



ORIGINAL ARTICLE

QUALITY OF LIFE ASSESSMENT OF HEALTHCARE PROFESSIONALS FROM THE CLINICS HOSPITAL OF UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Marcela Astolphi de Souza¹, Kátia Stancato²

ABSTRACT

Objective: to assess the quality of life of healthcare professionals from the Clinics Hospital of Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) in its social, psychological, physical, and environmental dimensions. The scores are compared according to demographic and clinical characteristics. **Method:** a cross-sectional study with 116 healthcare professionals, aged over 18 years-old, working in the morning and afternoon shifts, under a formal contract, who were informed about the research and its ethical aspects, as well as the application of the questionnaire "The World Health Organization Quality of Life." This study was approved by the Ethics Committee of Faculdade de Ciências Médicas de UNICAMP, under Protocol 524/2008. **Results:** the mean age was 35.0 years-old. There was a predominance of female subjects (78.8%). The prevalent job was Nursing Technicians (51.4%). Of these, 44.8% were married. With regards to health, 80.0% rated it as good. The absence of health problems achieved 62.9%. The mean domain scores of WHOQOL-bref were: physical domain, 68.1 (SD=12.9); the psychological domain was 63.7 (SD=12.8); the environmental and social relationships domain obtained 55.2 (SD=11.4) and 59.6 (SD=17.2), respectively. **Conclusion:** only in the category 'current health status', there was a statistical difference, which was observed only in the physical domain. The use of the questionnaire can be an effective way to monitor and detect changes in the healthcare professionals' quality of life. **Descriptors:** quality of life; occupational health; nursing.

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida dos profissionais de saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) nas dimensões sociais, psicológicas, físicas e ambientais. Os escores foram comparados segundo as características demográficas e clínicas. **Método:** estudo de coorte transversal com 116 profissionais da saúde, com idade superior a 18 anos, trabalhando nos plantões matutino e vespertino, em regime de contrato formal, os quais foram informados sobre a pesquisa e seus aspectos éticos, além da aplicação do questionário "The World Health Organization Quality of Life" ("Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde"). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP sob parecer n. 524/2008. **Resultados:** a idade média foi de 35,0 anos. Houve predomínio do sexo feminino (78,8%). A profissão prevalente de técnicos de Enfermagem (51,4%). Desses, 44,8% eram casados. Em relação à saúde, 80,0% classificaram-na como boa. A ausência de problemas de saúde atual foi de 62,9%. As médias dos domínios do WHOQOL-bref foram: domínio físico, 68,1 (DP=12,9); domínio psicológico, 63,7 (DP=12,8); domínio ambiental e relações sociais obtiveram 55,2 (DP=11,4) e 59,6 (DP=17,2), respectivamente. **Conclusão:** apenas na categoria estado de saúde atual houve diferença estatística, que ocorreu somente no domínio físico. O uso do questionário pode ser uma forma eficaz de acompanhar e detectar alterações na qualidade de vida dos profissionais de saúde. **Descritores:** qualidade de vida; saúde ocupacional; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad de vida de los profesionales del área de salud del Hospital de Clínicas de la Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) en las dimensiones sociales, psicológicas, físicas y ambientales. Comparar los resultados según las características demográficas y clínicas. **Método:** estudio de corte transversal con 116 profesionales del área de salud, con edad superior a 18 años, que trabajan en los turnos matutino y vespertino, bajo el régimen de contrato formal. Ellos fueron informados sobre la investigación y sus aspectos éticos, así como la aplicación del cuestionario "The World Health Organization Quality of Life" ("Calidad de Vida de la Organización Mundial de Salud"). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Faculdade de Ciências Médicas de la UNICAMP (524/2008). **Resultados:** la edad media fue 35,0 años. Hubo predominio del sexo femenino (78,8%). La profesión predominante fue la de técnicos en Enfermería (51,4%). De estos, 44,8% eran casados. En relación con la salud, 80,0% la clasificaron como buena. La ausencia de problemas de salud actual fue de 62,9%. Las medias de los dominios WHOQOL-bref fueron de dominio físico, 68,1 (DP=12,9); el dominio psicológico, 63,7 (DP=12,8); el dominio ambiental y el dominio de las relaciones sociales fue de 55,2 (DP=11,4) y 59,6 (DP=17,2), respectivamente. **Conclusiones:** solamente en la categoría del estado de salud actual hubo una diferencia estadística que se encontró apenas en el dominio físico. El uso del cuestionario puede ser una forma eficaz de dar seguimiento y detectar alteraciones en la calidad de vida de los profesionales del área de salud. **Descriptores:** calidad de vida; salud laboral; enfermería.

