase ou o núcleo do sentido, padronizar os termos evocados, resultando na homogeneização do conteúdo.

Como mencionado anteriormente, na organização das evocações, foi considerado o critério de importância, com a demarcação, pelos sujeitos da pesquisa, da palavra mais significativa com o símbolo asterisco. Essa marcação parte da premissa de que os termos que atendam, ao mesmo tempo, esses dois critérios, ou seja, ordem prioritária e frequência de evocações, possuem maior importância no esquema cognitivo do sujeito e pertencem ao núcleo central da representação (OLIVEIRA *et al.*, 2005b).

O *Software* EVOC-2000 possibilitou cálculos estatísticos e a construção da matrizes de co-ocorrências, que serviu de base para a análise do quadro de quatro casas que compõe a análise do programa. A casa superior esquerda é aquela que indica o núcleo central;

a inferior direita indica o sistema periférico; e a superior direita e inferior esquerda, apontam os elementos periféricos 1 e 2, respectivamente.

Valer ressaltar que a escolha da ordem de importância é dada em relação à sequência de aparição do termo, ou seja, a ordem de evocação. Oliveira *et al.* (2005a) enfatizam que, no discurso, em geral, o essencial só surge após um tempo para o aquecimento, relação de confiança e minimização dos mecanismos de defesa.

Nessa elaboração, é importante definir o ponto de corte para frequência mínima a ser considerada, e foi utilizada a Lei de Zipf (ZIPF, 1949). Esta lei, formulada em 1949, permite medir a frequência do aparecimento das palavras, ou seja, descreve a relação entre palavras num determinado texto suficientemente grande e a ordem de série destas palavras.

Foi possível, com amparo na análise do material coletado com o primeiro e segundo estímulos, elaborar o quadro de quatro casas, com melhor visibilidade destes resultados. Essa elaboração consiste, a princípio, em captar o sistema de categorização utilizada pelos sujeitos, levando assim o próprio conteúdo da ideia do núcleo central.

O quadro de quatro quadrantes traz o núcleo central, onde são agrupados os elementos mais frequentes e mais importantes, que produzem o significado da representação e determinam sua organização. No quadrante inferior direito, formam a zona de contraste, onde são encontrados os elementos com baixa frequência, no entanto, também importantes para os sujeitos.

Os elementos periféricos são encontrados nos quadrantes superior direito e inferior esquerdo, e são considerados evolutivos, permitindo a adaptação à realidade concreta. A primeira periferia no quadrante superior é composta dos elementos periféricos mais importantes; o quadrante inferior à segunda periferia constitui-se dos elementos menos frequentes e menos importantes. Esses elementos são responsáveis pela interface da realidade com o sistema central, porquanto atualizam e contextualizam as determinações normativas e outras formas consensuais do núcleo central.

É exatamente essa interface que permite a mobilidade, a flexibilidade e a expressão individualizada que caracterizam as representações.

O estímulo 1 requeria do sujeito da pesquisa a noção geral do significado de qualidade de vida, buscando elucidar não apenas o significado para o indivíduo, mas também a ideia global.

No quadrante que representa o núcleo central, obtivemos 52 evocações, quais sejam: Bem-estar (F=4), Felicidade (F=4), Lazer (F=14), Paz (F=5), Saúde (F=21) e Sono (F=4).

Saúde e lazer foram as palavras evocadas com maior frequência entre aquelas que representam o núcleo central da representação dos enfermeiros das duas instituições, sendo a última a mais rapidamente evocada, com OMI (ordem média de importância) de 3,071.

Referir qualidade de vida como “ter saúde” é o mais básico de todos os significados, haja vista que para desempenhar todas as suas atividades de vida diária a pessoa precisa estar bem física e psicologicamente.

Ter momentos de lazer é essencial para se recompor da rotina estressante dos profissionais de Enfermagem. Aqui não podemos distinguir se o “lazer” evocado é a representação da necessidade de ter momentos de lazer, ou se apenas aparece como importante para a vida do profissional.

Em estudo realizado com a equipe de Enfermagem de uma unidade de terapia intensiva, Pereira e Bueno (1997) apontam que o lazer tem papel fundamental na qualidade de meio alternativo para o relaxamento e alívio dos problemas advindos da contextualidade e do cotidiano do indivíduo, seja no plano pessoal quanto profissional. Os autores revelaram que o desenvolvimento de atividades de lazer é relevante no favorecimento da comunicação entre eles, no relacionamento interpessoal, bem como no alívio das tensões, com vistas à educação para a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e do serviço, em geral.

No texto, o autor menciona que o lazer, como Promoção da Saúde integral, tem três funções primordiais: a de descanso, de divertimento (distração, recreação e entretenimento) e de desenvolvimento da personalidade.

Em contraposição ao trabalho, o lazer favorece consideravelmente o nível de saúde integral, canalizando as energias perdidas para os aspectos saudáveis, aliviando, assim, a fadiga exaustiva e o estresse provocados pelas condições desfavoráveis da contextualidade das pessoas em geral.

É de senso comum o fato de que os enfermeiros são submetidos a jornadas duplas e às vezes até triplas de trabalho, e que em muitos destes a carga chega a ser exaustiva (DOLAN, 2006). Ter saúde para continuar o seu trabalho, de onde provém seu sustento, parece ser condição primordial para a manutenção de uma qualidade de vida satisfatória.

Estar em paz com o meio, sentir-se bem e ter felicidade aparecem também no núcleo central. A ideia de harmonia e equilíbrio aparece nessas evocações com aspectos psicológicos e físicos. Aqui cabe inserir a noção de que estar bem consigo e com o próximo traz melhor qualidade de vida.

Quando um indivíduo faz uma avaliação consciente de sua vida em termos de bem-estar, ou quando faz julgamentos sobre aspectos específicos como a saúde ele está se referindo a um construto multidimensional: o bem-estar subjetivo (GIACOMONI, 2004).

