



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E
SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E
SAÚDE

QUALIDADE DE VIDA DE ENFERMEIRAS E SUA RELAÇÃO COM O CUIDADO
CLÍNICO DE ENFERMAGEM

FRANCISCA DIANA MÁCIA DE OLIVEIRA

FORTALEZA-CE

2013

FRANCISCA DIANA MÁCIA DE OLIVEIRA

QUALIDADE DE VIDA DE ENFERMEIRAS E SUA RELAÇÃO COM O CUIDADO
CLÍNICO DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Fundamentos e Práticas do cuidado clínico em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Virgínia de Melo Fialho

FORTALEZA-CE

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Bibliotecário(a) Responsável – Giordana Nascimento de Freitas CRB-3 / 1070

O48q Oliveira, Francisca Diana Macia de
Qualidade de vida de enfermeiras e sua relação com o cuidado clínico de enfermagem / Francisca Diana Macia de Oliveira. – 2013.

CD-ROM. 96f. : il. ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slin (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Ana Virgínia de Melo Fialho.

1. Qualidade de vida. 2. Enfermagem. 3. Mulher. I. Título.

CDD: 610.73

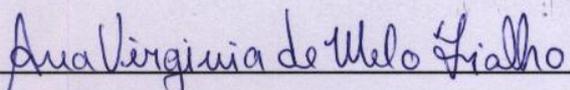
FRANCISCA DIANA MÁCIA DE OLIVEIRA

QUALIDADE DE VIDA DE ENFERMEIRAS E SUA RELAÇÃO COM O CUIDADO
CLÍNICO DE ENFERMAGEM

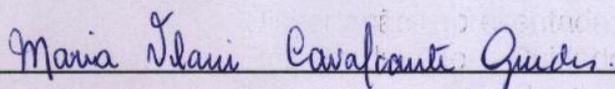
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.
Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 28 / 02 / 2013

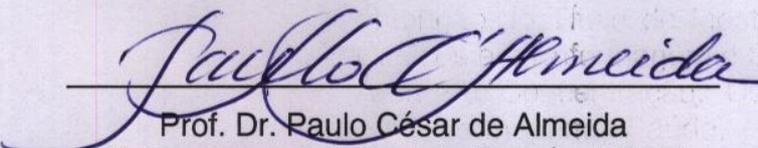
QUALIDADE DE VIDA DE ENFERMEIRAS E SUA RELAÇÃO COM O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM BANCA EXAMINADORA



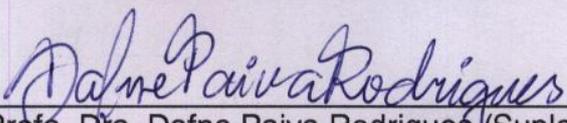
Profa. Dra. Ana Virgínia de Melo Fialho (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profa. Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profa. Dra. Dafne Paiva Rodrigues (Suplente)
Universidade Estadual do Ceará - UECE

AGRADECIMENTOS

- A Deus, por ser meu guia e minha força, por me segurar pela mão e não permitir que eu fracassasse nos momentos difíceis e assim, atingisse meu objetivo.
- Aos meus pais, Roque e Socorro, por todo o amor demonstrado e pelo apoio incondicional.
- Ao meu esposo marido, pelo apoio, companheirismo, compreensão e por estar ao meu lado em todos os momentos. Obrigada por tudo.
- À Profa. Dra. Ana Virgínia Fialho, pela força, por tudo o que me ensinou e por me haver acolhido não só como orientanda, mas também como amiga.
- À Profa. Dra. Vilani Guedes, por mais uma vez estar ao meu lado, contribuindo com seus conhecimentos para o meu crescimento profissional.
- À Profa. Dra. Dafne Rodrigues, por ter sido tantas vezes coorientadora, compartilhando experiências que contribuíram para meu aperfeiçoamento.
- Ao Prof. Paulo César de Almeida, pela paciência, disponibilidade em ajudar sempre, e pelos ensinamentos transmitidos.
- A todas as professoras do PPCCLIS, que colaboraram com seus ensinamentos para meu crescimento e maturidade profissional.
- À 7ª. turma de mestrado (the best...) do PPCCLIS, pelas experiências e momentos felizes compartilhados nesses dois anos de convivência, que tanto contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.
- Ao GRUPESME, que me acolheu de forma calorosa; e ao GRUPEESS que sempre me aceitou, mesmo com pouca assiduidade; aos quais muito devo em termos de aprendizado acadêmico proporcionado pela rica convivência com os diversos níveis acadêmicos e profissionais.

- Ao grupo de estudos “Compreensão conceitual acerca do cuidado clínico de enfermagem: enfoque filosófico”, na pessoa do Prof. Dr. Rui Verlaine, também pelas experiências e conhecimentos compartilhados, que tanto contribuíram para meu aprofundamento filosófico.

- Às acadêmicas de enfermagem, Amanda Miranda, Andrezza Vilote e Liana Paula, pela amizade e pela ajuda na coleta de dados.

- Às enfermeiras que participaram deste estudo, que contribuíram com suas experiências para tentarmos melhorar a qualidade do cuidado clínico de enfermagem e, buscarmos também melhoras na nossa qualidade de vida.

- Às funcionárias da secretaria do PPCCLIS que sempre me receberam e me atenderam com simpatia e educação.

- A todos os amigos e componentes familiares, que, de uma maneira ou de outra, torceram e ajudaram para que eu vencesse mais esta etapa da vida. Muito obrigada!

RESUMO

A enfermagem tem como essência de sua atenção o cuidado humano; um cuidado que se preocupa com o outro, que busca promover a saúde e o conforto, prevenir doenças e satisfazer as necessidades das pessoas. Mesmo perante condições de trabalho precárias, os enfermeiros se desdobram para cuidar de seus pacientes, buscando proporcionar-lhes melhor qualidade de vida (QV), enquanto suas necessidades pessoais de descanso, lazer, aperfeiçoamento, dentre outras, muitas vezes se tornam secundárias. Então, o estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida (QV) de enfermeiras e sua relação com o cuidado clínico de enfermagem. Foi do tipo descritivo-exploratório realizado com 100 enfermeiras das unidades de terapia intensiva (UTI), clínica médica, centro cirúrgico (CC) e emergência de uma instituição pública de referência em atenção terciária na cidade de Fortaleza – CE. A coleta realizou-se no período de maio a setembro de 2012 por meio do questionário de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-bref) e mediante entrevista semiestruturada, da qual participaram 35 enfermeiras. Para comparação das médias, foram usados os testes de ANOVA e de Tukey. Para as análises de associação utilizaram-se os testes de χ^2 e de razão de verossimilhança. Foram consideradas como estatisticamente significativas as análises com $p < 0,005$. As entrevistas foram examinadas por meio da análise de conteúdo de Bardin, com formação de categorias temáticas. As enfermeiras obtiveram médias de QV total e por domínios acima de 65,00. Encontraram-se associação estatística entre QV total, o tempo de graduação ($p=0,068$) e presença de filhos ($p=0,017$). O domínio físico esteve associado com o estado civil ($p=0,009$), o tempo de graduação ($p=0,012$), a idade ($p=0,041$) e a unidade de trabalho ($p=0,022$). Dentre as categorias formadas estão: “fatores que podem melhorar a QV”, expresso por “redução da carga horária” e “estabilidade financeira”; e a “QV influencia o cuidado clínico de enfermagem”, na qual as enfermeiras expressam que precisam estar bem para cuidar. As enfermeiras apresentaram boa QV, sendo que maior tempo de graduação e ter filhos influenciou favoravelmente para a QV. Embora as condições de trabalho não tenham mostrado associação estatística significativa com a QV, viu-se que elas a influenciam, evidenciada pelas respostas de redução da carga horária e estabilidade financeira como fatores principais para melhorar a QV. Isso mostra que as enfermeiras elegem os elementos importantes para sua QV em todas as dimensões, e o valor atribuído a esses elementos depende de suas vivências e experiências pessoais e do que cada uma considera essencial para ter uma vida melhor.

Palavras chave: Qualidade de Vida. Enfermagem. Mulher.

ABSTRACT

Nursing has the essence of its attention human care, a care that cares about the other, which seeks to promote the health and comfort, prevent disease and satisfy the needs of people. Even with poor working conditions, nurses deploy to care for their patients, seeking to provide them with a better quality of life (QOL) as their personal needs for rest, recreation, enhancement, among others, often become secondary. Then, the study aimed to evaluate the quality of life (QOL) of nurses and their relationship with the clinical nursing care. Was a descriptive-exploratory study with 100 nurses from intensive care units (ICU), medical clinic, surgical center (CC) and the emergence of a public reference tertiary care institution in the city of Fortaleza - CE. The gathering was held in the period from May to September 2012 using the questionnaire for evaluating the quality of life of the WHO (WHOQOL-BREF) and by semi-structured interview, which was attended by 35 nurses. To compare means, we used the ANOVA and Tukey. For association analyzes used the χ^2 test and the likelihood ratio. Were considered statistically significant analyzes with $p < 0.005$. The interviews were analyzed using content analysis of Bardin, forming thematic categories. Nurses obtained mean QOL total and by fields above 65.00. We found a statistical association between QOL total time of graduation ($p = 0.068$) and presence of children ($p = 0.017$). The physical domain was associated with marital status ($p = 0.009$), the time of graduation ($p = 0.012$), age ($p = 0.041$) and the unit of work ($p = 0.022$). Among the categories are formed: "factors that may improve QOL" expressed by "reducing workload" and "financial stability", and "QOL influences clinical nursing care," in which nurses express that need to be well care. Nurses had good QOL, and higher graduation time and having children influenced favorably to QOL. Although working conditions have shown no statistically significant association with QOL, saw that they influence it, as evidenced by the responses of reduced workload and financial stability as key factors in improving QOL. This shows that nurses elect the important elements to their QOL in all dimensions, and the value assigned to these elements depends on their experiences and personal experiences and what each considers it essential to have a better life.

Keywords: Quality of Life. Nursing. Woman.

SUMÁRIO

1 Introdução.....	10
2 Objetivos.....	15
Geral.....	15
Específicos.....	15
3 Revisão de Literatura.....	16
3.1 Conceito de cuidado e cuidado clínico de enfermagem.....	16
3.2 Processo de trabalho do enfermeiro.....	21
3.3 Qualidade de vida.....	25
3.4 Qualidade de vida da enfermeira.....	27
4 Metodologia.....	30
4.1 Tipo e natureza do estudo.....	30
4.2 Local do estudo.....	31
4.3 População e amostra.....	31
4.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados.....	32
4.5 Organização e análise dos dados.....	33
4.6 Aspectos éticos.....	37
5 Apresentação e discussão dos resultados.....	39
5.1 Caracterização das enfermeiras.....	39
5.2 Análise dos fatores que podem ou não influenciar a qualidade de vida.....	43
5.3 Significados de qualidade de vida.....	58
5.3.1 Definição de qualidade de vida.....	58
5.4 Potencialidades para obtenção de qualidade de vida.....	61
5.4.1 Fatores que podem melhorar a qualidade de vida.....	61
5.5 Interface da qualidade de vida com o cuidado clínico de enfermagem.....	68
5.5.1 A qualidade de vida influencia o cuidado clínico de enfermagem.....	68
5.5.2 O cuidado clínico de enfermagem influencia a qualidade de vida.....	72
5.5.3 Cuidar do outro e cuidar de mim.....	75
6 Considerações Finais.....	79
7 Referências.....	83
Apêndices.....	89
Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	89

Apêndice B- Roteiro de entrevista.....	90
Apêndice C- Questionário Sociodemográfico.....	91
Anexos.....	92
Anexo A- WHOQOL-BREF.....	92
Anexo B- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente.....	95
Anexo C- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Co-Participante..	96

1 INTRODUÇÃO

O ser humano está em constante busca de descobertas, por técnicas cada vez mais aprimoradas, por instrumentos evoluídos que transformem suas criações em evoluções tecnológicas na tentativa de melhorar as condições de vida da humanidade. As tecnologias, no entanto, agradam por um momento, mas logo se tornam ultrapassadas e precisam ser substituídas por outras mais modernas para que possam atender às expectativas da sociedade contemporânea.

Embora a modernização melhore significativamente a vida da população em geral, não consegue satisfazer as reais necessidades do ser humano. Em pleno século XXI, com a globalização consolidada e com o acelerado desenvolvimento da informática e da robótica, que lançam no mercado mundial tecnologias cada vez mais sofisticadas, as necessidades individuais não são completamente satisfeitas, e as pessoas estão sempre almejando, a cada dia, melhorar a qualidade de vida.

Nas últimas décadas, as pesquisas sobre a temática qualidade de vida (QV) tiveram crescimento significativo aqui no Brasil, como mostram os estudos de Neves et al (2010); Araújo, Soares e Henriques (2009); Spiller, Dyniewicz e Slomp (2008); Dantas, Gois e Silva (2005); Dantas, Sawada e Malerbo (2003). Apesar do interesse pelo tema, não há ainda um consenso sobre a definição de QV, por envolver toda uma carga de subjetividade e diversas dimensões (físicas, psicológicas, sociais etc.) que perpassam as percepções humanas, influenciadas por fatores culturais.

Com toda a subjetividade e a multidimensionalidade que envolve o termo QV, há uma vertente a dizer que, para a pessoa ter o mínimo de QV, suas necessidades humanas elementares precisam ser atendidas, como alimentação, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer - elementos de realização individual e coletiva (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000); ou seja, QV não se mede pelo que se tem, mas por meio daquilo com que se satisfaz. O nível de satisfação, entretanto, é também individual, temporal e bastante subjetivo, e mesmo as necessidades básicas assumem importância variável de pessoa a pessoa.

Qualidade de vida pode ser definida em termos da distância entre as expectativas individuais e a realidade, e quanto menor esta distância melhor (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). O que a pessoa tem à disposição nem sempre é o

que ela quer ou considera necessário para si em um determinado momento de sua vida, ou vice-versa, aumentando a distância entre as expectativas individuais e a realidade; o ideal seria que os desejos fossem condizentes com a realidade.

De acordo com o WHOQOL (1997) o conceito de QV está relacionado à percepção da pessoa acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

A QV está muito ligada às metas e aspirações de cada qual, ao que cada um almeja conquistar e realizar; ao que considera necessário para si em cada momento da sua vida, numa determinada cultura, com suas crenças e costumes. O que satisfaz uma pessoa em determinado momento e em certo local pode não satisfazer mais em outra época da vida, e isso influenciará no conceito de QV.

Na atual conjuntura da sociedade capitalista globalizada, o ter e o poder se sobrepõem ao ser, de sorte que as pessoas são cobradas não pelo que são, mas pelo que produzem. Os profissionais buscam, não só, satisfação pessoal e profissional, mas também *status*, em uma sociedade que exige mão de obra qualificada e altamente produtiva, de modo que quem não se enquadra nessas funções (qualificado e/ou produtivo) perde espaço e visibilidade. Assim, o trabalho se relaciona diretamente à qualidade de vida.

Elias e Navarro (2006); Schmidt e Dantas (2006); e Farias e Zeitoune (2004) abordam a qualidade de vida especificamente no trabalho (QVT), destacando-o como um indicador importante de QV, exatamente pelo peso que este exerce na sociedade e submete os trabalhadores a condições precárias por medo de ficarem fora da atual conjuntura social.

Na sociedade contemporânea, muitas realidades de trabalho ainda desrespeitam os direitos dos trabalhadores, ofertando baixos salários, carga horária excessiva, ambiente insalubre e desvalorização profissional, sendo estes fatores influenciadores da QV de qualquer trabalhador, mas que são mascarados pela necessidade de se ter um emprego, exercer uma função e ser considerado economicamente ativo como forma de retorno à sociedade. O não atendimento destas exigências – convém se dizer - pode influenciar de forma ainda mais negativa a QV.

Outro determinante importante da QV é a saúde, também com toda a subjetividade que a envolve, e não somente como completo bem-estar físico, mental

e social. Concordando, Souza et al. (2010, p. 195) expressam que “saúde e qualidade de vida são dois temas estreitamente relacionados, como podemos reconhecer em nosso cotidiano e com o qual pesquisadores e cientistas concordam inteiramente”.

Embora tenha sua singularidade, saúde é sem dúvida um ponto deveras importante quando se quer avaliar QV. Como se pode ter QV se não se tem “saúde”? E o que é ter “saúde”? O estado de saúde, individualmente interpretado, reflete no trabalho, nas relações familiares e sociais, nas aspirações pessoais, na satisfação das necessidades individuais. Com base no que cada um considera “saúde”, esta influenciará em maior ou menor intensidade no conceito de QV.

Tão evidente é a importância da saúde na avaliação da QV que a grande parte dos estudos de avaliação de QV o fazem em situações que envolvam algum problema de saúde, como mostram os estudos de Dantas, Sawada e Malerbo (2003) e Oliveira et al. (2007) em revisões integrativas realizadas sobre a produção brasileira sobre o tema. Para Souza et al. (2010), a saúde é uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida, porque é reconhecidamente o melhor recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal.

Será, porém, que a pessoa saudável e economicamente ativa não teria sua QV também afetada, levando em consideração os aspectos subjetivos que permeiam as experiências humanas?

Aproximando esses dois determinantes de relevância de QV (saúde e trabalho) encontram-se os profissionais da área da saúde, que, na maioria das vezes enfrentam condições de trabalho desgastantes para proporcionar “saúde” aos clientes. Corroborando a mesma opinião, Neves et al. (2010) exprimem que esses profissionais muitas vezes priorizam o bem-estar de seus clientes, negligenciando o cuidado com o próprio estado de saúde.

Posta neste âmbito encontra-se a Enfermagem, uma profissão das Ciências da Saúde com intenso cunho humanista, que tem como essência o cuidado humano, o qual se preocupa com o outro, demandando promover a saúde e prevenir doenças, fomentar conforto e segurança, satisfazer as necessidades das pessoas.

Será, no entanto, que as necessidades do profissional enfermeiro estão sendo satisfeitas? O quanto a QV depende da satisfação dessas necessidades?

Sabe-se que estes profissionais passam por diversas tensões e ansiedades em seus ambientes de trabalho, em decorrência de fatores, como longas jornadas

de trabalho, carência de recursos materiais e humanos, riscos ocupacionais, falta de reconhecimento, desvalorização do seu trabalho e baixa remuneração, dentre outros (NEVES et al., 2010).

Com as condições de trabalho precárias, os enfermeiros desdobram-se em cuidar de seus clientes, procurando satisfazer-lhes as necessidades e proporcionar-lhes melhor QV, enquanto suas necessidades pessoais de descanso, lazer, aperfeiçoamento, dentre outras, se tornam secundárias, influenciando na sua QV.

Desde seus primórdios, a profissão de Enfermagem está ligada ao caráter caritativo-religioso, o qual deixou marcas que perduram até os dias de hoje, e a ideologia da abnegação, obediência e dedicação se manifesta atualmente no modo de produção capitalista, proporcionando ambiguidades entre o assistencialismo produzido pelo espírito caritativo e as regras típicas da organização capitalista, submetendo o profissional de Enfermagem a excessiva carga de trabalho com baixos salários (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Vale ressaltar que, por ser a Enfermagem uma profissão predominantemente feminina, a QV assume dimensões ainda maiores, pois a mulher, em seus vários papéis de esposa, mãe, dona de casa, intelectual e profissional, vivencia conflitos de ansiedade por não poder se dedicar completamente a nenhum de seus papéis e, tampouco se dedicar ao cuidado de si.

Como cuidar do outro se não se logra cuidar de si mesmos?