¹Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Campinas (SP), Brasil. E-mail: marcela.astolphi@gmail.com; ²Doutorado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Campinas (SP), Brasil. E-mail: katia@fcm.unicamp.br

INTRODUÇÃO

O Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP) é uma unidade vinculada à Administração do Conselho Superior da Universidade, ligada à reitoria e à Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP desde a sua fundação, em 1985, para fins de ensino, pesquisa e prestação de ações e serviços de saúde de alta complexidade destinados à comunidade.¹ Apresenta capacidade física de 65.000 m², 44 especialidades, 3.100 profissionais, capacidade instalada de 359 leitos e ocupacional de 403.¹

A instituição apresenta como pontos fortes: a multidisciplinaridade e a amplitude de serviços assistenciais oferecidos à comunidade; o desempenho positivo dos alunos inseridos no mercado de trabalho; a produção científica relevante, aplicável e transferível; a produção de novas tecnologias e conhecimentos; a produção de serviços de saúde com qualidade; a inserção nos Programas de Humanização, Acreditação e Hospitais Sentinela do Ministério da Saúde (benefício organizacional e sistêmico para qualificação do hospital como um todo); a oportunidade de aperfeiçoamento profissional decorrente do acesso ao conhecimento; o dinamismo, comprometimento e esforço pessoal da parte dos profissionais com resultados positivos na assistência, ensino e pesquisa; e a área física planejada e integrada.²

Em contrapartida, tem os seguintes pontos fracos: comprometimento parcial com ações voltadas à garantia da autossustentabilidade financeira; princípios da humanização não-incorporados nos processos de trabalho; falta de regulação entre o HC e a FCM (indefinição quanto às ações na assistência, ensino e pesquisa); profissionalização insuficiente da administração nos diversos níveis hierárquicos; falta de gerenciamento dos custos, racionalização de recursos e otimização de resultados; falta de políticas de Recursos Humanos; cultura organizacional com visões corporativas e dificuldade de entrosamento entre as profissões e os níveis hierárquicos internos do HC; Tecnologia da Informação obsoleta; informações assistenciais e gerenciais insuficientes (indicadores); manutenção preventiva precária; e estruturação de área para gestão de arquivos.²

O hospital enfrenta: a ausência de financiamento adequado e suficiente; a disparidade entre a demanda e o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS); a precariedade da rede pública de

saúde e a pressão do sistema regional; os critérios inadequados de distribuição de verba extraorçamentária, a corresponsabilização e integração insuficientes entre o HC e a FCM; os processos públicos burocráticos morosos; a dificuldade de entendimento da comunidade universitária do papel do hospital; e a dificuldade de relacionamento entre a administração pública do setor de saúde e o HC.²

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

• Riscos à saúde dos trabalhadores

Os hospitais terciários constituem locais onde se internam pacientes graves, em situação limite, que ainda têm um prognóstico favorável para viver, embora necessitem de recursos técnicos e humanos especializados para sua recuperação. É um ambiente onde são hospitalizados técnicas e procedimentos sofisticados, para tratar doenças com risco potencial à vida. O ambiente é insalubre, no qual a falta de treinamento e precaução dos profissionais que trabalham nesse setor pode resultar na transmissão de doenças infectocontagiosas e em acidentes.³

No Brasil, a preocupação com a questão da saúde dos trabalhadores hospitalares iniciou-se na década de 1970, quando pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) enfocaram a saúde ocupacional em trabalhadores hospitalares. Esse estudo citou a ocorrência de 4.468 acidentes de trabalho em hospitais do País. Queixas como doenças infectocontagiosas, lombalgias, reações alérgicas, fadigas e acidentes de trabalho foram referidas por 26 grupos ocupacionais de trabalhadores hospitalares em 1977, ao passo que, em 1988, um estudo realizado no Hospital das Clínicas da USP, envolvendo 1.506 acidentes, levantou que as principais causas de afastamento foram lacerações e ferimentos, contusões ou torções.⁴

Apesar do relatado, os trabalhadores da área da saúde não eram considerados como categoria profissional de alto risco para acidentes de trabalho, fato que mudou a partir do surgimento do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) como epidemia nos anos 1980.⁴ Foram introduzidas, então, pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), dos Estados Unidos, as “precauções universais”, atualmente denominadas “precauções padrão”, as quais alertam sobre a necessidade da hospitalização de luvas para o contato com fluidos corporais.⁵

A partir da década de 1980, profissionais da área da saúde voltaram suas atenções ao estudo das repercussões do processo de trabalho hospitalar como causador de doenças e acidentes, em seus trabalhadores e usuários.⁴ Entretanto, somente na década de 1990 foram levados em conta aspectos éticos e psíquicos do trabalho na área da saúde. Apesar desse fato, as doenças ou queixas não-relacionadas ao trabalho continuam sujeitas a uma análise mais apurada para exclusão de seu nexos causal com o processo de trabalho.⁴ Há um estudo que aponta os principais riscos ocupacionais aos quais os trabalhadores de hospital estão expostos, e traça medidas de proteção específica que vão desde a planta física até o preparo técnico da equipe.⁶