O bem-estar subjetivo é uma experiência pessoal, privada e, suas medidas incluem tanto avaliação global quanto avaliações particulares referenciadas a domínios, tais como saúde física e cognitiva, relações sociais, relações familiares e espiritualidade. A avaliação de bem-estar é tão importante que existem pesquisas fazendo referências exclusivas a essa temática.

É interessante perceber que duas atividades de vida diárias, das 13 assinaladas em Roper, Logan e Tierney (1990), aparecem no núcleo central, trazendo à tona a reflexão de como está a qualidade de vida dos enfermeiros, uma vez que o básico para a existência e desempenho das demais funções da rotina pode estar comprometido.

A concepção de que o sono/repouso, atividade de vida diária básica, seja tão importante ao enfermeiro surge nas evocações. O regime de trabalho intenso, por vezes noturno, altera o ritmo normal de sono/repouso no profissional.

Horas são necessárias para recuperar o sono perdido, e muitos destes profissionais não dispõem de tempo para essa atividade, haja vista que, além do trabalho, muitos buscam manter-se atualizados e com os estudos em dia.

As consequências da realização do trabalho no período noturno na saúde do trabalhador manifestam-se por desequilíbrios biológicos, mau hábito alimentar e do sono, bem como na perda de atenção, acumulação de erros, estado de ânimo e na vida familiar e social (SILVA *et al.*, 2011).

Com o trabalho noturno, a convivência em família se prejudica e a ausência de participação em suas atividades traz a sensação de isolamento, pois seus horários de ócio não coincidem com as pessoas de seu convívio social extra-hospitalar.

A seguir o Quadro 4 mostra a distribuição, por frequência e ordem média de importância, do estímulo 1 do TALP.

Quadro 4 – Distribuição, por frequência (F) e ordem média de importância (OMI), das evocações com origem no estímulo “O que é Qualidade de Vida?” (N=135). Fortaleza-CE, 2011

Fme	Omi <3,3		Omi >3,3			
	F	OMI	F	OMI		
>= 4	Bem-estar	4	2,500	Amigos	4	4,000
	Felicidade	4	2,750	Amor	9	3,889
	Lazer	14	3,071	Dinheiro	6	4,000
	Paz	5	2,400	Família	15	3,733
	Saúde	21	2,143	Filhos	4	3,500
	Sono	4	2,250	Moradia	4	3,500
				Trabalho	5	3,600
<= 2 e < 3		F	OMI		F	OMI
	Boa-alimentação	2	3,000	Calma	2	4,000
	Casa	2	3,000	Casamento	2	4,000
	Dormir	2	2,000	Conforto	2	5,000
	Passar	2	3,000	Conversar	2	4,500
	Praia	2	1,000	Dormir-bem	2	4,500
	Repouso	3	2,667	Educação	2	3,500
	Viajar	2	3,000	Estar	2	3,500
				Férias	2	4,500
				Satisfação	3	4,333
			Sucesso	2	4,000	

Fonte: dados da pesquisa.

No quadrante que representa o sistema periférico, obtivemos um total de 21 evocações: Calma (F=2), Casamento (F=2), Conforto (F=2), Conversar (F=2), Dormir bem (F=2), Educação (F=2), Estar (F=2), Férias (F=2), Satisfação (F=3) e Sucesso (F=2).

A palavra mais evocada foi satisfação e a mais frequentemente evocada foi conforto. Estar bem consigo e com o meio aparece claramente nestas duas evocações.

A satisfação é representada como satisfação com a vida, sendo esta considerada um dos principais indicadores de bem-estar subjetivo. Quando trazemos essa evocação para a satisfação no trabalho, descrevemos, de acordo com Martins (1985), que esta pode ser definida como um estado emocional agradável ou positivo, que resultou da avaliação de algum trabalho ou de experiências no trabalho. O homem avalia suas experiências no trabalho utilizando a bagagem de atitudes, crenças e valores que traz consigo, o que resulta em um estado emocional que, se agradável, produz satisfação e, se desagradável, leva à insatisfação.

A falta de estudos, consoante Del Cura e Rodrigues (1999) decorre em parte da visão histórica da Enfermagem, vista como uma profissão de natureza vocacional. Os mesmos autores avaliaram diversas investigações e detectaram o fato de que, apesar de abordagens metodológicas distintas, existe consenso sobre o sentimento do enfermeiro em relação ao seu

trabalho, parecendo este estar satisfeito com aspectos intrínsecos, mas insatisfeito com os aspectos extrínsecos. Para os fatores intrínsecos, estes apontaram reconhecimento, responsabilidade e autonomia; os fatores extrínsecos foram salário, qualidade de supervisão, relacionamento com a equipe e condições de trabalho.

Conforto aparece no estímulo como a palavra evocada com maior frequência, com OMI=5,000. Para Neves-Arruda e Nunes (1998), o conforto é um conceito subjetivo e abstrato que envolve aspectos de bem-estar físico, espiritual, psíquico e socioeconômico, não se limitando apenas à satisfação das necessidades fisiológicas, de modo que somente o próprio indivíduo pode determinar o seu nível de conforto.

Ainda segundo os mesmo autores, é lícito atribuir valores para os níveis de conforto, categorizando-os como nível alto, médio ou baixo. O resultado do conforto é a pessoa recuperar sua força, apresentar ânimo, bem-estar e crescimento, ser capaz de mobilizar mecanismos para enfrentamento de problemas, funcionar melhor nos seus papéis ordinários, refletindo assim na melhora de sua qualidade de vida.

Por ser um conceito global, que depende de vários aspectos, a não satisfação de algum desses levará a um baixo nível de conforto, que pode ser entendido como desconforto, definido como tensão criada pela continuidade da circunstância de não satisfação de necessidades básicas.