Considerando essas reflexões, o objeto deste estudo foi a qualidade de vida das enfermeiras e sua relação com o cuidado clínico de enfermagem, na tentativa de responder à questão-problema: - a qualidade de vida das enfermeiras tem relação com o desenvolvimento do cuidado clínico de enfermagem?

Estudo desenvolvido com estudantes de Enfermagem, de autoria de Oliveira e Ciampone (2008) já identificou a necessidade de preparar os futuros profissionais e os docentes para o desenvolvimento do cuidado de si, como precedente da condição para cuidar do outro.

Silva et al. (2009) complementam, expressando a ideia de que o cuidado de si não é específico do enfermeiro, pois qualquer profissional da saúde tem que cuidar de si para ter condições de cuidar do outro. É o enfermeiro, no entanto, que tem maior contato com o ser doente ou saudável, que convive mais com o sofrimento, por isso não pode deixar de ter uma relação saudável consigo, pois só assim pode se relacionar bem com o outro e deste cuidar.

Como enfermeira, na experiência profissional que se acumulou, a autora do presente trabalho, deparou-se inúmeras vezes com necessidades pessoais como consultas de rotina para promoção da saúde, oportunidades de aperfeiçoamento, resolução de problemas familiares e até mesmo necessidades de descanso e lazer que não podiam ser atendidas naquele momento, em virtude das condições de trabalho da instituição como, déficit de pessoal, horários incompatíveis, escalas inflexíveis, dentre outros. Acredita-se que, em algumas situações a não satisfação de suas necessidades influenciava na prestação do cuidado; em outras não, dependendo da prioridade da necessidade.

A justificativa do estudo se pauta no fato de possibilitar a identificação das dimensões que influenciam, tanto positiva quanto negativamente, a QV das enfermeiras. Na condição de enfermeira, sentiu-se a necessidade de investigar a temática na tentativa de entender como o profissional que cuida do outro cuida de si, ou melhor, cuida da sua QV de um modo geral.

A relevância científica do estudo consistiu na necessidade de avaliar a QV de “pessoas saudáveis” e economicamente ativas, quando a maioria dos estudos sobre QV aborda situações de problemas de saúde. Identificaram-se pontos importantes sobre a QV das enfermeiras com suporte naquilo que elas consideraram necessário e prioritário; com efeito, tem-se subsídios para atuar de forma contingencial para melhorar a prática do cuidado clínico de enfermagem e a relação enfermeiro-paciente.

A relevância social do estudo aconteceu por permitir às enfermeiras conhecerem a realidade comum entre elas, de que, mesmo não se avaliando a QV no trabalho, as condições de trabalho a que elas estão submetidas interferem em suas QV e no desenvolvimento do cuidado clínico de enfermagem. Dessa forma, favorece a busca individual da profissional por melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida e qualitativa prestação do cuidado clínico de enfermagem, pois profissionais satisfeitos em suas necessidades individuais trabalham mais e com qualidade.

2 OBJETIVOS

Geral

- Avaliar a qualidade de vida das enfermeiras e sua relação com o cuidado clínico de enfermagem.

Específicos

- Conhecer o significado atribuído para qualidade de vida pelo grupo amostral.
- Identificar potencialidades apontadas na avaliação da qualidade de vida.
- Averiguar a relação da qualidade de vida com o cuidado clínico de enfermagem prestado.
- Analisar se o fato de cuidar de outras pessoas propicia estímulo para o cuidado de si.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para se compreender melhor o objeto de estudo, isto é, a relação da qualidade de vida (QV) das enfermeiras com o desenvolvimento do cuidado clínico de enfermagem, foi feita breve revisão sobre os conceitos de cuidado e cuidado clínico de enfermagem, processo de trabalho do enfermeiro e qualidade de vida, buscando relação entre eles.

3.1 Conceito de cuidado e cuidado clínico de enfermagem

O cuidado está presente em todas as espécies de animais, no entanto é próprio da espécie humana. Enquanto algumas espécies de animais cuidam de seus descendentes até estes se tornarem capazes de se cuidar sozinhos, os seres humanos cuidam de seus descendentes até a morte, e mesmo depois da morte, quando cuidam preparando o corpo.

O cuidado humano é mais sensível, dedicado, detalhado e mais complexo, pois abrange, além da preservação da espécie, a característica de direcionamento do ser cuidado por meio da razão. Nascimento et al. (2006, p. 387) ratificam: “o cuidado humano, porém, se diferencia porque além do instinto de preservação e sobrevivência está ligado também a racionalidade e sensibilidade.”

Para se compreender melhor a questão do cuidado, buscou-se as interpretações de alguns filósofos sobre o ato de cuidar. Heidegger entende que o cuidado é a essência do ser humano; é o sentido de sua existência; sem ele deixa-se de ser humano - incluindo aí a dimensão ontológica do cuidado (WALDOW, 2004).

A existência humana só tem valor se cada um se dispuser a cuidar de algo, de alguém, no sentido de ajudar esse alguém a caminhar sozinho, a cuidar de si próprio.

Para Mayeroff, o cuidado é um modo de relacionar-se com alguém e envolve desenvolvimento e crescimento, provocando profunda transformação no relacionamento. Cuidar é ajudar o outro a crescer e a realizar-se. Mayeroff

acrescenta que o cuidado não é um negócio, não é necessariamente recíproco (WALDOW, 2004).

Quando se cuida de alguém, se tem como objetivo o crescimento do outro, para que este seja capaz de tomar suas decisões em busca de suas realizações e em prol de seu bem-estar. Independentemente do que seja bem-estar para ele, o importante é que ele se ache bem e realizado. Quando se cuida, não se espera nada em troca, apenas que o outro se torne capaz de ser responsável por si mesmo.

Boff refere que o cuidado é uma “atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (WALDOW 2004, p. 24).

Os autores citados expressam o cuidado como relação que envolve afetividade, sentimento, responsabilização pelo caminhar do outro, para que este seja capaz de superar obstáculos e seu caminho se torne seguro.

O cuidado inerente à espécie humana foi incorporado pela Enfermagem como objeto de estudo e trabalho, instrumento principal da profissão, que visa, não somente a cura, mas também ao envolvimento do ser cuidado em uma atitude de respeito, preocupação com o outro; um cuidado acolhedor, protetor, companheiro, que ensina e direciona o ser cuidado na promoção do seu bem-estar. Roach apud Waldow (2004), ao discutir o cuidado, diz que não é privilégio da Enfermagem, porém, na Enfermagem, ele é único.

Florence disse que a “enfermagem é uma arte”; e Waldow complementou expressando a ideia de que “a arte da enfermagem é o cuidado” (WALDOW, 2008). Todo artista se dedica totalmente à sua arte, à sua obra, que passa a ser o seu foco, o objetivo, a meta, o seu produto e quer que este seja o mais belo, trabalhado, inspirado, a mais pura perfeição artística.

Assim, há de ser o enfermeiro, que deve se dedicar totalmente ao cuidado, priorizá-lo, moldá-lo, lapidá-lo, envolver-se, engajar-se, para que ele melhore a cada dia e se torne único, a sua mais perfeita obra.

A busca pelo cuidado perfeito traz alguns riscos (conflitos) que o cuidador tem que correr. Noddings (2003) ensina que o conflito pode surgir quando várias pessoas cuidadas exigem dos cuidadores decisões incompatíveis ou quando aquilo que o objeto de cuidado deseja não é o que se acha ser o melhor para ele. Cabe ao cuidador coragem para enfrentá-los e discernimento para resolvê-los. A superação e resolução dos conflitos é uma forma de amadurecimento profissional e pessoal.

O artista, muitas vezes, passa por conflitos e sofrimentos, quando não encontra inspiração e motivação para iniciar sua obra ou para melhorá-la quando esta é muito complexa, mas ele não desiste e segue trabalhando até que conclua sua produção sem imperfeições. Isto também ocorre com a enfermeira, pois o cuidado às vezes a situa em conflito, porque não saiu como esperava, talvez por ela não estar preparada para compreender sua complexidade e magnitude. Noddings (2003, p. 25) diz que “se conseguirmos entender como o cuidado é complexo e intrincado, até mesmo subjetivo, poderemos talvez estar melhor equipados para entender os conflitos e os sofrimentos que ele às vezes induz.”

As enfermeiras, na qualidade de artista, devem ter a sensibilidade de captar a subjetividade do cuidado, no qual se encontra também, a subjetividade do ser cuidado. Na relação de cuidado está envolvido um ser (que recebe o cuidado) com sentimentos e vontades próprias, merecedor de respeito, atenção e comprometimento por parte do ser cuidador. Desde o momento em que o cuidado for exercido como “forma humana de ser” (ROACH apud WALDOW, 2004) os conflitos serão superados.

Waldow diz que o cuidado só se torna realmente cuidado quando se interage pessoa/pessoa, quando se realiza a ação:

O que diferencia o cuidar de um procedimento é a preocupação, o interesse, a motivação, expressos em movimento, em um impulso que nos dirige no sentido de fazer algo para ajudar. Aí se realiza a ação; (...) o que diferencia o cuidar é como se faz, ou seja, com gentileza, com respeito, com consideração, pois estou prestando uma ajuda a um ser, um ser humano que é digno de atenção e para quem tenho um compromisso, uma responsabilidade (2008, p.69).

Respeitar o ser que recebe o cuidado como dotado de identidade própria, com suas crenças e opiniões que devem ser levadas em consideração quando se realiza o cuidado e que este ser também tem muito a nos ensinar, é uma maneira de desenvolver a competência *saber-ser* do cuidador (SÁ, 2010).

Importar-se com o outro, situando-se no lugar dele enriquece o *saber-fazer* do cuidador que desenvolverá habilidades e destreza para realizar procedimentos com o menor sofrimento e o mais rápido conforto à pessoa cuidada (SÁ, 2010). Importar-se com o outro é realizar uma ação de cuidado, fazendo ao outro o que gostaria que estivesse sendo feito a si, com responsabilidade, competência e conhecimento técnico e científico.

Não se pode fazer uma discussão sobre o cuidado sem abordar a competência do *saber-saber*, deixando de ressaltar a importância da aquisição de conhecimento científico para o fortalecimento da Ciência Enfermagem como ciência do cuidado.

O cuidado científico de que trata a enfermagem deve ser visto como um fenômeno, teorizado, testado e validado. Considerando que “teorizar é gerar conhecimento para uso na prática”, o cuidado de enfermagem deve ser validado pelas teorias de enfermagem (SÁ, 2010).

Desde os primórdios da profissão, Florence Nightingale deixou escritas orientações básicas de cuidado desenvolvidas e direcionadas à sociedade. Depois dela pode-se mencionar, dentre muitos exemplos, Leininger defendendo o cuidado como foco central da enfermagem. Watson acrescentando que o cuidado é a essência, o ideal moral da enfermagem; e Silva que o vê como símbolo da enfermagem (STAMM, 2002). Foi com o surgimento das teorias de enfermagem que a profissão se firmou como ciência, pois as teorias são consideradas produtos da ciência e dão relevância à prática (WALDOW, 2008).

O desenvolvimento das teorias alcançou o auge em meados dos anos 1970 e 1980, tendo como principais representantes as enfermeiras estadunidenses; apenas uma enfermeira brasileira, Wanda Horta, iniciou uma teoria, mas outras dezenas de teorias dos EUA dão suporte à prática do cuidado de enfermagem (WALDOW, 2008). É indiscutível a importância das teorias de enfermagem para consolidação da profissão como ciência, pois a teoria serve para sistematizar o saber e organizar o cuidado mediante um corpo de conhecimentos.

Sob tal concepção de cuidado, encontra-se Cuidado Clínico de Enfermagem, um constructo em discussão nas disciplinas teórico-filosóficas do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, na tentativa de definir seus atributos. Em pesquisa às dissertações do curso nos últimos quatro anos e na literatura em geral, nas bases de dados Scielo, Lilacs, Medline e Bdenf nos últimos cinco anos, encontrou-se poucas referências ao referido conceito.

Quando se fala em cuidado clínico, remete-se muito ao conceito de clínica essencialmente biológica, atrelada à ideia biomédica e à doença em si. Não se logra ir além e ainda se nota a clínica ligada a ações institucionalizadas. Vieira, Silveira e Franco (2011) comentam que o desenvolvimento da clínica foi mediado pela

Medicina, refletindo relações de poder e a percepção da saúde e da doença em campos de saberes situados nas Ciências Biológicas.

A clínica ligada à doença predominante nos serviços de saúde estende-se à Enfermagem e o cuidado também se desenvolve predominantemente numa visão biologicista, mecanicista e fragmentada, não privilegiando a prevenção e a promoção da saúde fazendo parte da clínica. Vieira, Silveira e Franco (2011) vão mais além ao aduzirem a ideia de que a clínica restrita ao modelo biomédico se faz visível nas ações de enfermagem, quando se percebe um cotidiano assistencial fragmentado em atividades rotineiras, burocráticas, verticalizadas, semelhantes a uma linha de montagem.

Não há o planejamento individualizado da assistência, respeitando as características e singularidades de cada ser humano; não há o cuidado direcionado à satisfação das necessidades individuais, pois o que predomina é a repetição de ações padronizadas, dicotomizadas, e que prioriza as necessidades das instituições de saúde e não aquilo de que as pessoas precisam.

O cuidado de enfermagem, mas especificamente o cuidado clínico de enfermagem, precisa ser ampliado e ir além do que está visível, levando em consideração a pessoa em si e suas vivências. Oliveira et al. (2009) acentuam que é preciso levar em consideração a história de vida de cada sujeito, abrindo espaço para sua fala, e não apenas deixá-lo falar, mas também escutá-lo, valorizá-lo. Considerá-lo como um ser que estrutura sua vida e que reage ao processo saúde-doença de maneira bastante particular. O sujeito não é apenas objeto do cuidado, mas também seu agente transformador.

O sujeito que busca o cuidado é também possuidor de saberes e práticas vivenciadas no seu dia a dia, possui crenças, valores e uma cultura que precisa ser valorizada e respeitada no momento em que se planeja o cuidado. Consoante Oliveira et al. (2009), deve-se oferecer ações que aumentem o potencial e a autonomia dos sujeitos por meio da associação do saber deles com o saber científico. Só assim, é possível pensar a Enfermagem na perspectiva de promotora da saúde em um trabalho ampliado.

Depois dessa explanação filosófica sobre cuidado e deste como objeto da enfermagem; e considerando que uma definição deve ser clara, positiva e breve; e que não deve se referir a características superficiais, mas, à essência (PASCAL, 2000); a pesquisadora propõe uma definição para cuidado clínico de enfermagem.

Cuidado clínico de enfermagem são ações respaldadas no conhecimento científico, com bases éticas e filosóficas, desenvolvidas para promoção, prevenção e recuperação da saúde, almejando o crescimento e a realização pessoal de cada ser humano.

Nesse cuidado, também se inclui a enfermeira que, como agente do cuidado clínico, muitas vezes, não é capaz de cuidar si mesma. Salomé, Martins e Espósito (2009) ressaltam que, sendo a profissão de Enfermagem a arte de cuidar do outro, é importante que este profissional procure manter seu corpo e sua mente saudáveis e demande também cuidar de si.

Ferrara apud Sá (2010, p. 177), lembra que “os profissionais da saúde são excelentes cuidadores dos outros, mas péssimos cuidadores de si mesmos.”

No momento em que se põe o cuidado clínico de enfermagem voltado para o ser que está recebendo o cuidado, levando em consideração sua história de vida, respeitando suas crenças, buscando satisfazer suas reais necessidades e não só querendo cumprir obrigações, a enfermeira perceberá que também é um ser que necessita de cuidados e precisa cuidar de sua QV.

3.2 Processo de Trabalho do Enfermeiro

A Enfermagem assumiu o cuidado humano como próprio da profissão e mantém com ele uma relação significativa, cujo objetivo é acolhimento, proteção e promoção do conforto do ser cuidado em todos os níveis - físico, biológico, psíquico e social - com toda a complexidade que envolve o ser cuidado.

No decorrer dos tempos, a Ciência Enfermagem aprimora as formas de cuidado e hoje procura realizar o cuidado respaldado no conhecimento científico por meio do Processo de Enfermagem (PE). Com o PE, o enfermeiro organiza, planeja e avalia suas ações, e por meio do raciocínio crítico embasado numa teoria, ele fundamenta seu cuidado em bases científicas, diferenciando seu fazer pelo seu saber.

Além de ser um método científico para a sistematização das ações de enfermagem, Garcia e Nóbrega (2000) consideram que o PE tem função social porque as informações trocadas entre enfermeiro e clientes, influenciadas pelas interações humanas, se encaminham para a efetivação do cuidado. Contribuem

assim, para a integralização da assistência por meio de um cuidado focalizado nas necessidades do ser humano como um todo.

Antunes e Guedes (2010) acrescentam que, ao utilizar o PE por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o enfermeiro estabelecerá diagnósticos, intervenções e resultados embasados em necessidades anteriormente identificadas. Assim, os enfermeiros precisam perceber que a SAE é uma forma de aplicação de conhecimentos e caracterização da prática profissional.

Com a utilização da SAE, o enfermeiro garante a autonomia profissional, desenvolve competências e habilidades para raciocinar criticamente na identificação de problemas, assegurando um cuidado respaldado em conhecimento científico e direcionado à satisfação das necessidades do cliente, seja ele pessoa ou coletividade.

Esse cuidado protetor e acolhedor, porém, objeto de trabalho da enfermagem recebe influência das transformações ocorridas nos cenários de trabalhos mundiais. Elias e Navarro (2006) ressaltam que a intensificação laboral característica da atual fase do capitalismo leva ao consumo desmedido das energias físicas e espirituais dos trabalhadores; e estes se submetem a regimes e contratos de trabalho precários por medo do desemprego.

Diversas mudanças ocorreram na organização, nas condições e relações de trabalho nas últimas décadas, tornando o homem “dependente” do trabalho. A sociedade solicita que homens e mulheres se mantenham ativos no mercado de trabalho, não mais por necessidades financeiras, mas para manutenção de *status* social. Nesse sentido Martins, Robazzi e Bobroff (2010, p.1108) enfatizam:

O trabalho proporciona vivências de prazer, pois é por meio dele que o ser humano constrói sua vida e se insere no mundo laboral, não somente como forma de sobrevivência, mas também para realização pessoal e profissional. Assim, o trabalho possibilita o processo de formação do indivíduo, em sua produtividade técnica, política, cultural, estética e artística envolvendo a subjetividade.

As exigências capitalistas dos mercados globalizados atingem também a profissão de Enfermagem e o cuidado ao outro é afetado pelo excesso de trabalho e pela desvalorização profissional.

No contexto do trabalho de Enfermagem, destacam-se algumas especificidades, como mostram Martins; Robazzi e Bobroff (2010, p. 1108): “esses profissionais se deparam constantemente com sofrimentos, medos, conflitos,

tensões, disputa pelo poder, ansiedade e estresse, convivência com a vida e morte, longas jornadas de trabalho, entre tantos outros fatores que são inerentes ao cotidiano desses trabalhadores.”

Tais condições de trabalho propiciam insatisfação e refletem na qualidade da assistência prestada, podendo iniciar também um processo de adoecimento, como comentam Salomé; Martins e Espósito (2009), ao dizerem que a exposição dos trabalhadores às inúmeras modalidades e à intensidade de riscos, pode desencadear apatia pelo trabalho e doenças ocupacionais.

