

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

EUNICE PEREIRA DE SALLES

QUALIDADE DE VIDA DO AUXILIAR E TÉCNICO
DE ENFERMAGEM EM UTIS

Goiânia
2005

EUNICE PEREIRA DE SALLES

QUALIDADE DE VIDA DO AUXILIAR E TÉCNICO
DE ENFERMAGEM EM UTIS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós - Graduação / Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem
Linha de Pesquisa: Qualidade de Vida
Orientadora: Prof^a Dr^a Virginia Visconde Brasil

Goiânia
2005

Ficha Catalográfica

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

(GPT/BC/UFG)

Salles, Eunice Pereira de.
S163q Qualidade de vida do auxiliar e técnico de enfermagem
em UTIs / Eunice Pereira de Salles. - Goiânia, 2005.
123 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2005.

Bibliografia: f. 98.
Inclui lista de ilustrações, de tabelas, de siglas.
Anexos.

1. Enfermagem – Unidade de Tratamento Intensivo
 2. Técnicos em enfermagem – Qualidade de vida
 3. Serviços de enfermagem – UTIs
- I. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem II. Título.

CDU: 616-084:304.3

FOLHA DE APROVAÇÃO

EUNICE PEREIRA DE SALLES

QUALIDADE DE VIDA DO AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM
EM UTIS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação / Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem.

Aprovado em: 04 /04 / 05.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Virginia Visconde Brasil

Instituição: Universidade Federal de Goiás

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Tamara Iwanow Cianciarullo

Instituição: Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof^o. Dr^o. Joaquim Tomé de Souza

Instituição: Universidade Federal de Goiás

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À Jessica e Jessiane, minhas filhas, pelas quais tenho e recebo amor incessante e com cuja amizade e apoio pude contar, apesar da pouca idade, para superação das dificuldades.

AGRADECIMENTOS

Ao soberano Deus por ter proporcionado entusiasmo e sabedoria em todos os momentos desta caminhada.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Virginia Visconde Brasil, pelo exemplo profissional de dedicação, conhecimento e compreensão, que com carinho indica como se deve proceder diante de um processo desafiador.

À coordenadora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* FEN/UFG, Prof^a Dr^a Denize Bouttelet Munari, por tudo que fez para que o programa acontecesse da melhor forma possível.

À professora Ruth Minamisava, pela assessoria na análise estatística.

À secretária do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* FEN/UFG, Célia Pereira de Castro, que tanto nos auxiliou de forma tão atenciosa e carinhosa.

À CAPES (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e FUNAPE (Fundação de Apoio à Pesquisa), pelo auxílio financeiro para realização desta pesquisa.

À amiga Marilene Ribeiro Silva pelo apoio e presença nos momentos em que precisei de fortalecimento na fé em Deus.

Aos colegas auxiliares e técnicos de enfermagem que acreditaram e colaboraram para que esta pesquisa acontecesse.

Aos professores Dr. Joaquim Tomé de Souza e Dr^a Maria Alves Barbosa que tanto contribuíram para o melhor desenvolvimento desta pesquisa, quando participaram da qualificação.

*Senhor, dai-me a serenidade para
aceitar o que não pode ser mudado; a
coragem para mudar o que pode ser
mudado e a sabedoria para distinguir
uma coisa da outra.*

Reinhold Niebuhr

SALLES, E.P. **Qualidade de vida do auxiliar e técnico de enfermagem em UTIs.** 2005. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

A velocidade nas mudanças que têm ocorrido no mundo globalizado tem interferido na Qualidade de Vida (QV) da maioria das pessoas e tendem a influenciar no seu desempenho como trabalhador. Aquelas que têm como objeto de trabalho o cuidado ao ser humano, em especial, podem ser afetadas e ter a qualidade de seu atendimento comprometida. Este estudo teve por objetivo avaliar a qualidade de vida dos auxiliares e técnicos de enfermagem em UTIs. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório realizado em UTIs de quatro hospitais públicos de Goiânia-GO. Participaram deste estudo 125 Auxiliares e Técnicos de Enfermagem que responderam ao questionário elaborado pela OMS denominado WHOQOL-100, composto de seis domínios: Físico, Psicológico, de Independência, Relações Sociais, Ambiente, Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais. Os resultados foram codificados e digitados no programa estatístico SPSS, versão 11, sendo aplicados os testes da mediana, de Kruskal-Wallis H e de Jonckheere-Terpstra. Os sujeitos são na maioria do sexo feminino, adulto-jovens, casados, com dois filhos, católicos, são técnicos de enfermagem, com mais de dois empregos e trabalham há mais de cinco anos em UTIs. A análise do comportamento dos escores dos domínios do WHOQOL-100 revelou que quase todos apresentaram média acima do ponto médio (12). A mais alta média do escore foi obtida pelo Domínio Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais (17,18), seguida do Domínio Nível de Independência (16,53), do Domínio Relações Pessoais (14,85), do Domínio Psicológico (14,55), do Domínio Físico (13,55) e do Domínio Ambiente (11,95). As respostas às questões que avaliaram a Qualidade de Vida Geral obtiveram escore médio de 14,27. O escore obtido pelo Domínio Ambiente foi influenciado pela insatisfação com a situação financeira, preocupação com segurança física e com os meios de transporte. Consideraram-se satisfeitos com o ambiente do lar e com suas oportunidades de adquirir novas habilidades e informações. As manifestações de dor e desconforto físico colaboraram para redução da média do escore do Domínio Físico, mas não prejudicou a quantidade de energia para as atividades diárias nem a qualidade do sono. Os católicos consideraram-se mais preocupados com a dor e desconforto físico que os evangélicos. Na avaliação do Domínio Psicológico a auto-estima e aparência física foram positivamente determinantes. As mulheres tiveram escores mais altos que os homens em relação aos pensamentos positivos. No Domínio Relações Sociais destacaram-se a satisfação com o apoio familiar e dos amigos, bem como com a atividade sexual, principalmente dentre os casados. O fato de não terem dificuldades para locomoção, não depender de medicação e

tratamentos bem como a satisfação com a capacidade para o trabalho influenciaram para aumentar a média do escore do Domínio Nível de Independência. Observou-se que quanto maior o tempo de serviço nas UTIs, maior a capacidade para o trabalho. O alto escore atribuído pelos entrevistados ao Domínio Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais, revela a intensidade com que as crenças pessoais e a espiritualidade dão sentido à vida e forças para enfrentar as dificuldades cotidianas. Os evangélicos apresentaram escores superiores aos dos católicos. Os resultados da pesquisa retratam a insatisfação com a realidade local em relação às condições de segurança física, com os meios de transporte e enfatizam a urgente necessidade de melhoria salarial. O bom relacionamento interpessoal do grupo, a sua capacidade para o trabalho, a auto-estima e a fé como elemento essencial na sua vida, parecem ter impulsionado o resultado positivo das médias dos domínios.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Enfermagem, UTIs, WHOQOL- 100.

ABSTRACT

SALLES, E.P. **Quality of life assessment of nursing para-professionals of Intensive Care Units**, 2005. 123 p. Master's Thesis. Nursing Faculty. Federal University of Goiás, Goiânia, Brazil. 2005.

The speed of the changes, which has occurred in the globalized world, has interfered with Quality of Life (QOL) of the majority of people and it tends to influence on their performance as workers. People who care of human beings, can be affected and have their attending quality compromised. The purpose of this research was to assess the QOL of nursing para-professionals of Intensive Care Units (ICUs). It is a descriptive and exploratory study developed in ICUs of four public hospitals in Goiânia, Brazil. A number of 125 nursing para-professionals were submitted to quality of life assessment using the World Health Organization instrument named WHOQOL – 100. This specific version covers six domains: physical health, psychological, level of independence, social relations, environment, spirituality / religion / personal beliefs. The statistical analysis used the Kruskal Wallis, Jonckhere Terpstra and Median tests. The subjects were, in the majority, female, young adults, married and with two children, catholics. They also have more than two jobs and have been working more than five years in ICUs. The analysis of each domain score showed that almost all of them had an average score higher than the medium point (12). The mean highest score was the Spirituality/Religiousness/Personal beliefs Domain (17,18), followed by the Level of Independence Domain (16,53), by the Personal Relations Domain (14,85), by the Psychological Domain (14,55), by the Physical Health Domain (13,55) and finally by the Environment Domain (11,95). The answers which evaluated the General Quality of Life got the average score of 14,27. The score of the Environment Domain was influenced by the dissatisfaction with the financial situation and the public transportation system, as well as worries concerning to their physical safety. They considered themselves satisfied with their home environment and their opportunities to get new skills and information. The pain manifestations and the physical discomfort contributed to the reduction of the mean score of the Physical Health Domain but it did not interfere in the amount of energy used to perform everyday activities nor the sleeping quality. The catholics considered themselves more worried with pain and physical discomfort than the evangelical ones. In the Psychological Domain evaluation the self-esteem and physical appearance were positively determining. The women had higher scores than men regarding positive thoughts. In the Social Relation Domain the satisfaction with the family support and friends as well as with the sexual activity

were evident, mainly among the married ones. The fact of not having difficulties with locomotion, not depending on medication nor treatment as well as the satisfaction with the working capacity, have influenced to increase the Level of Independence Domain score. It has been observed that the longer the working time in the ICUs was, the bigger is the working capacity. The high score attributed by the subjects to the Domain Spirituality/Religion/Personal Beliefs indicates how much the personal beliefs and the spirituality make sense to life and give them strength to face everyday difficulties. The evangelical people have presented higher scores than the catholic ones. The research results show the dissatisfaction with the local reality in relation to the physical safety conditions, with the transportation system and emphasize the urgent need of a salary increasing. The good interpersonal relationship of the group, its ability to work, its self-esteem and its faith, seem to have fostered the positive results of the domain means.

KEYWORDS: Quality of Life, Nursing, Intensive Care Units, WHOQOL-100.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Valores médios das respostas às questões integrantes da 25ª faceta sobre QV Geral.....	58
Figura 2 – Médias dos escores dos Domínios do WHOQOL-100	61
Figura 3 – Comportamento do Domínio Ambiente e suas Facetas	63
Figura 4 – Comportamento do Domínio Físico e suas Facetas.....	71
Figura 5 – Comportamento do Domínio Psicológico e suas Facetas	72
Figura 6 – Comportamento do Domínio Relações Sociais	74
Figura 7 – Comportamento do Domínio Nível de Independência e suas Facetas.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Domínios e Facetas do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS – WHOQOL –100	49
Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos, segundo o gênero, estado civil, faixa etária, nº de filhos, religião e escolaridade	54
Tabela 3 - Características relacionadas ao trabalho de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.....	56
Tabela 4 - Respostas dos sujeitos da pesquisa (125) às questões da Faceta Recursos Financeiros.....	64
Tabela 5 - Porcentagem de pessoas com escores dos domínios acima da mediana, de acordo com os estratos das variáveis sociodemográficas.....	81
Tabela 6 - Porcentagem de pessoas com escores das facetas do Domínio Relações Sociais acima da mediana, segundo os estratos das variáveis sociodemográficas..	83
Tabela 7 - Porcentagem de pessoas com escores das facetas do Domínio Físico acima da mediana, segundo os estratos das variáveis sociodemográficas.	84
Tabela 8 - Porcentagem de pessoas com escores das facetas do Domínio Ambiente acima da mediana, segundo os estratos das variáveis sociodemográficas.	86
Tabela 9 - Porcentagem de pessoas com escores das facetas do Domínio Psicológico acima da mediana, segundo os estratos das variáveis sociodemográficas.	88

LISTA DE SIGLAS

QV	Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva
WHOQOL	World Health Organization's Quality of Life
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ONU	Organização das Nações Unidas
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
SAST	Serviço de Atenção à Saúde dos Trabalhadores
IQV	Índice de Qualidade de Vida

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Objetivo Geral	18
1.2	Objetivos Específicos	18
2	REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1	Mudanças no mercado de trabalho	19
2.2	O cuidado em enfermagem	26
2.3	Características gerais do trabalho em enfermagem	29
2.4	Características do trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem em UTIs	31
2.5	Considerações sobre Qualidade de Vida	35
2.6	Medidas da Qualidade de Vida	41
3	METODOLOGIA	45
3.1	Tipo de Estudo	45
3.2	Local e População do Estudo	46
3.3	Considerações Éticas	46
3.4	Escolha do Instrumento	47
3.5	Operacionalização da Coleta de Dados	49
3.6	Tratamento dos Dados	51
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	53
4.1	Caracterização dos sujeitos	53
4.2	O WHOQOL-100	57
4.2.1	Análise dos Domínios do WHOQOL	60
4.2.2	Avaliação do Domínio Ambiente e suas Facetas	62
4.2.3	Avaliação do Domínio Físico e suas Facetas	70
4.2.4	Avaliação do Domínio Psicológico e suas Facetas	72
4.2.5	Avaliação do Domínio Relações Sociais e suas Facetas	73
4.2.6	Avaliação do Domínio Nível de Independência e suas Facetas	76
4.2.7	Avaliação do Domínio Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais e sua Faceta	79
4.3	Estratificação das Variáveis Sociodemográficas de acordo com os Domínios e Facetas	80
5	CONCLUSÕES	93
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
7	REFERÊNCIAS	97
8	ANEXO I	107
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	107
9	ANEXO II	108

1 INTRODUÇÃO

O mundo em que vivemos hoje é muito ativo, com mudanças constantes a nível local e global, que trazem tanto benefícios quanto malefícios ao ser humano, animais e ambiente de uma forma geral. No mercado de trabalho têm ocorrido diferentes posturas para atender a este ágil contexto de mudanças, principalmente no que tange à desenfreada competição que busca a lucratividade, traz ameaças e conseqüências à vida dos trabalhadores.

Tais mudanças são fruto do processo de globalização da economia e da aplicação das políticas neoliberais que levam à transformação dos meios de produção. Esta modernidade que trouxe formas diferentes de conceber o trabalho exige novos comportamentos, mudanças para os profissionais e novos hábitos das pessoas, criando um cenário no qual surgem preocupações com a Qualidade de Vida (QV) das pessoas.

Como todos os demais trabalhadores, os da área da saúde vivenciam mudanças relativas a estas condições e convivem com outras que de alguma forma refletem no seu trabalho, tais como o novo perfil das doenças e o envelhecimento da população, que exigem diferenciadas formas de atendimento. Nas instituições de saúde convivem também com a constante falta de materiais para realização dos procedimentos, com demanda de atendimento maior que as possibilidades existentes e cobranças de direito, por parte da população, de melhor assistência. Além disso, esses profissionais convivem com as exigências necessárias e incontestáveis da proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza, dentre outras, a garantia à população ao acesso universal e igualitário aos serviços

de saúde e a assistência direcionada para as ações básicas, com enfoque na prevenção das doenças.

Dentre as estratégias para a consolidação do SUS está a da humanização, que elege o ser humano como algo muito especial. Políticas de saúde anteriores tinham como foco tratar a doença em busca da cura e atualmente tem-se buscado tratar e cuidar da pessoa. Há o enfoque em se resgatar a importância dos aspectos emocionais, que são inseparáveis do físico, para as intervenções em saúde.

As pessoas que necessitam de cuidados estão muitas vezes hospitalizadas e carregam consigo sua singularidade. Além do sofrimento ocasionado pela doença, trazem conflitos interiores, sua cultura, sua história e, sobretudo a insegurança por se depararem com momentos de problemas em ambientes e pessoas diferentes.

Assim sendo, a humanização propõe o agir com postura ética, respeito ao outro, observando a satisfação da pessoa, a comunicação entre o “cuidador” e a pessoa cuidada, a segurança de quem está sendo assistido e o uso do toque. Essas são ações que pretendem enfrentar um mundo onde o ser humano perdeu a solidariedade e fraternidade e o que rege é o excesso de desamor. Deparamos com pessoas que nem sempre buscam o remédio, curativo e sim o apoio no outro. Portanto, se faz necessária a humanização na prática das instituições de saúde e não somente o eficiente comportamento técnico.

Em consonância com essa proposta estão as preocupações com as questões referentes aos recursos humanos que trabalham no setor de saúde, principalmente aqueles que atuam nas unidades hospitalares em áreas fechadas ou de pacientes em estado crítico, como os de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Já é reconhecido que, não há como colocar em prática a humanização do cuidado, se os profissionais que cuidam não estão em boas condições físicas e emocionais. É

preciso, portanto que sejam abertas discussões sobre a qualidade da vida de todos os integrantes que participam do desafio de cuidar do ser humano, e dentre eles estão os auxiliares e técnicos de enfermagem.

A idéia de pesquisar sobre a QV dos auxiliares e técnicos de enfermagem nasceu da convivência direta da pesquisadora com esse grupo, tanto com aqueles que se preparam na escola para a prática profissional, quanto com aqueles que já trabalham.

Foi possível perceber a ansiedade, a insegurança e a insatisfação dos profissionais em relação a questões diversas, principalmente aquelas relativas aos aspectos financeiros, jornada de trabalho excessiva, ao relacionamento interpessoal, familiar e profissional, ao tempo gasto no transporte, escalas de serviço com reduzido número de funcionários, além da falta de material e equipamentos adequados à segurança para execução de procedimentos. São situações que foram presenciadas pelos alunos durante as aulas práticas ao observarem os que já trabalham, além de perceberem divergências em relação às suas expectativas pessoais relativas à profissão.

Se é verdade que a QV dos profissionais influencia na qualidade do cuidado prestado, parece ser essencial que se investigue e se valorize a percepção de cada um sobre a sua vida, o que permitirá a determinação de um quadro coletivo real. A identificação da demanda de suas necessidades pode permitir intervenções tanto individuais quanto institucionais, que refletirão na assistência prestada.

Isso atende ao que tem sido proposto por vários estudos que ressaltam a necessidade de atenção à QV das pessoas e sugere mudanças na forma de cada um viver, nos níveis de saúde e na qualidade dos serviços.

Diante da agilidade das mudanças é desafiante apontar para o “outro” que aspectos de sua vida merecem atenção no sentido de melhorá-la. Contudo, a literatura referente às informações relacionadas à QV de auxiliares e técnicos é praticamente inexistente e estima a realização desse estudo.

Frente ao exposto, o presente estudo teve como objetivos:

1.1 Objetivo Geral

- Avaliar a QV de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem em UTIs, por meio do instrumento proposto pela OMS - WHOQOL-100.

1.2 Objetivos Específicos

- Identificar as características sociodemográficas da população em estudo
- Identificar o valor atribuído pelos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem de UTIs aos diferentes domínios do WHOQOL-100
- Identificar os aspectos que contribuíram para aumentar ou diminuir os valores atribuídos aos domínios do WHOQOL-100 e suas facetas

2 REVISÃO DA LITERATURA

Estudar sobre qualidade de vida dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem em UTIs implicou em conhecer aspectos pertinentes ao mercado de trabalho atual, sobre o cuidado em enfermagem, sobre o trabalho em enfermagem no Brasil, sobre as características dos auxiliares e técnicos de enfermagem em UTIs, sobre QV em geral e sobre os instrumentos usados para medida de QV.

2.1 Mudanças no mercado de trabalho

A estruturação do mercado de trabalho está intimamente interligada aos aspectos coletivos e é um dos fatores que reconhecidamente afeta a vida da maioria dos trabalhadores.

As alterações no mercado de trabalho no decorrer do século passado, em especial nos últimos 30 anos, foram marcadas por inúmeros avanços científicos e tecnológicos que têm trazido importantes mudanças. Uma delas é a possibilidade do trabalho em "tempo real" propiciado pelos meios de comunicação, que fizeram com que a distância não fosse mais um fator de dificuldades nas negociações comerciais.

Por outro lado, esses avanços trouxeram ameaças e conseqüências à sociedade e meio ambiente de uma forma geral. Estas conseqüências advindas da competição e concorrência intercapitais são apontadas como nefastas por Antunes (2001, p.20), principalmente a "destruição e/ou precarização sem paralelos em toda

a era moderna da força humana que trabalha e a degradação crescente do meio ambiente”.

O fator tempo passou a ser primordial. As horas para o trabalho que antes eram usadas somente no expediente de trabalho se estenderam. Com o uso da internet, celulares e meios de comunicação em geral, o indivíduo desenvolve / administra seu trabalho a todo o momento, seja na sua casa, no interior de aeronaves, no trânsito, sem direito de fazer uso do seu tempo livre e sem privacidade.

O dia-a-dia do trabalhador também foi dificultado pelo convívio acelerado do velho com o novo. Apesar da crescente introdução de máquinas de alta tecnologia, ainda não foram abandonadas as antigas. Do mesmo modo a administração convive, ao mesmo tempo, com velhas e novas idéias.

Outros fatores que ameaçam a vida do trabalhador brasileiro são os baixos salários que levam à múltipla jornada de trabalho, a competitividade gerada por postos de trabalho em número inferior ao de trabalhadores e o individualismo. Esses fatores, dentre outros, oferecem riscos à saúde com conseqüências físicas, emocionais e psicológicas.

Um outro fator agravante é o desemprego estrutural, processo em que o paradigma do trabalho passa a ser emprego temporário e informal e que se expressa por formas de trabalho não regulamentadas. O indivíduo trabalha por conta própria, sem carteira assinada, sendo a maioria deles submetida à condições precárias nos ambientes de serviço.

Paralela a esta circunstância vem ocorrendo a chamada “crise dos sindicatos”, que são entidades que representam os interesses dos trabalhadores e

que têm se mostrado lentas para responder aos desafios da globalização e da substituição acelerada do trabalho humano pela tecnologia.

A realidade em que há ameaças de desemprego e as dificuldades da ação sindical tem deixado os trabalhadores sem proteção e mais vulneráveis às exigências gerenciais. Além disso, a precarização do trabalho acirra o individualismo e dificulta a solidariedade social e o avanço da consciência política dos trabalhadores (PIRES; GELBCKE, 2001).

O resultado mais perverso destas transformações tem sido o aumento do desemprego e da exclusão social. De acordo com Martins (1999, p. 128) “o verdadeiro sentido do trabalho foi modificando-se no decorrer do processo evolutivo da humanidade (...), provocando nos homens muitas insatisfações e descontentamento devido especialmente ao fator capitalista atribuído ao trabalho”.

Tais características do mercado de trabalho foram marcantes em torno do século XVIII, quando a revolução industrial, que teve início na Europa com predomínio em países capitalistas e, dentre estes, o Brasil, trouxe uma realidade de mudanças para os trabalhadores. Por um lado as fábricas dotadas de novos equipamentos aumentavam a produtividade, e por outro, as condições de trabalho para os operários em nada melhoravam; ao contrário, o número de casos de doenças ou mortes entre os operários aumentava a cada dia (MELO; CUNHA, 1999).