O hospital é um lugar de tensões constantes, que responde ao desafio da saúde com divisão do trabalho, transformando as emergências em rotina, no qual profissionais experimentam uma vivência de extrema angústia — algo que parece ser pior do que a morte —, a qual frequentemente não é levada em consideração.³ Trata-se de um medo próprio da precariedade da existência humana, experiência revestida de dificuldades; a experiência da morte do próximo faz surgir a consciência do que seja morrer.³

O estresse e outras consequências biopsicofisiológicas às quais os profissionais de saúde estão expostos, de forma cumulativa e progressiva, são desencadeados por fatores como ambiente e sobrecarga de trabalho, relações interpessoais, trabalho noturno, tempo de serviço (intrínsecos), condições pessoais e características da personalidade (extrínsecos), conforme estudo que levou em conta o problema entre enfermeiros brasileiros de 1982 a 2001.⁷ A importância da identificação desses agentes estressores, principalmente em uma abordagem de educação em saúde e preventiva, consiste em perspectivas para um ambiente de trabalho seguro, o que pode gerar motivação e diminuir os riscos aos quais o grupo está exposto.⁸

Apesar do convívio com o sofrimento, o trabalho em saúde é uma fonte de prazer.⁹ Gomes *et al.* quantificaram como agentes estressores: o rígido controle do tempo; a forma como o setor é organizado; a falta de materiais e equipamentos adequados; os conflitos nos relacionamentos entre os membros da equipe; o estado crítico de saúde do paciente; a dupla jornada do trabalho feminino (a dupla jornada é também pela má remuneração a que tanto homens como mulheres estão expostos); e trabalho nos finais de semana e feriados.¹⁰ Para minimizar

os sentimentos negativos com relação ao exercício profissional, Gomes *et al.* sugeriram que fossem criados espaços para discussões coletivas acerca da gênese do sofrimento psíquico no trabalho, de forma que os profissionais se comprometessem com a melhoria da saúde ocupacional e organização do trabalho.¹⁰

Em estudo descritivo realizado no Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, no período de 2002 a 2003, constatou-se que entre os profissionais com faixa etária entre 20 e 50 anos — 90% dos quais do sexo feminino, com predominância de jovens entre 20 e 29 anos — 60% tinham dupla e tripla jornada, com carga horária acima de 60 horas semanais e estilo de vida não-saudável em relação ao lazer, exercício físico, repouso e sono.⁹ Os riscos ocupacionais percebidos foram: ritmo acelerado no trabalho; manutenção de posturas inadequadas; esforço físico que produz fadiga; trabalho isolado; temperatura inadequada; excesso de ruído; exposição à irradiação e risco de infecção. As doenças relacionadas com as condições de trabalho foram: distúrbios osteomusculares, varizes e estresse. Concluiu-se que os problemas de saúde e as condições de trabalho estão inter-relacionados e é impossível isolar a causa e o efeito.¹¹ Trata-se, portanto, de um ambiente estressante.

Em estudo descritivo em hospital universitário no Brasil, constatou-se prevalência de 59,4% de estresse ocupacional entre profissionais de Enfermagem, os quais mencionaram como causas a gravidade dos pacientes e a instabilidade do quadro clínico, o atendimento de parada cardiorrespiratória e das emergências — bem como os riscos por sistema hemodialítico —, e o risco biológico do contato com sangue e secreções.¹²

Em trabalho realizado com 144 profissionais de terapia intensiva, com idade média de 32 anos e média de oito anos de experiência, 41% tinham desenvolvido transtorno de estresse pós-traumático, sobretudo devido a uma média de 38 experiências traumáticas como a própria ansiedade e o desamparo, além do contato com pessoas gravemente feridas e/ou hospitaladas, pacientes terminais e cadáveres.¹³

Tendo isso em vista, o objetivo, em uma intervenção ideal, consiste em fomentar mecanismos eficazes para reduzir o estresse, diminuir a rotatividade dos funcionários e implementar estratégias para valorizar a profissão, sem deixar de investir na qualidade da assistência ao paciente e na segurança.

Além do estresse, outro risco ocupacional citado na literatura é a agressividade física

e/ou verbal dos pacientes para com os parentes e visitantes. Em estudo brasileiro,⁴ 4% dos trabalhadores mencionaram terem sido agredidos, ao passo que, em um inquérito realizado na Inglaterra e no País de Gales, o abuso verbal cometido por pacientes e parentes contra enfermeiros ocorreu, respectivamente, em 87 e 74% dos hospitais. Contra médicos, os números são, respectivamente, 65 e 59%.