Já durante a formação acadêmica, os discentes entram em contato com as dificuldades inerentes à profissão e projetam o futuro profissional com muitos obstáculos. Segundo Oliveira e Ciampone (2008), os alunos identificam projeções profissionais, considerando a carga horária excessiva de trabalho, a baixa remuneração e o mercado de trabalho que exige produtividade.

Parece que a carga horária excessiva e as exigências de produtividade do mercado de trabalho são reflexos de problemas que os discentes se deparam ainda na faculdade e que, depois, repercutem de forma exacerbada. Em estudo sobre a QV de graduandos de enfermagem, eles relataram, dentre outros fatores comprometedores da QV, a sobrecarga de atividades, período integral do curso, falta de tempo para as atividades extracurriculares, alto grau de exigências durante período dos estágios, curtos prazos para a entrega de trabalhos, competitividade entre os alunos e falta de espaço e tempo para o lazer (OLIVEIRA; MININEL; FELLI, 2011). Esses fatores também foram encontrados em estudos de Oliveira e Ciampone em 2006 e 2008.

As longas jornadas de trabalho, a sobrecarga de funções e responsabilidades e a competitividade, que comprometem as relações de trabalho da Enfermagem, podem decorrer de processos estressantes iniciados na academia e que são repetidos pelos profissionais que chegam ao mercado sem perspectivas e nem estratégias de mudanças. Essas táticas de mudanças deveriam ter sido trabalhadas na academia e não foram, produzindo a precariedade das condições de trabalho em que se encontra a Enfermagem.

Acrescenta-se, ainda, a predominância feminina na profissão, que complementa as dificuldades enfrentadas pelos profissionais. A mulher, ao trabalhar fora de casa, leva consigo a referência materna do cuidado, e, no caso da enfermeira, ela é duplamente cuidadora. Com isso, as dificuldades se intensificam,

como mostra o estudo de Silveira; Stumm e Kirchner (2009), no qual conciliar as questões vivenciadas no ambiente laboral com as do lar foi, *muitas vezes ou sempre e algumas vezes* estressante para 57,9% das enfermeiras. Trata-se de fato compreensível, pois “elas convivem com a dinâmica das organizações no desenvolvimento de suas atividades e, ao mesmo tempo, gerenciam suas vidas como pessoas, esposas e mães (p. 898).”

As mulheres, além de enfrentarem os problemas familiares de esposas, mães e donas de casa, ao chegarem ao local de trabalho, deparam com dificuldades, cuja resolução, muitas vezes, não é de sua competência. Considerando que elas passam grande parte do tempo no trabalho, em virtude da multiplicidade de empregos e jornadas prolongadas, a tentativa de conciliar os problemas domésticos com os laborais torna fonte constante de estresse e contrariedades.

Sendo a Enfermagem responsável pelo cuidar humano, é de suma importância que se guarde uma perspectiva para ações direcionadas ao cuidado dessas profissionais, no sentido de promoção da saúde e melhora do desempenho profissional (SILVEIRA; STUMM; KIRCHNER, 2009).

Apesar de todas essas dificuldades, entretanto, o trabalho de Enfermagem é também fonte de prazer e satisfação pessoal. A ação de cuidar do outro, de lhe fornecer conforto e segurança, de ser responsável por sua vida, proporciona uma sensação de bem-estar e valorização. Elias e Navarro (2006) expressam que isto é uma característica histórica do trabalho de Enfermagem; que essa idealização serve como estratégia defensiva para os profissionais de enfermagem se acharem úteis e valorizados.

Martins, Robazzi e Bobroff (2010), porém, vão mais à frente e acham que a possibilidade de aliviar a dor, de salvar vidas, de trabalho coletivo, entre outros fatores, contribui para o sentimento de prazer e favorece o equilíbrio psíquico dos trabalhadores.

Quando o profissional percebe que o outro tem muito a lhe oferecer e começa a trocar experiências, “aprende a dar significado ao tempo e à vida e se empenha em ser feliz. Percebe que o bom humor é essencial mesmo diante da desgraça, e que a fé é uma excelente companheira e um bálsamo para a alma, quando nossa saúde se abala ou quando sofremos revezes em nossas vidas (SÁ 2010, p. 178).”

Os profissionais da saúde precisam desenvolver a competência de driblar os empecilhos da profissão e da vida e aproveitar o tempo e as oportunidades para

aprender mais. As dificuldades são ótimas oportunidades de aprendizados e de lições de vida. O ato de cuidar do outro, mesmo enfrentando dificuldades, permite ao cuidador crescimento pessoal e profissional.

3.3 Qualidade de Vida

Qualidade de vida (QV) é um termo amplamente utilizado nos dias atuais, não só em âmbito acadêmico, mas também na contextura social, nos meios de comunicação, em discursos políticos, relacionado à busca de melhores condições de vida, como boa alimentação, moradia, transporte, lazer, educação, saúde e trabalho.

Muitas vezes, se emprega este termo como sinônimo de boa vida, enfatizando aspectos objetivos, materiais. Corroborando, Farquhar (1995) diz que a expressão QV começou a ser utilizada nos Estados Unidos depois da 2^a. Guerra Mundial, com o intuito de descrever a aquisição de bens materiais. Posteriormente, foi ampliado, com a finalidade de se medir o desenvolvimento econômico de uma sociedade, por meio de indicadores econômicos, como, por exemplos: o Produto Interno Bruto (PIB) e a renda *per capita*. Passou, mais tarde, a mensurar o desenvolvimento social, por meio da saúde, educação, moradia, transporte, entre outros.

Na verdade, a QV envolve bem mais os aspectos subjetivos que não se resumem a uma condição de vida melhor, mas ao que a pessoa particularmente considera importante e necessário para si.

Em razão da sua subjetividade, multidimensionalidade e complexidade, o constructo QV é bastante discutido, recebendo atenção crescente de estudiosos de áreas diversas. Vários instrumentos de mensuração foram criados por todo o mundo, validados e traduzidos em várias línguas, com o intuito de facilitar a avaliação da QV.

Estes instrumentos podem ser classificados em genéricos ou específicos. Os genéricos tanto podem avaliar a QV, de uma forma geral, como em situações específicas. Já os específicos são utilizados em situações determinadas. Como exemplos de instrumentos específicos, podem ser mencionados: o European Organization for Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Questionnaire Core- 30 (EORTC QLQ-C30), validado no Brasil, utilizado especificamente em pacientes com câncer (SAWADA et al., 2009); o Seattle Obstructive Lung Disease

Questionnaire (SOLDQ), empregado para avaliar a QV de pacientes com DPOC (SILVA et al., 2009); e o *Diabetes Quality of Life for Youths* (DQOLY)(20), instrumento específico para jovens com diabetes, divulgado por Ingersoll e Marrero, em 1991. A versão brasileira é denominada Instrumento de Qualidade de Vida para Jovens com Diabetes (IQVJD), (NOVATO; GROSSI; KIMURA, 2008), dentre tantos outros em curso.

Dentre os instrumentos genéricos, pode-se mencionar o *Quality of Life Index* (IQV), de Ferrans e Powers, desenvolvido em 1982, por enfermeiras norte-americanas de mesmo nome, do Departamento Médico-Cirúrgico da Universidade de Illinois, Chicago– USA. Este instrumento foi traduzido e validado para 13 idiomas (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005); também é oportuno se fazer referência ao *SF-36 Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*, um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito componentes - capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, traduzido e validado para o português em um estudo com pacientes portadores de artrite reumatoide (CICONELLI et al., 1999); ao *WHOQOL-100*, instrumento desenvolvido pelo grupo de QV da Organização Mundial de Saúde, com enfoque transcultural, criado de forma colaborativa com diferentes centros, e depois traduzido e retraduzido, para que o instrumento ficasse o mais fidedigno possível. É composto de 100 questões divididas em seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade); e ao *WHOQOL-bref*, uma versão abreviada do WHOQOL-100, excluindo os domínios nível de independência e espiritualidade, mas mantendo as mesmas características genéricas do instrumento maior (FLECK, 2000). Muitos outros têm curso no mundo todo.

Vale ressaltar que o contexto histórico-cultural é fator determinante ao se avaliar QV. Têm-se aí dois momentos: o contexto no qual o instrumento foi criado e validado, e aquele em que ele vai ser aplicado. As características socio-historico-culturais das populações devem ser levadas em consideração no momento de escolher um desses instrumentos para se trabalhar, além das características particulares de cada população. A influência do contexto no qual estes instrumentos foram criados não se desvincula ao se aplicá-lo em outro contexto, por isso a importância de escolher instrumentos validados e traduzidos para várias línguas e que possuam características transculturais.

Também são várias as nuances em que QV é avaliada. Pode-se estudar QV em situações de adoecimento, focando especificamente a QV em saúde, em populações saudáveis, em grupos de risco ou, especificamente, no trabalho.

No Brasil há tendência intensiva de avaliar a QV de pessoas com a saúde afetada, como mostra revisão de literatura de Oliveira e Fialho (2011), na qual 35 dos 67 estudos foram realizados com portadores de problemas de saúde crônicos ou não, mostrando a tendência ao modelo funcionalista, ao considerar que, para se ter boa QV precisa-se estar funcionando bem; e a doença interfere no desenvolvimento dos papéis (FLECK et al., 2008). Costa e Silva (2004) perceberam que o centro de interesse dos autores de Enfermagem brasileiros era voltado para agravos específicos, com ênfase nas doenças crônico-degenerativas. Não há o interesse de focalizar a promoção da saúde como fator determinante da QV, mas sim avaliar como o comprometimento da saúde influencia a QV.

A diversidade de instrumentos e nuances para a avaliação da QV só vem confirmar a complexidade e a multidimensionalidade do tema, bem como a dificuldade de se definir constructos tão subjetivos. Sem dúvidas, muitos instrumentos de avaliação da QV ainda serão desenvolvidos e validados, até que se alcance um que contemple a subjetividade humana em toda a sua amplitude.

3.4 Qualidade de vida da enfermeira

Ao reaver as condições de trabalho do enfermeiro, surge a necessidade de avaliar a QV deste, não só na dimensão trabalho, mas também de uma forma geral, levando em conta sua percepção na vida, metas e aspirações.

Grande parte dos estudos de avaliação de QV do enfermeiro é feita em relação ao trabalho, na suposição prévia de que as condições de trabalho da profissão são as maiores influenciadoras na QV desses profissionais. É importante também, no entanto, que se avaliem outras dimensões, como saúde, relações familiares e sociais, educação e valores pessoais.

Em levantamento bibliográfico que se efetuou em junho de 2011, nas bases de dados Scielo e Bdenf, no período de 2000 a 2011, em língua portuguesa, foram encontrados 15 artigos que trabalhavam a temática da QV de enfermeiros. Dentre eles, 11 abordavam a QV no trabalho relacionado aos setores e unidades de locação, turnos e condições de trabalho.

Sabe-se que o trabalho é um importante determinante da QV, não só pelas condições de trabalho em si, mas porque interfere em outras dimensões, também importantes, ao se avaliar QV. Por exemplo, no caso dos enfermeiros que trabalham no período noturno, além de terem maior desgaste psicofisiológico, pois militam no momento em que suas funções orgânicas estão diminuídas, ainda têm um ritmo de vida diferente de seus componentes familiares e amigos, o que prejudica as relações sociais (NEVES et al., 2010).

As condições de recreação e lazer necessárias à manutenção da saúde mental dos enfermeiros também ficam prejudicadas, em decorrência da redução do tempo, ocupado com vários empregos, na tentativa de complementar os baixos salários (SCHIMIDT; DANTAS, 2006).

A falta de tempo para o lazer com a família e os amigos e, conseqüentemente, a não efetivação das relações sociais, influenciam outras dimensões de avaliação da QV, como, por exemplo, as dimensões sociais e psicológicas. Em estudo de Paschoa, Zanei e Whitaker (2007), parte importante da amostra considera não estar aproveitando bem a vida e sentimentos negativos também estiveram presentes, deixando o escore relativamente baixo (60,8) no domínio psicológico.

A dimensão saúde é outra que também influencia a QV e é afetada pelas condições de trabalho das enfermeiras; a falta de tempo para dedicar-se aos cuidados com a saúde e a exposição constante aos riscos ocupacionais potencializam as possibilidades de adoecimento. Elias e Navarro (2006) comentam que se, para se ter saúde, é necessário cuidar de si e usufruir a vida, isto parece difícil para quem trabalha na área hospitalar.

Considerando, porém, a importância social adquirida pelo trabalho na contemporaneidade, e as condições de trabalho dos profissionais de Enfermagem aqui já expostas, é compreensível o interesse de estudiosos pelo tema, porém há outras particularidades importantes que influenciam a QV de enfermeiros, demandando investigação e aprofundamento, a fim de que se busque a apreensão de aspectos positivos que permeiam o conceito de QV desses profissionais.

Em estudo de Araújo, Soares e Henriques (2009), o discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros expressou que a QV é o entrelaçamento e o equilíbrio de vários elementos essenciais à vida, e, além do trabalho, foram mencionadas moradia, família, lazer, educação e paz. Já se falou que a QV depende da satisfação

das necessidades pessoais, e não só da satisfação, mas o quanto determinado item lhe satisfaz, o quanto aquilo é importante para cada um.

Vale salientar que os elementos que podem agir no sentido de maior ou menor grau de satisfação dependem do valor que cada pessoa dá aos elementos elegidos como importantes para sua qualidade de vida. Acreditando nesse fato, podemos afirmar que ter qualidade de vida não é necessariamente ter esses elementos, mas acreditar e valorizar cada um dentro do que se acredita como essencial para viver melhor (ARAÚJO; SOARES; HENRIQUES 2009, p. 639).

Assim, os enfermeiros elegem os elementos importantes para sua QV em todas as dimensões e não só relativas ao trabalho. O valor atribuído a esses elementos pelos enfermeiros depende de suas vivências e experiências pessoais e do que cada um considera essencial para ter uma vida melhor. Por isso a importância de avaliar a QV dos enfermeiros de uma maneira geral e numa abordagem mista, levando em consideração elementos objetivos e subjetivos.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e natureza do estudo

O estudo foi do tipo descritivo e exploratório. Sob o aspecto descritivo, concorda-se com Gil (2010, p. 28), que diz: “as pesquisas descritivas têm por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população.” Levantaram-se as opiniões e atitudes das enfermeiras em relação às suas QV. Com relação às pesquisas exploratórias, Marconi e Lakatos (2010) ensinam que têm como objetivo formular questões, com a finalidade de desenvolver hipóteses ou modificar e clarificar conceitos. Buscou-se então clarificar o conceito das enfermeiras sobre QV.

O estudo teve abordagem mista que, como leciona Creswell (2010), é mais do que uma simples coleta e análise dos dois tipos de dados; envolve o uso das duas abordagens em conjunto, de modo que a força geral de um estudo seja maior do que um tipo de pesquisa isolado. Utilizou-se o método misto sequencial no qual, ainda de acordo com o mesmo autor, o pesquisador pode expandir os achados de um método com os do outro método. Ele pode iniciar com uma entrevista qualitativa para propósitos exploratórios e prosseguir com o método quantitativo, com uma amostra ampla, para poder generalizar os resultados; ou pode iniciar com um método quantitativo, testando uma teoria ou conceito, seguido por um método qualitativo explorando detalhadamente alguns casos ou pessoas (CRESWELL, 2010).

Sabe-se que a QV tem vertentes quantitativas, como expectativa de vida, os indicadores epidemiológicos, dentre outros; e suas vertentes qualitativas como valores, crenças, costumes (SPILLER; DYNIEWIEZ; SLOMP, 2008) justificando assim a escolha da abordagem mista. Desta maneira, as duas vertentes puderam ser mais bem avaliadas, mensurando dados objetivos e procurando compreender e desvelar os aspectos mais subjetivos que permeiam o tema. Por exemplo, buscou-se conhecer qual a definição de QV oferecida pelas enfermeiras; quais fatores poderiam melhorar sua QV; e qual a relação entre QV e cuidado clínico de enfermagem, na opinião das enfermeiras.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em uma instituição pública de referência em atenção terciária na cidade de Fortaleza – CE, nas unidades de emergência, centro cirúrgico (CC), clínica médica e unidade de terapia intensiva (UTI).

A escolha das referidas unidades (UTI e centro cirúrgico) dá-se pelo fato de serem unidades fechadas, de cuidado de maior complexidade e, por consequência, geradoras de estresse, bem como pelo fato de demandarem esforço físico, pois envolvem movimentação e transferência de pacientes sedados e anestesiados, conforme citam Paschoa; Zanei; Whitaker, (2007) e Schmidt; Dantas, (2006). Estas unidades envolvem também desgaste psicológico por possuir uma rotina de incertezas, instabilidade e imediatismo (PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007). A unidade de emergência tem como principais estressores o número reduzido de profissionais de enfermagem, a necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido, indefinição do papel do profissional, ambiente físico e até mesmo falta de experiência dos supervisores, dentre outros citados por Batista e Bianchi (2006). Quanto à unidade de clínica médica, apesar de não haver – ou não se conhecer - relatos expressivos na literatura, acredita-se que é um ambiente gerador de estresse em virtude da carga de trabalho, multiplicidade de papéis, muitas rotinas que envolvem a equipe multiprofissional, nem sempre coesa, ocasionando sobrecarga de funções e responsabilidades da enfermeira.

4.3 População e amostra

Optou-se por uma população exclusivamente feminina. Esta sucedeu não somente por ser a Enfermagem composta em sua maioria por mulheres, mas também porque “grande parte do contingente dessas trabalhadoras está sujeito a vivenciar conflitos em razão das exigências profissionais e de sua vida pessoal, em razão da dupla ou tripla jornada de trabalho” (PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007, p. 306). E também pelas transformações ocorridas nas relações entre mulher e trabalho, por intermédio dos movimentos feministas, que, conforme Spindola e Santos (2003), as tornaram mais participantes e ativas no mercado de trabalho.

A população foi composta por 167 enfermeiras que, de acordo com levantamento que se realizou na referida instituição, estavam assim distribuídas: 65

enfermeiras na unidade de emergência; 46 enfermeiras nas UTI; 42 no centro cirúrgico (17 no CC eletivo e 25 no CC da emergência) e 14 na unidade de clínica médica. Como a população era menor que 200 a amostra seria igual à população (PAGANO; GAUVREAU, 2004), ou seja, 167 enfermeiras.

Para composição da amostra, utilizou-se como critério de inclusão o trabalho na unidade há no mínimo um ano, de forma que as relações sociais pudessem ficar mais consolidadas. Como critérios de exclusão: enfermeiras que estavam de férias ou de licença no período da coleta e aquelas que exerciam somente funções gerenciais.

Assim, foram excluídas 31 profissionais que tinham menos de um ano de trabalho na unidade; oito enfermeiras exercendo funções gerenciais; e três que estavam de licença e/ou férias, perfazendo um total de 42 exclusões.

Em consequência da redução na escala de trabalho, 15 enfermeiras foram inacessíveis; e 10 não aceitaram participar do estudo, ficando a amostra final composta por 100 partícipes.

Foram selecionadas 44 enfermeiras para a entrevista, porém duas não aceitaram, uma entrou de férias e seis foram inacessíveis até o encerramento da coleta em virtude de mudanças na escala. Fizeram parte da entrevista 35 enfermeiras escolhidas pelo critério de acessibilidade e pela disponibilidade em participar da entrevista demonstrada na primeira fase do estudo.

4.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de maio a setembro de 2012 e encerrou-se ao término deste período.