Esses autores lembram ainda, que com o passar do tempo surgiu alerta entre estes grupos de trabalhadores reivindicando melhores condições de trabalho. Ao longo da história foi sendo tomada alguma medida necessária à saúde do trabalhador, ora para alimentar os objetivos de se ter uma “máquina humana” que produzisse bem, ora como resposta para atender às reivindicações dos empregados aos patrões.

Souto (2003, p. 30) lembra que a saúde é

[...] condição fundamental e imprescindível à produtividade do homem. É um verdadeiro capital à disposição do homem, razão porque passou a constituir pré-condição não somente para o crescimento, mas principalmente para o desenvolvimento econômico.

Historicamente percebe-se que no Brasil, na década de 80, o mercado produtivo foi voltado para investimentos em tecnologia, máquinas e equipamentos, com objetivos de produção em massa, seguindo as idéias do taylorismo vigente naquele período.

Nessa época, foi marcante o método de divisão do trabalho proposta por Frederick Winslow Taylor, por meio do qual a burguesia mantinha sua dominação sobre as classes trabalhadoras. O objetivo era maximizar a produção no interior das fábricas dividindo o trabalho. Os trabalhadores ocupavam um único posto com atividades repetidas evitando a perda de tempo.

Já na década de 90 as empresas trabalharam com a proposta de centralidade no cliente, na qual tudo era feito para ele, acirrando a competição no mercado. A partir de 2001, frente aos resultados negativos advindos das pressões organizacionais e do estresse no trabalho, novas idéias foram incorporadas trazendo uma outra visão, na qual o trabalhador ganhou a centralidade no mundo dos negócios, principalmente no mercado privado.

Atualmente o trabalhador tende a vivenciar uma nova forma de conceber o trabalho, não mais cumprindo o papel de receptor de ordens e sim de parceiro das instituições. O significado dos negócios tem valor não apenas para os proprietários, mas também para o trabalhador, que “veste a camisa” da empresa. Para tanto, é necessário que este perceba o trabalho como algo que lhe traga mais que benefícios financeiros, uma satisfação em fazer parte da empresa.

Algumas empresas já despertaram para tal realidade e têm investido significativamente no fator humano, com resultados no que tange à lucratividade. Chegaram a conclusões de que pensar no social e no trabalhador traz resultados para empregados e empregadores, mantendo-as no mercado competitivo. Limongi-França (2003, p. 30) escreve sobre assunto apontando que

[...] há inquietudes individuais e coletivas, quanto a pressões, conciliação de expectativas entre trabalho, família e consumo, sinais de estresse, hábitos alimentares para a vontade de bem-estar no trabalho. Esses fatos provocam novas atitudes das empresas e mudança no modo de vida das pessoas, abrindo espaços continuamente para a discussão e a busca de qualidade de vida dentro e fora do trabalho.

Têm sido implantados programas voltados para saúde do trabalhador dentro das empresas, com atividades que visam uma melhor alimentação, programas para detecção precoce de problemas na saúde, programas sociais, atividades físicas e de lazer. Alguns estudos apontam resultados positivos com práticas alternativas para obter equilíbrio físico e mental dos trabalhadores, como processo facilitador da proteção à saúde (LARA; SILVA, 2001).

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) tem sido utilizada como indicador das experiências e do grau de satisfação das pessoas que desempenham o trabalho. Para Chiavenato (1999, p. 391) esse assunto implica um profundo respeito pelas pessoas. Ele considera que para

[...] alcançar níveis elevados de qualidade e produtividade, as organizações precisam de pessoas motivadas, que participem ativamente nos trabalhos que executam e que sejam adequadamente recompensadas pelas suas contribuições. A competitividade organizacional - e obviamente, a qualidade e produtividade - passam obrigatoriamente pela QVT.

Este novo cenário onde há preocupações com a qualidade de vida do trabalhador, advém, na opinião de Limongi-França (2003, p. 20) de uma nova realidade social na qual há um

[...] aumento da expectativa de vida, maior tempo de vida trabalhando em atividades produtivas, maior consciência do direito à saúde, apelos a novos hábitos e estilos comportamentais, responsabilidade social e consolidação do compromisso de desenvolvimento sustentável.

Por outro lado, mesmo com o surgimento dessas discussões e de algumas medidas governamentais, tais como a Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador, dentre outras, ainda há muito que se preocupar no que diz respeito à qualidade de vida dos profissionais de todos os setores na sociedade.

Como todos os demais trabalhadores, aqueles que têm como objeto de trabalho o “cuidado ao ser humano”, também estão inseridos neste quadro de conseqüências advindas do trabalho. Lidam com o ser humano, às vezes, em etapas difíceis de sua vida, que apresentam algum sofrimento seja nos aspectos físico, psicológico ou social. Dentre os profissionais que assistem o indivíduo, a equipe de enfermagem é a que mais permanece ao lado dele.

As pessoas se cuidam, os amigos cuidam, a família cuida de seus membros, mas há momentos no processo de viver que precisam ser cuidados por outras pessoas (PATRÍCIO, 1993). Essas pessoas são os trabalhadores da enfermagem, que por serem profissionais do “cuidado”, são preparados para prestar atendimento humanizado e baseado na cientificidade.

Para Davis (1999) o profissional dos cuidados de saúde, que verdadeiramente é um cuidador, é quem se interessa, se preocupa especialmente por aqueles que não podem cuidar de si mesmo.

Para cuidar bem também é necessário conhecer e refletir sobre os riscos inerentes à profissão e, sobretudo implantar mudanças essenciais, tanto para melhorias das ações, como das condições de trabalho em saúde.

A prática de enfermagem expõe seus trabalhadores a fatores de risco e agravos à saúde presentes no ambiente, no processo e na organização de trabalho (SANTOS, 2001; GUEDES; MAURO, 2000).

Lima e Carvalho (2000, p. 34) alertam os enfermeiros quanto a necessidade de pesquisar sobre o estresse ocupacional na área de enfermagem para

[...] identificar e resolver ou minimizar problemas relacionados aos riscos de estresse existentes no ambiente de trabalho, para que o trabalhador de enfermagem seja protegido dos agravos à sua saúde enquanto executa as tarefas pelas quais é responsável e possa prestar ao paciente uma assistência de qualidade.

O mercado de trabalho da enfermagem tem sido cruel no que tange às remunerações oferecendo em média dois salários mínimos pela jornada de trabalho de quarenta horas semanais para os profissionais de nível médio.

Stacciarini (2001, p. 18) considera que

[...] a situação política na qual estamos imersos, o achatamento dos salários, estreitamento do mercado de trabalho e o desemprego, são fatores agravantes aos profissionais que são obrigados a atuar em mais de um local de trabalho, exercendo uma carga horária mensal extremamente longa.

A realidade atual do mercado de trabalho tem exigido que o profissional seja “polivalente”, no entanto, nem sempre as instituições oferecem condições para uma educação continuada. Quando o faz nem sempre há adesão, em função das múltiplas jornadas que cada um é obrigado a se submeter.

Entender o trabalho como parte integrante do processo de bem-estar do indivíduo é algo necessário, pois ele tem alta representatividade para o ser humano,

podendo influenciar na sua qualidade de vida e dependendo de como e em que condições é desenvolvido, pode trazer aspectos negativos para a vida. Se a enfermagem acreditar na teoria da transformação humana colocando-a em prática, terá a QV como principal foco (JAEGGER, 2001).

É de importância que sejam consideradas as mudanças que estão acontecendo no mundo do trabalho e que, evidentemente, refletem na condição de vida dos trabalhadores em enfermagem e possivelmente podem repercutir na assistência aos indivíduos que estão sob seus cuidados.

2.2 O cuidado em enfermagem

Ao longo da história, vários foram os motivos que exigiam o cuidar e estão ligados às concepções de cada época. No séc. XVIII o cristianismo pregava que para ter perdão dos pecados e salvação era necessário fazer caridade e auto-sacrifício. O cuidado às pessoas carentes era uma forma de se alcançar o perdão.

Além das atividades de conforto, de limpeza de feridas e de administração de poções, as pessoas cuidadoras, homens e mulheres, eram requeridas a demonstrar humildade, paciência, docilidade e obediência. O objetivo maior era oferecer abrigo e conforto, não havendo uma preocupação com a cura de enfermidades (WALDOW, 1998).

Sendo a enfermagem uma profissão que tem como objeto o cuidado, tais valores foram legitimados dentro do seu contexto, caracterizando-a como uma profissão que tivesse o espírito de servir, de obediência e abnegação. O sacrifício

era aceito porque se tratava de uma condição de ajuda ao próximo. Estes atributos davam e por vezes continuam dando à enfermagem a conotação de sacerdócio. Nogueira (1999, p. 120) acredita que

[...] existe um grande número de pessoas que trabalham em saúde que são exemplo de dedicação. Definitivamente, não é apenas pelos salários que estas pessoas se submetem a longas e estressantes jornadas de trabalho nas quais qualquer erro pode ter graves conseqüências, onde lidam com a dor e a fragilidade do ser humano e se expõem a riscos de toda a sorte.

Na opinião de vários autores, dentre eles Rodrigues (2001, p. 90), o fato do agir da enfermagem ser percebido enquanto “ajuda, vocação e não como trabalho, emperra as iniciativas de organização de seus trabalhadores na busca de condições apropriadas de trabalho, livre de riscos e menos penosa”.

Podem ser observadas também situações nas quais os indivíduos optam pela enfermagem, ora por necessitarem de um emprego para atendimento de necessidades pessoais, ora para satisfação de necessidades que estão diretamente ligadas ao consumismo. São vítimas de um verdadeiro arsenal de comerciais, que estimulam a compra do que está fora dos seus orçamentos.

Tentam acompanhar os valores atuais nos quais o indivíduo é medido pela aparência, pelo que possui e não pelo que ele é como pessoa. Para tanto, em função dos baixos salários se submetem à duras e excedentes jornadas de emprego, o que tem sido considerado como um dos fatores que contribuem para a queda da qualidade do cuidado em enfermagem.

Minayo *et al.* (2000, p. 9) consideram que

[...] um modelo hegemônico está a um passo de adquirir significado planetário. É o preconizado pelo mundo ocidental, urbanizado, rico, polarizado por certo número de valores, que poderiam ser assim resumidos: conforto prazer, boa mesa, moda, utilidades domésticas,

viagens, carro, televisão, telefone, computador, uso de tecnologias que diminuem o trabalho manual, consumo de arte e cultura, entre outras comodidades e riquezas.

Com o advento do capitalismo, o corpo passou a ser fonte de lucro, tanto por parte de quem cuidava como de quem era cuidado, pois foi considerado como força de trabalho (WALDOW, 1998).

Atualmente frente aos novos desafios de reestruturação do mercado de trabalho, onde há o predomínio da tecnologia que fez com que os cuidadores, na maioria das vezes, se esquecessem da importância de tocar, conversar e ouvir o ser humano, surge um novo paradigma que pretende resgatar o cuidado.

São modelos que nos remetem à idéia de assistir o indivíduo como um todo, incluindo aspectos biológicos, psicossociais e espirituais. O relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, no ano 2000, aponta que para se contribuir de forma efetiva para o fortalecimento do atendimento público em saúde no país, é necessário o acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social (BRASIL, M.S, 2001).

Com a proposta de melhorar a qualidade do atendimento, muitas instituições de saúde criaram programas de humanização para minimizar os efeitos que as doenças provocam nos pacientes. Não se pode esquecer, contudo de que, para que haja uma real concretização das propostas de uma assistência de enfermagem humanizada, também se faz necessário cuidar daqueles que cuidam.

2.3 Características gerais do trabalho em enfermagem

Atualmente, a assistência de enfermagem no Brasil é desempenhada por quatro categorias, segundo seu nível de escolaridade: enfermeiro (nível superior), técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e as parteiras (nível médio). As atividades são desempenhadas predominantemente pelos profissionais com formação de nível médio, principalmente pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. É a força que majoritariamente executa o cuidado em enfermagem.

Estudo realizado em 1983 sobre a composição da força de trabalho da enfermagem por categorias, afirma que no período de 1956 a 1983 houve um aumento de 5,4 vezes para os enfermeiros e de 32,4 para os auxiliares (COFEN; ABEN, 1985).

Dados do Conselho Federal de Enfermagem do ano 2001 certificam um aumento apenas no percentual de técnicos e auxiliares, de 14,0% e 64,0%, respectivamente (PIERANTONI; VARELLA, 2002). Em Goiás há atualmente um quadro de 9.214 técnicos e 6.609 auxiliares de enfermagem (COREN, 2004).

A demanda por profissionais de Enfermagem tem aumentado com o envelhecimento da população brasileira e conseqüente aumento da necessidade de internação e cuidados de reabilitação das pessoas idosas (NOGUEIRA, 2002).

Convivemos um novo perfil epidemiológico no qual as doenças infecto-contagiosas diminuíram significativamente e algumas como a poliomielite foi erradicada. Por outro lado, houve aumento do número de casos de doenças crônico-degenerativas, que são hoje uma das principais causas de morte (BRASIL, 2002).

Diante deste novo perfil encontramos uma sociedade com um contingente maior de anciãos, para os quais devem ser pensadas medidas que propiciem uma melhor qualidade de vida de uma forma geral, sem se esquecer, contudo dos cuidadores destes indivíduos.

Jaegger (2001, p.10) lembra que

[...] o desafio à construção, no cotidiano da vida dos trabalhadores do Brasil, da atenção integral à saúde, pressupõe a luta por uma política de desenvolvimento econômico e social voltada à melhoria da qualidade de vida do povo brasileiro.

Outros fatores que vêm impulsionando a demanda por trabalhadores de enfermagem estão associados às mudanças organizacionais e tecnológicas dos serviços de saúde, à expansão da atenção básica e do atendimento domiciliar em substituição ao atendimento hospitalar. Contudo, essas mudanças não têm se atentado para as necessidades desses trabalhadores.

Em decorrência da atual condição do sistema de saúde brasileiro, os profissionais de enfermagem deparam-se com uma realidade de saúde da população em condições precárias, que necessita de atendimento e solução para seus problemas.

Nogueira (1999, p.120) considera que

[...] vemos com freqüência uma deterioração nos serviços da saúde e dificuldade de acesso a esses por parte de uma parcela significativa da população. O nível de insatisfação é alto e as reclamações freqüentes: demoras, filas, procedimentos caros, teoricamente disponíveis, porém inacessíveis a muitos.

Alguns desafios que emergiram nos últimos anos do séc. XX foram apontados como amedrontadores e repercutiram nos profissionais dos cuidados de saúde e nas pessoas em geral (DAVIS, 1999).

Essa mesma autora cita o

[...] desenvolvimento de novas tecnologias para a assistência dos pacientes, o problema dos custos sanitários nas sociedades com um número crescente de pessoas com idade avançada e o crescente número de pessoas com doenças crônicas, as difíceis questões que rodeiam aos pacientes moribundos, a rápida evolução no campo da genética e a ampliação do papel da enfermeira em muitas sociedades (DAVIS 1999, p.21).

Diante desta realidade que a enfermagem brasileira tem enfrentado são necessárias propostas criativas que permitam trabalhar a prevenção das doenças, assistir os doentes e sadios de forma humanizada, ajudar os indivíduos a morrer com dignidade, bem como cuidar dos cuidadores que desenvolvem tais atividades.

Por um longo período houve uma preocupação com as políticas de saúde e formação de profissionais voltada para o controle de aspectos ligados à morbidade e mortalidade, principalmente no que se refere a quantificá-los. Atualmente têm surgido novos debates considerando, não somente a frequência e a severidade das doenças, mas também o impacto de condições externas ou fatores condicionantes para morbi-mortalidade. Há preocupações com o meio ambiente, com programas voltados à saúde do trabalhador e com a qualidade de vida dos indivíduos.

2.4 Características do trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem em UTIs

Vinculada à nova política em saúde, a enfermagem vive uma realidade diferente em termos da prática, onde tem ocorrido o cuidado direcionado para ações básicas e/ou preventivas, com objetivo mais centrado nas ações coletivas do que

individuais, por meio de programas educativos em saúde, voltados para a transformação dos comportamentos das pessoas. Porém, o modelo clínico de assistência de nível terciário (atenção curativa) ainda demanda grande número de profissionais.

Os hospitais têm atendimentos considerados de alta complexidade, dentre os quais estão aqueles prestados nas UTIs. Esses setores são destinados a assistir pacientes graves e/ou em observação que quase sempre estão em um quadro clínico instável, dependem constantemente da enfermagem, têm um menor número de leitos e necessitam da atuação de uma equipe multiprofissional. O cuidado de enfermagem prestado a esse tipo de doente pressupõe um maior número de profissionais / leito.

A organização do cuidado de enfermagem nas UTIs deveria seguir o que determina a Lei 7498 / 86 que regulamenta o Exercício da Enfermagem, de que os cuidados diretos a pacientes graves com risco de vida são privativos dos enfermeiros (COFEN, 1986). Contudo, a realidade mostra que ainda há técnicos e auxiliares de enfermagem desenvolvendo atividades em UTIs atendendo, quase sempre, às necessidades econômicas dos locais de trabalho. O próprio Ministério da Saúde também reforça essa situação ao estabelecer o número de profissionais necessário para o cuidado de enfermagem nas UTIs e incluir tanto enfermeiros como técnicos de enfermagem.

É interessante observar que os alunos de nível médio não têm permissão para realizar atividades práticas em UTIs, o que parece contra-senso, haja vista a inserção deles nesses ambientes assim que iniciam suas atividades profissionais.

Lino e Silva (2001, p. 28) lembram que

[...] convive-se com a estratificação do trabalho da enfermagem e com a limitação de recursos humanos em número e qualificação nas

instituições de saúde. Assim, muitos pacientes que até então deveriam ser cuidados somente pelas ações da enfermeira, hoje, são submetidos aos cuidados de outros profissionais da equipe de enfermagem.

A prática assistencial de enfermagem de uma forma geral é algo desgastante em função de situações desfavoráveis do mercado de trabalho e das encontradas nos locais de serviço. A que acontece nas UTIs pode ainda ser mais comprometedor em termos da QV dos profissionais de enfermagem que ali atuam.

Alguns autores como Carvalho e Lima (2001, p. 31) consideram que “essa propriedade de setor fechado restringe a interação social e, portanto, é considerada como fator ambiental que, por si só, traz desgaste físico e mental aos profissionais que ali atuam”.

Mendes e Linhares (1996, p. 269) ainda reforçam essa idéia ao afirmar que “a atividade de cuidar do paciente é geradora de sofrimento psíquico para os enfermeiros da UTI, determinando assim a necessidade de utilizar estratégias defensivas que favoreçam a sua adaptação psicológica ao meio”.

Em pesquisa sobre o desgaste físico e mental dos auxiliares e técnicos em enfermagem verificou-se que as atividades consideradas mais desagradáveis são aquelas diretamente ligadas a cuidados com pacientes em estados terminais e dolorosos (ex: queimaduras), a rotina de verificação de sinais vitais em UTI, a quimioterapia e a preparação do corpo após a morte (SIQUEIRA; WATANABE e VENTOLA, 1995).

Essa mesma pesquisa identificou que os pedidos de afastamento acometem, principalmente, funcionários que atuam em áreas mais complexas como unidades especializadas, UTIs e Centros Cirúrgicos, que são alvos de transtornos de ordem

física, química e psicológica, aumentando os riscos de agravos à saúde e afastamentos .

O trabalho desenvolvido no interior de uma UTI coloca o profissional em confronto direto com a morte, e se for observada a cultura ocidental de compreensão da morte, percebe-se que quase sempre ela é negada ou acompanhada de atitudes de temor. Apesar de ser algo da natureza e até o momento incontável por parte do homem, a morte em geral ainda não é aceita em nosso meio.

Enfermeiras de UTI foram estudadas por Mendes e Linhares (1996, p. 273), que concluíram que a proximidade com o paciente

[...] pode gerar conflitos relacionados à própria morte e ao estado de debilidade do corpo, demonstrando fragilidade humana e falta de controle sobre a vida (...) a morte é um elemento desestabilizador para o profissional, sendo esta a razão pela qual eles evitam qualquer tipo de aproximação com o paciente para não se contaminar pelo sofrimento do outro.

Com a marcante utilização dos meios tecnológicos dentro das UTIs, vinculados ao modelo clínico da atenção à saúde onde se busca a “cura dos corpos”, é exigido da equipe de enfermagem maior habilidade para utilizar a sofisticada tecnologia. Isto pode ser um outro componente que colabora para o desgaste físico e psicológico para os trabalhadores das UTIs.

Estudos recentes apontam como tarefa difícil e necessária a humanização do cuidado em enfermagem em ambientes hospitalares considerados “agressivos”, não apenas para os pacientes, mas também para a equipe multiprofissional.

No estudo de Vila e Rossi (2002, p.142) foi discutida a realidade do processo do cuidar em terapia intensiva e concluíram que a equipe de enfermagem tem “um conceito sobre humanizar sintetizado na afirmativa: amar ao próximo como a si mesmo, mas, na prática, o cuidar não reflete essa tão profunda expressão”.

Na opinião de Martins (1999) há necessidade de estudos relacionados às questões que interferem na qualidade de vida do trabalhador em enfermagem, que exerce uma atividade tão nobre e, no entanto, encontra-se tão descontente, sentindo-se desvalorizado e esquecido.

Neste sentido faz-se relevante a preocupação de se pesquisar sobre a qualidade de vida dos auxiliares e técnicos de enfermagem e em especial os das UTIs, que parece terem sido, de certa maneira, esquecidos nas recentes pesquisas em enfermagem.

2.5 Considerações sobre Qualidade de Vida

Os debates sobre QV não começaram com as preocupações atuais, mas com Platão 400 a.C. Os antigos gregos e romanos exaltavam a qualidade de vida e valorizavam a saúde (BOND, 1996).

O termo qualidade de vida é novo, não tendo mais de trinta anos. Suas origens retratam métodos de controle de qualidade utilizados nos processos industriais.

Nos anos trinta e quarenta apareceram técnicas estatísticas para determinar o nível de qualidade dos produtos manufaturados. O controle de qualidade passou assim, a ser um elemento básico da política das empresas.