Em relação ao trabalho de Enfermagem, em estudo de Barreto *et al.* (2003) para se sentirem mais confortáveis em relação ao seu trabalho e ao cuidado que o cliente recebe nos quatro setores de clínica médica estudados, os trabalhadores de Enfermagem destacaram as seguintes necessidades: ter melhores condições de trabalho; receber estímulo e valorização por parte dos chefes, dos outros profissionais e colegas; ver os problemas resolvidos para elevar o conceito do hospital na comunidade; ver todos os serviços estruturados e funcionando melhor; e proporcionar assistência adequada e de qualidade.

É importante observar que muitos destes apontamentos, como o reconhecimento profissional, coincidem com aqueles apresentados como fatores intrínsecos para melhor satisfação no trabalho, reforçando a ideia de multidimensionalidade do bem-estar.

Para o estímulo 2, foram solicitadas seis evocações para “O que é qualidade de vida para você?”. Quando se é questionado sobre a “qualidade de vida para você”, espera-se que o indivíduo se aproprie do significado da qualidade de vida e adapte à sua pessoa, suas rotinas, seus hábitos particulares e sociais.

Neste estímulo, obtivemos 115 evocações. Destas, 46 apareceram no núcleo central: Amor (F=10), Família (F=12), Lazer (F=11) e Saúde (F=13).

Para o sistema periférico, recolhemos um total de 34 evocações: Felicidade (F=6), Férias (F=5), Moradia (F=3), Realização (F=2), Salário (F=3), Satisfação (F=5), Satisfação profissional (F=2), Sono (F=6), Sucesso (F=2) e Viagem (F=2). É o que vemos no Quadro 5.

Quadro 5 – Distribuição, por frequência (F) e ordem média de importância (OMI), das evocações com base no estímulo “O que é Qualidade de Vida para você?” (N=115). Fortaleza-CE, 2011

fme	Omi <3,1		Omi <3,1			
	F	OMI	F	OMI		
≥ 7	Amor	10	2,400	Amigos	7	3,429
	Família	12	2,833	Trabalho	7	3,571
	Lazer	11	3,000			
	Saúde	13	2,462			
<= 2 e < 6		F	OMI		F	OMI
	Alegria	2	2,500	Felicidade	6	3,833
	Atividade-física	3	2,000	Férias	5	3,600
	Boa-saúde	2	1,000	Moradia	3	5,000
	Filhos	2	3,000	Realização	2	5,500
	Marido	2	1,500	Salário	3	5,000
	Namorar	2	1,500	Satisfação	5	3,400
	Paz	6	2,667	Satisfação-profissional	2	4,500
	Viajar	2	2,500	Sono	6	3,500
				Sucesso	2	5,500
				Viagem	2	4,000

Fonte: dados da pesquisa.

Analisando o Quadro 5, em comparação ao Quadro 4, percebemos que, para o núcleo central, a palavra mais evocada (Saúde, F=13) e a mais rapidamente evocada (Lazer, OMI=3,000) são as mesmas. Neste fato, infere-se que há representação social de que ter saúde e momentos de lazer é essencial para a vida destes profissionais.

Na busca por estudos que relacionassem o vínculo de enfermeiros com suas famílias foi percebida a ausência de literatura nesse sentido. Autores estudam a relação do enfermeiro com os familiares de seus pacientes, mas não foram encontrados estudos que subsidiassem diretamente a discussão da relação em foco. Para tanto, nos utilizamos de outros estudos que tratam a relação sujeito-família de maneira geral, sendo realizada em paralelo a tentativa de argumentação voltada para a vivência do enfermeiro.

As evocações “Amor” e “Família” têm representatividade para os sujeitos da pesquisa. Amor como sentimento, como “sentir amor” ou “ter amor”. O amor foi caracterizado por autores como próprio do ser humano, está na sua base, sua origem, uma

tendência inata da espécie e um dos responsáveis pelo crescimento e desenvolvimento de todos (BRAZ, 2006; RAMOS, 2004).

O ser humano não vive sem amor. Ao próximo, ao desconhecido, de curta ou breve duração, amor ao paciente, amor aos colegas de trabalho e amor à família.

A Enfermagem, mesmo após sua estruturação profissional e tecnológica, ainda está muito vinculada ao sentimento de amor ao próximo, de piedade e compaixão. Em estudo sobre as representações sociais dos discentes de Enfermagem sobre o ofício e o profissional enfermeiro, estes apontaram “amor” como qualificação para o exercício das ações de Enfermagem, assim como doação, dedicação, carinho, habilidades e técnica (HERMIDA, 2008).

Em estudo similar, Bizarro e Chamma (2005) evidenciaram que 42,1% das respostas relativas ao conceito de Enfermagem estavam relacionadas ao amor, à doação, ao dom e ao carinho, reforçando a ideia de que esses requisitos ainda estão presentes nas representações sociais acerca do conceito de Enfermagem.

E quanto à família? De modo geral, ainda se tem na família a maior expectativa de que ela, como núcleo central, proporcione proteção ao indivíduo, edifique sua identidade e promova sua qualidade de vida, fomentando a inclusão social na comunidade em que vive. Será, porém, que ainda continua assim?

Bonelli (2004) exprime que o apego, a valorização e a satisfação no trabalho fazem com que as mulheres, gênero predominante na categoria de Enfermagem, prefiram suas atividades profissionais e dediquem a ela, e não à família, uma grande parte de seu tempo. Já na compreensão de Herzberg (1997) para estar satisfeito, são necessários alguns fatores motivadores, que se relacionam com a capacidade humana de realizar e transformar a prática: realização, reconhecimento, o próprio trabalho, responsabilidade e o progresso ou o desenvolvimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir sobre qualidade de vida não é tarefa simples, uma vez que o próprio conceito é abrangente e não nos permite associar diretamente a “falta de qualidade” ou a “presença de qualidade” a um fator isolado. Alterações no ambiente familiar, de trabalho, do lazer, da faculdade colaboram para o desequilíbrio pessoal, entre o estar bem e o não estar.