Inicialmente, para a coleta de dados, se utilizou o questionário (Anexo A) elaborado pelo grupo de QV da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL GROUP) em sua versão abreviada (WHOQOL-BREF). A versão em português do WHOQOL-BREF foi aplicada no Brasil pelo Grupo de Estudos em QV do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Esse instrumento é composto por 26 questões, sendo duas gerais de QV e as demais representam, cada uma, as 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100). Assim, diferente deste, em que cada uma das 24 facetas é avaliada com base em quatro questões, no WHOQOL-bref, cada faceta é avaliada

por apenas uma questão, abrangendo quatro domínios: - físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al., 2000). Ressalta-se que este é um instrumento genérico de avaliação de QV, de forma que, apesar de se está trabalhando com profissionais, não se avaliou a QV no trabalho, e sim a QV das enfermeiras de um modo geral.

Juntamente com WHOQOL-bref, as enfermeiras responderam a um questionário de caracterização sociodemográfica (Apêndice C).

Posteriormente, realizou-se entrevista semi estruturada, utilizando o roteiro de entrevista (Apêndice B), composto pelas seguintes questões abertas: O que é QV para você? Você consegue identificar fatores que poderiam melhorar sua QV? Quais são? Como você relaciona sua QV com o cuidado clínico prestado por você? Você acha que cuidar do outro estimula ou não estimula o cuidado de si? De que modo? Pretendeu-se com estas questões o aprofundamento nos aspectos subjetivos da QV, os quais, conquanto privilegiados no WHOQOL-bref, não se mostravam nitidamente de modo a enriquecer a investigação do objeto de estudo.

Na intelecção de Marconi e Lakatos (2010), as entrevistas, dentre outros objetivos, pretendem conhecer o que as pessoas pensam ou acreditam que os fatos sejam, e descobrir que fatores podem influenciar opiniões, sentimentos e condutas. Dessa forma conheceu-se o que as enfermeiras pensam sobre a relação entre QV e cuidado clínico de enfermagem.

Para tornar mais fidedigno o estudo, as entrevistas foram gravadas em gravador portátil, do tipo MP3, com o consentimento das participantes. Apenas uma enfermeira não permitiu a gravação e preferiu responder à entrevista escrita, solicitação que se atendeu.

Para responder ao WHOQOL-bref, todas as enfermeiras foram abordadas em seus setores de trabalho e convidadas a participar do estudo. Assim como para participar da entrevista, aquelas que se mostraram mais disponíveis e acessíveis também foram abordadas e convidadas em seus locais de trabalho.

4.5 Organização e análise dos dados

A organização dos dados foi feita à medida que estes foram sendo coletados, com sua tabulação e criação do banco de dados. Posteriormente, a análise quantitativa foi feita com programa estatístico *Statistical Package for the Social*

Sciences – versão 16 (SPSS-16.0). As questões foram recodificadas, seguindo-se recomendação para pontuação dos escores. A escala e seus respectivos domínios com escores de um a cinco foram transformados numa escala de 0 a 100, a fim de analisar as médias da escala total e de seus domínios. Utilizou-se para tal, a fórmula $[(\text{valor obtido} - \text{min})/(\text{máx} - \text{min})] \times 100$.

Para comparação dessas médias foram empregados o teste de *analysis of variance* (ANOVA) e o teste para comparações múltiplas de Tukey. Para as análises de associação, utilizaram-se os testes de qui-quadrado (χ^2) e de razão de verossimilhança. Para o exame de correlação utilizou-se o teste de Spearman. Foram consideradas como estatisticamente significativas as análises com $p < 0,05$.

As entrevistas foram estudadas de acordo com a Análise de Conteúdo, de Bardin, utilizando a técnica de análise categorial “que funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos” (BARDIN 2010, p. 199). A categorização - classificação dos elementos constitutivos de um conjunto primeiro por diferenciação e depois o reagrupamento por analogia - se deu por categorias temáticas (BARDIN, 2010).

Para formar as categorias temáticas, inicialmente, se escolheu para unidades de registro o tema. Para unidade de contexto, optou-se pelo parágrafo. A unidade de registro é a de significação e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando à categorização. O tema é a unidade de significação que se libera naturalmente de um texto analisado, segundo certos critérios que guiam a leitura, e possui comprimento variável (BARDIN, 2010).

Como anota Bardin (2010, p. 131), “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Identificaram-se os núcleos de sentido que mais apareceram nas entrevistas e se relacionavam com: significados de QV, fatores que melhorariam a QV, relação da QV com cuidado clínico; agruparam-se em subcategorias menores, e depois nas categorias temáticas.

Da análise das entrevistas surgiram cinco categorias temáticas. Para melhor visualização e entendimento, o Quadro 1 traz a divisão das categorias com suas respectivas subcategorias e unidades de sentido.

Quadro 1: Distribuição das categorias, subcategorias e unidades de sentido.
Fortaleza-CE, 2012

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
1. Definição de QV	1.1 Definição objetiva	“transporte”, “moradia”, “lazer”, “plano de saúde”.
	1.2 Definição subjetiva	“ser feliz”, “viver bem”, “ter paz”, “ter saúde”.
	1.3 Definição mista	“ter lazer e viver bem”; “ter uma boa moradia e ser feliz”.
2. Fatores que podem melhorar a QV	2.1 Redução da carga horária	“trabalhar menos”; “tempo de trabalho poderia ser menor”.
	2.2 Estabilidade Financeira	“passar em um concurso”; “emprego fixo”; “fosse concursada”.
	2.3 Maior reconhecimento profissional e financeiro.	“aumento de salário”; “valor adequado”; “melhor reconhecido”.
	2.4 Trabalho noturno	“deixar de trabalhar a noite”.
	2.5 Satisfeita com a QV	“eu não acredito que tenha nenhum fator assim para melhorar a QV”; “eu atualmente estou conseguindo ter uma boa QV”; “eu estou satisfeita com a qualidade de vida sim”.
	2.6 Metas pessoais	“praticar exercício físico”; “ir para obstetrícia”; “terminasse essa especialização”.
3. A QV influencia o cuidado clínico de enfermagem	3.1 Se não estou bem não cuido bem	“acaba influenciando um pouco no cuidado clínico com o paciente”; “a gente

	3.2 Tento não passar para o paciente	<p>termina não fazendo o que realmente deveria fazer”; “eu tenho que estar bem para eu cuidar do meu paciente”; e “por mais que a gente queira dar o melhor, isso acaba não acontecendo”.</p> <p>“passar o melhor de mim para os meus pacientes”; “eu não vou descontar nos outros”; “dar o máximo de mim para o meu paciente”; “não passar isso para o paciente”.</p>
4. O cuidado clínico de enfermagem influencia a QV	<p>4.1 O cuidado clínico de enfermagem influencia negativamente a QV</p> <p>4.2 O cuidado clínico de enfermagem influencia positivamente a QV</p>	<p>“pondo em risco sua QV”; “eu saio daqui cansada”; “tem dias que é muito estressante”.</p> <p>“isso melhora sim a QV”; “isso me faz bem”; “é parte de mim isso”; “isso aqui para mim é uma terapia”.</p>
5. Cuidar do outro e cuidar de mim	<p>5.1 Cuidar do outro estimula cuidar de mim</p> <p>5.2 Cuidar do outro não estimula cuidar de mim</p>	<p>“numa condição de vida que eu não queria para mim”; “se colocar no lugar do outro”; “o cuidar faz a gente pensar na gente”; “não termine como eles”.</p> <p>“esquecendo a gente”; “esquecendo de cuidar da gente”; “esquece de se cuidar”; “a gente se torna altamente frio”.</p>

4.6 Aspectos éticos

Considerando as determinações emanadas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que trata dos preceitos éticos e determina normas para a realização de pesquisas com seres humanos este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará onde foi avaliado e recebeu parecer favorável com o no. 11584461-9 (ANEXO B). Posteriormente, também foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o estudo foi realizado, sendo aprovado com parecer no. 290207/12 (ANEXO C).

Quando em campo, para coletar dados, as enfermeiras foram convidadas a participar do estudo, na ocasião, foram explicadas a finalidade, os objetivos do estudo, como seria a participação de cada uma, sobre a liberdade para aceitar ou não o convite e, ainda, de desistir a qualquer momento, mesmo tendo dado seu consentimento. Aquelas que aceitaram o convite assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), preenchido em duas vias, uma das quais ficou com a participante e a outra foi arquivada. No momento, reforçou-se sobre a liberdade de participar ou não do estudo, sem prejuízos para sua função na instituição.

Para manter o anonimato das participantes, as enfermeiras entrevistadas foram identificadas pela letra E (de enfermeira), acompanhada do número que representava a sequencia das entrevistas, seguido da unidade de trabalho das participantes.

Como não se tratava de uma pesquisa clínica, os riscos para as participantes foram mínimos, riscos para os quais se estava preparada, a fim de contorná-los. A pesquisa, no entanto, transcorreu normalmente, sem qualquer intercorrência.

Em se tratando de benefícios, a investigação favorecerá as discussões sobre a QV das enfermeiras, na medida em que forneceu subsídios para que medidas efetivas sejam tomadas na melhoria da QV dessas profissionais que cuidam da saúde dos outros, para que possam também cuidar de si.

O relatório final será encaminhado à instituição onde o estudo se desenvolveu, para que os gestores em saúde, a partir dos resultados em mãos, possam tomar providências com vistas a favorecer o alcance de QV para as enfermeiras, visando, também, a uma qualidade melhor da assistência. Como

retorno às enfermeiras e à sociedade o estudo será apresentado na instituição e elaborar-se-ão artigos científicos para publicação, de modo a enriquecer o acervo científico sobre o assunto estudado.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização das enfermeiras

A primeira parte do questionário de avaliação da QV objetivou a obtenção de informações sobre os sujeitos, que podem alicerçar a associação entre as variáveis sociodemográficas e a QV. Considerando a subjetividade do conceito QV, os dados de caracterização sociodemográfica podem ou não influenciar a QV das enfermeiras do estudo. A Tabela 1 reúne os achados e permite a caracterização da amostra.

Tabela 1: Distribuição do número de enfermeiras, segundo as características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2012

Características	f	%	M
Idade (ano)			
23 - 29	38	38	36,91
30 - 39	25	25	
40 - 49	22	22	
50 - 66	15	15	
Estado civil			
Solteira	40	40	
Casada	47	47	
Divorciada	11	11	
Viúva	2	2	
Filhos			
Sim	49	49	
Não	51	51	
Titulação			
Especialização/mestrado	49	49	
Graduação	51	51	
Tempo de graduação (ano)			
1 - 2	32	32	10,40
2 - 4	21	21	
4 - 15	17	17	
15 - 33	30	30	
Tempo de trabalho na unidade (ano)			
1 - 2	52	52	5,61
2 - 4	22	22	
4 - 28	26	26	
Turno de trabalho			
Diurno	51	51	
Noturno	37	37	
Diurno e noturno	12	12	

continua...

continuação.

Tabela 1: Distribuição do número de enfermeiras, segundo as características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2012

Número de plantões/ mês			
7 a 10	44	44	5,61
11 a 15	40	40	
16 a 20	16	16	
Unidade de trabalho			
UTI	28	28	
Clinica médica	8	8	
Centro cirúrgico	29	29	
Emergência	35	35	

Como se percebe na Tabela 1, a maioria da amostra (63%) é de adultas jovens, sendo que, destes, 38% encontram-se na faixa etária de 23 a 29 anos e 25% entre 30 a 39 anos. Estes dados coincidem com os estudos de Fernandes et al. (2010); Silva e Ferreira (2011); Araújo, Soares e Henriques (2009); Spiller, Dyniewicz e Slomp (2008); Guerrer e Bianchi (2008). A amostra revela-se predominantemente em idade produtiva, com média de 36,91 anos, embora exista um percentual de 15% na faixa etária de 50 a 66 anos, seguindo os ditames da sociedade contemporânea, ao exigir que as pessoas se mantenham ativas e produtivas, adiando ao máximo a aposentadoria.

Uma possibilidade para a predominância de adultas jovens no estudo pode ser a possibilidade de as enfermeiras de mais de 40 anos, com maior experiência, ocuparem cargos administrativos ou em outras áreas como no ensino (GUERRER; BIANCHI, 2008).

Com relação ao estado civil, a maior parte é de enfermeiras casadas (47%), seguida de solteiras (40%). Estes dados diferem dos estudos de Kimura e Carandina (2009); Silveira; Stumm e Kirchner (2009), nos quais a maior parte era de solteiras 52,6% e 46,2%, respectivamente; porém a população desses estudos era mista, e neste a população é exclusivamente feminina, o que pode ter influenciado a predominância de casadas. Vale ressaltar que o fato de a maior parte da amostra ser de enfermeiras casadas ratifica a necessidade dessas mulheres em se desdobrarem em triplas jornadas de trabalho como tentativa de conciliar o trabalho fora do lar com as responsabilidades de esposas e donas de casa.

A maioria da amostra (51,0%) não tem filhos, o que pode ser explicado pelo fato de também haver neste estudo a maioria de enfermeiras jovens. Investigações

mostram que cada vez mais as mulheres estão postergando a maternidade para depois dos 35 anos de idade, tanto em decorrência de razões sociais assumirem trabalhos extradomésticos, como também em virtude dos avanços tecnológicos da biomedicina que garantem menos riscos à gravidez após os 35 anos (OLIVEIRA et al., 2011).

No concernente à titulação, 51% das enfermeiras eram graduadas e 49% especialistas ou mestras, mais precisamente, 46 especialistas e três mestras. Das 51 graduadas, sete declararam cursar especialização, e dentre as especialistas, cinco estavam cursando mestrado. Houve uma mestra, com doutorado em curso.

Percebe-se que, se considerando aquelas que declararam estar cursando especialização, e também se deve levar em conta as que estão cursando, mas não declararam, pois era uma questão opcional no instrumento de coleta de dados, a maioria, daqui a alguns meses, será de profissionais especialistas, o que coincide com outros estudos, como os de Kimura e Carandina (2009); Silveira; Stumm e Kirchner (2009); Furtado (2009).

Os dados mostram que as enfermeiras estão procurando qualificação profissional cada vez mais cedo, na busca não só de conhecimentos, mas também de melhores circunstâncias financeiras, que lhes proporcionem melhores condições de vida.

O tempo de graduação variou de um a 33 anos de formada, sendo que a maior parte (32%) tinha entre um e dois anos, e 30% tinham de 15 a 33 anos. Em estudo de Silva e Ferreira (2011), a maior parte também tinha de um a cinco anos de formada.

A maioria da amostra, 51% das enfermeiras, trabalha no turno diurno, com um percentual de 12% que trabalham nos turnos diurnos e noturnos. A maioria de profissionais no turno diurno, neste estudo, pode ser explicada pela facilidade de acesso à instituição e aos profissionais nesse período. A coleta de dados no período noturno foi dificultada pelo empecilho de ficar até altas horas da noite, esperando que as enfermeiras concluíssem os procedimentos e diminuíssem o ritmo de trabalho para responder ao questionário. Sabe-se que, no serviço noturno, o número de funcionários é reduzido, o que sobrecarrega ainda mais as enfermeiras. As profissionais do dia, em razão do maior número de funcionárias, estavam mais acessíveis e disponíveis para participar da pesquisa.

O tempo de trabalho na unidade variou de um a 28 anos de trabalho, sendo que 52% tinham de um a dois anos e 26% tinham de quatro a 28 anos de trabalho na unidade.

Apesar de duas das unidades estudadas serem unidades mais específicas, como UTI e Centro Cirúrgico, e necessitarem de maior experiência profissional por lidarem com situações particulares, a maioria das enfermeiras tinha de um a dois anos de trabalho nestas unidades, o que pode ser explicado pelo fato de que os processos seletivos na área da Enfermagem são feitos para selecionar enfermeiros, independentemente da especialidade (SILVA; FERREIRA, 2011).

Outro fator que pode ter contribuído para o pouco tempo de trabalho na unidade é que grande parte do contingente de enfermeiras da referida instituição é terceirizada, e, conseqüentemente, há considerável rotatividade de profissionais, principalmente na emergência, onde a dinâmica e a rotina de trabalho dificulta a adaptação profissional.

Com relação ao número de plantões, 44% davam entre sete e dez plantões por mês e 40% davam entre 11 e 15 plantões mensais, evidenciando a alta carga horária das profissionais, o que pode influenciar na QV e na prestação do cuidado clínico. Outros estudos também corroboram esses achados, como os de Martins; Robazzi e Bobroff (2010); Salomé; Martins e Espósito (2009); Panizzon; Luz e Fensterseifer (2008); Oliveira e Ciampone (2008). A questão da carga horária excessiva agrava-se porque, em adição, as enfermeiras enfrentam a precarização profissional, o que as submete a assumir mais de um emprego para conseguir manter um padrão de vida adequado, fato confirmado pelos próprios depoimentos:

- “É, na nossa profissão, para a gente poder ter uma condição financeira melhor, a gente tem que se submeter a vários empregos (...) Então eu acho que para melhorar esta QV a gente tinha que trabalhar menos e ser um pouco melhor remunerada, porque a gente trabalha muito, a gente só precisaria ganhar pelo tanto que a gente trabalha...” E09UTI

- “Se eu conseguisse juntar o que eu ganho nos meus três empregos num só emprego eu teria uma boa QV, (...) Mas não ficar me matando em três empregos para tentar ter alguma coisa.” E27EM

O tom das falas evidencia o quanto a precarização do trabalho influencia na QV dessas profissionais. Elas se dedicam ao cuidado, mas as necessidades

personais e coletivas, aliadas ao déficit salarial as obrigam a assumir mais de um vínculo empregatício, ocasionando sobrecarga de trabalho e de responsabilidades, comprometendo suas QV e, conseqüentemente, o cuidado clínico de enfermagem.

De acordo com as unidades de trabalho, a amostra estava assim distribuída: 35% na emergência, 29% no centro cirúrgico, 28% na UTI e 8% na clínica médica. Esses dados guardam estreita relação com número de funcionários de cada setor e com a acessibilidade aos funcionários. Na emergência, havia o maior número de enfermeiras lotadas (65), por isso a maior porcentagem da amostra; assim como na clínica médica, haviam apenas 14 enfermeiras, por isso, a menor representação na amostra.

5.2 Análise dos fatores que podem ou não influenciar a QV

Após a análise univariada dos dados, passa-se agora para as análises multivariadas desses indicadores com relação à QV.

A Tabela 2 mostra a comparação das médias (M) dos escores de QV total e dos domínios físico, social, psicológico e ambiental.

Tabela 2: Comparação das médias dos escores de QV total e seus domínios. Fortaleza-CE, 2012

Escores de QV	n	M ± (DP)
QV Total	94	66,41 ± (11,54)
Domínio físico	99	69,22 ± (16,25)
Domínio relações sociais	99	67,00 ± (16,05)
Domínio psicológico	97	68,42 ± (11,75)
Domínio meio-ambiente	95	69,47 ± (13,66)

p de ANOVA = 0,470

Pela Tabela 2, é perceptível o fato de que as médias de QV total e por domínios se mantiveram acima de 65,00, podendo-se considerar boas médias em comparação com outros estudos. Observa-se, ainda, que essas médias são iguais (p=0,470). Em estudo feito com auxiliares e técnicos de enfermagem, o domínio relações sociais apresentou média 66,3, e o domínio meio ambiente demonstrou a menor média 49,4 (PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007), enquanto neste estudo o

domínio meio ambiente se revelou a melhor média (69,47). Em outro estudo com profissionais de saúde (SPILLER; DYNIEWIEZ; SLOMP, 2008), os enfermeiros também exibiram médias menores nos domínios meio ambiente e psicológico, 58,29 e 65,45, respectivamente. Enquanto neste estudo a média do domínio psicológico foi 68,42.