Pouco depois os economistas e sociólogos tentaram encontrar índices que permitissem avaliar a qualidade dos indivíduos e das sociedades. Em princípio pensaram que a qualidade de vida dos seres humanos dependia de dois tipos de

fatores, uns positivos (riqueza econômica) e outros negativos (como o número de pessoas). O aumento excessivo da população diminuía a riqueza *per capita*, e, portanto o bem-estar e a qualidade de vida (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1996).

O termo e conceito qualidade de vida começaram ser utilizados nos Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial com o intuito de descrever o efeito gerado pela aquisição de bens materiais (tecnologia) na vida das pessoas. Somente alguns anos mais tarde foram considerados como parâmetros a serem valorizados, com o objetivo de capturar avanços nas áreas da saúde e educação (FERRAZ, 1998).

O conceito de qualidade de vida passou a ser utilizado a partir do momento em que a Organização Mundial da Saúde definiu a saúde como o completo estado de bem-estar físico, psíquico e social e não somente ausência de doença ou enfermidade (SPITZER, 1987).

Atualmente este termo é muito utilizado e traz várias discussões sobre seu conceito, aplicabilidade e suscita reflexões dentro das várias áreas do saber. Minayo; Hartz e Buss (2000, p. 8), em debate sobre QV, consideraram que esse o termo “aparece sempre com sentido bastante genérico (...). Porém, em nenhum momento, existe uma definição dessa relação, seja no nível mais elementar de noção, e muito menos, como conceito”.

Uchoa; Rozemberg e Porto (2000, p. 117) consideraram também que,

[...] não existe um consenso sobre a definição do conceito de QV, sobre seus elementos constitutivos, sobre os parâmetros para construção de um modelo de avaliação, sobre a amplitude de aplicação desses modelos ou sobre os critérios de avaliação da QV.

Dantas; Sawada e Malerbo (2003, p. 537) ao realizarem um estudo de revisão bibliográfica sobre qualidade de vida em universidades públicas de São Paulo,

consideraram que “no que tange às dissertações e teses defendidas, está seguindo o curso da produção científica mundial sobre a investigação dessa temática atual e ainda tão indefinida, que é a qualidade de vida”.

Na opinião de Patrick e Bergner (1990) QV é um termo descritivo que refere ao emocional das pessoas, ao social, ao bem-estar físico e suas habilidades para funções da vida habitual.

Já Nordenfelt (1994) considera que a qualidade de vida está ligada à noção de felicidade que é entendida como uma espécie de bem-estar (*well being*). Diferencia-se do *welfare*, uma vez que esse termo se refere às condições externas ao sujeito que contribuem para o *well being*, como, por exemplo, a situação econômica, as relações familiares e a situação profissional, podendo incluir também os recursos internos, em particular, a saúde.

Para Lentz *et al.* (2000, p. 8) “a qualidade de vida é dimensão complexa para ser definida e, sua conceituação, ponderação e valorização vêm sofrendo uma evolução que por certo acompanha a dinâmica da humanidade, suas diferentes culturas, suas prioridades e crenças”.

Mediante a variabilidade de definições para QV houve a necessidade de se chegar a um consenso sobre um conceito que abrangesse uma dimensão maior das características de indivíduos em locais e realidades diferentes. Para tanto, a Organização Mundial de Saúde reuniu representantes de vários países que conceituaram QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995, p. 51).

Definições de qualidade de vida têm incluído indicadores subjetivos e objetivos de ambos os fenômenos físico e psicológico. Indicadores objetivos, tais

como renda, habitação e funções físicas, são comumente usados como medidas de qualidade de vida, mas estes indicadores não nos dizem sobre as experiências e percepções individuais.

O julgamento subjetivo da QV global dos indivíduos como sendo positivo ou negativo é determinado primeiramente pelas suas percepções do nível de satisfação e ou felicidade relativo a vários aspectos da vida de importância para eles (OLESON, 1990).

Brasil, V.V. (2001, p. 28) ressalta que “não se pode desconsiderar que há necessidade de se identificar os atributos que os indivíduos percebem como sendo essenciais ao julgamento de sua qualidade de vida”.

Por outro lado, há ciências que consideram a unilateralidade deste conceito. Na Bioética, no conceito de autonomia, entende-se que qualidade de vida seja algo próprio, só possível de ser avaliado pela própria pessoa. Prioriza-se a subjetividade (FERRAZ; SEGRE, 1997).

Outro aspecto digno de nota é que a concepção de qualidade de vida pode variar em culturas diferentes e até mesmo entre grupos com objetivos afins. Souto (2003, p. 46) considera que

[...] o caráter do brasileiro, que em geral é individualista, improvisador, emotivo, adaptável e cordial, lhe dá um imenso sentimento de liberdade e de espaço, propiciadores de uma filosofia de vida capaz de assegurar-lhe plena realização pessoal proporcionando um desenvolvimento em termo de valores humanos e de participação capaz de elevar em alta escala seus padrões de Qualidade de Vida.

O termo qualidade de vida tem sido também amplamente utilizado em vários setores da sociedade como tema para programas de capacitação dos profissionais,

em programas ou tratamentos de saúde, como medida ou parâmetros para terapêuticas ou mesmo para avaliar o custo-benefício nos tratamentos.

Uma das abordagens é a “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde” que tem sido estudada em grande variedade de populações por décadas. Tem sido mostrada em relação a características individuais, como idade, condição sócio-econômica, educação, renda e a presença de assistência social na estrutura da família ou amigos (CHABOYER; ELLIOTT, 2000).

Análises de QV Relacionada à Saúde têm sido desenvolvidas desde 1970 para descrever e medir o impacto das diferentes condições na vida cotidiana das pessoas, abordando causas emocionais, a função social, bem como as condições físicas (PATRICK; BERGNER, 1990).

A QV tem sido reconhecida mundialmente como um dos fatores mais importantes na avaliação da medicina atual de um modo geral e das unidades de cuidados intensivos em particular. Diante do alto custo do tratamento intensivo em todo mundo, tem sido necessária a utilização de avaliações periódicas sobre os benefícios reais destes tratamentos para a sobrevivência dos pacientes (LABARCA; BATE e COFRE, 2000).

Outro termo muito usado na literatura é a “Qualidade de Vida no Trabalho” que, na opinião de Limongi-França (2003, p. 22) tem sido tratado como um leque amplo e, geralmente, confuso. As definições de QVT vão “desde cuidados médicos estabelecidos pela legislação de saúde e segurança, até atividades voluntárias dos empregados e empregadores nas áreas de lazer, motivação, entre inúmeras outras”.

Nas considerações de Rodrigues (1994, p.76)

[...] a Qualidade de Vida no Trabalho tem sido uma preocupação do homem desde o início de sua existência. Com outros títulos em

outros contextos, mas sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador na execução de sua tarefa.

Os termos qualidade de vida, estado de saúde, qualidade de vida relacionada à saúde são usados com frequência alternadamente na literatura. Porém, cada um destes termos pode refletir diferentes aspectos no bem-estar do indivíduo.

Unificar esses conceitos facilitaria a comunicação entre usuários e pesquisas sobre qualidade de vida, permitiria melhor entendimento das limitações, forças e generalização de várias medidas, bem como promoveria mais efetividade e decisão (DAREM *et al.*, 1998).

Várias áreas do ensino e pesquisa têm trabalhado com a temática QV e dentre estas, está a enfermagem, que tem participado ativamente de debates e publicações com preocupações relativas a vários aspectos da profissão. Há estudos com objetivos voltados para a promoção da saúde do trabalhador, preocupações com o meio ambiente e com a QV de pessoas que se encontram sob os cuidados de enfermagem ou recebendo algum tipo de terapia hospitalar.

Oliveira; Lisboa (2004, p. 27) ao realizarem uma análise da produção científica sobre a saúde do trabalhador de enfermagem identificaram que as pesquisas realizadas na década de 90 (dissertações e teses)

[...] tiveram como objeto de estudo questões relacionadas à organização do trabalho, qualidade de vida, condições ocupacionais, estresse, os acidentes de trabalho, os riscos no ambiente ocupacional, o adoecimento, a biossegurança, o adoecer dos trabalhadores, saúde mental, enfermagem do trabalho, o prazer e sofrimento no trabalho.

Na presente pesquisa serão abordados aspectos da qualidade de vida “geral” de alguns dos indivíduos que trabalham em UTIs: aspectos físicos, psicológicos, de independência, relacionamento social, meio ambiente e aqueles ligados à

espiritualidade, religião e crenças pessoais que influenciam na sua Qualidade de Vida.

2.6 Medidas da Qualidade de Vida

Se conceituar ou definir qualidade de vida não é tarefa fácil, outro aspecto desafiante é a medida da QV. Apesar da grande importância dada ao tema dentro da medicina, seja para observar resultados de terapias ou no planejamento e na implementação de programas de saúde, por muito tempo não existiram instrumentos para medir os indicadores de QV.

Pensar em medir alguma coisa nas ciências exatas é algo que traz exatidão nas medidas, pois se conta com a ajuda dos sistemas numéricos e das regras preestabelecidas. Medir fenômenos psicológicos é algo bem mais complexo. O que se mede é uma variável psicológica definida como uma característica que cada indivíduo possui em diferentes níveis (ERTHAL, 1993).

Em se tratando de medir qualidade de vida, Brasil, V.V. (2001, p. 34) afirma que “não é muito simples mensurar a qualidade de vida, considerando que, sendo um conceito difícil e pouco preciso para definir, é igualmente difícil de medir”. Porém, na opinião de Erthal (1993) tudo que existe, existe em certa quantidade, e, portanto é passível de medida. Assim surgiu a necessidade de se criar instrumentos e formas de avaliação de qualidade de vida.

No Brasil têm sido utilizados dados do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para medida da Qualidade de Vida dos brasileiros. São dados da Organização

das Nações Unidas (ONU) que medem a QV dos países e são calculados a partir da média aritmética de três indicadores: esperança de vida ao nascer (longevidade), educação e renda. No ano de 2003 o Brasil subiu quatro posições no IDH, passando do 65º lugar em 2000 para o 69º lugar em 2001. A expectativa de vida dos brasileiros aumentou e melhorou o acesso à educação (BRUNO, 2003).

Ainda dados dessa mesma fonte mostram que o IDH de Goiás passou de 0,707 para 0,770, crescendo 8,8% entre 1991 e 2000, acima dos 7,76% da média nacional. Somente o Paraná (9,3%) e Santa Catarina (8,9%) tiveram crescimento superior a Goiás. Esses são exemplos de medidas de QV que fazem uso de indicadores e conforme Merege; Alonso e Lício (2000) indicadores de Qualidade de Vida são boas ferramentas para o processo de avaliação.

Em se tratando dos instrumentos para medida da QV, eles são classificados em dois tipos: os genéricos e os específicos. Os específicos são caracterizados por Prebianchi (2003) como medidas relacionadas à saúde (ou específica à doença) e os genéricos podem ser aplicados tanto a indivíduos saudáveis como aqueles afetados por uma condição específica e focalizam as aspirações, objetivos e um sentimento de competência tanto em relação a padrões internos quanto a um externo de comparação. Suzuki (2002, p. 77) ao realizar revisão de literatura sobre qualidade de vida de pacientes em UTI, encontrou que “embora em menor número do que os específicos, os instrumentos genéricos foram os mais freqüentemente utilizados”.

Vários destes instrumentos são construídos em outros países sendo testados e validados para uso no Brasil. Por considerar a necessidade da utilização de instrumentos que tivessem uma perspectiva transcultural e atendessem às diferentes realidades de cada cultura, a Organização Mundial de Saúde criou o grupo de

estudos sobre qualidade de vida, denominado *World Health Organization's Quality of Life* (Grupo WHOQOL) que tem representantes especialistas em várias partes do mundo.

O primeiro passo desse grupo foi a definição de qualidade de vida, baseando-se nos pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva, multidimensional e composta por elementos positivos e negativos. Trouxe um conceito amplo e que abrangeu a complexidade do construto. O segundo passo foi criar um instrumento de avaliação de qualidade de vida que atendesse à perspectiva transcultural (WHOQOL GROUP, 1998).

Foi criado então o instrumento denominado WHOQOL-100, caracterizado como um instrumento genérico, do qual participaram da elaboração vários centros de culturas diversas, na construção dos domínios de avaliação de qualidade de vida, da redação e seleção de questões, da derivação da escala de respostas e do teste de campo nos países envolvidos nesta etapa. Para selecionar os países foram consideradas as diferenças no nível de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde, importância da família e religião dominante, entre outros (FLECK *et al.*, 2000).

No Brasil o instrumento WHOQOL-100 foi traduzido e validado para o português, por um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, integrantes do grupo WHOQOL.

Em trabalho desenvolvido por Cárdenas e Cianciarullo (1999, p.195) foi considerado que o instrumento WHOQOL-100

[...] apresenta uma linguagem simples e clara, que permite a avaliação da qualidade de vida de forma multidimensional, e que faz refletir respeito a importantes aspectos da vida das pessoas de uma forma sistemática.

Outro exemplo de instrumento genérico utilizado para medida da QV é o SF-36 (*Short Form - 36*), que de acordo com Osaki e Belfort Jr. (2004, p. 44), “é um questionário genérico que mede dimensões relativas à saúde física e mental”.

Há também o Índice de Qualidade de Vida (IQV) que mede a satisfação em relação aos domínios saúde e funcionamento, social e econômico, psicológico e espiritual e a família, como a importância de cada um desses domínios para o respondente (Martins, 2002).

Outras versões do instrumento WHOQOL, classificados como específicos, foram desenvolvidas. Há o *WHOQOL - BREF*, que é uma forma resumida com 26 questões; o *WHOQOL - SRPB* - módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais; o *WHOQOL-OLD* para avaliação da QV dos idosos e está em desenvolvimento o *WHOQOL - AIDS*.

São vários os instrumentos específicos utilizados para avaliar a qualidade de vida das pessoas e em diversas áreas da saúde. Nas considerações de Alexandre e Guirardello (2002, p. 109)

[...] existem importantes questionários e escalas muito utilizadas em saúde ocupacional para avaliar o estado de saúde, a capacidade funcional, a localização e intensidade da dor, qualidade de vida nos aspectos psicossociais dos pacientes com diversas enfermidades.

Existem instrumentos variados até mesmo dentro de uma especialidade clínica, como é o caso dos existentes para a medida de QV das pessoas portadoras de diabetes. Melchior (2004) ao estudar sobre os instrumentos específicos de avaliação da QV em diabetes aborda sobre treze tipos específicos, dentre estes, o *ADDQOL (Audit Diabetes – Dependent Quality of Life)* elaborado para medir a percepção individual do impacto no diabetes e seu tratamento na QV.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Foi realizada uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa, na qual “o pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir para modificá-la” (RUDIO, 1986). Deslandes e Assis (2002, p.199) acrescentam considerações quanto ao modelo de pesquisa quantitativa, afirmando que este modelo

[...] busca formular hipótese prévias e métodos específicos de verificação, submetendo o fenômeno à experimentação (ou observação sistemática), tentando controlar variáveis e eliminar fatores de confusão ou vieses na busca de explicação causal de fenômenos.

Teixeira (2002, p. 120) afirma que o tipo de pesquisa exploratória é usada nas situações que exigem um “conhecimento mais profundo do problema ou objeto da pesquisa; quando se necessita um diagnóstico inicial da situação”. Para Triviños (1987, p. 109) “os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema”.

3.2 Local e População do Estudo

O estudo foi realizado em Unidades de Terapia Intensiva de quatro hospitais do município de Goiânia/Goiás, dos quais três são hospitais gerais, de ensino, públicos e um é filantrópico. Assistem indivíduos adultos em tratamento clínico e cirúrgico encaminhados pelo Sistema Único de Saúde.

A população do estudo foi composta por todos auxiliares e técnicos de enfermagem que trabalhavam nestas unidades nos dias programados para coleta de dados e que concordaram em participar. O número destes profissionais foi de 125 indivíduos. Foram considerados dois critérios de inclusão: o fato de trabalharem há mais de cinco (5) anos na Enfermagem e há mais de (6) meses em UTI. Esses critérios foram estabelecidos por se considerar necessário um tempo mínimo para que os profissionais pudessem perceber possíveis reflexos da sua prática profissional na QV.

3.3 Considerações Éticas

Para realização da pesquisa o projeto foi autorizado por todas as instituições hospitalares onde foram coletados os dados e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, conforme determina a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Todos os sujeitos da pesquisa foram informados sobre os objetivos da pesquisa antes da coleta dos dados, bem como foram esclarecidos do caráter opcional de participar da pesquisa, da confidencialidade dos dados e da possibilidade da retirada de seu consentimento a qualquer momento que desejassem. O seu consentimento foi registrado com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I).

3.4 Escolha do Instrumento

Diversos instrumentos têm sido construídos para a medida de qualidade de vida, contudo não há um específico para a população em estudo.

Para esta pesquisa, identificamos na literatura o WHOQOL-100, desenvolvido pela OMS, que se baseia nos pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva, multidimensional e composta por elementos positivos e negativos (GRUPO WHOQOL, 1998).

Contribuíram para a escolha do instrumento o fato de ser um instrumento que avalia a QV em vários aspectos, que combina dimensões subjetivas (espiritualidades e crenças pessoais) e objetivas (físicas, religião, trabalho, ambiente, relacionamento social), além de ser um instrumento considerado subjetivo (o indivíduo atribui valor às questões apresentadas).

O WHOQOL-100 (Anexo II) é um instrumento psicométrico, auto-explicativo, que aborda como o indivíduo se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida nas duas últimas semanas. Consiste em cem (100)

perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade/ religiosidade/ crenças pessoais. Cada um dos domínios do instrumento identifica um foco particular de atenção à QV dos indivíduos. São divididos em 24 facetas específicas que contêm quatro questões cada uma. Há ainda uma 25ª composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida, que não faz parte dos domínios.

As respostas para as questões são distribuídas em uma escala tipo *Likert* de cinco pontos, tendo em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. A escala mede intensidade, capacidade, frequência e avaliação (FLECK , 2000).

O grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, integrantes do grupo WHOQOL, realizou a tradução para o português do instrumento WHOQOL-100 por meio dos grupos focais realizados com membros da população geral, profissionais da área de saúde, pacientes internados e com atendimento em ambulatórios. Tinham por objetivo revisar a formulação e a compreensão das 100 questões do questionário, bem como testar sua validade. Tais grupos focais sugeriram pequenas modificações na maneira de formular as questões e a lista de facetas foi considerada válida pela maioria dos participantes. O instrumento foi considerado uma oportunidade para refletir acerca de importantes aspectos de suas próprias vidas de uma forma sistemática - uma oportunidade de “parar para pensar” (GRUPO WHOQOL, 1998).

Em artigo de Berlim e Fleck (2003, p. 252) identificaram que o WHOQOL é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para medir QV. A Tabela 1 discrimina os domínios e facetas do WHOQOL - 100.

Além das questões do WHOQOL-100 foram inseridas no instrumento perguntas relativas às variáveis sexo, estado civil, número de filhos, religião,

categoria profissional, nível de escolaridade e turno de trabalho na instituição onde os dados foram coletados.

Tabela 1- Domínios e Facetas do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS - WHOQOL 100 (Fleck *et al.* 1999)

<p>Domínio I - Domínio Físico</p> <p>01. Dor e desconforto</p> <p>02. Energia e fadiga</p> <p>03. Sono e repouso</p>	<p>Domínio IV - Relações Sociais</p> <p>13. Relações pessoais</p> <p>14. Suporte (Apoio) social</p> <p>15. Atividade sexual</p>
<p>Domínio II - Domínio Psicológico</p> <p>04. Sentimentos positivos</p> <p>05. Pensar, aprender, memória e concentração</p> <p>06. Auto-estima</p> <p>07. Imagem corporal e aparência</p> <p>08. Sentimentos negativos</p>	<p>Domínio V - Ambiente</p> <p>16. Segurança física e proteção</p> <p>17. Ambiente no lar</p> <p>18. Recursos financeiros</p> <p>19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade</p> <p>20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades</p> <p>21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer</p> <p>22. Ambiente físico (poluição / trânsito / clima)</p> <p>23. Transportes</p>
<p>Domínio III - Nível de Independência</p> <p>09. Mobilidade</p> <p>10. Atividade da vida cotidiana</p> <p>11. Dependência de medicação ou de tratamentos</p> <p>12. Capacidade de trabalho</p>	<p>Domínio VI - Espiritualidade / Religião / Crenças Pessoais</p> <p>24. Espiritualidade / religião / crenças pessoais</p>

3.5 Operacionalização da Coleta de Dados

A coleta de dados aconteceu entre os meses de abril e maio de 2004 em cada um dos quatro hospitais, um por vez, nos turnos matutino, vespertino e noturno, sendo denominados instituição A, B, C e D.

Após autorização formal de cada hospital a pesquisadora realizou uma visita com objetivo de conhecer a realidade dos serviços das UTIs. As chefias locais foram

receptivas e colaboradoras em ajudar, orientando quanto ao melhor horário para aplicação do instrumento de coleta, bem como incentivando os funcionários a participarem da pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada em horários de serviço dos funcionários, nos intervalos de descanso ou mesmo no momento em que as atividades da unidade permitiram. Algumas vezes a chefia determinou uma escala para que fosse respondido o questionário.

Após assinatura do Termo de Consentimento cada sujeito dava início ao preenchimento do WHOQOL 100. Ao perceber que o questionário era composto de 100 (cem) perguntas os sujeitos da pesquisa quase sempre questionaram sobre o tempo necessário para respondê-lo. Porém, ao final os comentários eram de que, apesar de longo, o vocabulário do instrumento é simples, com questões curtas que facilitam a leitura. Poucos foram aqueles que necessitaram da leitura da pesquisadora para facilitar a compreensão, seguindo o preconizado pelo Grupo WHOQOL. Para preencher o instrumento foi necessário em média 40 minutos.

Foi notada certa satisfação por parte dos sujeitos ao perceberem que a pesquisa investigaria a qualidade de vida de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, parecendo ter sido esta uma condição facilitadora da sua adesão. Em alguns casos, quando ouviam os objetivos da pesquisa, os sujeitos manifestavam seu descontentamento com a realidade do trabalho, que no momento estava causando algum desconforto. É interessante relatar um comentário dos entrevistados - *precisamos realmente gritar ao mundo o que sofremos aqui dentro, estou quase aposentado, mas ainda quero fazer algo, quem sabe posso ajudar os que virão depois*¹.