Neste estudo, avaliamos a qualidade de vida de enfermeiros em duas instituições de caráter distinto, utilizando uma metodologia escolhida para pormenorizar o sentimento do profissional acerca de sua vida. O uso de um instrumento validado internacionalmente permitiu-nos avaliar em que dimensões, ou domínios, esse sujeito está comprometido, ou qual o domínio onde há uma ampla oferta de benefícios no mundo que fazem este se tornar positivo.

Não podemos perder de vista, entretanto o fato de que lidamos aqui com uma categoria, que, fazendo breve retrospectiva histórica, tem como rótulo a solidariedade humana, o misticismo e práticas baseadas no senso comum, que por anos estiveram sujeitos à influência de fatores sociopolíticos e econômicos.

Hoje, a Enfermagem procura se aprofundar em aspectos científicos, tecnológicos e humanísticos, nunca perdendo o foco do seu cuidado, que é o ser humano, mas com a consciência de que é ciência e que precisa ser desenvolvida.

A opção do desenvolvimento da pesquisa em ambiente hospitalar e não em outro qualquer decorre do fato de desenvolvermos o *mister* de ser enfermeira assistencial hospitalar, observando as demais profissionais, e de percebermos que o ambiente de trabalho pode ser elemento estressor para a manutenção de uma qualidade de vida ideal. Por ambiente de trabalho entendam-se o próprio meio de convívio e o desempenho de atividades, relação profissional com enfermeiros e com outras profissões, reconhecimento, remuneração, espaço para desenvolvimento pessoal e profissional.

Os objetivos deste estudo foram captados de maneira satisfatória pela metodologia adotada. Como objetivo geral, propusemo-nos verificar as representações sociais dos enfermeiros sobre qualidade de vida no hospital público e privado; e descrever as variáveis sociodemográficas dos sujeitos, bem como comparar a QV entre as instituições, como objetivos específicos.

As análises traçadas dos objetivos específicos propiciam a percepção de que a predominância feminina na profissão ainda é uma realidade, e que o profissional recém-formado é mais facilmente absorvido em instituições privadas de saúde, uma vez que, em

instituições públicas, o ingresso formal é assegurado por concursos públicos. Nestes, por sua vez, há especialização da mão de obra, com um número maior de profissionais preocupados em buscar novas tecnologias e titulações. Notamos que estes demonstram amor por sua profissão, uma vez que buscam aperfeiçoamento contínuo em sua área a fim de trazer para o seu dia-a-dia conhecimento atualizado, fortalecendo sua prática e dando excelência à sua assistência. Os enfermeiros sabem que somente por meio do aprimoramento a Enfermagem se consolida e é reconhecida.

Diferentes estudos sugeriram que o enfermeiro é policrônico, submetido a carga horária de trabalho exaustiva, é pouco reconhecido profissionalmente e recebe baixa remuneração por tudo isso. Ainda assim, quando arguidos sobre como estaria sua saúde atual, os resultados mostram que estes estão satisfeitos, de modo geral, com sua qualidade de vida, nas duas instituições, sem diferenças significativas entre uma e outra.

As perguntas sobre qualidade de vida global contidas no questionário WHOQOL-Bref apontam que os enfermeiros de ambas as instituições avaliam sua qualidade de vida como “Boa” e que caracterizam sua satisfação em relação à sua saúde como “Satisfeito”. Estes fatores nada nos dizem sobre a instituição, acerca do seu ambiente familiar, ou até mesmo o seu lazer, espiritualidade, mas retrata o equilíbrio entre todos esses vértices.

A análise das médias entre os domínios revelou que não há significância estatística nos resultados, no entanto, ao serem examinados em números absolutos e suas porcentagens, há predominância de escores que representavam índices satisfatórios de qualidade de vida dos enfermeiros.

O Teste de Associação Livre de Palavras apresentou-nos um panorama peculiar, em que os enfermeiros evocam palavras como Saúde, Lazer e Família, para referir o que é qualidade de vida de modo geral e para eles. As evocações são pertinentes e fazem sentido na oportunidade em que são analisadas conjuntamente, quando percebemos que o mais básico de referência para se ter alguma qualidade de vida é ter saúde, pois, em sua ausência, as atividades diárias ficam comprometidas.

Dada a rotina dos enfermeiros, com jornadas de trabalho duplas e por vezes até triplas, de trabalho, o lazer não poderia deixar de ser evocado, refletindo a carência ou a preocupação de reservar momentos agradáveis com familiares e amigos, para amenizar o estresse do cotidiano ou apenas conviver com os seus.

Quando o indivíduo traz para si o questionamento do que vem a ser qualidade de vida, este evoca família, representando o apreço por esta, razão do empenho profissional e de seu trabalho.

Satisfação apresenta-se nos dois sistemas periféricos dos dois estímulos do TALP. Mediante exame detido dos indicadores, entendemos que buscam sua realização e seu reconhecimento profissional quando procuram elevar sua situação educacional, tornando-se aptos a atender diversos níveis de complexidade de sua clientela, desenvolvendo-se de modo singular.

A representação social dos enfermeiros sobre a qualidade de vida no hospital público e privado foi de que estes estão satisfeitos com suas QV, porém que essa satisfação esbarra em limites como a saúde, o lazer e a satisfação geral destes. A Teoria das Representações Sociais se configura aqui como subsídio que permite o cruzamento de informações entre o instrumento e a técnica adotados na pesquisa.

De fato, este experimento se mostra relevante, por apontar lacunas na qualidade de vida de seus sujeitos e, trazer à sociedade as necessidades destes profissionais que são peças-chave para a prestação de uma assistência de qualidade.