Pode surgir o questionamento acerca de como a média do domínio meio ambiente se mostrou a melhor, se as unidades escolhidas para o estudo eram geradoras de desgaste e estresses. Vale ressaltar, porém, que as questões compreendendo esse domínio não avaliavam só o ambiente de trabalho, mas também o lar, a segurança física e proteção, o transporte e a oportunidade de adquirir novas informações, visto que o objeto de estudo era avaliar a QV de uma forma geral e não especificamente no trabalho, comprovando que há outros fatores compensativos das precárias condições de trabalho da profissão.

A Tabela 3 mostra a comparação das médias de QV total e dos domínios segundo a idade. Pode-se observar que diferiram as médias de QV total ($p=0,016$) e domínio físico ($p=0,01$).

Tabela 3: Comparação das médias de QV total e seus domínios segundo a idade. Fortaleza-CE, 2012

	Faixa etária				p ¹
	23 - 29 M ± DP	30 - 39 M ± DP	40 - 49 M ± DP	50 - 66 M ± DP	
QV total	65,3 ^a ±10,9	61,4 ^{a,b} ±12,7	71,0 ^{a,c} ±10,0	70,1 ^a ±9,8	0,016
Domínio físico	66,3 ^a ±14,4	61,7 ^a ±15,8	77,4 ^{b,c} ±15,0	76,9 ^{a,d} ±15,7	0,001
Domínio relações sociais	66,2±15,9	66,3±16,9	70,0±16,1	65,4±15,6	0,791
Domínio psicológico	68,4±11,5	64,9±13,6	70,8±9,0	70,5±12,3	0,325
Domínio meio-ambiente	67,8±13,0	65,6±15,7	73,1±12,7	74,7±10,8	0,113

Letras diferentes → médias diferentes; p¹ de ANOVA

Com relação à idade, diferiram as médias de QV total ($p^1= 0,016$) e domínio físico ($p^1= 0,001$). Para a QV total diferiu a média entre as idades de 30-39 e 40-49 (p de Tukey = 0,022), em que a faixa etária de 40-49 anos apresentou melhor média. No domínio físico diferiram as médias de 23-29 e 40-49 (p de Tukey = 0,037); de 30-39 e 40-49 (p de Tukey = 0,03); e de 30-39 e 50-66 (p de Tukey = 0,015).

No domínio físico, as médias de QV de 40 a 49 anos (77,4) e de 50 a 66 anos (76,9) são maiores se comparadas às médias de 20 a 29 (66,3) e de 30 a 39 (61,7).

Na teoria, isto parece contraditório, pois as enfermeiras acima de 50 anos deveriam exibir médias menores no domínio físico em virtude das alterações normais da idade que modificam a capacidade física. Vários fatores estão aí envolvidos, principalmente a subjetividade humana, que vai além de conhecimentos teóricos, demonstrando que, o modo como a pessoa se vê influencia consideravelmente sua avaliação da QV.

A Tabela 4 mostra a comparação das médias de QV total e seus domínios segundo o estado civil. Com relação ao estado civil, diferiram as médias dos estados civis solteiras e divorciadas (p de Tukey = 0,038).

Tabela 4: Comparação das médias de QV total e seus domínios segundo o estado civil. Fortaleza-CE, 2012

	Estado civil			p^1
	Solteira M \pm DP	Casada M \pm DP	Divorciada M \pm DP	
QV total	63,8 \pm 11,0	67,7 \pm 11,2	68,4 \pm 13,8	0,248
Domínio físico	64,0 ^a \pm 14,2	70,7 \pm 16,2	78,5 ^b \pm 18,2	0,017
Domínio relações sociais	68,1 \pm 14,6	68,0 \pm 17,4	57,5 \pm 13,1	0,124
Domínio psicológico	67,5 \pm 11,7	68,9 \pm 10,7	68,1 \pm 15,9	0,860
Domínio meio-ambiente	65,7 \pm 11,7	71,9 \pm 13,0	71,5 \pm 18,6	0,073

Letras diferentes \rightarrow médias diferentes; p^1 de ANOVA

Percebe-se, na Tabela 4, que diferiram apenas as médias do domínio físico ($p^1=0,017$). No estudo de Fernandes et al. (2010), o estado conjugal influenciou os domínios psicológico, nível de independência, relações sociais e ambiente, nos quais aquelas que possuíam companheiros expressaram melhores escores de QV em comparação aos que não tinham.

A Tabela 5 traz a comparação das médias de QV total e seus domínios segundo a variável ter ou não filhos. Pode-se notar que também só diferiu a média de QV no domínio físico ($p^1= 0,020$).

Tabela 5: Comparação das médias de QV total e seus domínios segundo ter ou não filhos. Fortaleza-CE, 2012

	Tem Filhos		p ¹
	Sim M ± DP	Não M ± DP	
QV total	63,3±12,1	64,5±10,7	0,109
Domínio físico	73,0 ^a ±16,6	65,5 ^b ±15,0	0,020
Domínio relações sociais	67,8±15,9	66,1±16,2	0,603
Domínio psicológico	67,8±12,7	68,9±10,7	0,653
Domínio meio-ambiente	71,9±14,8	67,0±12,1	0,081

Letras diferentes → médias diferentes; p¹ de ANOVA

As enfermeiras que têm filhos tiveram maior média (73,0) em relação àquelas que não têm (65,5) no domínio físico. Parece um dado contraditório se considerar que o domínio físico engloba questões de sono e repouso, energia e fadiga, mobilidade. Infere-se que as enfermeiras com filhos deveriam ter a QV afetada nesse domínio. Em contrapartida, o domínio físico também envolve questões de capacidade de trabalho e atividades da vida cotidiana, que podem estar favorecidas pela satisfação de ser mãe, o que pode ter aumentado a média das enfermeiras mães. Para melhor análise desse dado, se faz necessário saber qual(ais) questão(ões) do domínio físico foi(ram) responsável(is) pela diferença nas médias.

É fato que muitas das mulheres mães se acham realizadas e completas (OLIVEIRA et al., 2011), contribuindo para a satisfação pessoal e isto pode aumentar a capacidade e disposição para as atividades da vida cotidiana, favorecendo melhor QV.

A Tabela 6 mostra a comparação das médias de QV total e seus domínios segundo o tempo de graduação. Houve diferença entre as médias de QV total (p¹=0,014), no domínio físico (p¹=0,003) e no domínio ambiente (p¹=0,034).

Na QV total diferiram as médias de quem tinha de dois a quatro anos e de 15 a 33 anos (p de Tukey = 0,012). As enfermeiras que tinham entre 15 e 33 anos de formada apresentaram média maior (71,9) em comparação com aquelas que tinham de dois a quatro anos (61,9). Isso pode ser explicado pelo fato de que, com mais anos de formada, já se adquiriu certa estabilidade profissional e financeira, atingiram-se metas pessoais, como ser mãe, conseguir bens como casa e carro, e agora o objetivo é manter a estabilidade, o que pode ter influenciado a QV total.

Quando se tem pouco tempo de formada, de dois a quatro anos, ainda se busca estabilidade profissional e atingir metas, e esta instabilidade pode ter contribuído para as diferenças nas médias.

Tabela 6: Comparação das médias de QV total e seus domínios, segundo o tempo de graduação em anos. Fortaleza-CE, 2012

	Tempo de Graduação				p ¹
	1 2 M ± DP	2 4 M ± DP	4 15 M ± DP	15 33 M ± DP	
QV total	65,3 ^a ±10,3	61,9 ^a ±12,5	64,6 ^a ±12,3	71,9 ^b ±9,7	0,014
Domínio físico	66,2 ^a ±13,8	62,7 ^a ±16,2	67,1 ^a ±14,7	77,9 ^{b,c} ±16,4	0,003
Domínio relações sociais	67,7±14,4	67,0±17,3	63,2±19,3	68,3±15,1	0,755
Domínio psicológico	68,1±11,3	66,0±14,5	65,1±10,6	72,2±10,1	0,155
Domínio meio-ambiente	67,7 ^a ±12,2	64,4 ^a ±16,0	68,9 ^a ±14,8	75,3 ^b ±10,7	0,034

Letras diferentes → médias diferentes; p¹ de ANOVA

No domínio físico, diferiram as médias de um a dois anos e de 15 a 33 anos (p de Tukey = 0,018) e de dois a quatro e 15 a 33 anos (p de Tukey = 0,004); como comentado anteriormente, a instabilidade e as incertezas dos anos iniciais da profissão podem ter influenciado as questões de capacidade de trabalho (Q18), atividade da vida cotidiana (Q17) e sono e repouso (Q16), que englobam o domínio físico, e ter contribuído para médias mais baixas entre as enfermeiras que tinham de um a quatro anos de graduação.

No domínio ambiente, diferiram as médias de dois a quatro anos e de 15 a 33 anos (p de Tukey = 0,027). Mais uma vez, as enfermeiras que tinham mais anos de graduação apresentaram médias maiores (75,3) agora no domínio meio-ambiente. Este domínio envolve as questões de transporte (Q25), recursos financeiros (Q12), participação e oportunidades de recreação/lazer (Q14), o que ratifica estabilidade financeira como grande influenciadora da QV das enfermeiras.

Na Tabela 7 encontra-se a comparação das médias de QV total e seus domínios, segundo o número de plantões mensais. Houve diferença entre as médias no domínio psicológico (p¹=0,024) e no domínio ambiente (p¹=0,034).

Tabela 7: Comparação das médias de QV total e seus domínios segundo o número de plantões mensais. Fortaleza-CE, 2012

	Número de plantões			p ¹
	7 a 10 M ± DP	11 a 15 M ± DP	16 a 20 M ± DP	
QV total	69,3±10,1	64,3±12,0	63,1±12,7	0,076
Domínio físico	71,7±13,9	67,1±17,1	67,4±19,6	0,388
Domínio relações sociais	70,2±15,6	63,1±16,4	67,7±15,0	0,123
Domínio psicológico	71,9 ^a ±11,1	65,6 ^b ±11,4	65,0 ^a ±12,1	0,024
Domínio meio-ambiente	73,3 ^a ±11,3	67,0 ^a ±14,9	64,3 ^b ±14,2	0,034

Letras diferentes → médias diferentes; p¹ de ANOVA

No domínio psicológico, diferiram as médias de sete a dez plantões e de 11 a 15 plantões mensais (p de Tukey = 0,038). As enfermeiras com sete a dez plantões mensais tiveram média maior (71,9) em comparação com àquelas com 11 a 15 plantões. As questões do domínio psicológico que podem ter influenciado essa diferença nas médias foram aquelas que envolvem pensar, aprender, memória e concentração (Q7); pensamentos positivos (Q5); e autoestima (Q19). As enfermeiras de menos plantões têm mais tempo disponível para dedicar-se ao aperfeiçoamento e qualificação profissional, o que eleva a auto-estima da profissional enfermeira. Em estudo com enfermeiras iranianas, a falta de tempo para dedicar-se ao aperfeiçoamento profissional foi fonte de insatisfação que influenciou a QV no trabalho.

No domínio meio ambiente, as enfermeiras de menos plantões também apresentaram média maior (73,3) do que aquelas com 11 a 15 plantões (64,3) com p¹ = 0,034. Sabe-se que a carga horária excessiva prejudica a vida social e familiar das enfermeiras e o domínio meio ambiente avalia essas questões, por exemplo, ambiente no lar (Q23), cuidados de saúde e sociais (Q24), participação e oportunidades de recreação/lazer (Q14), e, com certeza, influenciou a diferença nas médias das enfermeiras que têm de 11 a 15 plantões mensais.

Não houve diferença entre as médias, ao se comparar QV total e seus domínios com titulação, tempo de trabalho na unidade e turno de trabalho.

Demonstram-se agora as análises de associação da QV total com as características sociodemográficas do estudo, na Tabela 8.

Tabela 8: Distribuição do número de enfermeiras segundo a QV total e características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2012

Características	QV TOTAL						p
	Nem ruim Nem boa		Boa		Muito boa		
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
23 - 29	12	34,3	20	57,1	3	8,6	0,216
30 - 39	11	45,8	12	50,0	1	4,2	
40 - 49	4	18,2	14	63,6	4	18,2	
50 - 66	2	15,4	8	61,5	3	23,1	
Estado civil							
Solteira	15	40,5	19	51,4	3	8,1	0,656
Casada	11	24,4	28	62,2	6	13,3	
Divorciada	3	27,3	6	54,5	2	18,2	
Viúva	-	-	1	100,0	-	-	
Filhos							
Sim	12	25,5	26	55,3	9	19,1	0,068
Não	17	36,2	28	59,6	2	4,3	
Titulação							
Especialização/mestrado	13	27,7	28	59,6	6	12,8	0,788
Graduação	16	34,0	26	55,3	5	10,6	
Tempo de graduação (ano)							
1 - 2	9	31,0	18	62,1	2	6,9	0,017
2 - 4	11	52,4	8	38,1	2	9,5	
4 - 15	5	31,3	11	68,8	-	-	
15 - 33	4	14,3	17	60,7	7	25,0	
Tempo de trabalho na unidade (ano)							
1 - 2	16	32,7	28	57,1	5	10,2	0,360
2 - 4	9	42,9	9	42,9	3	14,3	
4 - 28	4	16,7	17	70,8	3	12,5	
Turno de trabalho							
Diurno	15	30,6	31	63,3	3	6,1	0,353
Noturno	10	27,8	19	52,8	7	19,4	
Diurno e noturno	4	44,4	4	44,4	1	11,1	
Número de plantões/mês							
7 a 10	9	20,9	27	62,8	7	16,3	0,346
11 a 15	14	38,9	19	52,8	3	8,3	
16 a 20	6	40,0	8	53,3	1	6,7	
Unidade de trabalho							
UTI	8	29,6	15	55,6	4	14,8	0,213
Clinica médica	3	42,9	4	57,1	-	-	
Centro cirúrgico	4	15,4	17	65,4	5	19,2	
Emergência	14	41,2	18	52,9	2	5,9	

Pode-se perceber pela Tabela 8 que a variável ter ou não filho mostra um p limítrofe ($p=0,068$), o que pode ser indicativo de associação estatisticamente significativa. Setenta e quatro vírgula quatro por cento das enfermeiras que têm filhos, contra 63,9% daquelas que não têm, consideram a QV boa ou muito boa. Confirmam-se os dados da Tabela 5, na qual as enfermeiras-mães apresentaram maiores escores de QV.

As enfermeiras-mães enfrentam dificuldades para conciliar o papel de mãe com o de profissional, assim como outras mulheres inseridas no mercado de trabalho; mas, no caso da Enfermagem, as condições próprias da profissão, como longas jornadas e trabalho no período noturno, particularizam esse estado. As enfermeiras vivenciam um conflito pessoal por não darem a devida atenção aos filhos nem dedicarem maior tempo à profissão (SPINDOLA; SANTOS; 2003).

Apesar dessas particularidades, as enfermeiras-mães apresentaram melhor QV, enfatizando que ser mãe é fonte de prazer e realização pessoal, e as realizações pessoais são determinantes no conceito de QV.

A QV total mostrou associação estatisticamente significativa com a variável tempo de graduação ($p=0,017$). Percebe-se, pela Tabela 8, que 83,4% das enfermeiras que têm de um a quatro anos de formada consideram a QV nem ruim nem boa. E 85,7% daquelas que têm de 15 a 33 anos de formada consideram a QV boa ou muito boa. Ou seja, quanto mais tempo de formada, melhor as enfermeiras consideram a QV.

O tempo de graduação mostra estreita relação, tanto com os aspectos objetivos, quanto com os subjetivos do conceito QV. Dentre os aspectos objetivos, já abordamos a estabilidade financeira e profissional, que favorece a aquisição de bens materiais e, conseqüentemente, influenciam a QV de forma positiva. Dentre os aspectos subjetivos, as enfermeiras de mais tempo de trabalho têm uma probabilidade maior de ter constituído família, ser mãe e ter atingido a maturidade profissional e pessoal, o que também contribui para elevar a QV. Enquanto isso, as que têm pouco tempo de formada estão em busca dessa estabilidade financeira para também atingirem a realização profissional e pessoal.

É possível notar pelas falas como a instabilidade presente nos anos iniciais de profissão interfere na QV das enfermeiras:

- "Seria se eu tivesse conseguido passar em um concurso, só está faltando isso. Porque eu tinha dois

empregos, um particular e aqui, aí eu já consegui sair de um visando essa melhora da QV, agora só está faltando essa estabilidade”. E20CC.

-“É a estabilidade no emprego, porque assim, como a gente trabalha por cooperativa então a gente só ganha financeiramente o que a gente trabalha, então é a instabilidade mesmo financeira que acaba tirando um pouco dessa nossa QV.” E15CM.

A instabilidade no emprego, expressada pelas enfermeiras, as angustia, não só pela insegurança profissional, mas também pelo déficit financeiro decorrente dessa instabilidade, que dificulta a aquisição de bens materiais também com considerável peso na QV. Os depoimentos 24 e 28 mostram o valor conferido aos bens materiais como influenciadores da QV, bens estes que dificilmente são adquiridos nos anos iniciais de profissão:

- “QV é estar bem consigo mesmo emocionalmente, fisicamente, é ter uma moradia adequada confortável, é ter um meio de transporte bom, é fazer um esporte, ter um plano de saúde bom, que é muito importante...” E24CC.

- “Bom, QV para mim é o que, é eu ter minha casa, ter o meu emprego digno para ter um salário fixo, que eu possa honrar com meus compromissos, (...) que a gente pudesse ter um salário melhor, mais digno para a gente poder viajar, usufruir dos momentos em que a gente não estivesse trabalhando...” E28EM.

Os depoimentos destacam boas condições de vida como aspectos importantes quando se fala em QV, enfatizando que os elementos de realização pessoal e as necessidades individuais influenciam o conceito.

É comum encontrar-se no discurso dos enfermeiros a ideia de que sua carga horária de trabalho é excessiva, fato inclusive confirmado pela literatura, como já comentado; e, no neste estudo também não foi diferente, pois muitas enfermeiras manifestaram insatisfação com suas cargas horárias, afirmando inclusive que o excesso de plantões influencia na QV, como se observa nos depoimentos:

- “Sim. A questão dos plantões; apesar de eu não está todos os dias trabalhando, é plantão de doze horas, eu acho que isso não deveria existir. Eu acho que a pessoa deveria ficar sempre seis ou no máximo oito horas, como é de lei, não é? Não doze horas, porque é muito cansativo.” E12UTI

- “É... menos tempo de trabalho. Eu tenho dois empregos, a gente sempre almeja, quem tem dois sempre almeja ter um, eu só quero ter um. Se eu tivesse um a QV seria perfeita, com certeza.” E33EM.

- “Diminuir carga horária. Se eu conseguisse diminuir; só que no meu caso não dá porque eu sou concursada lá no interior e aqui, sessenta horas, aí não teria como.” E17CM

O número de plantões mensais, no entanto, não mostrou associação estatística significativa com QV total ($p=0,346$). Pode-se considerar isto um achado do estudo, pois pelas falas das enfermeiras a carga horária excessiva é uma questão que as aflige, mostrando-se inclusive, como fator que melhoraria a QV de muitas delas, caso houvesse carga horária adequada.