¹ Relato de um dos entrevistados no momento da coleta de dados.

Vale a pena ressaltar que apenas um dos integrantes da equipe de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem se negou a preencher o instrumento.

3.6 Tratamento dos Dados

Os dados foram codificados e digitados em um programa estatístico – SPSS, versão 11 - (*Statistical Package for Social Sciences*) para análise. Procedeu-se a verificação, caso a caso, comparando e corrigindo os dados digitados com os questionários.

Para análise descritiva foram identificadas as freqüências e porcentagens das características sociodemográficas da amostra. Os escores das facetas e dos domínios foram calculados conforme as recomendações da Organização Mundial de Saúde, Divisão de Saúde Mental (GRUPO WHOQOL). Foram calculados os escores médios dos domínios e das facetas com respectivos intervalos de 95% de confiança.

Para comparar dois ou mais grupos de casos com as variáveis relativas aos domínios e as facetas, realizou-se três tipos de teste para amostras independentes de uma mesma população: teste da mediana, de Kruskal-Wallis H e de Jonckheere-Terpstra. Todos são testes não paramétricos de análise de variância e detectam diferenças na distribuição dos grupos (PONTES, 2000).

O teste de Kruskal-Wallis H e o teste da mediana assumem que não há, *a priori*, uma ordem de k populações da qual a amostra foi obtida. Quando há uma ordem natural, *a priori*, o teste de Jonckheere-Terpstra é mais eficiente e apropriado. Os testes de Kruskal-Wallis H e o de Jonckheere-Terpstra detectam diferenças entre

grupos por meio de ranqueamento, sendo que este último teste é indicado quando o número de amostras (tratamentos) independentes é maior que dois. Assim, usamos o teste de Kruskal-Wallis H somente quando o número de amostras (tratamentos) foi dois e, em ambos os testes considerou-se o valor de $p < 0,05$ como significativo.

Os dados relativos às variáveis sexo, estado civil, religião, categoria profissional e nível de escolaridade foram considerados do tipo nominais. Os relativos à idade, tempo de serviço na enfermagem e nas UTIs, número de filhos, tempo de trabalho, bem como o número de empregos foram considerados do tipo escalar.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para facilitar a compreensão da apresentação dos resultados e sua análise, esse capítulo foi dividido em duas partes. A primeira apresenta as características da população estudada referentes ao sexo, estado civil, idade, tempo de serviço na enfermagem e em UTI, número atual de empregos, nível de escolaridade, número de filhos e religião. Na segunda parte os resultados são avaliados nos aspectos pertinentes às 100 questões do WHOQOL-100 relativas aos Domínios Físico, Psicológico, Nível de Independência, Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais, Ambiente e Relações Sociais, com as respectivas facetas que integram cada domínio, bem como aquelas questões referentes à abordagem da QV geral dos indivíduos.

4.1 Caracterização dos sujeitos

Do total de sujeitos (125) da pesquisa, 19,2% correspondem ao hospital A, 34,4% ao hospital B, 26,4% ao hospital C e 16,0% ao hospital D.

A maioria (90,4%) dos 125 indivíduos que participaram da pesquisa é do sexo feminino e casada (52,8%). Quanto à religião 58,4% afirmaram ser católicos, seguidos de evangélicos (25,6%) e espíritas (8,0%). Esses dados estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2- Distribuição dos sujeitos (125), segundo o gênero, estado civil, faixa etária, nº de filhos, religião e escolaridade. Goiânia, 2005.

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	n	%
Sexo		
Masculino	12	9,6
Feminino	113	90,4
Estado civil		
Casado	66	52,8
Solteiro	29	23,2
Separado	10	8,0
Outros	20	16,0
Faixa etária (anos)		
20 – 29	34	27,2
30 – 39	50	40,0
40 – 49	38	30,4
≥ 50	3	2,4
Número de filhos		
Nenhum	29	23,2
1	36	28,8
2	39	31,2
3	18	14,4
≥ 3	3	2,4
Religião		
Católica	73	58,4
Evangélica	32	25,6
Espírita	10	8,0
Outra	10	8,0
Nível de escolaridade		
Médio	103	82,4
Superior enfermagem incompleto	14	11,2
Superior enfermagem completo	2	1,6
Categoria profissional		
Auxiliar de enfermagem	9	7,2
Técnico de enfermagem	116	92,8

A enfermagem ainda é uma profissão predominantemente de mulheres, mesmo com o ingresso de alunos do sexo masculino nos cursos de enfermagem. Esta característica acompanha a enfermagem ao longo de sua história, na qual o cuidar era culturalmente uma atividade das mulheres. A assistência à saúde de cunho caritativa, representada pelas “irmãs de caridade”, foi feminizando o cuidado antes de sua profissionalização (LOPES; MEYER e WALDOW, 1996).

Em relação à quantidade de filhos, 74,4% têm até três filhos e 23,2% têm nenhum (Tabela 2), seguindo a média nacional, que é de 2,31 filhos para cada família, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2004).

Quanto à idade pode-se considerar que é um grupo de pessoas jovens, pois a maioria (67,2 %) tem entre 20 a 39 anos. Os demais (30,4%) têm entre 40 e 49 anos e apenas 2,4% têm idade acima de 50 anos (Tabela 2).

As atividades na terapia intensiva podem ser desgastantes inclusive fisicamente, o que demanda um grupo jovem para lidar com o paciente crítico, que é em sua maioria acamado e por vezes totalmente dependente dos cuidados da equipe de enfermagem.

Reforçando essas características encontradas está o comentário de um dos entrevistados ao ser indagado sobre sua idade - *é possível encontrar um técnico de enfermagem de 60 anos desempenhando atividades em UTIs? Gostaria de conhecê-lo, pois acredito que estejam todos mortos².*

Na sua maioria os entrevistados são técnicos de enfermagem (92,8%) e os demais (7,2%) são auxiliares de enfermagem, como descrito na Tabela 2. Essa situação contradiz o que determina a Lei do Exercício da Enfermagem nº 7.498/86 em seu artigo 11º, que descreve como privativo do enfermeiro o cuidado a pacientes graves (COFEN, 1986).

Na tentativa de adequar a atuação da enfermagem em UTI à realidade brasileira, o COFEN estabeleceu em 1996 (Resolução 189/1996) a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem para assistência intensiva - 55,6% de enfermeiros e 44,4% de técnicos de enfermagem (COFEN, 2004). O Conselho Regional de Enfermagem tem fiscalizado o cumprimento da lei, contudo, alguns hospitais não conseguiram se adequar e ainda têm auxiliares de enfermagem na composição da equipe.

² Comentário de um dos entrevistados demonstrando indignação e reforçando a exigência de pessoas mais jovens para atividades dentro das UTIs.

É interessante observar que 82,4% têm escolaridade de nível médio, 11,2% estão cursando o nível superior em enfermagem e 1,6% já concluíram esse nível (Tabela 2). Esses resultados apontam que o grupo investigado está buscando formas de ampliar seus conhecimentos na profissão que exerce.

No que se refere ao número de empregos, 65,6% trabalham em dois ou mais locais (Tabela 3). Esses dados confirmam a realidade da enfermagem brasileira. Os baixos salários forçam o trabalhador a ter múltipla jornada de trabalho, o que fatalmente refletirá na sua qualidade de vida e na qualidade da assistência prestada aos indivíduos sob seus cuidados.

Tabela 3 - Características relacionadas ao trabalho de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem em UTIs (125). Goiânia, 2005.

Características dos sujeitos	n	%
Categoria profissional		
Auxiliar de enfermagem	9	7,2
Técnico de enfermagem	116	92,8
Tempo de serviço na enfermagem (anos)		
5 – 9	56	44,8
10 – 14	34	27,2
15 – 19	18	14,4
≥ 20	17	13,6
Tempo de atuação em UTI		
< 1 ano	28	22,4
1 – 5 anos	16	12,8
≥ 5 anos	81	64,8
Número de empregos		
1	43	34,4
2	69	55,2
3	11	8,8
≥ 3	2	1,6
Turno de trabalho		
Diurno	73	58,4
Noturno	52	41,6

Em relação ao tempo de serviço na enfermagem 72,0% dos sujeitos trabalham entre cinco e 14 anos, 64,8% trabalham há mais de cinco anos em UTI. Nas instituições onde foram coletados os dados, 58,4% trabalham nos turno diurno e 41,6% no noturno (Tabela 3).

4.2 O WHOQOL-100

Os resultados a seguir são oriundos das respostas do WHOQOL-100. Cada um dos domínios do instrumento identifica um foco particular de atenção à QV dos indivíduos e será apresentado com escores que podem variar de 4 a 20. O valor do escore de cada domínio é calculado por meio de determinado número de facetas. Cada faceta é constituída por 04 questões que analisam os vários aspectos relativos à QV do indivíduo referente às duas últimas semanas de vida. Há ainda uma 25ª faceta que não integra qualquer dos domínios e avalia aspectos gerais da QV dos entrevistados.

As respostas a cada item das facetas serão apresentadas com valores entre 01 (mínimo) e 05 (máximo), seguindo o padrão da escala de respostas tipo *Likert* do WHOQOL-100.

O primeiro resultado apresentado refere-se aos itens da 25ª faceta que avalia a QV Geral dos entrevistados.

A Qualidade de Vida Geral obteve escore médio de 14,27. Ela é composta de quatro questões - satisfação com a vida, satisfação com a saúde, satisfação com a própria QV e avaliação da QV, cujos valores médios das respostas e respectivos intervalos de 95% de confiança estão descritos na Figura 1.

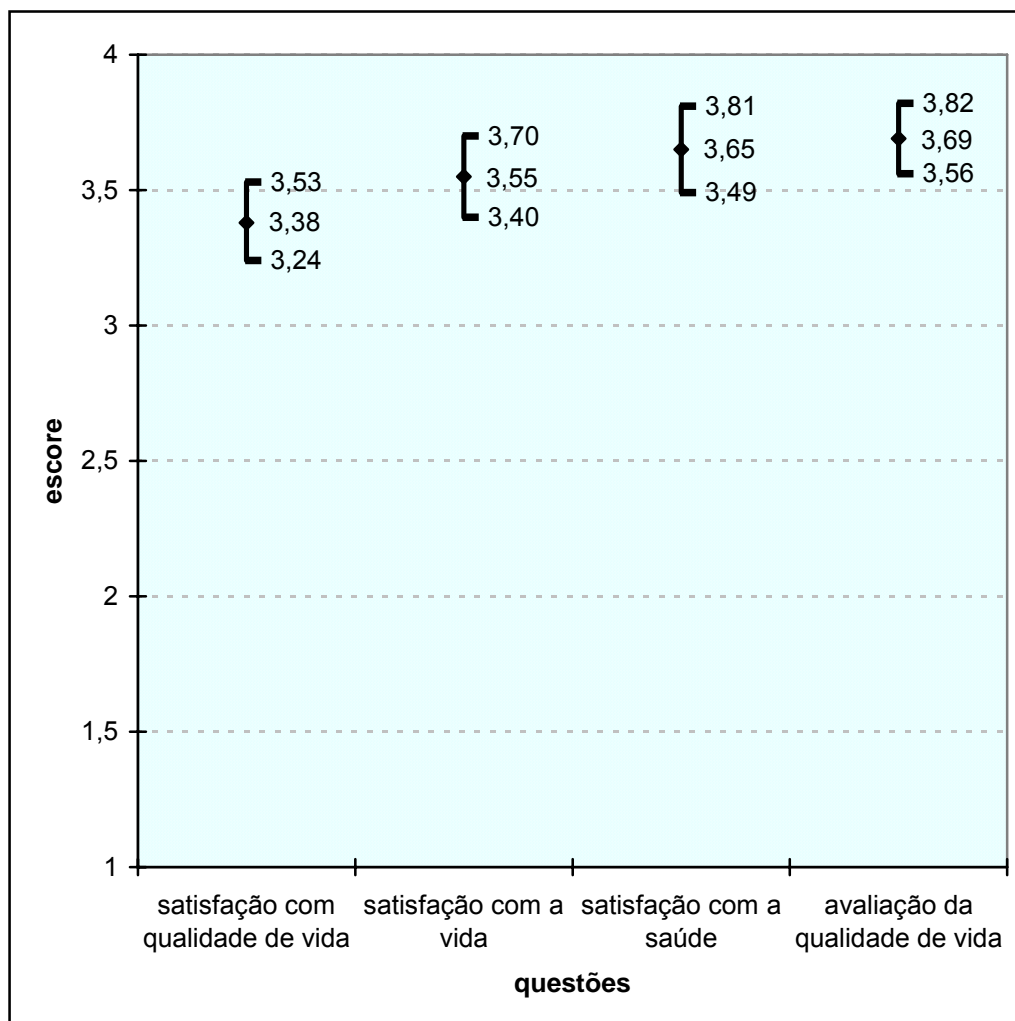


Figura 1- Valores médios das respostas às questões integrantes da 25ª faceta sobre QV Geral. Goiânia, 2005.

O item específico sobre a avaliação da QV obteve uma média de 3,69 na escala de respostas de 1 a 5. Isto significa que os sujeitos avaliaram a QV como “nem ruim / nem boa”, porém, tendendo para “boa”, que corresponde ao valor quatro da escala. A mediana encontrada foi 4.

Em trabalho realizado por Martins (2002, p.55) abordando a atividade dos profissionais em enfermagem com enfoque na QV e capacidade para o trabalho, observou-se que 25% dos sujeitos avaliaram a QV como “nem ruim nem boa” e a maioria (69,6%) como “boa” e “muito boa”.

Em relação aos itens satisfação com a saúde e com a vida, as médias foram 3,65 e 3,55, respectivamente, e que representam na escala de respostas “nem satisfeito / nem insatisfeito”. Esses valores estão descritos na Figura 1 e são reforçados pelo cálculo das medianas para satisfação com a saúde (4) e para satisfação com a vida (4).

O item satisfação com a QV obteve a menor média dentre as quatro questões (3,38). É interessante observar que apesar da “boa” avaliação da QV, da saúde e da própria vida, os entrevistados não estão muito satisfeitos com a sua QV, o que foi evidenciado pela mediana (3) encontrada nesse item.

Talvez possamos considerar a ótica apresentada por Moreira (2000) na qual pontua que a qualidade de vida e a busca pela melhoria da qualidade de vida são procuras incessantes do ser humano, que tem uma eterna necessidade de querer viver bem, de constantemente vislumbrar novas condições para melhoria do cotidiano, mesmo que esta tentativa possa ser vista pelas demais pessoas como inexpressiva.

Isto reforça a necessidade de se investigar a importância que têm os diferentes fatores na percepção de cada indivíduo, no que refere ao seu bem-estar e satisfação com a vida, evidenciando a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida e seus vários significados.

Alguns autores, como Ferrans e Powers (1985), consideram a satisfação o indicador mais importante da qualidade de vida. Para essas autoras a qualidade de vida é a sensação de bem-estar da pessoa, causada pela satisfação ou insatisfação nas áreas de vida importantes para ela.

4.2.1 Análise dos Domínios do WHOQOL

A análise do comportamento dos escores dos domínios revelou que quase todos apresentaram média acima do ponto médio (12), como pode ser visto na Figura 2, com os respectivos intervalos de 95% de confiança. O mais alto escore foi o relativo ao Domínio Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais (17,18), seguido do Domínio Nível de Independência (16,53), do Domínio Relações Pessoais (14,85), do Domínio Psicológico (14,55), do Domínio Físico (13,55) e do Domínio Ambiente (11,95), que obteve o mais baixo escore.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo de Saupe *et al.* (2004) no que tange ao domínio de menor média, ao avaliarem a QV de acadêmicos de enfermagem. O pior desempenho foi obtido pelo Domínio Meio Ambiente e o melhor pelo Domínio Relações Sociais.

O estudo de Lino (2004, p.173) também destacou o domínio que abrange os aspectos psicológicos. Ele avaliou a QV e satisfação profissional de enfermeiras que atuam em UTIs e verificou que “as enfermeiras estudadas consideraram o Domínio Psicológico e Espiritual como os mais importantes”.

No cenário mundial tem havido preocupações com o meio ambiente, na busca da sustentabilidade da vida. Percebe-se um entendimento da necessidade de despertar a consciência da humanidade para a preservação e restauração do meio ambiente.

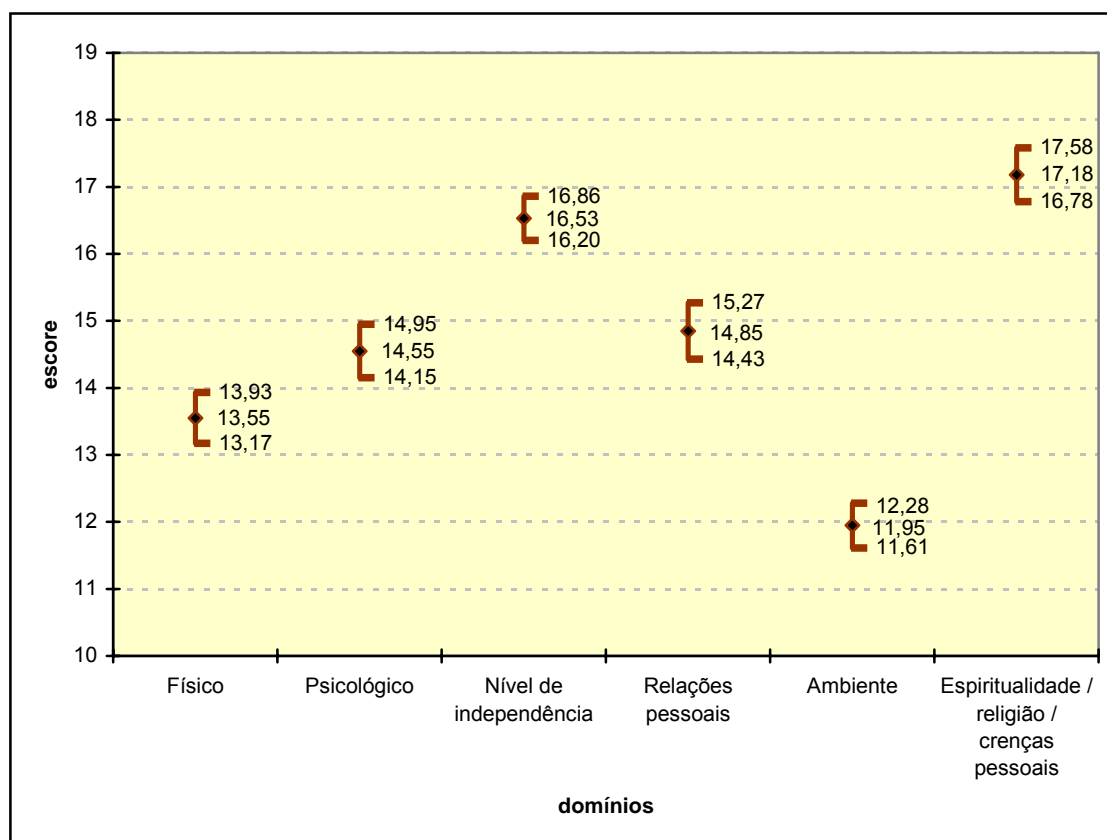


Figura 2 - Médias dos escores dos Domínios do WHOQOL-100. Goiânia, 2005.

As escolas brasileiras já tendem a conhecer, responder e debater as questões ambientais junto às crianças e demais alunos. A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE QUALIDADE DE VIDA (2005) afirma que

[...] há muitos anos vem ocorrendo uma revolução gradativa, muito silenciosamente ainda, mas que é no mundo todo, que vem influenciando tanto pessoas, governos, instituições educacional quanto às implicações do destino do nosso planeta.

A atividade econômica mundial, baseada na produção de massa e no consumismo (mercado globalizado) acaba definindo e impondo estilos de vida e comportamentos que interferem diretamente na QV da população (LAVORATO, 2004).

Esse mesmo autor considera que só se pode discutir QV depois de asseguradas as condições básicas para a vida no planeta. Tudo que colocar em

risco a vida no planeta, não fará sentido algum para a qualidade de vida, pois a situação óbvia para demanda de qualidade de vida, é a própria vida.

Assim, tem havido uma grande preocupação relacionada com a qualidade do ar nas cidades em função dos crescentes problemas relacionados ao uso do automóvel e seus poluentes, destino do lixo, desmatamentos e outros aspectos ligados à ecologia.

O desenvolvimento das cidades modifica profundamente o ambiente, criando modificações que recaem sobre a paisagem, comunidade, sobre o estado psicológico e fisiológico dos habitantes, além de originar fatores culturais que influem ou determinam a QV. Há necessidade de se buscar o equilíbrio da sociedade com o ambiente natural, como tem sido trabalhado nos países desenvolvidos (FORATTINI, 1991).

Na opinião de Azevedo *et al.*(2000) nossa vida não pode ser reduzida simplesmente à rotina, devemos desenvolver hábitos voltados para uma boa saúde, o que nos permitirá também um viver saudável. Para tal, dependemos de um ambiente saudável.

4.2.2 Avaliação do Domínio Ambiente e suas Facetas

O Domínio Ambiente é composto por facetas que abordam a segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, recreação/lazer, ambiente físico e transporte.

As facetas que contribuíram para reduzir a média do escore do Domínio Ambiente (11,95 com IC95%, 11,61 - 12,28) são aquelas cujas médias estão abaixo da média do domínio (Figura 3). Estão relacionadas aos recursos financeiros (10,62), segurança física (10,71) e transporte (10,75).