As principais causas associadas à agressão apontadas no estudo são distresse (45%), álcool (24%) e comportamento sociopata (27%).¹⁴ Os autores admitem que o inquérito provavelmente subestime o problema, e apontam como tentativa de intervenção o investimento em sistemas de segurança (presente em 43% das unidades do estudo), sensibilização dos profissionais e formação em habilidades de comunicação. Programas educacionais bem-sucedidos para combater o problema são citados na literatura.¹⁵

• Qualidade de vida

A expressão “qualidade de vida” foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson, em 1964, quando ele declarou que os objetivos não podem ser medidos por meio do balanço dos bancos. Só podem ser medidos por meio da qualidade de vida que proporciona às pessoas. O interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos.

A preocupação com o conceito de “qualidade de vida” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle dos sintomas, a diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida.

A expressão “qualidade de vida”, como vem sendo aplicada na literatura médica, não parece ter um único significado. “Condições de saúde”, “funcionamento social” e “qualidade de vida” têm sido usados como sinônimos, e a própria definição de qualidade de vida não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõem instrumentos para sua avaliação.

Qualidade de vida relacionada com a saúde (*health-related quality of life*) e estado subjetivo de saúde (*subjective health status*) são conceitos afins centrados na avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade de o indivíduo viver plenamente. Considera-se que a expressão “qualidade de vida” seja mais geral e inclua uma variedade

potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, incluindo – mas não se limitando – a sua condição de saúde e às intervenções médicas.¹⁶

Existem poucos trabalhos na literatura nacional e internacional que abordam o conceito de qualidade entre os profissionais da área de saúde, muito embora o senso comum considere tais trabalhos insalubres e um risco à saúde pelas características inerentes às profissões. Além disso, existem na literatura questionários validados cientificamente e de aplicação objetiva, como o “*The World Health Organization Quality of Life*”, versão abreviada como WHOQOL-Bref, que avalia as dimensões sociais, psicológicas, físicas e ambientais do entrevistado, por meio de 26 questões.¹⁷

Um estudo transversal, com amostra de 126 trabalhadores de Enfermagem em nove unidades de terapia intensiva de um hospital de ensino de São Paulo (São Paulo), entre outubro e novembro de 2005, obteve como resultado baixa qualidade de vida em todas as dimensões: relações sociais (média de 66,3); psicológica (60,8); física (53,1) e meio ambiente (49,4). Obteve-se, no estudo, fraca correlação dos domínios com idade e número de empregos.¹⁸ Esses dados se assemelham ao de um estudo chileno realizado com 100 enfermeiras, o qual obteve no domínio “relações sociais” média de 77,38, o melhor avaliado, e 54,56 no domínio físico, o pior avaliado.

A qualidade de vida global, em contraste, foi vista como boa (média de 3,99).¹⁹ Em outro estudo que utilizou o WHOQOL-Bref em profissionais da área de saúde, obteve-se como resultado que 36% dos estudantes de Enfermagem de seis cursos do Sul do Brasil apresentaram problemas significativos, os quais demandam necessidades específicas e que justificam a implantação dos programas de apoio e suporte para enfrentamento das situações de sofrimento.²⁰

Trabalhos envolvendo médicos também são escassos. Um estudo transversal tailandês,²¹ que envolveu 1.700 médicas, obteve bons escores de qualidade de vida, ao passo que um estudo uruguaio²² com 145 médicos obteve correlação negativa entre os índices de qualidade de vida, sobretudo nos domínios físicos e psicológicos, e a síndrome de *burnout*.

OBJETIVO

• Avaliar a qualidade de vida dos profissionais de saúde dos plantões matutino e vespertino, do HC da UNICAMP, no âmbito das dimensões sociais, psicológicas, físicas e ambientais, além de comparar os escores dos domínios de qualidade de vida segundo características demográficas e clínicas.

MÉTODO

Realizou-se um estudo de corte transversal, incluindo 116 profissionais de saúde do HC-UNICAMP. Foram incluídos na pesquisa médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas e fonoaudiólogos, todos com idade acima de 18 anos, os quais estavam trabalhando nos plantões matutino e vespertino, em regime de contrato formal, no HC-UNICAMP no momento do processo de recrutamento. Ficaram excluídos os demais trabalhadores que não se enquadraram nos critérios mencionados.

Os sujeitos foram recrutados nas dependências da instituição e informados sobre a pesquisa e os aspectos éticos pelo entrevistador designado pelo pesquisador, mediante a apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido. Coube ainda àquele aplicar o questionário WHOQOL-Bref – traduzido para o português por Fleck¹⁶ et al. –, o qual foi respondido pelos sujeitos da pesquisa, bem como esclarecer quaisquer dúvidas no ato do preenchimento.