Como enfermeira assistencialista, foi possível conhecermos de perto a realidade de muitos profissionais, com as exigências inerentes à profissão. Estas, somadas àquelas das instituições a que pertencem, por diversas vezes ultrapassam a capacidade de cada um deles.

A submissão às jornadas duplas e triplas de trabalho, equipes subdimensionadas, condições de trabalho insalubres e remuneração financeira insuficiente ou não condizente com o nível de complexidade de seu trabalho e estresse são contornadas quando o enfermeiro, a beira do leito, tem a certeza de que sua vocação e sua determinação tendem a mudar a realidade atual da Enfermagem.

A sociedade, principalmente os gestores em saúde, precisam conhecer a real participação do enfermeiro no processo saúde-doença no contexto hospitalar, bem como as suas ações e atribuições perante o cliente, para que haja melhora considerável dos processos de trabalho e, conseqüentemente, da qualidade de vida. A valorização, porém, como categoria profissional, deve começar dos próprios profissionais ao se perceberem como trabalhadores de saúde especialistas em cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L.C.G. **Projeto de Lei das 30 horas semanais para enfermagem é aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família**. Disponível em: <<http://www.r2cpress.com.br/node/7575>>. Acesso em: 2 dez. 2009.
- ALVES, M.D.S. **Mulher e Saúde**: representações sociais no ciclo vital. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997. 96 p.
- ANADON, M.; MACHADO, P.B. **Reflexões teórico-metológicas sobre as representações sociais**. Salvador, UNEB, 2001.
- ANTUNES, R. Dimensões de precarização estrutural do trabalho. *In*: DRUCK, G.; FRANCO, T. (Org.). **A perda da razão social do trabalho**: terceirização e precarização. São Paulo: Bontempo, 2007. p. 13-22.
- ARRUDA, A. Teoria das Representações Sociais e as teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, v.117, p.127-147, nov. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf>>. Acesso em: 25 dez. 2011.
- BAASCH, D.; LANER, A. dos S. Os significados do trabalho em unidades de terapia intensiva de dois hospitais brasileiros. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, p. 1097-1105, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700041&lng=en. Acesso em: 25 jul. 2011.
- BARRIENTOS, L.A.; SUAZO, S.V. Fatores associados a qualidade de vida de enfermeiras hospitalares chilenas. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.15, n.3, maio/jun. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3a18.pdf>. Acesso em: 20 out. 2010.
- BARRETO, S. S. *et al.* (Des)conforto de trabalhadores de enfermagem: uma questão de (in)justiça social. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 615-618, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 nov. 2011.
- BARROS, A.L.B.L. *et al.* Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.11, n.5, p.585-592, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 25 maio 2010.
- BIZARRO, P.B.; CHAMMA, R. C. Reconhecimento profissional e social da enfermeira: visão da comunidade acadêmica, profissional e leiga em enfermagem. **Tratados de Enfermagem**, São Paulo, v.2, n.3, p.57-70, dez. 2005.
- BÔAS, L.P.S.V. Teoria das representações sociais e o conceito de emoção: diálogos possíveis entre Serge Moscovici e Humberto Maturana. **Psicol. Educ.**, São Paulo, v.19, p.143-166, 2004.
- BONELLI, M. da G. Arlie Russell Hochschild e a sociologia das emoções. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 22, p.357-372, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>

script=sci_arttext&pid=S0104-83332004000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 nov. 2011.

BORGES, L.O. *et al.* A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicol. Refl. Crít.**, Natal, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Brasília, 1996.

BRAZ, A. L.N. Reflexões sobre as origens do amor no ser humano. **Psicol. Am. Lat.**, Cidade do México, n. 5, fev. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000100006&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 3 nov. 2011.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 24 nov. 2009.

CAMPOS, J.F.; DAVID, H.S.L. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p.363-368, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2011.

CARLOTTO, M.S.; CÂMARA, S.G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. **Psico**, v.39, n.2, p.152-158, 2008.

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

CARVALHO, M.B.; FELLI, V.E.A. O trabalho de Enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.14, n.1, p.61-69, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 25 maio 2010.

CHANG JR., J.; ALBUQUERQUE, L.G. de. Comprometimento organizacional; uma abordagem holística e simultânea dos determinantes envolvidos no processo. **Rev. Adm. Mackenzie**, São Paulo, v.3, n.2, p.13-38, 2003.

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

COELHO, E. A. C. Gênero, saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.58, n.3, p.345-348, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2011.

CORDEIRO, V. H. *et al.* **Impacto do múltiplo vínculo empregatício do enfermeiro**. 2006. 1CD. Monografia (Especialização em Gerenciamento de Unidades e Serviços de Enfermagem) – Faculdade Santa Marcelina, São Paulo, 2006.

CUNHA, K. C. **Gestão da qualidade de vida no trabalho em hospital da cidade de São Paulo**. 2004. 247 f. Tese (Pós-doutorado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, 2004.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortez; 1992.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica no trabalho**. São Paulo: Atlas; 1997.

DEL CURA, M.L.A.; RODRIGUES, A.R.F. Satisfação profissional do enfermeiro. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.7, n.4, out. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 nov. 2011.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em Saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C. S.; DESLANDES, S.F. (Org.). **Caminho do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.215-223.

DOLAN, S.L. **Estresse, auto-estima, saúde e trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

DURAN, E.C.M.; COCCO, M.I.M. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.12, n.1, p.43-49, fev. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100007&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 28 nov. 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. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.14, n.4, p.517-525, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 2 jan. 2010.

ERDMANN, A.L. Formação de especialistas, mestres e doutores em enfermagem: avanços e perspectivas. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.22, p.551-553, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/21.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2011.

FARIA, F.G. **Avaliação da qualidade de vida dos alunos de graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina**. 2003. 32 p. Monografia (Curso de Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

FARIAS, S.N.P.; ZEITOUNE, R.C.G. A qualidade de vida no trabalho de Enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.487-493, 2007. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/2007_vol11/2007_vol11n03SETEMBRO.pdf>. Acesso em: 1 set. 2010.