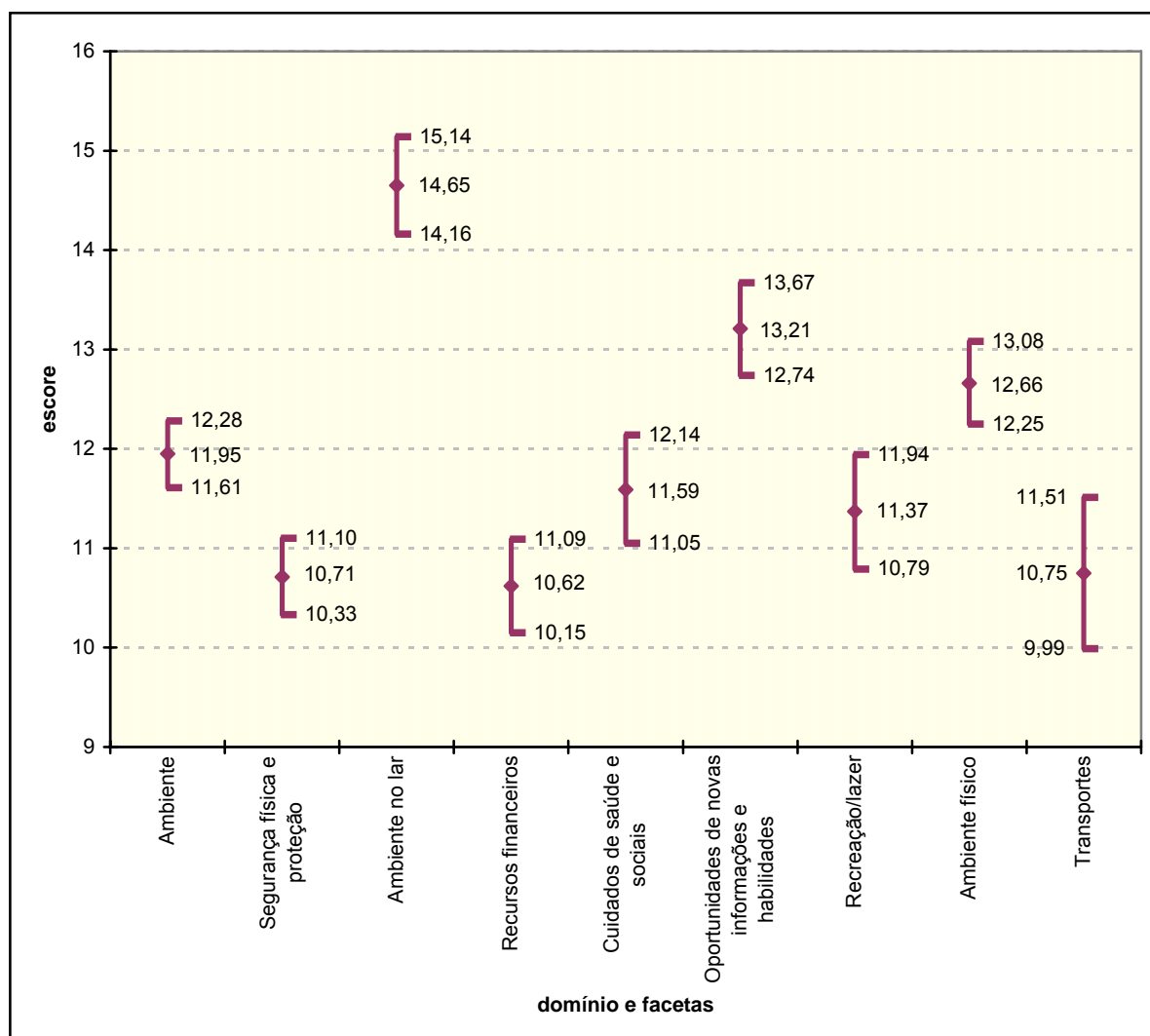


Figura 3 – Comportamento do Domínio Ambiente e suas Facetas. Goiânia, 2005.

A faceta referente aos recursos financeiros apresenta um dos mais baixos escores neste domínio (10,62). Pode ser reflexo dos 32,8% dos entrevistados que não estão satisfeitos com a situação financeira, dos 50,4% que consideram o dinheiro insuficiente para satisfazer as necessidades, dos 40,8% que referem

dificuldades financeiras e dos 50,4% que estão bastante preocupados com dinheiro (Tabela 4).

Tabela 4 – Respostas dos sujeitos da pesquisa (125) às questões da Faceta Recursos Financeiros. Goiânia, 2005.

Considerações dos sujeitos sobre recursos financeiros	n	%
Dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades		
Nada	20	16,0
Muito pouco	43	34,4
Médio	51	40,8
Muito completamente	6	4,8
	5	4,0
Dificuldades financeiras		
Extremamente	10	8,0
Bastante	41	32,8
Mais ou menos	54	43,2
Muito pouco	17	13,6
Nada	3	2,4
Satisfação com situação financeira		
Muito insatisfeito	8	6,4
Insatisfeito	33	26,4
Nem satisfeito/ nem insatisfeito	52	41,6
Satisfeito	31	24,8
Muito satisfeito	1	0,8
Preocupação com dinheiro		
Extremamente	8	6,4
Bastante	55	44,0
Mais ou menos	45	36,0
Muito pouco	15	12,0
Nada	2	1,6

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2004), 27,15% das famílias brasileiras têm muita dificuldade para chegar ao fim do mês com o seu rendimento, e quase sempre o valor médio das despesas é maior que o valor do rendimento. Porém, é válido lembrar que esse grupo estudado faz dupla ou tripla jornada de trabalho e apesar disso têm problemas financeiros. Isso os diferencia dos demais e demonstra que realmente seu rendimento é insuficiente.

Infelizmente os problemas salariais parecem atingir os diferentes trabalhadores na área da enfermagem. Rocha e Felli (2004 p.31) ao estudarem sobre QV no trabalho de docentes de enfermagem apontaram que "a situação do professor, devido à ausência de uma política coerente, tem ocasionado freqüentes distorções salariais gerando insegurança e incertezas".

Uma das causas para os baixos salários na enfermagem podem ser relacionadas à historicidade, que nos primórdios da profissão os princípios eram de caridade, doação, humildade e amor ao próximo, e ainda permanecem no ideário da sociedade até os dias de hoje.

Contudo Rodrigues (2001, p.78) escreve sobre a compreensão da enfermagem como profissão de ajuda e as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho e afirma que

[...] é possível perceber no momento atual, que essa concepção de enfermagem enquanto vocação e do enfermeiro enquanto aquela pessoa que ajuda, que se doa, não é compatível com o modo como vivemos, em que o trabalhador enfermeiro precisa vender a sua força de trabalho para garantir a sua existência.

São consideradas outras questões colaboradoras para os baixos salários em enfermagem, as relativas a divisão sexual do trabalho e relações de gênero. Sendo a enfermagem uma “profissão de mulheres”, sofre com as diferenças existentes entre direitos de homens e mulheres. Pereira (1991) ressalta que a enfermagem tem sofrido muito com o fato de ter maior número de pessoas do sexo feminino entre os seus profissionais.

Brito (2000) escreve que é interessante para o capital, na organização da produção internacional, ter as mulheres como força de trabalho, tirando vantagens dos baixos salários e da fraca regulamentação do trabalho existente em países do terceiro mundo.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2001, p. 51) revelam que entre os anos 1992 e 1997 “para a população feminina, os rendimentos foram inferiores aos masculinos”, exceto nas posições de ocupação principal.

Quanto ao panorama de salários do técnico de enfermagem nas unidades federativas do Brasil, há informações em Boletim da Secretaria de Políticas de

Saúde do Ministério da Saúde de que os salários médios destes profissionais, com contratações em regime de CLT, no ano 2000 variaram entre os valores R\$185,00 (Piauí) e R\$ 777,00 (Amazonas). O de Goiás era R\$ 279,00 aproximando-se do menor valor (BRASIL, 2000).

Em nossa pesquisa não foi investigada a forma contratual de trabalho dos sujeitos, mas mesmo sendo instituições públicas há possibilidade de contratos fora do regime estatutário. Porém, isso possibilitou demonstrar que, independente da forma contratual, a insatisfação com os baixos salários é evidente e justa por parte dos técnicos de enfermagem nos hospitais pesquisados.

Outra faceta que apresentou valores de mais baixo escore dentro do Domínio Ambiente foi a relativa à segurança física e proteção (10,71 com IC95% 10,33 - 11,10), avaliada pelas questões sobre segurança na vida diária, ambiente seguro, preocupações com a segurança e satisfação com a segurança física.

Tais resultados podem advir da realidade de preocupações com as condições atuais de violência existentes em nosso país. De um modo geral, historicamente o Brasil não tem sofrido com catástrofes sérias, diferentemente de outros países que são acometidos por situações como terremotos, guerras freqüentes, atentados etc. Por outro lado, temos uma condição agravante e preocupante, representada pela crescente violência e que tende a influenciar na QV das pessoas.

A violência no Brasil decorre, dentre outros fatores, principalmente da desigualdade entre as classes sociais, com concentração de riquezas nas mãos de uma minoria. Macedo *et al.* (2001) ao estudarem sobre a violência e desigualdade social em Salvador, Brasil, consideraram a hipótese de haver relação entre homicídios e as desigualdades econômico-culturais.

Em pesquisa realizada com donas de casa na cidade de São Paulo abordando problemas ambientais, foram identificados como principais problemas existentes no bairro a poluição do ar, seguida da violência e falta dos serviços de saúde (JACOBI, 2000).

No Brasil, assim como em outros países do mundo, a violência é tradicionalmente tratada como um problema exclusivo de segurança pública, cujas respostas e enfrentamentos encontram lugar nas instituições policiais e judiciárias. Esta visão, entretanto, começa a mudar, havendo um crescente reconhecimento do papel da abordagem da saúde pública para a prevenção da violência (PERES, 2004).

Uma outra faceta que chama atenção no Domínio Ambiente tanto pela média obtida (10,75 com IC95% 9,99 - 11,51), como pelo desconforto percebido pelos usuários, é a do transporte (Figura 3). Sabe-se que a QV depende de fatores objetivos, e dentre estes, o acesso a certos bens e serviços, como o transporte, que é essencial e pode contribuir para uma melhor ou pior QV dos usuários.

O transporte público brasileiro, predominante desde o fim dos anos 60, foi o ônibus, que veio sendo substituído de maneira vertiginosa pelo automóvel. Com o passar do tempo têm sido feito vultosos investimentos na infra-estrutura viária das metrópoles que beneficiam a circulação de automóveis, em detrimento de outros investimentos para o transporte de massa (DELGADO, 1992, p. 231).

A cidade de Goiânia tem vivenciado graves problemas relativos ao transporte coletivo. Apesar de ter ocorrido mudanças nos últimos anos, o problema de superlotação, demora e péssimas condições dos ônibus continuam prevalentes nas queixas dos usuários. Drumond (2004, p. 3) escreve que “os usuários do transporte

coletivo na grande Goiânia (736 mil por dia, em média) são sobreviventes. Enfrentam um inferno diário com as mais diferentes provações e castigos possíveis”.

Ribeiro (2000, p. 100) ao estudar sobre transporte coletivo e QV concluiu que “o sistema de transporte coletivo de Goiânia, pela sua precariedade e ineficiência no cotidiano dos usuários, influi de maneira negativa na qualidade de vida”.

São situações complexas e de conhecimento das autoridades locais e que sem dúvida, carecem de intervenções que efetivamente contribuam para uma melhor circulação de todos.

Para os trabalhadores da enfermagem pode ser um tanto mais complicado, pois exercem suas atividades em dois ou mais empregos e têm que cumprir com rigor o horário de chegada nos postos de trabalho. Isso ocorre em função da especificidade da profissão e do art. 25 da Resolução 04/75 que estabelece ser dever “garantir a continuidade da assistência de enfermagem” (COREN, 1998). Isso impede que os integrantes da equipe de enfermagem deixem o local de trabalho sem que outro responsável o assuma. Portanto, se a maioria trabalha em mais de um local, automaticamente afetará diversos serviços ao mesmo tempo.

As facetas que apresentaram médias com valores maiores no Domínio Ambiente foram ambiente no lar, com média 14,65 (IC95% 14,16 - 15,14) e oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, com média 13,21 (IC95% 12,74 - 13,67), demonstradas na Figura 3.

São vários os motivos que levam à busca de conhecimentos e novas habilidades. Dentre esses, há o desejo de crescimento pessoal e a demanda do mercado por profissionais “polivalentes”. Para Deffune e Depresbiteris (2000) polivalência é mais do que saber diversas coisas; é ter a capacidade de resolver

problemas, de analisar informações, de julgar, de pesquisar, de transferir aprendizagem e capacidade para viver um mundo tão complexo.

O conhecimento tem sido uma mola propulsora para a realidade atual do mercado competitivo. Exige-se um profissional que saiba ser, pensar, fazer e para tanto, as facilidades em adquirir novas habilidades e conhecimento facilitarão sobremaneira o que tem sido exigido.

Percebe-se que as fontes para busca do conhecimento são variadas, desde a formal, existente nas instituições de ensino, bem como as advindas da avançada tecnologia. No entanto, o que tem acontecido é que esta busca tem ocorrido, na maioria das vezes, por conta própria.

O incentivo, principalmente financeiro, para aperfeiçoamento, tem ocorrido mais no âmbito das instituições públicas, como por exemplo, o recente Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) que aconteceu com objetivo de qualificar trabalhadores dessa área.

Para implementar ações diferenciadas e inovadoras na enfermagem é necessário preparo dos profissionais cuidadores para o exercício de seu papel na prática do cuidado (GIACOMIM, 2001).

Quanto à faceta ambiente no lar, que obteve maior média no Domínio Ambiente, os sujeitos avaliaram como satisfeitos com as condições e características do lugar onde moram. Tais resultados se contrapõem aos obtidos na faceta segurança física, na qual demonstraram estar preocupados com os aspectos de violência que são externos ao ambiente do lar.

4.2.3 Avaliação do Domínio Físico e suas Facetas

Dentre os domínios com média mais baixa o Domínio Físico foi o segundo, obtendo média 13,55 (IC95% 13,17 - 13,93). Esse domínio é composto pelas facetas dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso. Dentre essas, a mais influente para elevar o escore do domínio foi a do sono e repouso, com média de 13,39, enquanto que a faceta dor e desconforto contribuiu para diminuir o escore, com média de 11,69 (Figura 4).

A manifestação de dor e desconforto físico, pode ter sido causada pela sobrecarga e condições de trabalho, pois, os sujeitos da pesquisa trabalham em dois ou mais empregos e de pé na maior do tempo, em unidades com pacientes na maioria das vezes com dependência total. São os que prestam cuidados diretos e contínuos.

Reis *et al.* (2003, p.612) ao analisarem os afastamentos de curta duração de profissionais de enfermagem identificaram que “os técnicos de enfermagem procuram 1,61 vez mais o Serviço de Atenção à Saúde dos Trabalhadores (SAST) do que os enfermeiros”.

O desconforto físico parece não estar prejudicando a qualidade do sono e repouso, nem as energias necessárias para o dia-a-dia, pois a questão relativa ao sono apresentou média superior às demais no Domínio Físico (15,39 com IC95% 14,71 - 16,08). Estes valores estão descritos na Figura 4.

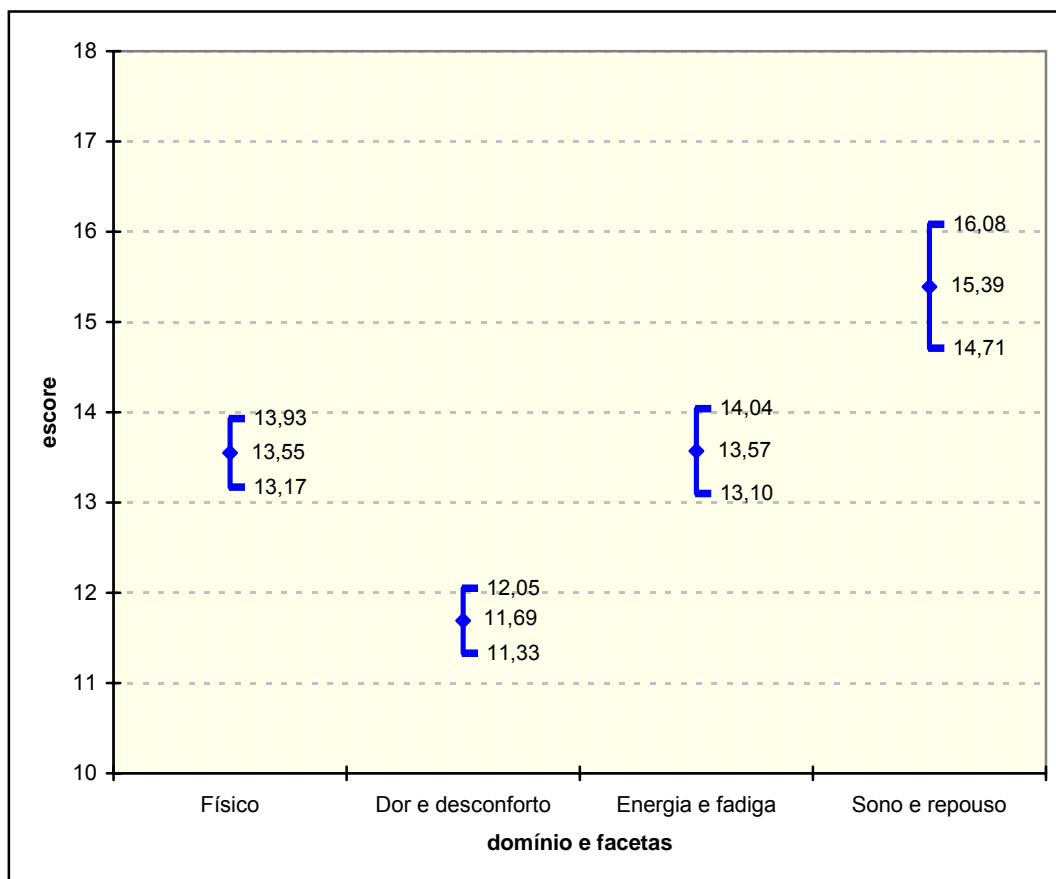


Figura 4 - Comportamento do Domínio Físico e suas Facetas. Goiânia, 2005.

O fator sono tem sido investigado na enfermagem por ser um grupo de profissionais que trabalha em sistema de turnos. Fischer (2002, p.1.266) ao pesquisar sobre a qualidade do sono de auxiliares de enfermagem e enfermeiros, afirmou que “há diferenças estatisticamente significantes entre as médias da qualidade dos episódios de sono noturno e de sono diurno, sendo os últimos de pior qualidade que os primeiros”.

Na presente pesquisa foi investigado apenas o turno de serviço na instituição onde ocorreu a coleta dos dados, sem informações do turno dos outros empregos, sendo esse fator limitante para a análise das respostas dos sujeitos pesquisados.

4.2.4 Avaliação do Domínio Psicológico e suas Facetas

No Domínio Psicológico estão inclusas as facetas referentes a sentimentos positivos (contentamento com a vida, otimismo), à memória, concentração, aprendizagem, capacidade de tomar decisões, à auto-estima (valorização e satisfação consigo mesmo), à aparência física e aos sentimentos negativos (preocupação, tristeza e depressão).

Algumas facetas apresentaram valores médios aproximados ao do Domínio Psicológico (14,55 com IC95% 14,15 - 14,95), conforme descrito na Figura 5.

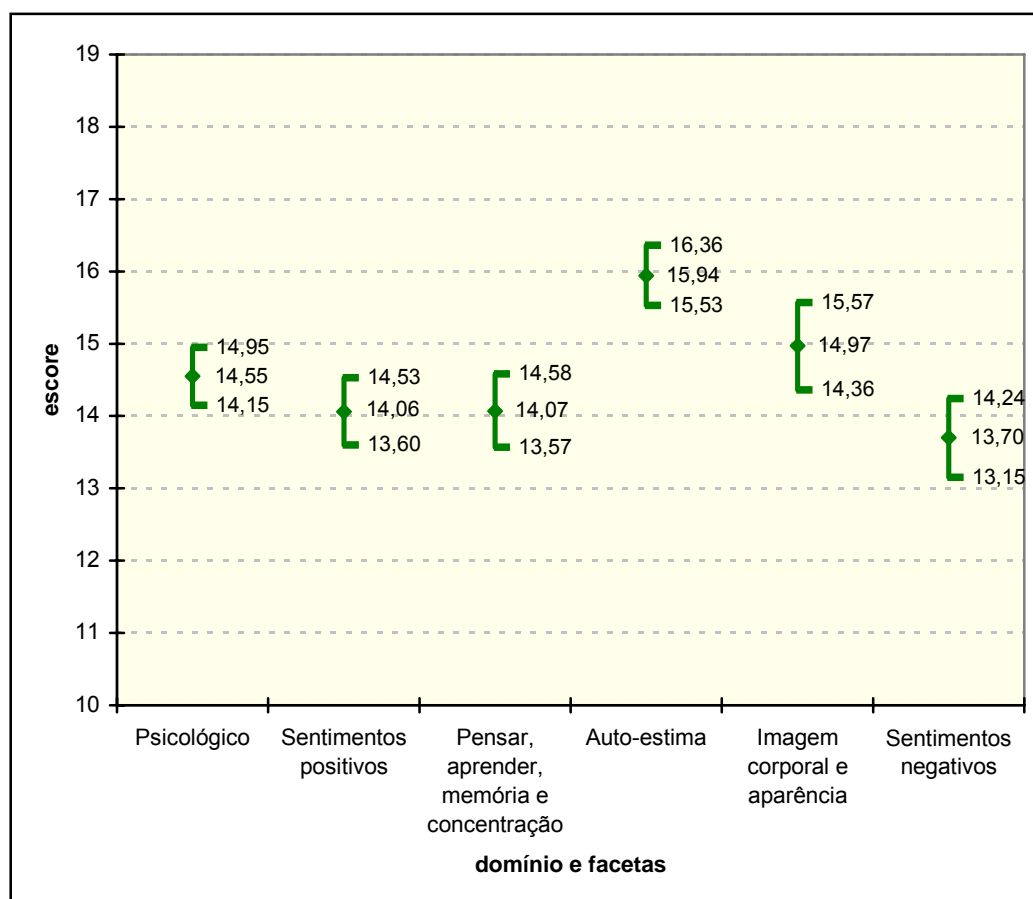


Figura 5 – Comportamento do Domínio Psicológico de suas Facetas. Goiânia, 2005.

Essas facetas foram aquelas referentes ao pensar, aprender, memória e concentração (14,07), sentimentos positivos (14,06) e sentimentos negativos (13,70).

Ressalta-se que a faceta sentimentos positivos obteve média superior à de sentimentos negativos.

A faceta que apresentou média acima da do Domínio Psicológico (14,55) foi a auto-estima (15,94). A da imagem corporal e aparência foi relativamente acima da média (14,97 com IC95% 14,36 - 15,57). Isto demonstra que apesar da existência de pensamentos negativos e positivos, estão satisfeitos consigo mesmo, vale ressaltar também, a boa avaliação da imagem corporal. Diferentemente desses resultados, a pesquisa de Araújo *et al.* (2003, p.430) encontrou que a prevalência global de DPM (Distúrbios Psíquicos Menores) na população de enfermeiros e auxiliares de enfermagem é superior a outros estudos ocupacionais. Consideraram que os dados denotam “sério problema de saúde mental na população estudada”.