Trata-se de um questionário constituído de 26 questões em escala *likert* de cinco pontos e que considera os últimos 15 dias vividos pelo respondente. Duas questões referem-se à percepção individual da qualidade de vida, e as demais estão subdivididas em quatro domínios e representam cada uma das 24 facetas, as quais compõem o instrumento original (WHOQOL-100). São elas: Domínio I - Físico: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho; Domínio II - Psicológico: sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais; Domínio III - Relações sociais: relações pessoais, suporte (apoio) social, atividade sexual; Domínio IV - Meio ambiente: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros e cuidados de saúde; Sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de

adquirir informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer e ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima e transporte).²³

Uma vez que trata-se de um estudo transversal, este trabalho não apresenta nenhum *end-point*.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da FCM da UNICAMP pelo parecer número 524/2008, sem nenhuma restrição.

As variáveis estudadas foram: gêneros (masculino e feminino); profissão; estado civil; avaliação global da saúde; problema atual de saúde; idade dos profissionais e escalas WHOQOL-Bref.

Os dados foram analisados descritivamente por frequências absolutas (n) e relativas (%). Para as variáveis categóricas e contínuas, usou-se média, desvio padrão, mediana, primeiro e terceiro quartil, valores máximos e mínimos. O pacote básico do R²⁴ foi utilizado na análise dos dados. O teste exato de Fisher foi utilizado para avaliar a associação entre a profissão e o relato de problema de saúde atual.

A aderência dos dados a uma distribuição normal foi avaliada segundo o teste de Kolmogorov-Smirnov. Os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foram utilizados para comparar os escores de qualidade de vida por características demográficas e clínicas. O coeficiente de correlação de Spearman foi empregado para avaliar a correlação entre os escores e a idade dos profissionais de saúde.

Na análise dos dados, utilizou-se o *software* SAS, versão 9.1.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, 2002-2003), e foi considerado o nível de 5% de significância estatística.

RESULTADOS

• Aspectos gerais

O estudo transversal da qualidade de vida dos profissionais da área da saúde dos períodos matutinos e vespertinos do HC-UNICAMP envolveu a coleta de dados epidemiológicos, bem como a aplicação da escala de aferição da qualidade de vida WHOQOL-Bref.

A população estudada apresentou idade média de 35,0 anos, tendo a faixa etária variado entre 27,0 e 60,0 anos. Na Tabela 1, os dados mostraram predomínio do sexo feminino na população estudada, com 78,8% mulheres e 21,2% homens. Quanto à profissão da população estudada, houve predomínio dos técnicos de Enfermagem que responderam ao questionário totalizando 51,4% da amostra, e apenas 8,6% eram outros profissionais da

saúde, como nutricionistas e fisioterapeutas. Quanto ao estado civil, 52 (44,8%) eram casados.

Em relação à saúde, 80,0% classificaram sua saúde como boa, e 5,2% como ruim. A prevalência da ausência de problemas de saúde atual foi de 62,9%. Entre aqueles que relataram algum problema de saúde, 19,6% afirmaram ter hipertensão arterial sistêmica, o que corresponde a 7,8% da população estudada. Ao analisar a presença de problemas de saúde por função, observou-se que os enfermeiros apresentaram maior prevalência de problema (48,3%). Entretanto, não verificou-se associação estatisticamente significativa ($p>0,05$) entre profissão e relato

do problema de saúde (Tabela 2). Esses problemas de saúde comprometem a qualidade de vida e desencadeiam uma alteração da rotina biológica, tornando o sono e o cansaço fatores crônicos, como uma necessidade física comum à categoria de Enfermagem.

Há presença de problemas de saúde, tais como: dores lombares, alterações crônicas de sistema nervoso ou emocional, tais como a ansiedade e depressão. Também foram relatados: hipertensão arterial sistêmica, problemas cardiovasculares, artrite ou reumatismo e diabetes, entre outros (Tabela 2).

Tabela 1. Caracterização da idade dos profissionais

	Média	Desvio padrão	Mediana	1º Quartil	3º Quartil	Mínimo	Máximo
Idade	35,0	9,1	34,0	27,0	43,5	21,0	60,0

Tabela 2. Caracterização da amostra

Características	n	%
Sexo		
Masculino	24	21,24
Feminino	89	78,76
Sem informação = 3		
Profissão		
Enfermeiro	29	27,62
Fisioterapeuta	06	5,71
Médico	13	12,38
Nutricionista	03	2,86
Técnico em Enfermagem	54	51,43
Sem informação=11		
Estado civil		
Solteiro(a)	46	39,66
Casado(a)	41	35,34
Vivendo como casado(a)	11	9,48
Separado(a)	08	6,9
Divorciado(a)	07	6,03
Viúvo(a)	03	2,59
Como está a saúde		
0	01	0,86
Muito ruim	01	0,86
Fraca	05	4,31
Nem boa, nem ruim	17	14,66
Boa	51	43,97
Muito boa	41	35,34
Problema de saúde atual		
Nenhum	73	62,93
Problema de coração	03	2,59
Pressão alta	09	7,76
Artrite ou reumatismo	03	2,59
Diabetes	01	0,86
Catarata	01	0,86
Problema nervoso crônico ou emocional	02	1,72
Gravidez	03	2,59
Depressão	03	2,59
Doença de pele	02	1,72
Queimaduras	01	0,86
Outros	15	12,93