FELLI, V.E.A.; TRONCHIN, D.M.R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005. p. 89-107.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.5, p.785-791, out. 2006.

FLECK, M.P.A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado WHOQOL-bref. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.2, p.178-183, abr. 2000.

FLECK, M.P.A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.21, n.1, p.19-28, 1999.

FOX-RUSHBY, J.; PARKER, M. Culture and the measurement of health-related quality of life. **J. Eur. Appl. Psychol.**, Paris, v.45, n.4, p.257-263, 1995.

FREITAS, M.C.; BERTONCELLO, K.C.G. Representações da pós-graduação e da pesquisa para o enfermeiro assistencial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n.1, p.15-22, jan./mar. 2000.

GELBCKE, F.L. Qualidade de vida e organização do trabalho: questões relevantes para a enfermagem. *In*: CIANCIARULLO, T.I.; CORNETA, V.K. **Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio**. São Paulo: Ícone, 2002. p. 199-227.

GIACOMONI, C.H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia da SBP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p.43-50, 2004.

HERMIDA, P.M.V. Representação social dos discentes de enfermagem sobre a profissão e profissional enfermeiro. **Rev. Educ.**, São Paulo, v.11, n.12, p.137-155, 2008.

HERZBERG, F. Mais uma vez: como motivar seus funcionários? *In*: HARVARD BUSINESS SCHOOL PRESS (Org.). **Gestão de pessoas, não de pessoal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p. 55-81.

HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS. **Histórico Hospital César Cals**. Fortaleza, 2009. Disponível em: <http://www.hgcc.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=144>. Acesso em: 25 out. 2011.

HOSPITAL MONTE KLINIKUM. **Quem somos**. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.monteklinikum.com.br/q_somos.html>. Acesso em: 25 out. 2011.

IBÁÑEZ GRACIA, T. Representaciones sociales: teoría y método. *In*: IBÁÑEZ GRACIA, T. (Coord.). **Ideologías de la vida cotidiana**. Barcelona: Sendai, 1988. p. 325.

IWAMOTO, H.H. **Recursos humanos na rede hospitalar no município de Uberaba – Minas Gerais**. 2005. 140 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-15052006-101523/pt-br.php>>. Acesso em: 23 nov. 2011.

JODELET, D. **Folie et représentations sociales**. Paris: PUF, 1989.

- KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of life index” de Ferrans e Powers.** 1999. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- KRELING, M.C.G.D.; CRUZ, D. de A.L.M. da; PIMENTA, C.A. de M. Prevalencia de dolor cronico en adultos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, p.509-513, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400007 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2011.
- LADEIRA, B.M. O processo do stress ocupacional e a psicopatologia do trabalho. **Rev. Adm.**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 64-74, 1996.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. **Vocabulário de Psicanálise:** sob a direção de Daniel Lagache. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- LAUTERT, L.; CHAVES, E.H.B.; MOURA, G.M.S.S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Rev. Panam Salud Publica**, v.6, n.6, p.415-425, 1999.
- LEMOS, C.A.F.; NASCIMENTO, J.V.; BOTH, J. Qualidade de vida no trabalho percebida por professores de Educação Física. *In: FÓRUM INTERNACIONAL INTEGRADO DE CIDADANIA*, 2006, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre, 2006.
- LEOPARDI, M.T. **Processo de trabalho em saúde:** organização e subjetividade. Florianópolis: Papa Livros, 1999.
- LIMONGI-FRANÇA, A.C. **Qualidade de vida no trabalho – QVT:** conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. São Paulo: Atlas, 2003.
- MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Est. Psicol.**, São Paulo, v.12, n.1, p.79-85, 2007.
- MARTINS, C.; KOBAYASHI, R.M.; AYOUB, A.C.; LEITE, M.M. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.1, n.3, p.472-478, jul./set. 2006.
- MARTINS, M.C.F. **Satisfação no trabalho:** elaboração de instrumento e variáveis que afetam a satisfação. 1985. 204 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 1985.
- MARTINS, J.T. **Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva:** estratégias defensivas. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C.C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.44, n.4, p.1107-1111, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400036&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400036>>. Acesso em: 25 ago. 2011.

MARZIALE, M.H.P. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.9, n.3, p.1-5, 2001.

MASLACH, C. Entendendo o burnout. *In*: ROSSI, A.M.; PERREWÉ, P.L; SAUTER, S.L. **Stress e qualidade de vida no trabalho**: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2005. cap. 4, p. 41-55.

MASLACH, C.; LEITER, M.P. **Fonte de prazer ou desgaste**: guia para vencer o estresse na empresa. Campinas: Papyrus, 1999.

MENDES, A.M. **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

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

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

MRAYYAN, M.T. Nurse job satisfactions and retention comparing public to private hospitals in Jordan. **J. Nurs. Manage.**, v.13, n.1, p.40-50, Jan. 2005.

MUROFUSE, N.T, MARZIALE, M.H.P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, p. 364-373, 2005.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NAIFF, L.A.M.; NAIFF, D.G.M. A favela e seus moradores: culpados ou vítima? Representações sociais em tempos de violência. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v.5, n. 2, p.107-119, dez. 2005.

NEVES-ARRUDA, E.; NUNES, A.M.P. Conforto em Enfermagem: uma análise teórico conceitual. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.7, n.2, p. 93-110, maio/ago. 1998.

OLIVEIRA, B.M. de; MININEL, V.A.; FELLI, V.E.A. Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.64, n.1, p. 130-135, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100019&lng=en>. Acesso em: 25 jul. 2011.

OLIVEIRA, D.C.; FISCHER, F.M.; GOMES, A.M.T.; TEIXEIRA, M.C.T.V. Adolescência, Trabalho e Estudo: análise comparativa das representações sociais de adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.13, p.229-237, 2005a.