Nas considerações de Conte (2003, p. 34) “o que mais desejamos na vida é felicidade, busca antiga do homem. Porém, para ser feliz é necessário ter saúde, satisfação consigo próprio e com o trabalho, e tudo isso compreende qualidade de vida”.

Apesar da multidimensionalidade dos aspectos psicológicos do grupo aqui pesquisado, as percepções dos sujeitos tenderam para respostas na mesma direção.

4.2.5 Avaliação do Domínio Relações Sociais e suas Facetas

O Domínio Relações Sociais engloba as facetas relações pessoais, atividade sexual e o suporte (apoio) social. As médias dos escores dessas duas últimas

facetas (14,63 e 14,02) estão pouco abaixo da média do domínio (14,85), mas ainda dentro do IC 95% (14,43 - 15,27). A figura 6 demonstra esses valores.

Apesar da média do escore relativo à atividade sexual pouco inferior à média do domínio, os valores ainda podem representar que os sujeitos estão satisfeitos com a vida sexual, pois avaliaram-na como “boa” e “muito boa” na escala de respostas tipo *Likert* (média 3,69 e mediana 4).

Quanto à faceta relações pessoais a maioria dos entrevistados respondeu que estão “satisfeitos” ou “muito satisfeitos” com o apoio da família e com o apoio dos amigos. Esses resultados talvez expliquem o fato dessa faceta ter obtido o escore mais alto dentro do Domínio Relações Sociais.

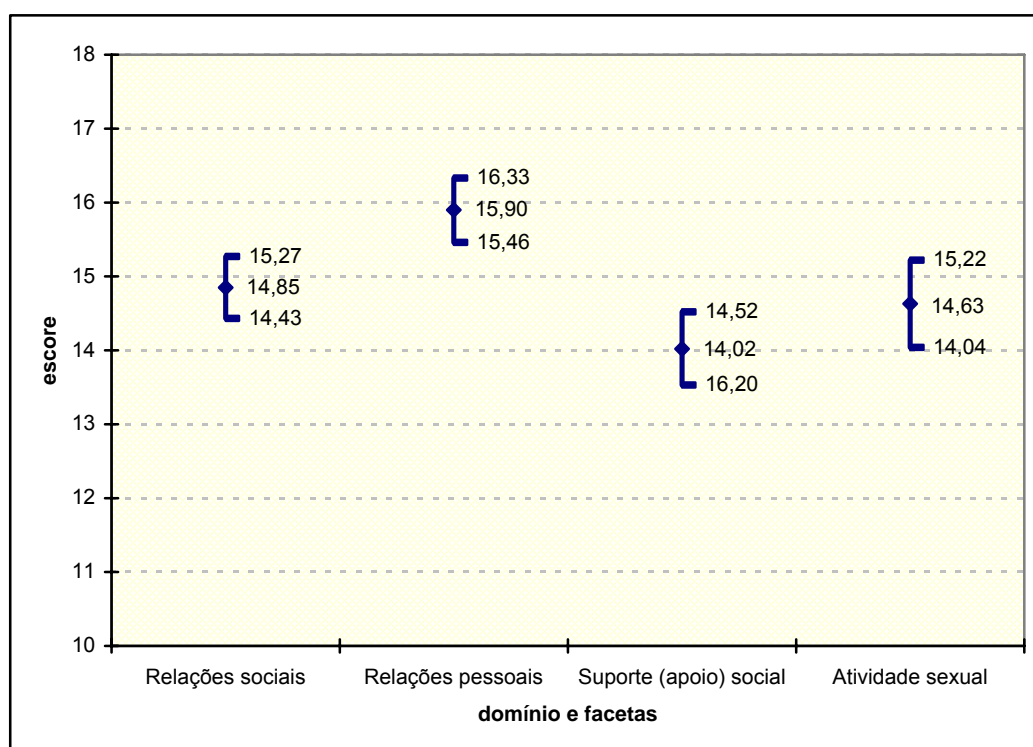


Figura 6 – Comportamento do Domínio Relações Sociais e suas Facetas. Goiânia, 2005.

Nota-se que apesar das mudanças ocorridas na tecnologia da comunicação, que influenciaram as relações humanas criando distanciamento e afastamento das

peessoas, há de se considerar que os sujeitos pesquisados continuam tendo e valorizando as relações pessoais em diferentes planos da vida cotidiana, seja no trabalho ou na família.

Como trabalhadores em saúde suas ações dependem muito da boa relação entre as pessoas, pois vivem com gente e trabalham com gente. Comprovadamente, quando isto acontece de forma harmoniosa, gera bom rendimento no trabalho e satisfação pessoal.

Na enfermagem a essência é o cuidar e para que o cuidado tenha o seu real sentido, é necessário que os atuantes saibam lidar com as relações interpessoais, considerando que aquele que está bem com o grupo, consigo mesmo e com ambiente, provavelmente terá mais condições de prestar melhor atendimento ao doente. Neste contexto formam o chamado grupo social, que nas considerações de Zanella *et al.* (2002, p. 28) “é um espaço de encontro/confronto de singularidades que ali se expressam/constituem/transformam, configurando ao mesmo tempo como um coletivo e lócus de diferenças”.

Em pesquisa realizada por Braga *et al.* (2004, p. 40) sobre facilidades e dificuldades encontradas na comunicação em grupos de profissionais de saúde, a boa interação profissional e pessoal foram identificadas como uma das facilidades para a comunicação.

Estes resultados relativos às relações pessoais do grupo de enfermagem demonstram aspectos positivos no que tange a uma antiga e atual questão, que é a relação do ser humano, ou seja, “adaptação do homem ao homem”. É do saber de todas as áreas do conhecimento, a tão comum existência de simpatia e antipatia nas relações humanas.

4.2.6 Avaliação do Domínio Nível de Independência e suas Facetas

No Domínio Nível de Independência que apresentou média 16,53 (IC95%, 16,20-16,86), são abordados aspectos relativos à locomoção, desempenho de atividades da vida cotidiana, dependência de medicação e capacidade de trabalho. As facetas que apresentaram média do escore mais baixa que as do domínio foram mobilidade (15,57) e desempenho das atividades da vida cotidiana (15,74). Esses dados estão descritos na Figura 7.

A população estudada é jovem e a maioria avaliou-se como satisfeita e capaz nas questões relativas às facetas do Domínio Nível de Independência. Responderam não ter dificuldades para locomoção, não dependerem de medicação e tratamentos. Sentem-se capazes e sem dificuldades no desempenho de suas atividades cotidianas. Essas características atendem à demanda das UTIs em relação ao não absenteísmo por problemas de saúde e quanto à capacidade de desenvolver atividades para o trabalho.

Resultados similares quanto à capacidade para o trabalho foram encontrados em pesquisa que avaliou a QV no trabalho de auxiliares de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde de Curitiba, realizado por Dissenha (1999, p. 37). A maioria (87,5) dos sujeitos afirmou não ter dificuldades para realizar seu trabalho.

É interessante observar que nesse item referente à satisfação dos sujeitos quanto a capacidade para o trabalho, os entrevistados consideram-se “muito” ou “completamente” capazes, evidenciado nas respostas da escala tipo *Likert*, cuja média foi de 4,18 e a mediana 4.

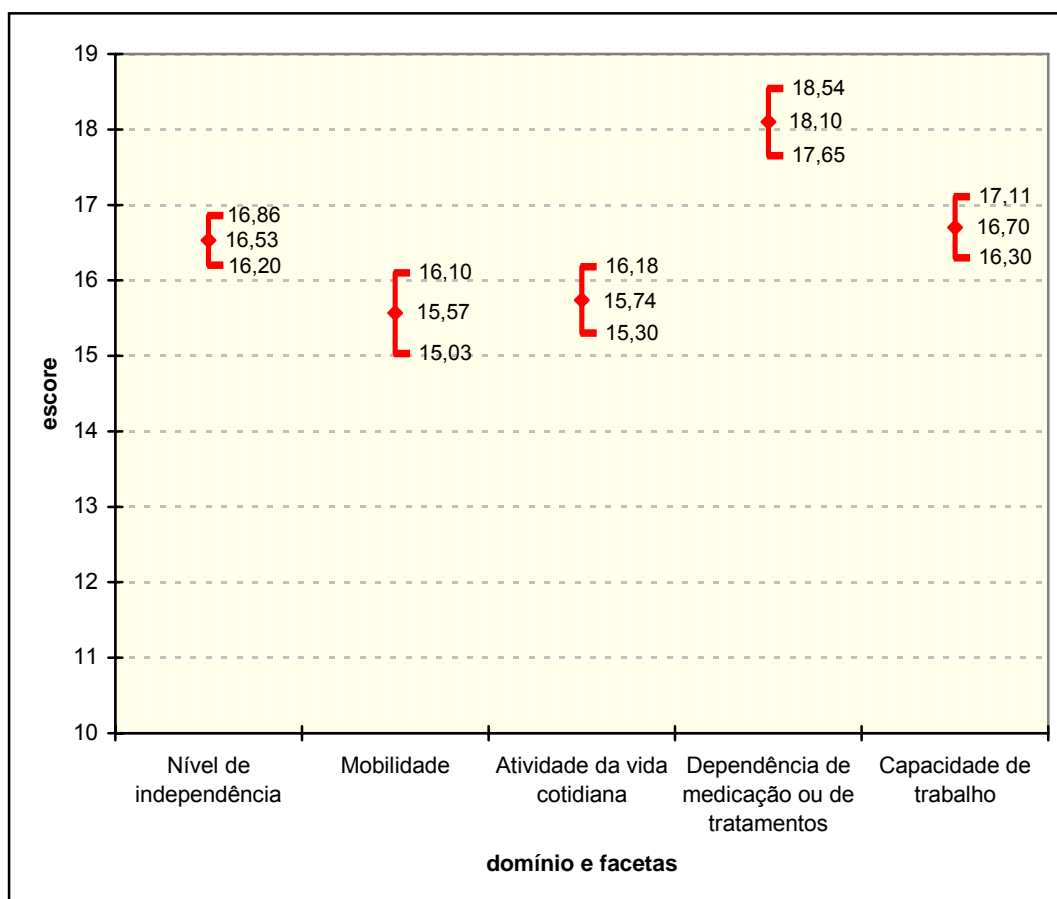


Figura 7 – Comportamento do Domínio Nível de Independência e suas Facetas. Goiânia, 2005.

O estudo de Corrêa (1995) comparou o trabalho desenvolvido por enfermeiras de UTI, com as de outras unidades hospitalares. Concluiu que a especificidade do trabalho na UTI faz com que os profissionais se sintam diferenciados, pois além dos conhecimentos e habilidades específicos, conciliam as atividades de cuidar direto e administrar, refletindo a possibilidade de realizarem um trabalho abrangente.

Existem mitos socialmente estabelecidos dentro de uma UTI, que foram estudados por Bastos (2002, p. 136). Ele afirma que o mito do domínio da técnica e do saber é utilizado “como estratégia de sobrevivência de um grupo, num mundo isolado e de sofrimento, onde a máscara do ‘tudo sob controle’ simula segurança para os outros e para si mesmo, num cotidiano repleto de riscos e incertezas”.

Vale ressaltar que parece haver uma relação entre a satisfação com a capacidade para o trabalho e a satisfação com a vida, pois, a maioria dos indivíduos respondeu estar satisfeitos com ambas (Figura 7 e Figura 1, p.57).

Rodrigues (1994) sugere que

[...] “o nosso contentamento com a vida é uma construção do conceito sobre a satisfação com os domínios específicos da vida, tais como as experiências no trabalho e a família (...) QV no trabalho é um ponto vital, não só para a realização do homem no trabalho, mas também em toda sua existência”.

Estudiosos sobre QVT consideram que o trabalho ganha centralidade na vida das pessoas, e que é necessário estar alerta para não tê-lo apenas como fim, e sim como meio, porque ao mesmo tempo em que pode trazer satisfação, pode trazer dor/desconforto, dentre outras conseqüências. Apontam como exemplos de sofrimento, as situações de pessoas que após estarem aposentados sofrem e por vezes até morrem. Moreira (2000, p. 51) ao pesquisar sobre QV, trabalho e envelhecimento, considera que o trabalho “é dialético, porque ao mesmo tempo em que pode dar prazer, pode proporcionar a dor. Pode desencadear morbidade e até mortalidade em caso de afastamento”.

Faz-se necessário, portanto, conhecer os benefícios e malefícios que o trabalho pode trazer às pessoas e um ponto de partida pode ser a avaliação pessoal da satisfação de cada um em relação ao trabalho, nos diversos domínios que compõem a qualidade de sua vida.

4.2.7 Avaliação do Domínio Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais e sua Faceta

O Domínio Espiritualidade é composto apenas por uma faceta e diz respeito às crenças pessoais/espiritualidade/religião dos indivíduos para enfrentar e entender as dificuldades, bem como o sentido da vida. Esse foi o domínio que apresentou o mais alto escore, com média 17,18 (IC95% 17,58 - 16,78) descrito na Figura 2 (p.60), confirmando a religiosidade do povo brasileiro e o significado da fé em suas vidas como suporte para enfrentamento das dificuldades encontradas no dia-a-dia.

Há diferença entre os termos espiritualidade e religiosidade descritas por Fleck *et al.* (2003, p. 448)

[...] “a espiritualidade coloca questões a respeito do significado da vida e da razão de viver, não limitando-se a alguns tipos de crenças ou práticas (...) religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita segue e pratica uma religião”.

A espiritualidade é considerada por Atkinson & Murray (1989, p. 291) como uma das necessidades do ser humano dentre outras: necessidade de oxigenação, de manutenção da temperatura, de nutrição, hídrica, de eliminação, repouso e sono, de evitar a dor, de sexo e sexualidade, de estimulação, segurança, amor e gregária, auto-estima e auto-realização.

Tais necessidades podem variar de acordo com a cultura e crenças de cada pessoa, povo e época. Para Horta (1979, p. 39) as necessidades humanas básicas podem não se manifestar, porém estão “latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo de algum desequilíbrio instalado”.

Segundo Boff (2003, p. 23) desde os tempos imemoriais, todos os povos e culturas vivenciavam o significado sagrado de todas as coisas e “cultivavam a

espiritualidade como aquela visão interior que unia tudo à Fonte divina. Somente nos últimos quatro séculos surgiram um tipo de humanidade cega a estas dimensões e, por isso, profundamente empobreceu sua realização no mundo”.

Conde (1962, p. 68) escreve que “só a fé satisfaz as aspirações da alma, só a fé prepara grandes e elevadas tarefas na vida”.

Em função das influências culturais, sociais e crenças pessoais, no cotidiano há quem busque demasiadamente atender algumas necessidades, como as financeiras, em detrimento de outras consideradas básicas, como a espiritualidade. Para outras pessoas a espiritualidade ganha primazia em suas aspirações individuais. No grupo pesquisado, a espiritualidade parece não estar em latência, pois foi ressaltada como algo que dá sentido em suas vidas.

4.3 Estratificação das Variáveis Sociodemográficas de acordo com os Domínios e Facetas

Buscando identificar as diferenças entre os grupos das variáveis sociodemográficas e sua relação com os domínios e facetas, foi realizada análise por meio do teste de Kruskal-Wallis H, para variáveis com apenas dois estratos e de Jonckheere-Terpstra para aquelas com três ou mais estratos.

Os resultados desses testes indicaram que não houve diferenças estatísticas significativas na estratificação das variáveis sexo, categoria profissional, faixa etária, tempo de serviço na enfermagem, número de empregos e de filhos em relação aos escores dos domínios. Todavia, houve participantes com valores dos escores acima da mediana nas variáveis estado civil, tipos de religião e tempo de serviço em UTI (Tabela 5).

No Domínio Relações Sociais, dentre os 66 sujeitos casados que participaram da pesquisa, 57,58% apresentaram escore acima da mediana em relação aos não casados (Tabela 5).

Esses resultados sugerem que a estabilidade de um relacionamento tende a melhorar a satisfação com as relações familiares e com a atividade sexual.

Tabela 5- Porcentagem de pessoas com escores dos domínios acima da mediana, de acordo com os estratos das variáveis sociodemográficas. Goiânia, 2005.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	Físico	Psicológico	Nível de Independência	Relações Sociais	Ambiente	Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais
SEXO						
Masculino (n=12)	50,00	33,33	50,00	33,33	33,33	33,33
Feminino (n=113)	45,13	51,33	47,79	49,56	50,44	47,79
ESTADO CIVIL						
Casados (n=66)	53,03	50,00	50,00	57,58*	60,61*	50,00
Não casados (n=59)	37,29	49,15	45,76	37,29	35,59	42,37
CATEGORIA PROFISSIONAL						
Auxiliar de enfermagem (n=9)	44,44	66,67	66,67	44,44	55,56	55,56
Técnico de enfermagem (n=116)	45,69	48,28	46,55	48,28	48,28	45,69
RELIGIÃO						
Católica (n=73)	46,58	46,58	43,84	45,21	45,21	42,47
Evangélica (n=32)	53,13	43,75	50,00	53,13	56,25	59,38*
FAIXA ETÁRIA						
20 a 29 (n=34)	38,24	55,88	52,94	44,12	50,00	44,12
30 a 39 (n=50)	48,00	52,00	46,00	48,00	54,00	48,00
40 e mais (n=41)	48,78	41,46	46,34	51,22	41,46	46,34
TEMPO DE SERVIÇO NA ENFERMAGEM						
5 a 9 anos (n=56)	46,43	55,36	48,21	44,64	51,79	46,43
10 a 14 anos (n=34)	41,18	47,06	41,18	52,94	55,88	50,00
15 a 19 anos (n=18)	61,11	44,44	55,56	33,33	33,33	33,33
Acima de 20 anos (n=17)	35,29	41,18	52,94	64,71	41,18	52,94
TEMPO DE SERVIÇO EM UTI						
< 1 ano (n=28)	35,71	39,29	39,29	25,00**	39,29	28,57
1 a 5 anos (n=16)	43,75	50,00	37,50	56,25	62,50	50,00
5 anos e mais (n=81)	49,38	53,09	53,09	54,32	49,38	51,85
NÚMERO DE EMPREGOS						
1 emprego (n=43)	51,16	60,47	53,49	44,19	55,81	39,53
2 empregos (n=69)	43,48	47,83	47,83	53,62	49,28	52,17
3 empregos ou mais (n=13)	38,46	23,08	30,77	30,77	23,08	38,46
NÚMERO DE FILHOS						
Sem filhos (n=29)	31,03	51,72	44,83	34,48	44,83	41,38
1 filho (n=36)	52,78	55,56	50,00	47,22	52,78	38,89
2 filhos (n=39)	53,85	48,72	61,54	56,41	53,85	56,41
3 filhos ou mais (n=21)	38,10	38,10	23,81	52,38	38,10	47,62

* Teste de Kruskal-Wallis: $p < 0,05$.

** Teste de Jonckheere-Terpstra: $p < 0,05$.

Ainda nesse domínio houve participantes com escores abaixo da mediana nos estratos da variável tempo de serviço em UTI. Dos 28 sujeitos que trabalham há mais de um ano na UTI, 25% obtiveram escores do domínio inferior ao da mediana (Tabela 5). Estes resultados mostram que quanto maior o tempo de serviço nas UTIs, maior o escore nesse domínio.

No Domínio Ambiente houve diferenças entre casados e não casados, sendo que dos 66 sujeitos casados, 60,61% apresentaram escore acima da mediana, como apresentado na Tabela 5. Tais resultados apontam que os casados possivelmente estão menos preocupados com a segurança física, mais satisfeitos com o ambiente no lar, menos insatisfeitos com a disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais, e com os recursos financeiros.

A estratificação da variável religião apresentou diferenças no Domínio Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais. 59,38% dos 32 evangélicos tiveram escore acima da mediana em relação aos católicos (Tabela 5).

Tais resultados sugerem que as crenças pessoais desses sujeitos nos princípios da religião evangélica dão mais sentido à vida, ajudam a entender e enfrentar melhor as dificuldades da vida que os católicos.

Após apontar a porcentagem de pessoas com escores dos domínios acima da mediana, vale ressaltar que essa é uma descrição geral. O detalhamento será apresentado a seguir, com a análise das questões referentes às facetas, evitando assim, a redundância de informações, pois, as facetas são parte dos domínios.

No Domínio Físico houve diferença estatística significativa ($p=0,013$), entre os estratos da variável religião. Dentre os 73 sujeitos católicos que participaram da pesquisa, 47,95% apresentaram escores das facetas acima da mediana (Tabela 6).

Tabela 6- Porcentagem de pessoas com escores das facetas do Domínio Físico acima da mediana, segundo os estratos das variáveis sociodemográficas. Goiânia, 2005.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	01. Dor e desconforto	02. Energia e fadiga	03. Sono e repouso
SEXO			
Masculino (n=12)	25,00	41,67	58,33
Feminino (n=113)	46,02	38,05	47,79
ESTADO CIVIL			
Casado (n=66)	37,88	37,88	54,55
Outros (n=59)	50,85	38,98	42,37
CATEGORIA PROFISSIONAL			
Auxiliar de enfermagem (n=9)	66,67	55,56	44,44
Técnico de enfermagem (n=116)	42,24	37,07	49,14
RELIGIÃO			
	p=0,013*		
Católica (n=73)	47,95	36,99	43,84
Evangélica (n=32)	28,13	43,75	40,63
FAIXA ETÁRIA			
20 a 29 (n=34)	35,29	35,29	41,18
30 a 39 (n=50)	48,00	42,00	48,00
40 e mais (n=41)	46,34	36,59	56,10
TEMPO DE SERVIÇO NA ENFERMAGEM			
5 a 9 anos (n=56)	35,71	41,07	48,21
10 a 14 anos (n=34)	52,94	35,29	52,94
15 a 19 anos (n=18)	50,00	33,33	44,44
Acima de 20 anos (n=17)	47,06	41,18	47,06
TEMPO DE SERVIÇO EM UTI			
< 1 ano (n=28)	35,71	32,14	32,14
1 a 5 anos (n=16)	37,50	37,50	50,00
5 anos e mais (n=81)	48,15	40,74	54,32
NÚMERO DE EMPREGOS			
1 emprego (n=43)	46,51	41,86	55,81
2 empregos (n=69)	46,38	39,13	44,93
3 empregos ou mais (n=13)	23,08	23,08	46,15
NÚMERO DE FILHOS			
Sem filhos (n=29)	48,28	34,48	44,83
1 filho (n=36)	41,67	44,44	50,00
2 filhos (n=39)	38,46	38,46	46,15
3 filhos ou mais (n=21)	52,38	33,33	57,14

* Teste de Kruskal-Wallis: $p < 0,05$.