• Qualidade de vida

A Tabela 3 ilustra a média específica obtida em cada domínio analisado pela escala de aferição da qualidade de vida, já previamente citada. As médias encontradas pelos diferentes domínios foram semelhantes, demonstrando certa homogeneidade entre esses aspectos na vida dos indivíduos analisados.

O maior escore dentre os domínios foi alcançado pelo escore físico, com média de 68,1 (DP=12,9). Logo após, está o domínio psicológico, com média de 63,7 (DP=12,8). Os domínios ambiental e relações sociais obtiveram resultados próximos, com médias de 55,2 (DP=11,4) e 59,6 (DP=17,2), respectivamente.

O domínio relações sociais foi o que apresentou maior pontuação máxima, alcançando o escore 100. Já o domínio físico obteve a menor pontuação máxima (92,9), e o construto ambiental obteve o menor escore mínimo (89,3). Em relação ao domínio físico, o maior escore correspondeu a 68,1, comparativamente aos outros domínios pesquisados. Esse domínio tem relação com algumas necessidades humanas básicas quando relaciona dor física, energia para o dia-a-dia, locomoção, sono e desempenho das atividades diárias.

Reafirma-se, então, pelos dados já descritos, que os agravos físicos estão possivelmente interferindo na qualidade de vida dos profissionais da área da saúde, especificamente no que concerne à necessidade de tratamento médico, à falta de energia, à satisfação com o sono e à capacidade para as atividades diárias e laborais. Fazendo uma reflexão crítica sobre os trabalhadores da saúde e sua qualidade de vida, propõe-se redimensionar questões éticas e estéticas ao seu modo de viver, a fim de ajudá-los não somente a sobreviver, mas também a viver com mais qualidade.

O domínio psicológico engloba aspectos de dar sentido e aproveitar a vida, a concentração, a aparência física, a satisfação consigo mesmo e a frequência de sentimentos negativos, que obteve escore de 63,7. As relações sociais correspondem ao apoio de amigos, à vida sexual e ao relacionamento com as pessoas próximas, ou não. Este domínio obteve um escore de 59,6.

Tabela 3. Análise descritiva dos domínios do WHOQOL-Bref

Domínios	Média	Desvio padrão	Mediana	1º Quartil	3º Quartil	Mínimo	Máximo
Físico	68,1	12,9	71,4	64,3	75,0	14,3	92,9
Psicológico	63,7	12,8	66,7	54,2	75,0	20,8	91,7
Relações sociais	59,6	17,2	66,7	50,0	75,0	0,0	100,0
Ambiental	55,2	11,4	56,3	50,0	62,5	15,6	89,3

DISCUSSÃO

Com relação à análise dos diferentes domínios, constatou-se que o físico obteve a maior pontuação, e o ambiental obteve escore mínimo. Contudo, as médias não apresentaram diferenças significativas, tendo obtido escores semelhantes entre si.

A partir dos dados obtidos na escala que avaliou os domínios físico, psicológico, ambiental e relação social, foi tido como resultado uma baixa qualidade de vida em todas as dimensões: relações sociais com 59,6; psicológico com 63,7; físico com 68,1 e ambiental com 55,2. Esses dados assemelham-se a um estudo transversal com amostra de 126 trabalhadores de Enfermagem, em nove unidades de terapia intensiva de um hospital

O domínio meio ambiente compreende a satisfação com o local onde o sujeito mora, o acesso aos serviços de saúde e o meio de transporte; inclui ainda segurança na vida diária, salubridade no ambiente físico, oportunidades de lazer, disponibilidade de informações e satisfação monetária. Dentro de todos os domínios avaliados, este recebeu o menor escore, sendo 52,2.

Pode-se inferir, ainda nesse domínio, que a remuneração, as condições de trabalho e o ambiente harmonioso foram os aspectos que influenciaram o baixo escore na satisfação dos entrevistados.

Finalmente, convém considerar que médias baixas de satisfação da qualidade de vida em todos os domínios demonstram preocupação com a categoria dos profissionais da área da saúde, principalmente enfermeiros e técnicos em Enfermagem, os quais compuseram em maior parte a população estudada. Esse fenômeno vem ocorrendo devido às características próprias do trabalho destes profissionais, como contato com o sofrimento humano e com o processo de morte, pelas relações hierarquizadas, pela divisão técnica e social do trabalho e pelas grandes jornadas. Na profissão da Enfermagem, ainda há um agravante por tratar-se basicamente de mulheres, que possuem ainda a jornada dos afazeres domésticos.

de ensino de São Paulo (SP) entre outubro e novembro de 2005, o qual obteve como resultado baixa qualidade de vida em todas as dimensões: relações sociais, com média de 66,3; psicológico, 60,8; físico, 53,1; e meio ambiente, 49,4.