OLIVEIRA, D.C.; MARQUES, S.C.; GOMES, A.M.T.; TEIXEIRA, M.A.T.V. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. *In*: MOREIRA, A.S.P.; CAMARGO, B.V.; JESUÍNO, J.C.; NÓBREGA, S.M. (Ed.). **Perspectivas teórico-**

metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Editora da UFPR, 2005b. p. 573-603.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v.41, n.10, p.1403-1409, 1995. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2009.

PEREIRA, M.E.R.; BUENO, S.M.V. Lazer - um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p.75-83, out. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2011.

PETROSKI, E.C. **Qualidade de vida no trabalho e suas relações com estresse, nível de atividade física e risco coronariano de professores universitários.** 2005. 163 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

QUINN, R.E. *et al.* **Competências gerenciais: princípios e aplicações.** 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

RAFFONE, A.M.; HENNINGTON, E.A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.4, p.669-676, ago. 2005. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2011.

RAMOS, F.R.S. As várias formas de amar e o nosso trabalho ou sobre amores decentes e o nosso trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, p.412-416, aug. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 nov. 2011.

ROBAYO-TOMAYO, M. **Relação entre síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos.** 1997. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 1997.

ROCHA, A.M.; FELLI, V.E.A. A saúde do trabalhador de enfermagem sob a ótica da gerência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.57, n.4, p.453-458, jul./ago. 2004.

RODRIGUES, R.M. **Pesquisa acadêmica: como facilitar o processo de preparação de suas etapas.** São Paulo: Atlas, 2007.

ROPER, N.; LOGAN, W.W.; TIERNEY, A.J. **Modelo de Enfermagem.** Alfragide: McGraw-Hill de Portugal, 1990.

SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais.** Petrópolis: Vozes. 1996a. .

SÁ, C.P. Representações sociais: teoria e pesquisa no núcleo central. **Temas em Psicologia**, São Paulo, n.3, p.19-33, 1996b. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v4n3/v4n3a02.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2011.

SANCOVSCHI, B. Sobre a noção de Representação em S. Moscovici e F. Varela. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v.19, n.2, p.7-14, 2007.

SANTOS, C.B. **Análise dos resultados do WHOQOL-100 utilizando Data Mining**. 2007. 108p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2007. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/diaadia/diadia/arquivos/File/conteudo/artigos_teses/EDUCACAO_FISICA/dissertacao/Analise_resultados_WHOQOL-100.pdf>. Acesso em: 30 out. 2010.

SARQUIS, L.M.M. *et al.* Uma reflexão sobre a saúde do trabalhador de Enfermagem e os avanços da legislação trabalhista. **Cogitare Enfermagem**, v.9, p.15-24, 2004. Disponível em: <<http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/1409.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2009.

SHIMIZU, H.E.; CIAMPONE, M.H.T. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva em um Hospital Escola. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.33, n.1, p. 95-106, 1999.

SILVA, R.M. *et al.* Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.270-276, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200008&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 3 nov. 2011.

SILVA, V.E.F.; MASSAROLLO, M.C.K.B. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v.22, n5, p.283-286, 1998.

SLACK, N.; CHAMBERS, S.; JOHNSTON, R. **Administração da produção**. 2. ed. Lisboa: FCA, 2002.

SOUSA, D.M. de; FERREIRA, G.I.R.; GEBARA, N.T.; NUNES, S. O.; CUNHA, K. C. Burnout: visibilidade no trabalho da enfermagem. *In*: CUNHA, K. C. **Gestão de pessoas: foco na enfermagem atual**. São Paulo: Martinari, 2008. p. 128.

SOUZA, J.C.; COSTA, D.S. da. Qualidade de vida de uma amostra de profissionais de educação física. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.60, n.1, p.23-27, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000100005&lng=en. Acesso em: 25 jul. 2011.

STACCIARINI, J.M.R.; TRÓCCOLI, B.T. Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: inventário de estresse em enfermeiros. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, p.40-49, dez. 2000

TALHAFERRO, B.; BARBOZA, D. B.; DOMINGOS, N. A. M. Qualidade de vida da equipe de Enfermagem da Central de materiais e esterelização. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v.15, n.6, p.495-506, 2006.

TOLFO, S. R.; COUTINHO, M.C.; ALMEIDA, A.R.; BAASCH, D.; CUGNIER, J.S. Revisitando abordagens sobre sentidos e significados do trabalho. **Anais do Fórum CRITEOS**, Porto Alegre, 2005.

TRAVERSO-YEPEZ, M.; MORAIS, N. A. de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, fev. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 nov. 2011.

TREVISAN, M. J.; ROBAZZI, M.L.C.C.; GARANHANI, M.L. Sentimentos de prazer entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Ciênc. Enferm.**, v.15, n.3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art_06.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2010.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n.1, p.82-88, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a11v14n1.pdf>>. Acesso em: 2 dez. 2010.

VERGÈS, P. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations**: manuel version 2. Aix-en-Provence: LAMES, 2002.

WAGNER, W. **Word associations in questionnaires**: a practical guide to design and analysis. Linz: University of Linz, 1998.

YIN, J-C. T.; YANG, K-P.A. Nursing turnover in Taiwan: a meta-analysis of related factors. **Int. J. Nurs. Study**, v.39, p.573-581, 2002.

ZIMPEL, R.R.; FLECK, M.P. Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV Brazilian version. **Aids Care**, London, v.19, n.7, p.923-930, ago. 2007.

ZIPF, G.K. **Human behavior and the principle of least effort**: an introduction to human ecology. Cambridge: Addison-Wesley Press, 1949.

APÊNDICE A – Teste de Associação Livre de Palavras – TALP

*Estímulo Indutor nº1: O que lhe vem à mente quando ouve QUALIDADE DE VIDA? Ao final, destaque uma com asterisco.