Estes valores apontam que os sujeitos católicos estão mais preocupados com dor e desconforto físico em relação aos evangélicos. Isto aponta a possibilidade destes sujeitos terem maior dificuldade de enfrentar problemas de ordem física.

Há várias áreas da ciência que têm focado o significado positivo da religiosidade na vida das pessoas, por exemplo, nos momentos em que enfrentam algum problema como os de origem física e psicológica.

Nas respostas às questões do Domínio Psicológico, os sujeitos avaliaram que estão satisfeitos consigo mesmos, porém, ao ser analisada a porcentagem de pessoas com escores das facetas acima da mediana, houve diferença estatística ($p=0,012$) em relação à variável sexo (Tabela 7).

Tabela 7- Porcentagem de pessoas com escores das facetas do Domínio Psicológico acima da mediana, segundo os estratos das variáveis sociodemográficas. Goiânia, 2005.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	04. Sentimentos positivos	05. Pensar, aprender, memória e concentração	06. Auto-estima	07. Imagem corporal e aparência	08. Sentimentos negativos
SEXO	$p=0,012^*$				
Masculino (n=12)	8,33	33,33	25,00	25,00	50,00
Feminino (n=113)	53,98	32,74	38,94	39,82	43,36
ESTADO CIVIL					
Casado (n=66)	50,00	30,30	34,85	37,88	50,00
Outros (n=59)	49,15	35,59	40,68	38,98	37,29
CATEGORIA PROFISSIONAL					
Auxiliar de enfermagem (n=9)	33,33	22,22	11,11	66,67	33,33
Técnico de enfermagem (n=116)	50,86	33,62	39,66	36,21	44,83
RELIGIÃO					
Católica (n=73)	43,84	27,40	36,99	45,21	43,84
Evangélica (n=32)	59,38	43,75	40,63	50,00	37,50
FAIXA ETÁRIA					
20 a 29 (n=34)	55,88	38,24	44,12	41,18	29,41
30 a 39 (n=50)	56,00	28,00	32,00	40,00	56,00
40 e mais (n=41)	36,59	34,15	39,02	34,15	41,46
TEMPO DE SERVIÇO NA ENFERMAGEM					
5 a 9 anos (n=56)	53,57	30,36	37,50	39,29	37,50
10 a 14 anos (n=34)	58,82	32,35	35,29	38,24	61,76
15 a 19 anos (n=18)	44,44	38,89	44,44	27,78	38,89
Acima de 20 anos (n=17)	23,53	35,29	35,29	47,06	35,29
TEMPO DE SERVIÇO EM UTI					
< 1 ano (n=28)	53,57	25,00	28,57	35,71	50,00
1 a 5 anos (n=16)	50,00	31,25	37,50	37,50	43,75
5 anos e mais (n=81)	48,15	35,80	40,74	39,51	41,98
NÚMERO DE EMPREGOS	$p=0,015^{**}$				
1 emprego (n=43)	55,81	44,19	44,19	44,19	39,53
2 empregos (n=69)	46,38	30,43	36,23	39,13	43,48
3 empregos ou mais (n=13)	46,15	7,69	23,08	15,38	61,54
NÚMERO DE FILHOS					
Sem filhos (n=29)	62,07	27,59	41,38	41,38	37,93
1 filho (n=36)	47,22	27,78	30,56	33,33	41,67
2 filhos (n=39)	53,85	43,59	46,15	43,59	48,72
3 filhos ou mais (n=21)	28,57	28,57	28,57	33,33	47,62

* Teste de Kruskal-Wallis: $p < 0,05$.

** Teste de Jonckheere-Terpstra: $p < 0,05$.

As mulheres tiveram escores mais altos em relação aos homens no que se refere ao quanto aproveitam a vida, ao otimismo em relação ao futuro, além de afirmarem se sentirem mais contentes e experimentarem mais sentimentos positivos.

Possati e Dias (2002) estudaram mulheres com multiplicidade de papéis e ao observar o bem-estar psicológico daquelas que trabalham e são mães, concluíram que “as recompensas a partir da autonomia e autoridade de decisão predizem as medidas de bem-estar psicológico”.

Outro ponto digno de nota são as observações de Weil (2003) sobre as diferentes características entre os sexos, que poderiam ilustrar a significativa diferença em relação aos sentimentos positivos das mulheres. Dentre as masculinas estão a razão e o raciocínio, a percepção do conjunto, necessidade da conquista, o predomínio da força e o desejo de satisfação sexual rápida. As femininas são a intuição e sentimento, a percepção dos detalhes, a necessidade de atrair, de ser protegida, de estabilidade e segurança e aceitação do sofrimento.

É interessante observar ainda que houve diferença significativa ($p= 0,015$) nos estratos da variável número de empregos. Quanto menor o número de empregos, maior o escore da faceta sentimentos positivos (Tabela 7).

Parece lógico que a sobrecarga de trabalho interfira nas possibilidades individuais de aproveitar a vida e no contentamento com a vida. Assim, quem tem menos empregos parecem experimentar mais sentimentos positivos.

Quanto à porcentagem de pessoas com escores das facetas acima da mediana no Domínio Nível de Independência, os testes mostraram que houve diferença estatística significativa ($p=0,033$) nas respostas referentes às questões da faceta dependência de medicação e tratamentos, indicando que quanto maior a

idade, maior a possibilidade de dependência de medicação e tratamentos (Tabela 8).

Contudo, dados dessa mesma tabela indicam que a idade não implicou em ter ou não mais dificuldades em exercer suas atividades no dia-a-dia.

Tabela 8- Porcentagem de pessoas com escores das facetas do Domínio Nível de Independência acima da mediana, segundo os estratos das variáveis sociodemográficas. Goiânia, 2005.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	09. Mobilidade	10. Atividade da vida cotidiana	11. Dependência de medicação ou de tratamentos	12. Capacidade de trabalho
SEXO				
Masculino (n=12)	58,33	33,33	25,00	41,67
Feminino (n=113)	37,17	37,17	42,48	41,59
ESTADO CIVIL				
Casado (n=66)	42,42	36,36	34,85	40,91
Outros (n=59)	35,59	37,29	47,46	42,37
CATEGORIA PROFISSIONAL				
Auxiliar de enfermagem (n=9)	33,33	55,56	33,33	33,33
Técnico de enfermagem (n=116)	39,66	35,34	41,38	42,24
RELIGIÃO				
Católica (n=73)	42,47	38,36	43,84	45,21
Evangélica (n=32)	37,50	31,25	28,13	46,88
FAIXA ETÁRIA				
20 a 29 (n=34)	41,18	38,24	23,53	35,29
30 a 39 (n=50)	32,00	34,00	46,00	44,00
40 e mais (n=41)	46,34	39,02	48,78	43,90
TEMPO DE SERVIÇO NA ENFERMAGEM				
5 a 9 anos (n=56)	35,71	37,50	32,14	41,07
10 a 14 anos (n=34)	41,18	41,18	55,88	44,12
15 a 19 anos (n=18)	44,44	27,78	38,89	44,44
Acima de 20 anos (n=17)	41,18	35,29	41,18	35,29
TEMPO DE SERVIÇO EM UTI				
< 1 ano (n=28)	39,29	25,00	28,57	32,14
1 a 5 anos (n=16)	25,00	31,25	43,75	31,25
5 anos e mais (n=81)	41,98	41,98	44,44	46,91
NÚMERO DE EMPREGOS				
1 emprego (n=43)	39,53	37,21	34,88	44,19
2 empregos (n=69)	37,68	37,68	40,58	40,58
3 empregos ou mais (n=13)	46,15	30,77	61,54	38,46
NÚMERO DE FILHOS				
Sem filhos (n=29)	37,93	31,03	34,48	34,48
1 filho (n=36)	41,67	36,11	30,56	38,89
2 filhos (n=39)	43,59	43,59	38,46	53,85
3 filhos ou mais (n=21)	28,57	33,33	71,43	33,33

** Teste de Jonckheere-Terpstra: $p < 0,05$.

De uma maneira geral é de se esperar que a idade tenha relação direta com a dependência de medicação e tratamentos. Por outro lado, há o reconhecimento de

que a velhice não implica necessariamente em doença. “Envelhecer com saúde e cercado de contato social tem motivado a realização de estudos em diversas áreas para a identificação dos meios pelos quais se pode chegar a uma velhice bem-sucedida” (CARNEIRO; FALCONE, 2004, p. 21).

Outra variável que apresentou diferença entre os grupos no Domínio Nível de Independência foi o tempo de serviço em UTI na faceta capacidade para o trabalho ($p=0,048$). Dentre os 81 sujeitos da pesquisa que trabalham há mais que cinco anos em UTI, 46,9% apresentaram escore acima da mediana (Tabela 8). Estes resultados mostram que quanto maior o tempo de serviço dos sujeitos nas UTIs, maior é a sua capacidade para o trabalho.

Nota-se que o fator tempo tem seu valor no que se refere à capacidade para o trabalho, fortalecendo a idéia de que, quanto mais se trabalha em uma área específica, mais se adquire experiência e segurança no trabalho exercido.

Resultados anteriores indicaram que os sujeitos da pesquisa são satisfeitos com sua vida sexual, na faceta atividade sexual do Domínio Relações Sociais. Ao se estratificar as variáveis sociodemográficas, identificou-se diferença estatística significativa ($p=0,012$) entre os casados e não casados. Dos 66 sujeitos casados que participaram da pesquisa, 59,09% tiveram escores da faceta atividade sexual acima da mediana. Ou seja, os casados avaliaram-se como mais satisfeitos com sua vida sexual (Tabela 9).

No relacionamento entre casados, as relações vão além da harmonia sexual, pelo convívio diário. Weil (2003) escreve sobre casamento e vida conjugal, considerando que o amor entre casais é uma união total, física, sentimental,

intelectual e espiritual. Ressalta que enfatizar só o aspecto físico é contribuir para uma geração de infelizes e insatisfeitos.

Martins (1995, p.198) ao pesquisar sobre sexualidade, encontrou que “a maioria dos homens e mulheres, preferem ter relação sexual com pessoas que conhecem, valorizam o afeto e o prazer na relação”.

Tabela 9- Porcentagem de pessoas com escores das facetas do Domínio Relações Sociais acima da mediana, segundo os estratos das variáveis sociodemográficas. Goiânia, 2005.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	13. Relações pessoais	14. Suporte (Apoio) social	15. Atividade sexual
SEXO			
Masculino (n=12)	33,33	25,00	66,67
Feminino (n=113)	50,44	46,90	46,90
ESTADO CIVIL	p=0,024*		p=0,012*
Casado (n=66)	59,09	51,52	59,09
Não casado (n=59)	37,29	37,29	37,29
CATEGORIA PROFISSIONAL			
Auxiliar de enfermagem (n=9)	44,44	44,44	55,56
Técnico de enfermagem (n=116)	49,14	44,83	48,28
RELIGIÃO			
Católica (n=73)	28,77	43,84	36,99
Evangélica (n=32)	25,00	50,00	31,25
FAIXA ETÁRIA			
20 a 29 (n=34)	38,24	44,12	50,00
30 a 39 (n=50)	54,00	50,00	50,00
40 e mais (n=41)	51,22	39,02	46,34
TEMPO DE SERVIÇO NA ENFERMAGEM			
5 a 9 anos (n=56)	42,86	44,64	48,21
10 a 14 anos (n=34)	47,06	52,94	52,94
15 a 19 anos (n=18)	61,11	22,22	33,33
Acima de 20 anos (n=17)	58,82	52,94	58,82
TEMPO DE SERVIÇO EM UTI	p=0,005**		
< 1 ano (n=28)	28,57	28,57	39,29
1 a 5 anos (n=16)	50,00	62,50	50,00
5 anos e mais (n=81)	55,56	46,91	51,85
NÚMERO DE EMPREGOS			
1 emprego (n=43)	46,51	46,51	46,51
2 empregos (n=69)	53,62	50,72	52,17
3 empregos ou mais (n=13)	30,77	7,69	38,46
NÚMERO DE FILHOS			
Sem filhos (n=29)	31,03	37,93	37,93
1 filho (n=36)	47,22	41,67	58,33
2 filhos (n=39)	58,97	56,41	48,72
3 filhos ou mais (n=21)	57,14	38,10	47,62

* Teste de Kruskal-Wallis: $p < 0,05$.

** Teste de Jonckheere-Terpstra: $p < 0,05$.

Ainda no Domínio Relações Sociais os testes mostraram diferença estatística significativa entre os grupos das variáveis estado civil ($p=0,024$) e tempo de serviço em UTI ($p=0,005$) na faceta relações pessoais (Tabela 9).

Dos 66 sujeitos casados que responderam o questionário, 59,09% deles consideraram-se menos sozinhos na vida e mais satisfeitos com a capacidade de dar apoio aos outros e com as relações pessoais, além de felizes com sua relação com as pessoas da família.

Nas famílias em geral, os membros se ligam por sentimentos afetivos e se relacionam com reciprocidade, fazendo com que não se sintam sozinhos. Há de certa forma, um compromisso de se cuidarem, principalmente quando passam por dificuldades na vida ou dependem um do outro.

Em relação à variável tempo de serviço em UTI os valores mostraram que quanto maior o tempo de trabalho dos integrantes da pesquisa, melhor as relações pessoais. Parece natural que a convivência fortaleça o vínculo entre colegas, estabelecendo uma relação de confiança e parceria.

Atualmente há um crescente empenho dos profissionais da área de saúde, inclusive os da enfermagem, em aperfeiçoar a qualidade da assistência dos cuidados prestados, incluindo a relação interpessoal.

Quanto ao Domínio Ambiente, os resultados apontaram que houve diferenças nos escores das facetas, segundo os estratos das variáveis estado civil, tempo de serviço na enfermagem, número de empregos e de filhos (Tabela 10).

A diferença entre os grupos que trabalham em um e mais empregos ficou evidente com o $p=0,010$ na faceta participação em, e oportunidades de recreação/

lazer. Os que trabalham em um emprego, consideraram ter mais oportunidades de atividades de lazer, de relaxar e curtir a si mesmo bem como usar o tempo livre.

Tabela 10- Porcentagem de pessoas com escores das facetas do Domínio Ambiente acima da mediana, segundo os estratos das variáveis sociodemográficas. Goiânia, 2005.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	16. Segurança física e proteção	17. Ambiente no lar	18. Recursos financeiros	19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer.	22. Ambiente físico: (poluição / trânsito / clima)	23. Transportes
SEXO								
Masculino (n=12)	25,00	33,33	25,00	33,33	33,33	25,00	16,67	50,00
Feminino (n=113)	35,40	50,44	40,71	40,71	46,02	47,79	38,94	46,90
ESTADO CIVIL	p=0,002*	p=0,048*		p=0,017*				p=0,013*
Casado (n=66)	46,97	57,58	46,97	50,00	50,00	54,55	42,42	57,58
Outros (n=59)	20,34	38,98	30,51	28,81	38,98	35,59	30,51	35,59
CATEGORIA PROFISSIONAL								
Auxiliar de enfermagem (n=9)	44,44	66,67	55,56	44,44	44,44	22,22	44,44	44,44
Técnico de enfermagem (n=116)	33,62	47,41	37,93	39,66	44,83	47,41	36,21	47,41
RELIGIÃO								
Católica (n=73)	31,51	26,03	39,73	36,99	43,84	41,10	35,62	45,21
Evangélica (n=32)	43,75	25,00	43,75	40,63	43,75	56,25	40,63	53,13
FAIXA ETÁRIA								
20 a 29 (n=34)	29,41	44,12	38,24	38,24	50,00	50,00	32,35	52,94
30 a 39 (n=50)	46,00	48,00	44,00	42,00	50,00	46,00	40,00	48,00
40 e mais (n=41)	24,39	53,66	34,15	39,02	34,15	41,46	36,59	41,46
TEMPO DE SERVIÇO NA ENFERMAGEM								p=0,015**
5 a 9 anos (n=56)	33,93	44,64	37,50	42,86	44,64	50,00	35,71	48,21
10 a 14 anos (n=34)	47,06	58,82	41,18	38,24	55,88	52,94	47,06	58,82
15 a 19 anos (n=18)	16,67	44,44	38,89	38,89	27,78	27,78	16,67	44,44
Acima de 20 anos (n=17)	29,41	47,06	41,18	35,29	41,18	35,29	41,18	23,53
TEMPO DE SERVIÇO EM UTI								
< 1 ano (n=28)	35,71	39,29	32,14	39,29	42,86	42,86	32,14	57,14
1 a 5 anos (n=16)	31,25	50,00	37,50	31,25	56,25	56,25	25,00	43,75
5 anos e mais (n=81)	34,57	51,85	41,98	41,98	43,21	44,44	40,74	44,44
NÚMERO DE EMPREGOS						p=0,010**		
1 emprego (n=43)	44,19	46,51	41,86	37,21	51,16	67,44	41,86	48,84
2 empregos (n=69)	30,43	50,72	43,48	46,38	43,48	36,23	36,23	47,83
3 empregos ou mais (n=13)	23,08	46,15	7,69	15,38	30,77	23,08	23,08	38,46
NÚMERO DE FILHOS	p=0,019**						p=0,043**	
Sem filhos (n=29)	13,79	44,83	41,38	27,59	44,83	44,83	31,03	55,17
1 filho (n=36)	30,56	36,11	36,11	38,89	47,22	41,67	27,78	50,00
2 filhos (n=39)	51,28	56,41	48,72	56,41	51,28	53,85	48,72	43,59
3 filhos ou mais (n=21)	38,10	61,90	23,81	28,57	28,57	38,10	38,10	38,10

* Teste de Kruskal-Wallis: $p < 0,05$.

** Teste de Jonckheere-Terpstra: $p < 0,05$.

Esse resultado parece reforçar resultados anteriores (p. 84), nos quais aqueles com menor número de empregos afirmaram aproveitar a vida.

A cada dia que passa o lazer tem sido considerado como necessário, e não como privilégio de poucos. Mesmo numa sociedade como a brasileira, marcada por profundos contrastes socioeconômicos, com uma imensa população carente, cada vez mais o lazer deixa de ser pensado como privilégio ou acessório, passando a ser encarado como direito de todos e parte constitutiva de modos culturalmente diferenciados de vida (MAGANANI, 2005).

Ainda nesse Domínio Ambiente houve diferença entre os grupos ($p=0,015$) em relação ao tempo de serviço na enfermagem na faceta transporte (Tabela 10). Os resultados mostraram que quanto maior o tempo de trabalho maior a insatisfação com os meios de transporte. Talvez o fato de trabalhar há mais tempo signifique que foi maior o período exposto às condições dos meios de transporte, resultando em maior insatisfação.

Outra variável em que houve diferença significativa entre os grupos foi o estado civil, em relação às facetas segurança física e proteção ($p=0,002$), ambiente no lar ($p=0,048$), qualidade e disponibilidade de cuidados de saúde e sociais ($p=0,017$) e transportes ($p=0,013$) do Domínio Ambiente (Tabela 10).

De maneira análoga a resultados anteriores, ser casado parece influenciar positivamente na vida das pessoas, pois são satisfeitas com o ambiente no lar, enfrentam menos problemas com transportes, referem maior segurança física, sentem-se mais protegidos e têm mais acesso aos cuidados de saúde.

Os resultados ora apresentados retratam a realidade dos indivíduos e reforçam a necessidade de serem observados as particularidades das diversas

dimensões que compõem a vida de cada um, para obtenção de uma visão do conjunto.

5 CONCLUSÕES

Neste trabalho investigou-se a Qualidade dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem em UTIs, identificando-se as características sociodemográficas do grupo em estudo, o valor atribuído aos diferentes domínios do WHOQOL-100 e os aspectos gerais que contribuíram para aumentar ou diminuir os valores conferidos aos domínios e facetas.

Dentre os achados identificou-se que na população estudada predominaram os adulto-jovens, os casados, o sexo feminino, com dois filhos em média e os católicos. Quanto às características relacionadas ao trabalho, 92,8% são técnicos de enfermagem, a maioria (55,2%) tem mais de dois empregos e trabalha na enfermagem e em UTIs há mais de cinco anos (44,8% e 64,8% respectivamente).

A análise do comportamento dos escores dos domínios do WHOQOL-100 revelou que quase todos apresentaram média acima do ponto médio (12). A mais alta média do escore foi obtida pelo Domínio Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais (17,18), seguida do Domínio Nível de Independência (16,53), do Domínio Relações Pessoais (14,85), do Domínio Psicológico (14,55), do Domínio Físico (13,55) e do Domínio Ambiente (11,95).

As respostas às questões que avaliaram a Qualidade de Vida Geral obtiveram escore médio de 14,27. Apesar dessa avaliação, pouco acima da média para a QV, os entrevistados responderam estar “nem satisfeitos e nem insatisfeitos” com essa QV, com a saúde e com a vida.

O mais baixo escore foi obtido pelo Domínio Ambiente, influenciado pela insatisfação dos participantes da pesquisa com sua situação financeira, com a

preocupação com sua segurança física e com as dificuldades com meios de transporte. Contrastando com esses resultados, está a satisfação apontada pelos entrevistados com o ambiente do lar e com suas oportunidades de adquirir novas habilidades e informações.

As manifestações de dor e desconforto físico colaboraram para redução da média do escore do Domínio Físico, mas parecem não ter prejudicado a quantidade de energia para as atividades diárias nem a qualidade do sono. Foi interessante observar que os católicos consideraram-se mais preocupados com a dor e desconforto físico que os evangélicos.

A avaliação do Domínio Psicológico foi determinada positivamente pela auto-estima e aparência física. A maioria afirmou estar satisfeita consigo mesmo, destacando-se as mulheres que tiveram escores mais altos que os homens em relação aos pensamentos positivos.

As relações pessoais destacaram-se pela maior média do escore no Domínio Relações Sociais, apontando a importância da satisfação com o apoio familiar e dos amigos. A atividade sexual foi avaliada como “boa e muito boa” pela maioria deles, principalmente os casados.

O fato de não terem dificuldades para locomoção, não dependerem de medicação e tratamentos, bem como a satisfação com a capacidade para o trabalho, influenciaram para aumentar a média do escore do Domínio Nível de Independência. Observou-se que, quanto maior o tempo de serviço nas UTIs, maior a capacidade para o trabalho.