Assim como o trabalho noturno também não mostrou associação estatística com QV total ($p=0,353$). É destacável essa insignificância, já que vários estudos confirmam que o trabalho noturno interfere na QV das enfermeiras (VAGHARSEYYEDIN; VANAKI; MOHAMMADI, 2011; NEVES et al., 2010; ROCHA; MARTINO, 2010; MEDEIROS et al., 2009); e também os próprios depoimentos das enfermeiras deste estudo, como a enfermeira 14, que expressou o quanto o trabalho noturno está influenciando sua QV:

- “para mim hoje QV é eu poder dormir na minha casa, está entendendo? Porque plantão noturno ele debilita muito a gente, sabe, em todos os sentidos, porque até o nosso ciclo circadiano muda tudo. Eu estou com dificuldades para dormir, eu estou com dificuldades para me alimentar, eu estou engordando, você está entendendo? Então assim, é uma série de coisas que vai se somatizando e a gente sente na saúde da gente, ocupacional mesmo. Então eu me vejo hoje com dois anos de plantão noturno, há dois anos foi que eu comecei a trabalhar a noite, eu estou vendo assim o meu desgaste, sabe? O desgaste mesmo emocional, a minha falta de paciência, então assim, são várias coisas que vão somatizando, coisas negativas, que eu não vejo positivo, para mim eu não vejo. Então hoje é eu dormir na minha casa... E14UTI.

Isso só vem confirmar o quanto o conceito de QV é subjetivo, e que existem outros fatores relacionados à profissão e às metas pessoais que compensam a

insatisfação com a carga horária e com os plantões noturnos, e equilibram a QV das enfermeiras participantes do estudo.

Outro ponto que chama a atenção é o fato de a qualificação profissional também não ter associação estatística significativa ($p=0,788$) no estudo, já que 49 enfermeiras têm especialização ou mestrado, e das 51 que têm graduação sete estão cursando especialização. Santos e Guirardello (2007) dizem que a busca pela especialização do cuidado e aquisição de conhecimentos podem repercutir na qualidade da prestação do cuidado, além de reavaliar os critérios de atendimento.

Isso conduz a se refletir que as enfermeiras estão, muitas vezes, buscando qualificação profissional, não pela aquisição de conhecimentos e realização pessoal, mas para adequação ao mercado profissional, que exige cada vez mais profissionais qualificados, sem muitas vezes valorizar financeiramente essa qualificação, como acontece nos serviços de saúde privados.

A unidade de trabalho também não mostrou associação estatística com a QV total, diferentemente de outros estudos que confirmam que o setor de trabalho influencia a QV das enfermeiras, como o estudo de Santos e Beresin (2009), no qual as enfermeiras de centro cirúrgico relatam que sua QV é afetada pelas atividades desenvolvidas nesta unidade; e o estudo de Paschoa; Zanei e Whitaker (2007), no qual a QV dos profissionais de enfermagem está relativamente baixa em todas as dimensões. Mesmo que não se esteja avaliando QV no trabalho e sim QV geral, como no neste trabalho, não dá para desvincular as condições de trabalho com a vida pessoal e o setor onde estão locadas as enfermeiras tem peso importante na QV.

Pelo coeficiente de Spearman (r), as variáveis idade, filhos, tempo de graduação e tempo de trabalho na unidade tiveram relação diretamente proporcional. A variável número de plantões indicou relação negativa (inversamente proporcional), porém não teve associação estatística com a QV.

A Tabela 9 mostra a associação entre o domínio ambiente e o tempo de trabalho na unidade.

Tabela 9: Distribuição das frequências simples e acumuladas do domínio meio ambiente segundo o tempo de trabalho. Fortaleza-CE, 2012

Tempo de trabalho na unidade	Domínio Meio Ambiente							p
	Nem ruim nem boa		Boa		Muito boa			
	n	%	n	%	n	%		
1 - 2	15	30,6	19	38,8	15	30,6	0,023	
2 - 4	9	40,9	8	36,4	5	22,7		
4 - 28	2	8,3	18	75,0	4	16,7		

Pela Tabela 9, denota-se que 91,7% das enfermeiras que têm de quatro a 28 anos de trabalho na unidade consideram a QV boa ou muito boa em relação ao domínio meio ambiente. Embora o domínio ambiente não se restrinja exclusivamente ao ambiente de trabalho, pode-se inferir que quando se tem mais tempo de trabalho em uma unidade, já se detém o conhecimento sobre as normas e rotinas da unidade, há o domínio de determinadas situações e a adaptação já está consolidada, o que transmite mais segurança às enfermeiras; esse domínio engloba a Q8 do questionário que envolve a questão da segurança física e proteção, como também a oportunidade de adquirir mais informações conforme a Q13, o que mostra a associação estatisticamente significativa ($p=0,023$) entre tempo de trabalho e domínio ambiente.

Corroborando essa ideia, Valadares e Viana (2009) dizem que, por não terem domínio, segurança e conhecimento completo das situações que enfrentam, os enfermeiros novatos se retraem e não se projetam diante das situações desafiadoras; com medo de não saber, os enfermeiros novatos acham que não devem agir por não se sentirem preparados para lidar com situações específicas.

Ao contrário, os enfermeiros com maior experiência têm mais segurança naquilo que fazem e estão mais preparados para enfrentar situações específicas, o que explica a associação entre domínio ambiente e tempo de trabalho na unidade, encontrada neste estudo.

O domínio físico foi o que mostrou mais relação com as variáveis do estudo. A Tabela 10 mostra a associação estatisticamente significativa entre o domínio físico e o estado civil ($p=0,009$), o tempo de graduação ($p=0,012$), a idade ($p=0,041$) e a unidade de trabalho das enfermeiras ($p=0,022$).

Tabela 10: Distribuição das freqüências simples e acumuladas do domínio físico segundo o estado civil, tempo de graduação, idade e unidade de trabalho, Fortaleza-CE, Out/ 2012.

	Domínio Físico						p
	Nem ruim nem boa		Boa		Muito boa		
	n	%	n	%	n	%	
Estado civil							
Solteira	18	46,2	15	38,5	6	15,4	0,009
Casada	12	25,5	22	46,8	13	27,7	
Divorciada	2	18,2	2	18,2	7	63,6	
Viúva	-	-	-	-	2	-	
Tempo de graduação (ano)							
1 - 2	11	34,4	16	50,0	5	15,6	0,012
2 - 4	10	47,6	7	33,3	4	19,0	
4 - 15	4	25,0	9	56,3	3	18,8	
15 - 33	7	23,0	7	23,0	16	53,3	
Idade (ano)							
23 - 29	14	37,8	16	43,2	7	18,9	0,041
30 - 39	11	44,0	11	44,0	3	12,0	
40 - 49	4	18,2	7	31,8	11	50,0	
50 - 66	3	20,0	5	33,3	7	46,7	
Unidade							
UTI	10	37,0	5	18,5	12	44,4	0,022
Clínica Médica	3	37,5	5	62,5	-	-	
Centro Cirúrgico	6	20,7	14	48,3	9	31,0	
Emergência	13	37,1	15	42,9	7	20,0	

A Tabela 10 revela que 84,7% das enfermeiras solteiras consideram a QV no domínio físico nem ruim nem boa ou boa. Dentre as casadas, 74,5% consideram a QV no domínio físico boa ou muito boa, enquanto 81,8% das divorciadas optaram por QV no domínio físico boa ou muito boa. Pode-se observar que as casadas ou aquelas que já foram casadas denotam melhor QV em relação ao domínio físico.

A Tabela 8 revela que o estado civil não mostrou associação estatística com a QV total, porém o domínio físico engloba questões específicas de sono e repouso, atividades da vida cotidiana, capacidade de trabalho e mobilidade, que podem ter

favorecido a QV das casadas e divorciadas. O afeto entre o casal enseja pensamentos positivos, melhora a autoestima, e os problemas próprios da vida muitas vezes são mais bem administrados porque são compartilhados com o companheiro (FERNANDES et al., 2010).

Isso pode ter influenciado as questões de sono e repouso, atividades da vida cotidiana, capacidade de trabalho e mobilidade, do domínio físico. No caso das divorciadas, mesmo após a separação, geralmente, as mulheres costumam manter os padrões comportamentais do casamento, o que também pode ter influenciado as questões do domínio físico.

A Tabela 10 também mostra associação estatisticamente significativa ($p=0,012$) entre o domínio físico e o tempo de graduação. Oitenta e quatro vírgula quatro por cento das enfermeiras que têm de um a dois anos de graduação, 80,9% daquelas que têm de dois a quatro anos e 81,3% daquelas com quatro a 15 anos de formadas consideram a QV no domínio físico nem ruim nem boa e boa. Enquanto isso, 76,3% daquelas com 15 a 33 anos de graduação consideram muito boa. Então, quanto maior o tempo de formadas, melhor a QV no domínio físico.

Mas uma vez, o tempo de graduação está associado com a QV, agora no domínio físico. Essa associação pode decorrer da estabilidade financeira, profissional e pessoal conseguida com mais anos de formadas, que pode favorecer algumas questões abordadas no domínio físico. Por exemplo, sono e repouso (Q16): as enfermeiras não precisam mais se desdobrar em dois ou três empregos; com um conseguem manter a família e aproveitar momentos de lazer. Consequentemente, diminuem a fadiga e poupam energia para utilizar de outras formas, aspectos abordados na Q10. Com maior tempo de formadas, a capacidade de trabalho (abordada na Q18) é mais bem aproveitada, em decorrência da segurança estabelecida com a experiência de vários anos de profissão - segurança esta que falta às recém-formadas.

A segurança é expressa pela estabilidade financeira e profissional:

- “[...] Se o enfermeiro pudesse ter um trabalho só, seria muito melhor e com certeza os níveis de QV da gente seriam bem melhores; menos estresse, mais saúde.”
E01UTI.

- “[...] assim ganhar mais ter o trabalho mais reconhecido, sem precisar as vezes se ausentar tantas vezes de casa,

ganhar melhor, mas trabalhar, ter uma carga horária assim mais... digna.” E16CM

- “Então eu queria realmente ser melhor remunerada para poder alcançar esses meus objetivos que faz muito tempo que eu tento e não consigo. Por quê? Porque por exemplo, eu não sou concursada, eu sou cooperada.” E26EM

Os depoimentos enfatizam o fato de ter uma carga horária menor, com apenas um emprego, e a estabilidade financeira como fortes influenciadores da QV e como metas a serem atingidas pelas enfermeiras com poucos anos de formadas. Assim, explica-se a associação entre tempo de graduação e o domínio físico.

A Tabela 10 contém um achado do estudo, pois o senso comum conduz a que pessoas com maior idade teriam a QV afetada no domínio físico, já que envolve questões de mobilidade, energia e fadiga, capacidade de trabalho. E as enfermeiras mais jovens teriam uma avaliação melhor da QV no domínio físico já que demonstrariam mais disposição e maior vigor físico. O estudo mostra, no entanto, que 37,8% das enfermeiras mais jovens de 23 a 29 anos e 44,0% de 30 a 39 anos consideram a QV no domínio físico nem ruim nem boa. Enquanto que 50,0% das enfermeiras de 40 a 49 anos e 46,7% das de 50 a 66 anos consideram a QV muito boa no domínio físico.

Esses dados confirmam os indicadores da Tabela 3, na qual as enfermeiras de mais de 40 anos exibiram melhores médias de QV, ratificando a ideia de que, na sociedade contemporânea, os avanços tecnológicos da medicina e as melhores condições de vida favorecem o aumento da expectativa de vida. Como também a cobrança da sociedade no sentido de a pessoa se manter ativa não somente pela capacidade física, mas, pela participação nas questões sociais, econômicas, culturais (WORLD HEALTH..., 2005), contribui para melhor QV no domínio físico.

Santos e Guirardello (p. 6, 2007) também enfatizam que “os enfermeiros de uma faixa etária mais alta possuem maior percepção das necessidades de cuidado dos pacientes, (...) explicada pela experiência profissional que resulta em uma visão mais objetiva da dinâmica de seu trabalho”. Isto pode ter influenciado o domínio físico.

Na Tabela 10, observa-se também a associação estatisticamente significativa ($p=0,022$) entre o domínio físico e a unidade de trabalho. A maior parte das enfermeiras da UTI (44,4%) considerou a QV no domínio físico muito boa. A maioria

das enfermeiras (62,5%) da clínica médica considerou boa. A maior parte das enfermeiras do centro cirúrgico (48,3%), assim como a maior parte da emergência (42,9%), também considerou boa.

Como as questões do domínio físico envolvem mobilidade, capacidade de trabalho, energia e fadiga, dor e desconforto, as características físicas e a dinâmica de trabalho da UTI podem ter favorecido melhor avaliação da QV nesse domínio; assim como a estrutura física da clínica médica e da emergência, com maior espaço físico, maior número de pacientes por enfermeiras e total de funcionário reduzido podem ter influenciado a avaliação da QV nesse domínio.

Viu-se que as médias de QV total e seus domínios podem ser consideradas boas neste estudo, o que leva a se inferir que a QV foi avaliada de forma positiva pelas enfermeiras do estudo, enfatizando a complexidade de se avaliar conceitos diversificados, com forte cunho subjetivo como QV. Comprovou-se que fatores importantes, como número de plantões e turno de trabalho, não influenciaram a QV das enfermeiras, segundo os testes de comparação de ANOVA e de associação, qui-quadrado e razão de verossimilhança.

Ratifica-se, com efeito, a importância de se considerar a subjetividade ao se avaliar QV, não se detendo apenas em números, pois aquilo que as pessoas consideram essencial é temporal, depende das circunstâncias de cada situação, bem como do valor que as pessoas atribuem às coisas, momentos e situações.

5.3 Significados de qualidade de vida

5.3.1 Definição de qualidade de vida

Para avaliar a QV das enfermeiras e a relação desta com o cuidado clínico de enfermagem, é importante que se conheça o significado atribuído pelas enfermeiras à QV. Com base nos seus discursos, criou-se a categoria temática Definição de QV na qual elas puderam expressar o significado que cada uma atribuiu ao conceito. Dentro dessa categoria surgiu, a subcategoria **Definição objetiva**, representada pelos núcleos de sentido “moradia”, “transporte”, “alimentação”, “família”, “trabalho” e “lazer”, que conferem uma definição mais objetiva de QV, comuns na amostra e observados nos depoimentos abaixo:

- “O que eu considero como QV é o seguinte: é aquilo que você assim, que você tem as divisões na sua vida: você trabalha, você tem sua casa, tem seus filhos, tem as suas ocupações, mas você paralelo aquilo você ter também lazer, entendeu? Você ter direito a isso, a lazer, a se divertir, a ter dinheiro para ir ali fazer uma comprinha, tudo é QV. Para mim é isso aí.” E26EM.

- “QV para mim assim, é você poder conciliar não é, a questão do seu lazer e do seu trabalho, e você assim ter tempo para os dois. Basicamente assim QV é isso; porque para você ter uma vida melhor, um lazer melhor você tem que trabalhar, mas nem todas as vezes consegue conciliar um com o outro, não é?” E06UTI.

- “Para mim é poder estar com meus filhos, poder ter uma alimentação saudável, um horário de repouso, tudo isso para mim é QV, principalmente a minha família, é eu estar integrada com minha família, junto, eu estar junto, principalmente dos meus filhos é QV.” E15CM.

- “Eu entendo por QV que você tenha condições de trabalhar, ter seu lazer e ter um retorno financeiro para você conseguir tudo isso.” E27EM.

Percebe-se pelos depoimentos que o trabalho exerce grande peso na QV das enfermeiras do estudo, e não só o trabalho em si, mas este trazendo outras consequências, outros fatores que também ganham importância na QV, como a questão do lazer, diretamente ligada à carga horária de trabalho. As enfermeiras relatam que, em virtude das extensas cargas horárias, não conseguem usufruir de lazer; também não encontram tempo para estar junto da família, dos filhos, e que isso afeta sua QV.

Mesmo sendo esses fatores - trabalho e lazer - carregados de objetividade, é intenso o cunho subjetivo presente nas falas, pois já se viu que as variáveis diretamente relacionadas ao trabalho - como unidade de trabalho, tempo de trabalho na unidade e número de plantões mensais - não mostraram relação significativa com a QV por meio dos testes estatísticos; mas, no momento das entrevistas, quando se desenvolvem as relações pessoais e onde afloram as emoções, a subjetividade humana desvela seu conteúdo.

Outra subcategoria que emergiu das falas foi **Definição subjetiva**, representada pelos núcleos de sentido “ter saúde”, “ser feliz”, “viver bem”, “viver em paz”, que dão uma definição mais subjetiva à QV, mencionados nas falas a seguir:

- “QV pra mim é conseguir viver sem frustrações, sem mutilações, sem que as coisas que eu faço, que eu passo me traumatizem ou me deixem sequelas. É conseguir viver bem, viver em paz; é não ter prejuízos psicológicos ou psicossomáticos da minha vida, do meio que eu faço, do meio que eu vivo, das coisas que executo na minha vida...” E02UTI

- “QV para mim é a gente viver bem (...), viver com saúde, viver em paz mesmo em casa, no trabalho, com os amigos, e QV é um complexo de coisas.” E16CM

- “Viver bem. (pausa) É viver bem, ter um cotidiano tranquilo, saudável.” E21CC.

- “QV? Assim eu acho que na vida a gente tem que está, é os ciclos da vida tem que está bem preenchido. Primeira coisa é sua realização profissional. Segunda coisa, você deve está bem pessoalmente, gostando de si, é com a auto-estima elevada. Terceira coisa tem que está com saúde, é o mais importante que é o primeiro. Quarta coisa é o amor, tem que está bem no amor, (...). Acho que essas quatro resumem o que é QV...” E31EM.

Os depoimentos expressam a ideia de que a QV tem significados diferentes para cada pessoa, depende do que cada um considera necessário e importante em determinado momento ou situação. Embora os núcleos de sentido viver bem, viver em paz, com saúde, sejam comuns nas falas, eles têm sentidos diferentes. Viver bem, para uns, não é a mesma coisa de que viver bem para outros. Ter saúde envolve crenças, costumes e culturas diferentes, o que também o torna diferente. Esses depoimentos são a confirmação clara da subjetividade que permeia as relações humanas.

Houve também depoimentos que uniam os dois núcleos de sentidos - objetivos e subjetivos - classificados na subcategoria **Definição mista**, mostrando a estreita relação entre eles:

- “QV para mim é você viver bem, confortável, e conseguir é, como é que eu posso dizer é (pausa), suprir as suas necessidades. (...) A gente tem que ter tempo para se divertir, tem que ter tempo para a família, e tem que ter tempo para trabalhar também...” E03UTI

- “Ser feliz no que você faz, fazer por amor, e estar com a família.” E32EM.

- “Bom, QV para mim é, além de tudo, trabalhar com carga horária digamos assim que dê para conciliar com sua vida pessoal, com lazer, praticar uma atividade física, ter uma alimentação saudável, então é assim, é você

poder de acordo com suas necessidades, com suas prioridades, desenvolver tudo que você tem interesse não é?!” E08UTI.

- “QV é você conseguir é viver da melhor maneira possível, com lazer, com saúde, familiar, então isso aí para mim é ter QV.” E30EM.

Os depoimentos 03 e 08 expressam sua subjetividade por meio do núcleo de sentido “suas necessidades” - o que é necessário a uns pode não ser a outros. Depois mencionam “lazer”, “família” e “trabalho” como núcleos objetivos.

A enfermeira 32, ao dizer “ser feliz no que faz”, enfatiza a subjetividade, e, ao dizer “estar com a família”, traz à tona a objetividade. Já a enfermeira 30 destaca a subjetividade, ao mencionar “viver da melhor maneira possível.”