*Estímulo Indutor nº2: O que lhe vem à mente quando ouve QUALIDADE DE VIDA PARA VOCÊ? Ao final, destaque uma com asterisco.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Em 2 vias, 1ª. via do pesquisador e 2ª. via participante)

Título da pesquisa: **QUALIDADE DE VIDA DE ENFERMEIROS EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES: O PÚBLICO E O PRIVADO.**

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa, incluindo pessoas que fazem a Enfermagem na área do ensino. Sua colaboração é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações a seguir e faça qualquer pergunta que quiser, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Informamos que, caso aceite participar, precisamos da sua colaboração respondendo ao Teste de Associação Livre de Palavras – TALP e ao questionário WHOQOL-*Bref*. Para o TALP será concedido um minuto para resposta. As respostas são sigilosas, se sorte que pedimos responder a sós, sem ajuda ou interferência de terceiros. A página de dados sociodemográficos do WHOQOL-*bref*, o entrevistador responderá por você. A segunda parte do WHOQOL-*bref* você mesmo deverá responder. Não serão esclarecidas dúvidas sobre o WHOQOL durante sua execução. Pedimos aos respondentes que tirem as próprias conclusões sobre as perguntas. Caso aceite, será realizado em um mesmo encontro o questionário e o instrumento. Esta pesquisa demorará em média 20 a 30 minutos, não lhe trará maior constrangimento e não lhe trará qualquer risco. Damos a garantia de que as informações ora obtidos será apenas para a realização desta pesquisa. Também asseguramos que, a qualquer momento, poderá ter acesso às informações sobre a pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.

Destacamos ainda que: 1 a qualquer momento, poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo; 2 a qualquer momento, poderá pedir outros esclarecimentos ou informações sobre os estudos; 3 estamos lhe dando garantia de que as informações conseguidas mediante sua colaboração não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Nome da responsável pela pesquisa: Maria Beatriz de Paula Tavares Cavalcante
Endereço: Rua Monsenhor Catão n.1170. AP. 700.
Bairro/CEP/Cidade: Meireles- 60175-000 - Fortaleza- Ceará
Telefones p/contato: (85) 32440617

ATENÇÃO:

Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará
Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo - Fortaleza - Ceará
Telefone: 3366.8338

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

Título da pesquisa: **QUALIDADE DE VIDA DE ENFERMEIROS EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES: O PÚBLICO E O PRIVADO.**

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo, e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso expresse meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado.

Fortaleza, ___ de _____ de 20__.

<hr style="width: 60%; margin: 0 auto;"/> Nome e Assinatura do Pesquisado
<hr style="width: 100%;"/> Nome e Assinatura do responsável pelo estudo

**ANEXO A - VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO
DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL), 1998**



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL

GRUPO WHOQOL

**VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL)**

1998

FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONDENTE

SEXO Masculino (1)
Feminino (2)

IDADE (em anos completos) _____

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

NÍVEL EDUCACIONAL

Analfabeto	(1)
I grau incompleto	(2)
I grau completo	(3)
II grau incompleto	(4)
II grau completo	(5)
III grau incompleto	(6)
III grau completo	(7)
Pós-Graduação incompleto	(8)
Pós-Graduação completo	(9)

ESTADO CIVIL

Solteiro (a)	(1)
Casado (a)	(2)
Vivendo como casado (a)	(3)
Separado (a)	(4)
Divorciado (a)	(5)
Viúvo (a)	(6)

COMO ESTÁ A SUA SAÚDE

muito ruim (1) fraca (2) nem ruim nem boa (3) boa (4) muito boa (5)

FORMA DE ADMINISTRAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Auto-administrado (1) Assistido pelo entrevistador (2) Administrado pelo entrevistador (3)

PROBLEMA DE SAÚDE ATUAL/CONDIÇÃO PRESENTE (marcar somenteuma, que é a mais relevante para a presente busca de um serviço de saúde)

Nenhum problema	00	Problema nervoso crônico	
Problema de coração	01	ou emocional	10
Pressão alta	02	Problema crônico de pé	
Artrite ou reumatismo	03	(joanete, unha encravada)	11
Câncer	04	Hemorroidas ou sangramento	
Enfisema ou bronquite	05	no ânus	12
Diabetes	06	Doença de Parkinson	13
Catarata	07	Gravidez	14
Derrame	08	Depressão	15
Ossos quebrados ou fraturados	09	Doença de pele	16
		Queimaduras	17
		Problema de álcool ou drogas	18
		Outros (especificar).....	

DIAGNÓSTICO (CID-10) (preenchido pelo entrevistador)**REGIME DE CUIDADOS DE SAÚDE** Sem tratamento (1) Ambulatório (2) Internação (3)

Instruções					
Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.					
Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:					
	Nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

	Nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

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

		Muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	Boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

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

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

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	Bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

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

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

		nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	muito freqüentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Hospital Geral
Dr. César Cals



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ / SUS
HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS
CENTRO DE ESTUDOS APERFEIÇOAMENTO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CEP

Protocolo do CEP: 486/2011

Título do projeto: **QUALIDADE DE VIDA DE ENFERMEIROS EM INSTITUIÇÕES HOSPITA-
LARES: O PÚBLICO E O PRIVADO**

Pesquisador Responsável: Maria Beatriz de Paula Tavares Cavalcante

Levamos ao conhecimento de V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Geral Dr. César Cals, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, Resolução Nº. 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução Nº. 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997 respectivamente, avaliou e aprovou o referido projeto em reunião realizada no dia 01/04/11

Outrossim, informamos que:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de não participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra por ele assinado.
2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme estabelecido no protocolo.
3. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Qualquer modificação ou emenda ao protocolo deve ser apresentada ao CEP para nova avaliação.
5. Relatório parcial e final devem ser apresentados ao CEP.


Dr. Antonio Luiz Carneiro Jerônimo
Coordenador do CEP