Outro aspecto digno de nota foi o alto escore atribuído pelos entrevistados ao Domínio Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais, revelando a intensidade com que as crenças pessoais e a espiritualidade dão sentido à vida e forças para

enfrentar as dificuldades cotidianas. Ressalta-se que os evangélicos apresentaram escore acima da mediana em relação aos católicos.

Esses resultados confirmam que não se pode estudar a QV de forma fragmentada, devendo ser considerados os aspectos objetivos e subjetivos que a compõem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Proporcionar uma boa QV pode significar, para muitas pessoas, que é necessário assegurar condições que ampliem o bem-estar no meio ambiente em que se vive, seja em casa, no trabalho ou nas ruas. Os grandes centros urbanos levam à sobrecarga emocional pela falta de segurança física, comprovada pelo aumento da violência e pelas condições de transporte, que podem dificultar o direito de ir e vir. Apesar das discussões sobre o projeto de cidades saudáveis, os problemas estão longe de uma solução satisfatória.

A baixa remuneração ressaltada pelos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem foi ponto marcante nesse estudo, indicando a necessidade de ser revista pelas instituições, pois podem influenciar na produtividade, que nesse caso é o cuidado ao enfermo. As pessoas são motivadas para o trabalho por várias razões. Uma delas é a valorização financeira pelo que produzem.

Um resultado animador foi o valor atribuído pelos entrevistados ao relacionamento interpessoal, tanto familiar quanto no trabalho, reforçado pela auto-estima. O confronto diário dessas pessoas com o sofrimento e fragilidade dos indivíduos nas UTIs, encontra suporte nas relações humanas e contradiz o que muitos afirmam, que setores fechados restringem a interação pessoal.

Se a fé foi valorizada pelos integrantes da pesquisa para que sua vida tenha sentido, parece natural que esse seja um aspecto que merece ser fortalecido, pois, é fácil de ser implementado e não representa ônus para os locais de trabalho.

A busca do conhecimento para entender a amplitude do que é a QV para as pessoas trouxe mudanças na vida da pesquisadora, contribuindo para que, mesmo diante da imprevisibilidade e limitações pessoais, questionasse a qualidade de sua própria vida. Ocorreram mudanças que levaram a uma reordenação de valores pessoais que envolveram a alimentação e interação familiar, atividade física e convívio com o sofrimento suportados coincidência ou não com os integrantes da pesquisa, pelo fortalecimento da fé.

Essa experiência pessoal, associada aos resultados do trabalho, fortalece a idéia de que há possibilidade de cada um melhorar a qualidade da sua vida, desde que identifique o que tem importância e traz satisfação para si próprio, ou seja, aquilo que o faz feliz.

7 REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. **Rev Panam Salud Publica**, Campinas, v. 11, n. 2 p. 109 – 111, 2002.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: o sistema de metabolismo social da capital e seu sistema de mediações. 4. ed. São Paulo: Bomtempo; 2001. p.19-20.

ARAÚJO, M.T. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE QUALIDADE DE VIDA. Jan 2005. Produzido por L. Cruz. [serie on-line] Disponível em: http://www.abqv.org.br/serv_artigos.php. Acesso em: 09 jan. 2005.

ATKINSON, D.L.; MURRAY, E.M. **Fundamentos de Enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Tradução Ademar Valadares Fonseca *et al.* Rio de Janeiro: Guanabara, 1989. 618 p.

AZEVEDO, S.C.R. *et al.* O processo de viver e ser saudável no trabalho - em busca da qualidade de vida. **Coletânea de Enfermagem**, v.2, n.2, p. 110-123, 2000.

BASTOS, M.A.R. O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 131-136, mar/abril. 2002.

BERLIM, M.T.; FLECK, M.P.A. Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. **Rev Bras Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 25, n. 4, p. 249-252, 2003.

BOFF, L. **A águia e a galinha**: uma metáfora da condição humana. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 69-108.

BOND, E.A. Quality of life for critical care patients: a concept analysis. **American Journal of Critical Care**, v. 5, n. 4, p. 309-313, jul. 1996.

BRAGA, E.M. *et al.* A comunicação em grupo entre Profissionais de Saúde. **Rev Téc-científica Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 36-41, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim sinais do mercado de trabalho em saúde: panorama salarial 2000**. Belo Horizonte. 2000/2001. 9 p. (boletim).

BRASIL, V.V. **Qualidade de vida do portador de marcapasso cardíaco definitivo: antes e após implante**. 2001. 149 f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo: 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução que regulariza a pesquisa envolvendo seres humanos, nº. 196. Brasília. 1996. [on-line] Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/doc/resolucoes/reso196de96.doc>. (21 jan. 2001).

BRASIL, M.S. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **O Brasil falando como quer ser tratado: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final**. Brasília: 2001. Conferência Nacional de Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem. **Rev Formação**, Brasília, v.2, n.6, p. 55-69, 2002.

BRITO, C.J. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 195-204, jan/mar. 2000.

BRUNO, A. Índice de desenvolvimento humano. [serie on-line] 2003[citado 5 ago. 2004]. Disponível <http://www.arturbruno.com.br/atualidades/mundo/texto.asp?id=270>

CÁRDENAS, A.M.C.; CIANCIARULLO, T.I. Qualidade de vida da mulher dona de casa de uma comunidade de baixa renda. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p.183 – 199, set./dez. 1999.

CARNEIRO, R.S.; FALCONE, E.M.O. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 119-126, 2004.

CARVALHO, V.D.; LIMA, P.R.D.E. Sintomas físicos de estresse na equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. **Rev Téc-científica Enfermagem**, São Paulo, v. 34, p. 31-34, mar. 2001.

CHABOYER, W.; ELLIOTT, D. Health-related quality of life of ICU survivors: review of the literature. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 16, p. 88-97, 2000.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas, o novo papel dos recursos humanos nas organizações**: higiene, segurança e qualidade de vida. Rio Janeiro: Campus, 1999. p.374-395.

CONDE, E. **Etapas da vida espiritual**. Rio de Janeiro: 1962. p. 55-64.

COFEN; ABEN. Conselho Federal de Enfermagem & Associação Brasileira de Enfermagem. **Força de trabalho em enfermagem**. Rio de Janeiro: 1985. 235 p.

COFEN. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986. **Conselho Federal de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 25 de junho de 1986.

COFEN. Estabelece Parâmetro para Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas instituições de Saúde. Lei nº 5.905, 12 de julho de 1973. **Resolução do COFEN-189/196**, Rio de Janeiro, 2004.

COREN. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução, 04 de outubro de 1975. **Documentos Básicos de Enfermagem**. Goiânia, p. 106. 1998.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. **Total de profissionais inscritos na subseção de Goiânia**. 2004 (acessado em 04 de fevereiro de 2004). Disponível em <<http://www.coren.org.br>>.

CONTE, A.L. Qualidade de vida no trabalho: funcionários com qualidade de vida no trabalho são mais felizes e produzem mais. **Rev FAE BUSINESS**, Santa Catarina, n. 4, p. 32-34, 2003.

CORRÊA, AK. Sendo enfermeira no centro de terapia intensiva. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 3, p. 233-241, jul./ago./ set. 1995.

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

DAREN, K. *et al.* Frequency and methodologic rigor of quality-of-life assessments in the critical care literature. **Crit Care Med**, v. 26, n.3, p. 591-581, 1998.

DAVIS, J.A. Las dimensiones del cuidar em enfermmería. **Enfermería Clínica**, v. 9, n. 1, p. 21-34,1999.

DEFFUNE, D.; DEPRESBITERIS, L. **Competências, habilidades e currículos de educação profissional**: crônicas e reflexões. São Paulo: Editora Senac, 2000. p. 15-24.

DELGADO, J.A.S. Panorama Atual da Urbanização Brasileira e Sua Influência na Queda da Qualidade de vida da Vida Urbana. In: **Anais do II simpósio Situação Ambiental e Qualidade de Vida na Região Metropolitana de Belo Horizonte e Minas Gerais**. Belo Horizonte: 1992. p. 229-235.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES S.F. **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e Método . Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. cap. II, p. 195-223.

DISSENHA, C.F. **Qualidade de vida no trabalho**: perfil dos auxiliares de enfermagem da Unidade de Saúde Vila Leão. Curitiba, 1999. 75p.

DRUMOND, P. Inferno no ônibus. **O Popular**, Goiânia, 26 dez. 2004. Cidades p. 3.

ERTHAL, T.C. **Manual de psicometria**. 2 ed. Rio de Janeiro:Jorge Zahar;1993.

FERRANS, C.E.; POWERS, M.J. Quality of life index: development and psychometric properties. **Adv Nurs Sci**, v. 8 n. 1, p. 15-24, 1985.

FERRAZ, B.M. **Pediatria com psicologia**: qualidade de vida. Conceito e um breve histórico. São Paulo: Moreira Jr. Editora; 1998.

FERRAZ, C.F, SEGRE, M. O conceito de Saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538 – 542, 1997.

FISCHER, F.M. Percepção do sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1261-1269, set/out, 2002.

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

FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLECK, M.P.A. *et al.* Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 446 – 455, 2003.

FORATTINI, O.P. Qualidade de vida e meio urbano: a cidade de São Paulo (Brasil). **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 75-86, 1991..

GIACOMIN, T. Enquete - como eu cuido de quem cuida? **Rev Téc-científica Enfermagem**, São Paulo, n. 37, p. 12, jun. 2001.

GRUPO WHOQOL. Organização Mundial de Saúde. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida**. Divisão de Saúde Mental, 1998. [serie on-line]. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/psiq/whogol.html>>, Acesso em: 08 dez 2003.

GUEDES, M.E.; MAURO, C.Y. **Distúrbios osteomusculares e o trabalho de enfermagem hospitalar**: estudo com auxiliares de enfermagem em unidade de ortopedia. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

HORTA, V.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. p. 31-74.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Mapa do mercado de trabalho no Brasil**. Departamento de Emprego e Rendimento. Rio de Janeiro. 2001. 159 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População supera 180 milhões**: nunca mais seremos jovens. [serie on-line]. Disponível em: <http://www.vermelho.org.br/diario/2004/0831/0831_populacao.asp>, Acesso em: 10 set. 2004.

JACOBI, P.R. **Cidade e meio ambiente**: percepções e práticas em São Paulo. São Paulo: Annablume, 2000. p.29 - 128.

JAEGGER, M.L. Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador, 2001, Brasília, **Anais**, Brasília, Ministério da Saúde, p. 10.

LABARCA, E.; BATE, A.; COFRE, P. Calidad de vida después de la unidad de cuidados intensivos. **P. Crítico**, Chile, v. 15, n. 2, p. 59 - 53, 2000.

LARA, S.R.; SILVA, N.A. A terapia floral como facilitadora no equilíbrio físico e mental dos trabalhadores de saúde em ambulatório hospitalar. **Rev Téc-científica Enfermagem**, São Paulo, v. 35, p. 24 - 29, abril. 2001.

LAVORATO, A.I.M. Set. 2004. Marketing verde, a oportunidade para atender demandas da atual e futuras gerações. **Ambiente Brasil**, [serie on-line]. Disponível: <<http://www.ambientebrasil.com.br>> Acesso em 01 set 2004.

LENTZ, A.R.; COSTENARO, S.G.R.; GONÇALVES, G.T.L. NASSAR, M.S. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 7-14, ago. 2000.

LIMA, P.R.D.E.; CARVALHO, V.D. Estresse ocupacional: considerações gerais. **Rev Téc-científica Enfermagem**, São Paulo, v.3, n. 22, p. 30-34, mar. 2000.

LIMONGI-FRANÇA, A.C. **Qualidade de vida no trabalho**: conceito e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. São Paulo: Atlas; 2003. p.19-26.

LINO, M.M.; SILVA, C.S. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. **Rev Téc-científica Enfermagem**, São Paulo, v. 41, p. 25-29, out. 2001.

LINO, M.N. **Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de unidade de terapia intensiva**. 2004. 238 f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

LOPES, M.J.M.; MEYER, E.D.; WALDOW, R.V. **Gênero & saúde**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MACEDO, A.C. *et al.* Violência e desigualdade social. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 515 – 522, 2001.

MAGANANI, J.G. **O lazer na cidade**, Núcleo de Antropologia Urbana da USP. Jul. 1994. [serie on-line], Disponível: < <http://www.n-a-u.org/Magnanilazer.html>>, Acesso em 07 mar. 2005.

MARTINS, P.C.R. O conceito de relação sexual: um estudo exploratório qualitativo. **Rev Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 7, n. 2, p. 186-2001, 1995.

MARTINS, J.J. O cenário atual do trabalho da Enfermagem numa Unidade de terapia intensiva (UTI). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 128 - 146, 1999.

MARTINS, M.M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos**. 2002. 85 f. Dissertação (Mestrado em Ergonomia), Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MELO, E.C.P.; CUNHA, F.T.S. **Fundamentos de saúde: qualidade de vida**. 2 ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 1999. p. 44-70.

MELCHIORS, A.C. *et al.* Medidas de avaliação da qualidade de vida em diabetes. Parte II: Instrumentos específicos. **Seguim Farmacoter**, v. 2, n. 2, p. 59-72, 2004.

MEREGE, L.C.; ALONSO, A.F.; LÍCIO, E. **Desenvolvimento comunitário, metodologia e avaliação: o modelo da Associação Comunitária Monte Azul (ACOMA)**. In: Congresso Internacional Del CLAD sobre la Reforma Del Estado y la Administración Pública, V, 2000, Santo Domingo, Rep. Dominicana, 2000, p. 24.

MENDES, A.M.; LINHARES, N.J.R. A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica. **Rev Bras Enfermagem**. Brasília, v. 49, n. 2, p. 267-80, abr./jun. 1996.

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

MOREIRA, M.M.S. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento**. 2000. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, São Paulo, 2000.

NOGUEIRA, L.C.L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial; 1999. p.120-6.

NOGUEIRA, R.P. Política de recursos humanos em saúde e a inserção dos trabalhadores de nível técnico: uma abordagem das necessidades. **Rev Formação**, Brasília, v. 2, n. 5, p. 12-30, 2002.

NORDENFELT, L. Towards a theory of happiness: subjectivist notion of quality of life. In: NORDENFELT, L. **Concepts and measurement of quality of life in health care**. Boston. Dordrecht Kluwer; 1994. cap. I , p. 35-57.

OLESON, M. Subjectively perceived quality of life. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 22, n.3, p. 187-90, october.1990.

OLIVEIRA, E.B.; LISBOA, M.T.L. Análise da produção científica da vertente saúde do trabalhador de enfermagem: subjetividade e trabalho. **Rev Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 24-29, 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Organización Panamericana de La Salud. **Cuadernos del Programa Regional de Bioética**. p.43-59, abril. 1996.

OSAKI, M.H.; BELFORT JÚNIOR, R. Qualidade de vida custos diretos em pacientes com blefaroespasma essencial e espasmo hemifacial, tratados com toxina botulínica-A. **Arq Bras Oftalmol** , v. 67, p. 43-49, 2004.

PATRICIO, M.Z. O processo de trabalho da enfermagem frente às novas concepções de saúde: repensando o cuidado/propondo o cuidado (holístico). **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.2, n.1, p. 53-81, jan./jun. 1993.

PATRICK, D.I.; BERGNER, M. Measurement of health status in the 1990s. **Rev Public Health**, v. 11, p. 165-83, 1990.

PEREIRA, A. Reflexões sobre a evolução da enfermagem e o surgimento do homem na profissão. **Acta Paul Enfermagem**, v. 4, n. 2/4, p. 49-54, jun./dez. 1991.

PERES, M.F.T. **Violência por armas de fogo no Brasil**: relatório nacional. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência, 2004. 196 p.

PIERANTONI, R.C.; VARELLA, C.T. Classificação brasileira de ocupações-2002 perspectivas para análise do mercado de trabalho em saúde e com o foco na enfermagem. **Rev Formação**, Brasília, v.6, p. 55-69, set. 2002.

PIRES, D.; GELBCKE, F.L. A concretude social e política da enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2001, Curitiba. **Anais**, ABEn - Paraná: 09-14 out. p. 23.

PONTES, A.C.F. **Obtenção dos níveis de significância para os testes de Kruskal Wallis, Friedman e comparações múltiplos paramétricos**. 2000. 158 f. Dissertação (Mestrado em Agronomia), Escola Superior de Agricultora "Luiz Queiroz", Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

POSSATI, I.C.; DIAS, M.R. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 2, p. 293-301, 2002.

PREBIANCHI, H.B. Medidas de qualidade de vida para crianças: aspectos conceituais e metodológicos. **Psicologia: Teoria e Prática**. Campinas, v. 5 n. 1, p. 57 – 69, 2003.

REIS, R.J. *et al.* Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 616-626, 2003.

RIBEIRO, V.M. **Transporte coletivo e qualidade de vida**. 2000. 130 f. Dissertação (Mestrado em Geografia), Instituto de Estudos Sócio – Ambientais Pós – Graduação em Geografia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2000.

RODRIGUES, M.V.C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

RODRIGUES, R.M. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Rev Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 6, p. 76-82, nov/dez. 2001.

ROCHA, S.S.L.; FELLI, V.E.A. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 28-35, jan./fev. 2004.

RUDIO, F.V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis, Vozes, 1986.

SANTOS, P.R. **Estudo do processo de trabalho da enfermagem em hemodinâmica**: desgastes cargas de trabalho e fatores de riscos à saúde do trabalhador. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

SAUPE *et al.* Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 636-642, jul/ago. 2004.

SIEGEL, S.; CATELLAN, Jr, NJ. **Nonparametric statistics**. 2ªed. New York (NY): McGraw-Hill Book, 1988.

SIQUEIRA, M.M.; WATANABE, S.F.; VENTOLA, A. Desgaste físico de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. **Rev Latino-am enfermagem**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 45-57, jan.1995.

SOUTO, D.F. **Saúde no trabalho**: uma revolução em andamento. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2003. p. 13-52.

SPITZER, W.O. State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. **J. Chron Dis**, v. 40, n. 6, p. 465 – 471, 1987.

STACCARINI, J.M.; TRÓCCOLI, B.T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev Lat-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001.

SUZUKI, K. **Pesquisa sobre qualidade de vida de pacientes de UTI: uma revisão de leitura**. 2002. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2002.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias**. 5. ed. Belém: UNAMA; 2002.

TRININÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. p.91-115.

UCHOA, E.; ROZEMBERG, B.; PORTO, M.F.S. Entre a fragmentação e a integração: saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos. **Informe Epidemiológico do SUS**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 115 –128, 2000.

VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev Lat-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.2, p. 137-43, 2002.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto: 1998. p. 17-49.

WEIL, P. **Relações humanas na família e no trabalho: o fator humano nas organizações**. 52 ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2003. p. 246.

WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: rationale and current status. **Int J Ment Health**, v. 23, p. 24-36, 1995.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Med**, v. 46, p. 1569-1585, 1998.

ZANELA, A.V. *et al.* Contextos grupais e sujeitos em relação: contribuições às reflexões sobre grupos sociais. **Reflexão e Crítica**, Santa Catarina, v.15, n.1, p. 211-218, 2002.

8 ANEXO I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa que pretende avaliar a qualidade de vida dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Para tanto gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida nas últimas duas semanas: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente.

O título do projeto é “Qualidade de vida do auxiliar e técnico de enfermagem”, tendo por pesquisadora responsável a Enfermeira Eunice Pereira de Salles. Telefone para contato - 225 0254 ou 9605 3767.

Garantimos que a sua participação na pesquisa não lhe trará qualquer risco e nem prejuízo ou gastos de sua parte, pois os dados obtidos serão mantidos em sigilo e você não precisará se identificar. Os resultados deste estudo serão divulgados em reunião científica ou revista científica, sendo garantido seu anonimato.

Você terá total liberdade de se recusar a participar, podendo desistir no momento em que julgar conveniente, ou seja, poderá retirar o consentimento a qualquer tempo.

No caso de aceitar fazer parte do estudo, por favor assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é a sua e a outra é do pesquisador responsável. A pesquisadora lhe entregará um questionário auto-aplicável explicando sobre o processo de preenchimento e que deverá ser preenchido em um único encontro.

Consentimento da Participação da Pesquisa como Sujeito

Eu, _____, RG, _____, CPF, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: Qualidade de Vida dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora, Enfermeira Eunice Pereira de Salles, sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Goiânia, ___/___/_____

Nome e assinatura do sujeito responsável _____

Nome e assinatura do pesquisador responsável _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar:

Testemunhas

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

9 ANEXO II

PARTE I – CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS

Sexo:

Masculino () Feminino ()

Estado Civil:

Casado () Solteiro () Separado () Outros ()

Idade:

Entre 20 e 29 () Entre 30 e 39 () Entre 40 e 49 () Acima de 50 ().

Tempo de serviço na enfermagem:

De 5 a 9 anos () De 10 a 14 anos () De 15 a 19 anos () Acima de 20 anos ()

Tempo de atuação em UTIs :

De 6 a 9 meses () De 1 a 5 anos () Acima de 5 anos ()

Número de empregos atualmente:

Um emprego () Dois empregos () 3 empregos () Acima de 3 empregos ().

Nível educacional:

Auxiliar em enf. () Técnico em enf. () Universitário () Completo () Incompleto () Outros ().

Número de filhos: nenhum:

Gestante () 1 filho () 2 filhos () 3 filhos () Acima de 3 filhos ().

Religião:

Católico () Evangélico () Espírita () Outros ().

PARTE II -WHOQOL - 100

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 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 a 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 **às duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Quanto você se preocupa com sua saúde?				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou "nada" com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda.

As questões seguintes são sobre *o quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas "*extremamente*", coloque um círculo no número abaixo de "*extremamente*". Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*extremamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.1 O quanto você se valoriza?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.2 Você se sente inibido(a) por sua aparência?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.2 Quão preocupado(a) você se sente?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.2 Você tem dificuldades financeiras?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
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. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de "*completamente*". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*completamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.1 Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a)*, *feliz ou bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

G2 Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G3 Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito infeliz	infeliz	nem feliz / nem infeliz	feliz	muito feliz
1	2	3	4	5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

Muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

Muito ruim	ruim	nem ruim / nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

Muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

Muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a "*com que frequência*" você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se **às duas últimas semanas**.

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer "*trabalho*" que você faça. *Trabalho* aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se **às últimas duas semanas**.

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre "quão bem você é capaz de se locomover" referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas**.

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5