Conforme relata a literatura, a definição de QV é bastante individual e envolve as metas e aspirações pessoais, no entanto a representação mental de QV é comum entre as pessoas e engloba a satisfação pessoal por meio da objetividade representada por um bom trabalho, boa educação, moradia digna, lazer. A subjetividade que permeia o conceito se mostra representada pelos desejos de viver bem, ser feliz, ter saúde, desejos de todo ser humano, mas que se diferenciam, dependendo das expectativas e necessidades, aliadas também à representação mental que cada um tem do que seja ser feliz, viver bem.

5.4 Potencialidades para obtenção de qualidade de vida

5.4.1 Fatores que podem melhorar a QV

Na avaliação da QV, é importante também que se identifiquem potencialidades que melhorariam a QV das enfermeiras, independentemente de como se encontre, considerando que esta é temporal. Na categoria Fatores que podem melhorar a QV, surgiu a subcategoria **Redução de carga horária**, na qual as enfermeiras do estudo expressaram, em sua maioria, a insatisfação com a falta de tempo consequente da carga horária elevada, mencionando que a diminuição desta seria um dos fatores que melhoraria a QV. Esta subcategoria é representada pelos núcleos de sentido “trabalhar menos” e “tempo de trabalho poderia ser menor”, presente nos depoimentos:

- “Eu acredito que melhoraria se eu conseguisse trabalhar menos. Eu tenho uma carga horária muito grande e eu acho que isso me atrapalha, porque eu deixo de viver em família.” E19CM.

- “Se eu trabalhasse menos minha QV melhoraria, quando eu terminar meu mestrado também espero que ela melhore (risos...).” E18CM

- “Para melhorar minha QV eu acho que o meu tempo de trabalho poderia ser menor. Eu acho assim que o trabalho ele consome muito da gente essa parte física que atinge a parte emocional (...) eu tenho dois empregos (...) Então para eu ter uma QV melhor eu teria que diminuir o número de plantões. Para isso, sair de um emprego. Mas saindo de um emprego o custo de vida já muda um pouco, então a gente permanece mesmo.” E24CC.

- “Lógico eu preciso de muita coisa para melhorar minha QV, uma delas é trabalhar menos, é impossível um profissional como eu ter 60h semanais de trabalho, que é a minha carga horária. Eu tenho que abrir mão de um desses trabalhos não é? E eu sei que com certeza, eu estou resolvendo isso na minha vida...” E22CC.

No momento da entrevista, foi enfatizado o fato de que o objetivo da questão era identificar fatores que melhorariam a QV, independentemente de como esta se encontrava no momento. Então, embora não se tenha encontrado associação estatística entre número de plantões e QV, ou seja, conquanto o excesso de trabalho não estivesse influenciando tanto a QV das enfermeiras no momento, como indicaram os testes estatísticos, diminuir a carga horária é o desejo manifestado por elas - e isso melhoraria suas QV. No estudo com enfermeiras iranianas, os horários inflexíveis e severos também foram fonte de insatisfação, principalmente entre as mulheres, pela dificuldade em conciliar o trabalho com os afazeres domésticos (VAGHARSEYYEDIN; VANAKI; MOHAMMADI, 2011).

É do conhecimento de todos, porém, que o excesso de trabalho acarreta estresse físico e psicológico e, conseqüentemente, traz danos ao enfermeiro e ao desenvolvimento do cuidado clínico de enfermagem. Os depoimentos das enfermeiras 27 e 02 confirmam isso:

- “Porque se eu não tenho uma QV (...) eu vou ser estressada no trabalho, eu vou ser grosseira no trabalho, eu não vou render como é para render, então podem passar detalhes pequenos que para o paciente seriam muito importantes, e para mim passariam despercebido devido o meu cansaço, devido a tudo.” E27EM

- “É quando a gente está bem a gente cuida melhor, com certeza. Então assim, eu pensando no meu passado quando eu não tinha uma boa QV, quando era tudo muito estressante, quando a carga horária era excessiva, eu realmente não cuidava bem do meu paciente, eu lembro que eu chegava a ser grosseira, eu tive um episódio na minha vida que eu fui grosseira com um paciente e depois eu fui analisar porque eu tinha sido grosseira se isso não é meu perfil, eu vi que realmente era uma sobrecarga de tudo em cima de mim de trabalho.”
E02UTI

Nesse momento, há o risco da cuidadora, pelo fato de estar sobrecarregada, parar de cuidar do outro e passar ela própria a ser o objeto de cuidado (NODDINGS, 2003). Dessa forma, o cuidador deslocará o foco da atenção para suas preocupações imediatas. É fato que o cuidador também precisa de cuidados, mas este “cuidar do cuidador” deve ser contínuo durante todo o desenvolvimento do cuidado, de forma a prevenir secções no processo de cuidar.

Para que o cuidado se dê numa relação de preocupação com o outro, o cuidador precisa estar bem, física e psicologicamente, a fim de que nada assuma maior importância do que o cuidado em si. Mediante as adversidades da profissão, o enfermeiro (cuidador) também necessita de cuidados, para que se desprenda de tudo o que possa interferir na relação afetiva entre cuidador e ser cuidado, como confirmam Alves et al. (2011, p. 517): “Diante da exaustiva carga de trabalho dos enfermeiros, é de suma importância remeter a considerações acerca do “cuidar do cuidador”, uma vez que, para cuidar de outrem, é necessário, antes de tudo, que o enfermeiro se sinta bem, e, para isso, precisa também de cuidados.”

Nos contextos dos serviços de saúde brasileiros, incluindo os serviços de Enfermagem, fala-se muito em humanização da assistência. Como, porém, humanizar a assistência, se as condições de trabalho são muitas vezes desumanas? Barchifontaine (2010, p. 76) diz que “a humanização da saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito da individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitimem o humano das pessoas envolvidas.” Salomé, Martins e Espósito (2009, p. 858) corroboram: “quando se fala em humanização do funcionário, significa, na verdade, fornecer condições dignas de trabalho, valorizá-lo, respeitá-lo. Assim, o profissional terá condições psicológicas e físicas de prestar uma assistência com qualidade e humanizada.”

Cuidado humanizado é uma expressão redundante, porque o “cuidado é o que confere a condição de humanidade às pessoas (WALDOW 2004, p. 37).” O que tem de ser evidenciado é o respeito pela pessoa, não só o respeito pelo ser cuidado, mas também pelo ser que cuida, pois o cuidado é uma relação que envolve pessoas com histórias de vida diferentes e necessitam compreender a si mesmas e ao outro. O ser humano enfermeiro, muitas vezes, é desrespeitado no sentido de não ter suas experiências e vivências consideradas quando realiza o cuidado.

Os núcleos de sentido “passar em um concurso”, “emprego fixo”, “fosse concursada” foram bastante presentes nessa categoria, representando a subcategoria **Estabilidade financeira** como fator que melhoraria a QV:

- “Sim. Passar em um concurso para que possa ter maior segurança na área financeira.” E25CC

- “Tem sim, a questão que eu almejo é um emprego fixo, ou seja, que eu passe em um concurso. Essa é minha meta, inclusive eu até já passei, mas estou esperando ser chamada...” E28EM.

- “(silêncio) No momento acho que seria exatamente assim: se eu fosse concursada seria bem melhor. Porque eu teria mais horas de folga para poder justamente usufruir melhor dos meus dias de lazer. Eu acho que no momento seria isso mesmo.” E29EM.

O emprego fixo, na opinião das enfermeiras, melhoraria a QV, tanto em relação à estabilidade financeira quanto no concernente à diminuição da carga horária, o que proporcionaria melhor aproveitamento do tempo em momentos de lazer, com a família e de aperfeiçoamento profissional, também. Considerando que, com maior tempo de formada a possibilidade da estabilidade financeira é mais real, pode-se dizer que esta evidenciou associação significativa com a QV por meio do tempo de graduação, como mostrou a Tabela 8.

Houve também os núcleos de sentido “aumento de salário”, “valor adequado” e “melhor reconhecido” que expressaram a subcategoria **Maior reconhecimento profissional e financeiro**, como fator que melhoraria a QV:

- “Assim, sinceramente, eu até tenho pensado muito nisso; é mais com relação ao aumento do salário, para você não precisar ter outro emprego, entendeu? E você ser mais valorizado no seu trabalho, que falta muito isso. Porque muitas vezes você faz, faz, faz e nunca é o suficiente, é basicamente isso.” E04UTI.

- “É assim o fator principal da nossa categoria é justamente a questão salarial. Porque se nós tivéssemos um salário, um valor adequado, nós não precisaríamos trabalhar em vários locais. A gente trabalharia em um só e aí nós teríamos tanto QV como nosso trabalho seria desenvolvido bem melhor...” E06UTI.

- “[...] Ser melhor reconhecido, isso me desgasta muito na questão da minha profissão, da dedicação que a gente tem, da qualificação, da capacitação, da consciência da responsabilidade que a gente tem junto ao paciente, principalmente o paciente da gente que é um paciente grave, e não ter o reconhecimento das outras classes e o que me entristece mais, é mesmo da sociedade, da família, então uma das coisas que afeta muito é isso...”E13UTI

A desvalorização salarial e a falta de reconhecimento também são fatores que afligem as enfermeiras e influenciam a QV e, conseqüentemente, o cuidado clínico de enfermagem, pois, sem o reconhecimento da importância do seu trabalho, as enfermeiras perdem a motivação para o cuidado. Segundo Neves et al. (2010, p. 45) “a remuneração condizente com as atividades exercidas adquire um significado importante para o trabalhador, pois, além de responder às necessidades básicas, assume um papel de reconhecimento pelas ações desenvolvidas.” A remuneração adequada, considerada pelos enfermeiros como reconhecimento e prestígio profissional, aparece como indicador de qualidade dos serviços de saúde (KURCGANT et al., 2009).

E esta não é uma realidade somente brasileira, pois um estudo com enfermeiras iranianas mostra que estas também estão insatisfeitas com seus salários, com as ambigüidades de papéis e com a sobrecarga de responsabilidades (VAGHARSEYYEDIN; VANAKI; MOHAMMADI, 2011).

O núcleo de sentido “deixar de trabalhar a noite” também esteve presente nessa categoria, originando a subcategoria **Trabalho noturno**:

- “Olhe em se tratando do hoje, o que poderia melhorar minha QV é eu deixar de trabalhar a noite; seria a questão de eu poder dormir a noite toda, ter um descanso, um repouso tranquilo...” E08UTI.

- “Não trabalhar a noite, com certeza seria o primeiro...” E11UTI.

- “Sim, deixar de trabalhar a noite; diminuir uma carga horária, que a minha é pesada, eu trabalho de dia e

trabalho, dou plantão à noite, então para mim melhorar a minha QV é deixar a noite.” E30EM

Cabe lembrar que o turno de trabalho não mostrou associação estatística com a QV na amostra estudada (Tabela 8), mas, para as enfermeiras 08UTI, 11UTI e 30EM, o trabalho noturno é um aspecto importante que está influenciando suas QV.

Segundo Panizzon, Luz e Fensterseifer (2008), o trabalho noturno não propicia boa qualidade de vida, por interferir nas relações sociais e familiares. As enfermeiras podem apresentar isolamento social em razão do descompasso da convivência social em relação aos horários de trabalho.

Muitas enfermeiras submetem-se ao trabalho noturno para conciliar com outros vínculos empregatícios, ou conciliar com os estudos, mas reconhecem que suas condições físicas e psíquicas são afetadas em virtude das alterações nos processos fisiológicos de sono e repouso. Sem contar os processos sociais, que também são afetados, pois fica difícil adequar as relações pessoais quando se tem o ritmo de trabalho diferente da maioria das pessoas.

Os núcleos de sentido “eu não acredito que tenha nenhum fator assim para melhorar a QV”, “eu atualmente estou conseguindo ter uma boa QV” e “eu estou satisfeita com a qualidade de vida sim”, presentes na subcategoria **Satisfeita com a QV**, chamaram a atenção na categoria fatores que podem melhorar a QV, consoante os depoimentos:

- “(Silêncio) Não, assim, eu me sinto bem; lógico que tem (pausa), mas eu não acredito que tenha nenhum fator assim para melhorar a QV! (pausa) Eu estou bem fisicamente graças a Deus, bem psicologicamente e bem socialmente, não acredito que tenha nenhum...” E07UTI.

- “Eu atualmente estou conseguindo ter uma boa QV a partir do momento que eu mudei algumas coisas em mim. Por exemplo, a minha carga horária hoje, de enfermeira é bem menor do que quando eu comecei a trabalhar recém-formada (...) eu por ter uma profissão paralela, não quero não procuro ter hora extra, ter plantão adicional e a minha profissão paralela é relacionada com arte, (...) então a música e a arte ajudam a enfermagem na minha vida...” E02UTI

- “Melhorar a QV? Olha eu estou satisfeita, eu estou satisfeita com a QV sim. Eu estou sim satisfeita. Eu não posso colocar os pontos, o porquê, não é? Mas, em relação, que eu vejo tantas coisas por aí, que olha eu estou bem. Eu estou bem.” E35EM.

As enfermeiras 07, 02 e 35 expressaram que estão satisfeitas com suas QV e que no momento não há fator que possa melhorá-la. Essas falas corroboram as médias de QV consideradas boas, mostradas na Tabela 2. Embora as falas de outras enfermeiras ressaltem os problemas da profissão, como falta de reconhecimento, carga horária excessiva, instabilidade financeira, as enfermeiras 07, 02 e 35 não deixaram que esses fatores interferissem em suas QV, predominando as outras nuanças da QV que lhes satisfazem.

Outros núcleos de sentido bem pessoais também merecem destaque, como “praticar exercício físico”; “ir para obstetrícia”; e “terminasse essa especialização”, classificados na subcategoria **Metas pessoais**:

- “[...] Então para mim hoje era fazer um exercício físico, seria muito bom para mim, eu acho que eu iria assim melhorar muito. Nesse sentido dessa pressão que eu sinto de estar só trabalhando, parece assim que a gente, eu, a impressão que dar é que eu vivo para trabalhar, eu não trabalho para viver, entendeu? A situação é essa, muito ruim, muito ruim mesmo.” E14UTI

- “[...] Assim ir mais para a parte que eu tenho vontade, que é a parte da obstetrícia.” E23CC

- “Eu acho que se eu terminasse essa especialização que eu estou fazendo a minha QV melhoraria porque eu passo muito tempo de plantão porque eu trabalho aqui e em outro hospital, e quando eu não estou lá ou não estou aqui eu estou na aula...” E31EM

Cada um elege o que é mais importante e mais necessário em cada momento de sua vida. Enquanto muitas enfermeiras gostariam de diminuir carga horária ou de ter estabilidade financeira, as enfermeiras 14, 23 e 31 queriam coisas bem específicas e pessoais. Vale ressaltar, porém que os desejos das enfermeiras 14 e 31 estão diretamente ligados à questão do tempo e da carga horária, tantas vezes comentada.

Percebe-se pelas falas a relação quase indissociável entre subjetividade e objetividade que abrange o conceito QV, o que ratifica a ideia de que, por mais que se desenvolvam e se validem em várias culturas instrumentos de mensuração de QV, sempre haverá questionamentos na tentativa de desvendar o comportamento humano.

5.5 Interface da qualidade de vida com o cuidado clínico de enfermagem

As enfermeiras do estudo foram questionadas sobre qual a relação entre a QV e o cuidado clínico desenvolvido por elas. Os achados mostram que essa relação sucede de duas maneiras: a QV influenciando o cuidado clínico; e a relação inversa, o cuidado clínico é que influencia a QV das enfermeiras, e pode ser de forma positiva ou negativa, enfatizando a subjetividade presente nessa relação. Também foram questionadas se o cuidado clínico as estimulava ou não a cuidar delas mesmas.

Em razão da dificuldade em se conceituar cuidado clínico de enfermagem, já explanada, nestas categorias, na maioria das vezes, o cuidado clínico de enfermagem foi utilizado como sinônimo de: assistência de enfermagem, ações de enfermagem e cuidado de enfermagem; e também por se entender que estão todos intrinsecamente relacionados, não tendo como desvinculá-los *a priori*.

A partir das falas das enfermeiras, originaram-se três categorias.

5.5.1 A QV influencia o cuidado clínico de enfermagem

Nesta categoria, os seguintes núcleos de sentido “acaba influenciando um pouco no cuidado clínico com o paciente”; “a gente termina não fazendo o que realmente deveria fazer”; “eu tenho que está bem para eu cuidar do meu paciente”; e “por mais que a gente queira dar o melhor, isso acaba não acontecendo”, presentes nos depoimentos fizeram surgir a subcategoria **Se não estou bem, não cuido bem**, revelando que a QV influencia o desenvolvimento do cuidado clínico:

- “[...] Quando você está muito atarefado, muito sobrecarregado, seja de tarefas em casa ou de trabalho, seja o que for, (...) eu acho que acaba influenciando um pouco no cuidado clínico com o paciente; (...) quando eu estou mais descansada, mais tranquila, tudo flui melhor, então assim, a questão realmente do cansaço, da sobrecarga de trabalho e das outras atividades eu acho que acaba influenciando muito no cuidado dispensado ao paciente.” E08UTI

- “Por exemplo, quando a gente não tem uma QV, quando a gente não está bem, não consegue desempenhar o trabalho da forma como deveria. Como a questão que a gente falou que trabalha muito para poder

ter uma vida financeira um pouco melhor, acaba que você vem trabalhar muito cansado, estressado às vezes, e a gente termina não fazendo o que realmente deveria fazer, acho que é mais por aí...” E16CM

- “[...] mas assim, acho que quando a gente está bem consigo mesma a gente pode proporcionar um cuidado melhor. É a qualidade também do cuidado. Então se eu estou bem, se eu não estou cansada, porque é diferente você dormir em casa e vir para o plantão cuidar de seu paciente (...) Então eu acho que influencia demais. Eu tenho que está bem para eu cuidar do meu paciente ...” E24CC

- “Sim. Se eu estiver descansada eu consigo dar um bom atendimento ao meu paciente; se eu estiver cansada eu tenho certeza que isso não é possível (...) Pelo volume de trabalho que a gente tem, a quantidade de paciente que a gente tem, isso acaba cansando e prejudicando. Acaba influenciando, com certeza, por mais que a gente não queira, por mais que a gente queira dar o melhor isso acaba não acontecendo muitas vezes...” E30EM

Percebe-se pelos depoimentos que, quando a QV está baixa, interfere de forma negativa no cuidado clínico, a sensibilidade humana fala mais alto e, quando não se está bem, se passa isso para o paciente ou não se faz o cuidado clínico como deveria ser feito.

Isso acontece porque, pela condição de humanos, as pessoas são seres providos de razão e emoção, e estas se intensificam nas relações com os outros. De acordo com Baggio (2007) o ser humano é relacionável, depende das relações sociais e da interação com a família, os amigos, os colegas, e até com quem não se conhece. O tipo de relação com estas pessoas dependerá de como cuidamos de nós, pois se precisa estar bem consigo para se estar bem com o próximo.

Algumas destas enfermeiras também concordaram com a noção de que, quando a QV está afetada negativamente, o ser humano deixa transparecer, porém elas expressaram a ideia de que se esforçam para não passar isso ao paciente e assim não interferir no cuidado clínico de enfermagem, por meio dos núcleos de sentido “passar o melhor de mim para os meus pacientes”, “eu não vou descontar nos outros”, “dar o máximo de mim para o meu paciente” e “não passar isso para o paciente”, originou-se a subcategoria **Tento não passar para o paciente**.