O hospital é um lugar de tensões constantes, que responde ao desafio da saúde com divisão do trabalho, transformando as emergências em rotina, em que profissionais experimentam uma vivência de extrema angústia, algo que parece ser pior do que a morte, e que frequentemente não é levado em consideração. Trata-se de um medo próprio da precariedade da existência humana, experiência revestida de dificuldades (a experiência da morte do próximo faz surgir a consciência do que seja morrer).³

Embora o desenho deste estudo não esclareça detalhes sobre os fatores que afetam direta ou indiretamente os domínios, supõe-se que os indivíduos estudados estejam expostos ao estresse e a outras consequências biopsicofisiológicas, de forma cumulativa e progressiva, e estes são desencadeados por fatores como ambiente e sobrecarga de trabalho, relações interpessoais, tempo de serviço (intrínsecos) e condições pessoais e características da personalidade (extrínsecos), conforme estudo que levou em conta o problema entre enfermeiros brasileiros de 1982 a 2001.⁷

Esses dados também sugerem que a utilização dos questionários possa ser uma forma eficaz de acompanhamento e detecção das alterações na qualidade de vida, privilegiando a opinião dos profissionais e permitindo uma abordagem multidisciplinar, almejando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Portanto, a importância da identificação desses agentes estressores, principalmente em uma abordagem de educação em saúde e preventiva, consiste em perspectivas para um ambiente de trabalho seguro, o que pode gerar motivação e diminuir os riscos aos quais os profissionais estão expostos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O termo “qualidade de vida” é tratado sob diversos olhares – como o da ciência e o do senso comum –, do ponto de vista objetivo ou subjetivo e em abordagens individuais e coletivas. No setor da saúde, o suporte está na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, e tem no conceito de promoção da saúde seu enfoque mais relevante. Na visão mais focalizada de qualidade de vida em saúde, a centralidade está na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade.²⁵

O ambiente de trabalho influencia a qualidade de vida dos profissionais, podendo desencadear estresse, irritabilidade e desmotivação. Torna-se importante acompanhar os profissionais em tratamento ambulatorial, apoiando-os para a recuperação ou a melhoria da condição de saúde, a fim de que não interfira quantitativamente na vida e no trabalho.

É importante lembrar também que estes influenciam, dentro de um hospital-escola, diretamente no aprendizado dos universitários. Os profissionais encontram-se cansados, desmotivados e sem vontade de participar do ensino. Os estudantes podem se

sentir constrangidos ao realizarem questionamentos a respeito do processo de trabalho e dúvidas referentes às condutas, no caso dos alunos do curso de Enfermagem e Medicina que atuam diretamente no serviço e com os enfermos durante a formação.

Os descontentamentos dos profissionais com o trabalho repercutem inevitavelmente em seus relacionamentos. A relação profissional-cliente e/ou profissional-profissional também pode gerar conflitos mais ou menos evidentes e atenuados, o que dependerá da pressão, dominação e rigor hierárquico formando a tônica do funcionamento das equipes de saúde.

A falta de uma liderança positiva gera ressentimentos e resistência, com profissionais insatisfeitos atendendo de má vontade e com hostilidade. Condições efetivamente dignas de trabalho, formas benéficas de comunicação, alianças entre equipes de saúde, espírito crítico e questionador, entre outras necessidades, são compatíveis e essenciais para o cumprimento das obrigações do profissional para com a vida, a saúde e a doença da sociedade.²⁶

Dessa maneira, a melhoria das condições de trabalho refletirá na assistência da Enfermagem ao paciente e na qualidade de vida de seus sujeitos. No entanto, o que observa-se é que o trabalhador fica distante dos familiares e de situações da vida particular por jornadas longas ou entre dois ou três empregos, tornando-se alienado, irritado e estressado. Desse modo, afasta-se do convívio social, direcionando a maior parte de seu tempo às atividades profissionais, deixando de lado questões subjetivas, e passando a ver o trabalho num primeiro plano, sem perceber os prejuízos que está acumulando não apenas para si, mas também para sua família.²⁷

Diante disso, é inegável que o trabalho tenha relevante significado na qualidade do profissional da área da saúde, pois direciona o estilo de vida adotado por ele e sua família. O ambiente de trabalho – e o próprio trabalho – tem importância singular para esses profissionais, representando um marco operador na qualidade de vida, uma vez que diferentes valores foram atribuídos a ele, relacionando-o a uma possibilidade de melhor condição de vida.²⁷

Dessa maneira, em instituição hospitalar, as reflexões sobre a qualidade de vida deveriam ser permeadas não somente por condições para a qualidade do trabalho, mas por estratégias para modificar, melhorar ou implementar ações para garantir condições

adequadas e o atendimento profissional competente e responsável.

Um trabalho prazeroso não deve ser privilégio de alguns, mas direito de todos.²⁸

REFERÊNCIAS

1. Hospital de Clínicas da Unicamp [base de dados na Internet]. Campinas: Unicamp. [acesso em: 2010 Set 19]. Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br>.
2. Merhy EE, Cecílio LCO, Mendes TC. Planejamento Estratégico do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas [base de dados na Internet]. Campinas: Unicamp; 2003. [acesso em: 2007 Abr 04]. Disponível em: www.hc.unicamp.br.
3. Oliveira ECN. 2002. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicol Cienc Prof*. 2002; 22:30-41.
4. Benatti MC, Nishide VM. Development and implementation of an environmental risk map for the prevention of occupational accidents in an intensive care unit at a university hospital. *Rev Lat Am Enferm*. 2000; 8:13-20.
5. Pitta AMF. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec; 1990.
6. Costa MNA, Deus IA. Riscos ocupacionais em UTI: proteção específica. *Rev Bras Enferm*. 1989; 42:106-9.
7. Coutrin RMGS, Freua PR, Guimarães CM. Estresse em enfermagem: uma análise do conhecimento produzido na literatura brasileira no período de 1982 a 2001. *Texto & Contexto Enferm*. 2003; 12:486-94.
8. Santos JM, Oliveira EB, Moreira AC. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. *Rev Enferm UERJ*. 2006; 14:580-5.
9. Savoldi NAM. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores de enfermagem da UTI pediátrica. Rio de Janeiro, 136; 2004.
10. Gomes GC, Lunardi Filho WD, Erdmann AL. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2006; 14:93-9.
11. Souto MC. CTI oncológico: as experiências do trabalhador de enfermagem com os riscos, sofrimento e prazer. Rio de Janeiro, XVIII,110; 2003.
12. Gomes JR. Saúde ocupacional no hospital. *Rev Paul Hosp*. 1974; 22:274-6.
13. Teegen F, Müller J. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in intensive care unit personnel. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2000; 50:384-90.
14. Lynch J, Appelboam R, McQuillan PJ. Survey of abuse and violence by patients and relatives towards intensive care staff. *Anaesthesia*. 2003; 58:893-9.
15. Drury T. Recognizing the potential for violence in the ICU. *Dimens Crit Care Nurs*. 1997; 16:314-23.
16. Fleck MPA. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) [base de dados na Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998 [atualizado em 2003 Ago 27]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>.
17. World Health Organization [Internet]. [local desconhecido]: WHOQOL Study Protocol. WHO. Disponível em: <http://www.who.int>.
18. Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(3):305-10.
19. Andrades Barrientos L, Valenzuela Suazo S. Quality of life associated factors in Chileans hospitals nurses. *Rev Lat Am Enferm*. 2007; 15(3):480-6.
20. Saupe R, Nietche EA, Cestari, ME. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. *Rev Lat Am Enferm*. 2004; 12(4):636-42.
21. Vutyavanich T, Sreshthaputra R, Thitadilok W. Quality of life and risk factors that affect the quality of life of Thai female physicians. *J Med Assoc Thai*. 2007; 90(11):2260-5.
22. Schwartzmann L. Health related quality of life in medical doctors: study of a sample of Uruguayan professionals. *Vertex*. 2007; 18(72):103-10.
23. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref: quality of life assessment. *Psychological Medicine*, Londres. 1998b; 28(3): 551-8.
24. R Development Core Team (2009) [base de dados na Internet]. Viena, Áustria. R: a language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. ISBN 3-900051-07-0. Disponível em: <http://www.r-project.org>.
25. Minayo, MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde & Coletiva*. 2000; 5(1):7-18.
26. Maldonado MT, Canella P. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e

hospitais. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso; 2003.

27. Cecagno D. Qualidade de vida e o trabalho sob a ótica do enfermeiro. *Cogitare Enferm.* 2002; 7(2):54-9.

28. Martins JJ. Qualidade de vida e trabalho: o cenário atual do trabalho da enfermagem numa unidade de terapia intensiva (UTI). *Texto Contexto Enferm.* 1999; 8(3):128-46.

Sources of funding: CNPq

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/12/27

Last received: 2011/05/18

Accepted: 2011/05/20

Publishing: 2011/06/01

Address for correspondence

Marcela Astolphi de Souza

Rua Roxo Moreira, 137

Cidade Universitária I – Barão Geraldo

CEP: 13083-590 – Campinas (SP), Brazil