- “Não assim eu tento passar o melhor de mim para os meus pacientes, então mesmo assim eu estando, por exemplo, no momento eu estou doente, estou com a

coluna sabe? Mesmo assim eu estou tratando meus pacientes como se eu estivesse cem por cento, então eu tento passar para eles sempre que eu estou bem, é isso.” E15CM

- “[...] Eu acho que depende muito das pessoas, entendeu? Para mim particularmente, eu fazendo, eu acho que eu posso ter mil e um problemas, mas eu não vou descontar nos outros entendeu? Principalmente nos pacientes, eu não faço isso, mas tem muita gente que é muito pelo contrário.” E18CM

- “Assim, eu tento não misturar muito, não é; assim tento quando chegar aqui tentar dar o máximo de mim para o meu paciente e tudo; mas claro que quando você está muito cansado reflete muito, você não consegue dar cem por cento entendeu? Você não consegue fazer o melhor no cuidado, não consegue. Quando você está muito cansada, quando você está chateada com alguma coisa do trabalho ou em casa, isso reflete; eu tento não refletir, mas de vez em quando acontece.” E04UTI

- “Eu percebo que os dias, por exemplo, quando eu fico três dias seguidos, no último dia se ficam pedindo muita coisa, o paciente não tem culpa, não é? Claro, eu tento ao máximo não passar isso para o paciente, mas você acaba fazendo irritada, com aquela falta de vontade, faz porque tem que fazer, não é com o mesmo amor, com a mesma atenção que você faz se no caso a gente tivesse uma QV melhor...” E12UTI

Considerando que as enfermeiras disseram que tentam não deixar que sua QV afetada interfira no cuidado, os depoimentos reforçam o pensamento de Noddings (2003), quando exprime que, quando se cuida, se considera o ponto de vista do outro, suas necessidades objetivas e o que ele espera de nós. Nossa absorção mental deve estar no objeto de cuidado e não em nós mesmos.

As enfermeiras 04 e 12 afirmam que, mesmo tentando não deixar que seus problemas influenciem no desenvolvimento do cuidado clínico de enfermagem, isso acontece. É outra vez a sensibilidade humana falando mais alto, porque, por mais que se tente separar o lado emocional do racional, no cuidado muitas vezes a emoção se revela e a razão não responde.

- “[...] se tem algum momento que está dessa maneira sem dúvida afeta, realmente você fica mais frustrada, geralmente com essa questão do reconhecimento, de você trabalhar demais, você fica cansada e então eu acho que afeta. Uma coisa que me entristece é às vezes eu estar nessa condição de está muito cansada, de estar

frustrada, de estar no impedimento e não prestar a assistência que eu gostaria...” E13UTI

A enfermeira 13UTI também expressa a tristeza que sente quando não consegue desenvolver o cuidado adequado ao paciente, em decorrências das condições físicas e emocionais, ratificando o fato de que é difícil não deixar que seu estado de espírito interfira na prestação do cuidado clínico de enfermagem.

O depoimento da enfermeira 14 da UTI está dentro da subcategoria **Tento não passar para o paciente**, mas evidencia o quanto a QV afetada negativamente influencia o cuidado clínico de enfermagem, ao ponto de descaracterizá-lo como cuidado.

- “[...] tem dias que eu não estou motivada, não estou, porque eu estou tão cansada, tão estressada, que assim eu vejo o que tem para fazer em cima de um paciente, eu digo, meu Deus depende de mim, tem muito cuidado que depende de mim, e aquela pessoa está ali esperando por mim, (...) Mas, eu não vou mentir para você, eu hoje tenho esse discernimento bem claro na minha cabeça, ele não tem culpa de nada, mas eu não vou dizer para você, que muitas vezes eu faço com prazer, muitas vezes por obrigação, mas eu faço; mas o prazer de estar fazendo a assistência, ah eu vou fazer um curativo belíssimo agora, trocar esse soro da melhor maneira possível, às vezes eu faço automático, mas faço, eu não deixo de fazer, mas assim o meu melhor eu já dei muito, já teve épocas que eu fui perfeita, eu me considerava assim mais dedicada, hoje a gente faz muito automático...” E14UTI

O depoimento 14 chama a atenção, não para o fato do cansaço físico estar desmotivando a enfermeira, mas para se refletir como o cuidado clínico de enfermagem é desenvolvido. Que cuidado é esse que não proporciona prazer, que não envolve dedicação, feito por obrigação, automático? Em que condições as enfermeiras estão trabalhando, a que situações estão se submetendo para o cuidado deixar de ser cuidado e se tornar uma obrigação? Onde está a essência da enfermagem?

Noddings (2003) diz que, quando o cuidado se transforma em obrigação, vivencia-se o conflito, que pode induzir a culpa. Percebe-se no depoimento da enfermeira 14 UTI o tom de culpa por não realizar o cuidado relacional, por não estar se importando, por estar apenas cumprindo normas e rotinas.

Griffin apud Waldow (2004) comenta que o cuidado realizado com envolvimento inclui o componente moral (de dever sem obrigação) e emocional, e representa o verdadeiro cuidar.

O verdadeiro cuidado proporciona prazer, alegria, satisfação de dever moral (sem obrigação) cumprido. Essa realidade na qual o cuidado está sendo feito por obrigação precisa ser mudada, mas só depende dos próprios enfermeiros se envolverem com o cuidado e se fazerem reconhecer.

5.5.2 O cuidado clínico de enfermagem influencia a QV

Algumas enfermeiras relataram que a relação QV e cuidado clínico ocorria no sentido inverso - é o cuidado clínico de enfermagem que influencia a QV delas. Dentro desta categoria, os núcleos de sentido “pondo em risco sua QV”, “eu saio daqui cansada” e “tem dias que é muito estressante” expressaram que o cuidado clínico de enfermagem influencia suas QV de forma negativa, dando origem à subcategoria **Cuidado clínico influencia negativamente a QV**.

- “Eu acho assim: pra você ser um bom enfermeiro ou enfermeira dedicada você acaba muitas vezes pondo em risco a sua QV. Porque, por exemplo, pra transportar um paciente a gente tem aqueles riscos posturais, riscos biológicos, aqui na UTI que é meu ambiente de trabalho, a gente se expõe muito. E às vezes para você prestar um bom cuidado você tem que ter essa exposição mesmo, claro tem os fatores de proteção, os equipamentos de proteção, mas assim, eu acho, por exemplo a gente vai transportar um paciente de uma maca pra outra, a gente é, coloca muito peso, pega muito peso, às vezes não fica numa postura correta...” E01UTI

- “[...] eu vejo assim bem forte, não só, porque quando eu saio daqui pronto, você vai procurar ter sua vida, a minha vida, mas que diretamente está ligada porque eu saio daqui cansada, tem todo um contexto de descansar, como a questão de passear, de assistir um filme, de ter condições de usufruir de coisas externas que me proporcionem prazer para poder eu transmitir mais para as pessoas.” E28EM

- “Bom, assim, eu acho que devido a esse setor ser assim a emergência, bem estressante, tem dias que realmente assim influencia na QV, eu não vou mentir não. Assim como eu estou te dizendo, é a emergência, é o setor mais estressante do hospital, é a cabeça chave, é o coração, é a emergência. (...) É como eu estou dizendo, têm dias

que é muito estressante isso influencia muito. (...) Eu desenvolvi fibromialgia, e foi justamente por conta só do estresse daqui, é muito estressante...” E29EM

Por serem as unidades estudadas geradoras de estresse físico e psicológico, conforme já comentado, os depoimentos E01UTI e E29EM enfatizam o cuidado clínico como desgastante e propício ao desenvolvimento de problemas de saúde. Dessa forma o cuidado clínico é visto como ameaçador à QV das enfermeiras do estudo.

A enfermeira E28EM expressa a ideia de que o cuidado clínico influencia de forma negativa sua QV, porque afeta sua vida social, pois os momentos de lazer são prejudicados pelo cansaço decorrente da jornada de trabalho.

Percebe-se pelos depoimentos que o cuidado está sendo substituído pelo trabalho. Não é o desenvolvimento do cuidado clínico de enfermagem que influencia negativamente a QV das enfermeiras, mas o excesso de trabalho em si. O trabalho está ganhando mais importância e tirando a verdadeira essência do cuidado. Nesse sentido, Medeiros et al. (2006) dizem que a ênfase exagerada na vida profissional traz consequências sérias para a própria sociedade, na medida em que esta perde muito da afetividade do convívio familiar e social.

Originou-se também a subcategoria **Cuidado clínico influencia positivamente a QV**, expressada pelos núcleos de sentido “isso melhora sim a QV”, “isso me faz bem”, “é parte de mim isso” e “isso aqui para mim é uma terapia” em que as enfermeiras assinalaram que o cuidado clínico de enfermagem influencia de forma positiva suas QV.

- “Não eu vejo assim que, quando a pessoa trabalha com amor, dedicação, e se satisfaz no trabalho, (...) eu tenho prazer e gosto de prestar assistência ao paciente, e quanto melhor você servir o paciente, você vai ter um retorno melhor, uma gratificação melhor no teu trabalho, você é reconhecida, o paciente te reconhece como um bom profissional, te respeita, isso melhora sim a QV, é o retorno, acredito que sim, você se satisfaz no teu ambiente de trabalho.” E17CM

- “Eu acho que atende o conceito que eu tenho de QV (...) no momento que eu vejo que o cuidado que eu estou prestando tem sucesso, que eu vejo um paciente saindo bem, que eu vejo que eu estou contribuindo para recuperação, então isso me faz bem, porque realmente eu exerço a profissão que eu escolhi, eu sou muito feliz,

gostaria que ela fosse melhor reconhecida, mas contribui nesse sentido, de isso me tornar feliz como profissional.” E13UTI

- “Os cuidados que eu desenvolvo com os pacientes, seja aqui ou fora daqui, que às vezes eu atendo paciente em casa, tem tudo a ver com minha QV porque eu amo o que eu faço, eu sinto prazer em fazer. (...) mas o cuidado clínico tem tudo a ver porque eu gosto do que faço, ele me completa, é parte de mim isso.” E19CM

- “Não essa parte assim da minha QV eu vivo muito bem com a minha profissão. Muito bem mesmo. Então o que eu faço aqui, sempre é, eu posso ter o que tiver de problemas lá fora, mas quando eu chego aqui dentro acabou-se. Eu sou feliz com o que eu faço, eu faço com o coração, eu gosto muito disso que eu faço. (...) isso aqui para mim é uma terapia, te juro.” E26EM

A assistência de Enfermagem expressa pela palavra “isso” nos depoimentos, e interpretada aqui como o “isso” sendo o cuidado clínico de enfermagem é fonte de prazer e satisfação, influenciando positivamente e melhorando a QV das enfermeiras. Nota-se aqui mais um ponto marcante da subjetividade humana, em que as situações assumem valores e importância diferentes, dependendo da percepção e das experiências de vida de cada um. Enquanto para algumas enfermeiras o cuidado clínico prejudica suas QV, para outras, ele é visto de forma positiva, como aliado que ajuda a melhorar sua QV.

O cuidado clínico de enfermagem influenciando positivamente a QV das enfermeiras pode ser interpretado também como a valoração moral do trabalho. De acordo com Dal Pai e Lautert (2008) a satisfação de estar trabalhando, o prazer de sentir-se útil confere relevância ao desempenho profissional.

Estudo desenvolvido com enfermeiras do serviço de emergência, de Dal Pai e Lautert (2008), expressa que a capacidade de “salvar vidas” das enfermeiras de emergência traz recompensas sociais de gratidão e admiração a essas profissionais, atribuindo-lhes “poder” diante do desafio de salvar. Nessa mesma linha de raciocínio, os depoimentos E17CM e E13UTI deixam transparecer essa satisfação e o orgulho pelo trabalho que realizam.

5.5.3 Cuidar do outro e cuidar de mim

Dentro desta categoria, surgiram duas subcategorias: **Cuidar do outro estimula cuidar de mim** e **Cuidar do outro não estimula cuidar de mim**.

Os núcleos de sentido “numa condição de vida que eu não queria para mim”, “se colocar no lugar do outro”, “o cuidar faz a gente pensar na gente” e “não termine como eles” foram os que marcaram o estímulo ao cuidado de si, como se vê nos depoimentos:

- “Para mim estimula. Eu comento que para mim é sempre uma reflexão dentro do plantão, porque você ver pessoas em condições, numa condição de vida que eu não queria para mim. Então assim, toda vida que eu venho, para mim é como se fosse uma auto-estima para eu melhorar a minha, a me manter saudável, atividade física, alimentação melhor, olhando as condições clínicas deles me motiva a tentar um estilo de vida saudável...” E10UTI

- “Estimula sim. O cuidar do outro você, mesmo não querendo, você sem querer, tudo que você vai fazer no outro paciente você se imagina no lugar dele; (...) Apesar da gente viver em um ambiente, assim eu considero hostil, em que você vê muita mazela, vê muita gente doente, e você se sente ameaçado também, você se coloca como eu falei no lugar do paciente, você se imagina meu Deus será que um dia eu vou estar ali, e a gente de certa forma acaba se estimulando...” E17CM

- “Então eu cuidando eu sinto e levo aquilo para mim. Eu tenho uma coisa em mim que eu me coloco no lugar de quem está sabe? Aí isso daí leva a uma reflexão, eu estou fazendo aquilo eu estou refletindo com meus familiares, com meu marido, com meus filhos, com minha empregada que ela é hipertensa, é diabética, então tudo isso eu fico imaginando se eles fizessem, até eu mesma se eu me cuidasse melhor eu poderia também não passar por tanta coisa, eu me imagino. Eu acho que o cuidar faz a gente pensar na gente...” E22CC

- “Estimula, porque você não quer estar no lugar que ele está agora. Então você pensa em se cuidar desde cedo para que mais tarde você não termine como eles. Então influencia demais, você cuida muito mais da sua saúde e da saúde do seu próximo.” E34EM

As enfermeiras expressaram a noção de que o cuidado clínico de enfermagem estimula o cuidado de si, à medida que elas se colocam no lugar do outro. Colocar-se no lugar do outro também representa o fazer-se um, é uma forma

de se preocupar com o outro, e isso é parte essencial do cuidado do ponto de vista da cuidadora. Pois ao se encarar a realidade do outro como uma possibilidade, começa-se a perceber essa realidade e sente-se a necessidade de agir de acordo com ela (NODDINGS, 2003).

Não querer estar ali futuramente, no entanto denota o medo de passar pela mesma situação, e, nesse caso, é o medo que as estimula a se cuidarem e não o próprio cuidado.

Os núcleos de sentido “esquecendo a gente”, “esquecendo de cuidar da gente”, “esquece de se cuidar” e “a gente se torna altamente frio” compuseram a subcategoria **Cuidar do outro não estimula cuidar de mim.**

- “Acho que a gente acaba esquecendo a gente para cuidar dos outros. É mais isso entendeu? Com a gente mesmo, a gente faz muito pelo outro e nada pela gente. Ontem, por exemplo, foi um plantão daquele jeito que você viu, eu não dormi nada; hoje feriado, passei o dia dormindo para estar aqui hoje de novo, entendeu? Mas foi isso que eu escolhi, a gente não pensava que seria bem desse jeito (risos).” E18CM

- “Eu acho que a gente acaba esquecendo de cuidar da gente. A gente cuida muito do outro e acaba esquecendo da gente. É eu sou prova disso, eu trabalho muito, enfim eu acabo deixando um médico para lá, um exame para outro dia, então a gente prioriza o trabalho e acaba deixando o nosso cuidado um pouco de lado.” E09UTI

- “Acho que não. Não (sorriso discreto e balançando a cabeça negativamente). Não sei, assim, na minha prática vamos supor a gente cuida muito de paciente, vê muito paciente jovem, o estímulo que eu tenho é de viver cada segundo como se fosse o último, porque muito paciente jovem morrendo, a gente vê que as doenças assolam tanto paciente idoso quanto paciente jovem, então assim, eu valorizo muito, assim a minha prática faz com que eu valorize muito a minha vida, mas assim, o fato da gente, quando a gente cuida muito e esquece de se cuidar, negligencia.” E33EM

- “Sinceramente eu acho que não estimula, na minha concepção. Porque a gente se torna altamente frio, a gente acha que não vai acontecer com a gente, porque a gente está imune a isso e na verdade você um dia pode ser o paciente que você hoje está cuidando.” E27EM

As enfermeiras acham que cuidar do outro não estimula o cuidado de si. Elas expressaram que acabam se dedicando tanto ao cuidado do outro que se esquecem

de cuidar delas mesmas. Na verdade, mais uma vez aqui nesses depoimentos, se percebe que não é o desenvolvimento do cuidado clínico de enfermagem que não gera estímulo ao cuidado de si; é o excesso trabalho.

As longas jornadas de trabalho e a carga horária excessiva tiram o tempo das profissionais e o pouco tempo restante é utilizado para descanso, conforme elas mesmas expressam, ficando o cuidado de si um pouco de lado.

- “Eu acho que não. Eu acho que a gente deixa mais de lado. Eu pelo menos depois que eu comecei a trabalhar eu não vou mais ao médico, eu não me cuido mais como antes; primeiro porque falta tempo, eu estou com um exame para fazer e já faz mais de cinco meses e não faço, porque falta tempo. Quando eu tenho tempo, eu prefiro fazer outras coisas, assim descansar um pouco, tem um monte de coisas para resolver e você acaba deixando realmente de lado, o que não é bom, o que eu ainda tento fazer é exercício físico, mas consulta médica, check up é muito difícil.” E04UTI

- “Olha eu vou lhe falar a verdade, antes eu cuidava mais de mim. Cardiologista, ginecologista, eu marcava no tempo correto. Hoje eu já estou com dois anos que eu não vou ao meu cardiologista. Eu acho que não é pelo fato de eu cuidar de outra pessoa que eu acho que não vai ser preciso cuidar de mim, mas é pelo fato de trabalhar demais, que quando sai do trabalho você quer descansar, você quer passear, então você foca em outras coisas.” E24CC

O excesso de trabalho não só está dificultando o cuidado com a saúde das enfermeiras como está também tirando o foco do cuidado. O cuidado relacional, que se importa com o outro e, dessa forma, se importa também consigo, não está acontecendo, pois, segundo Baggio, “o profissional que não consegue articular o processo de cuidar do outro-cliente-colega e cuidar de si próprio pode transformar tal desarticulação em um motivo gerador de estresse – de descuido, no desenvolvimento de suas atividades” (2007, p. 415).

O fato de as enfermeiras não estarem conseguindo cuidar delas mesmas pode influenciar negativamente, tanto no desenvolvimento do cuidado clínico ao paciente como na QV dessas profissionais. Sabe-se que o cuidar de si não envolve somente os cuidados com a saúde (de fazer acompanhamento médico, como mencionado nos depoimentos), mas o cuidado com a mente e o espírito, o cuidado com a auto-estima, com o ego. A falta de cuidado consigo mesma pode produzir

uma cascata de acontecimentos que trará sérias consequências ao ser cuidador. Se não se consegue cuidar de si, não se tem boa QV; se não se tem boa QV, não se presta um cuidado clínico de enfermagem completo, pois se precisa estar bem consigo para se relacionar bem com os outros.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar QV não é uma tarefa simples, não só pela complexidade e multidimensionalidade do conceito, mas porque o ser humano em si é complexo e seu comportamento e opiniões mudam muito rápido, conforme suas necessidades. Há momentos em que a objetividade necessária em determinadas situações se destaca nitidamente, mas há outros em que a subjetividade humana se evidencia; como nas relações pessoais, dentre elas a relação de cuidado da enfermeira para com o seu paciente e para com ela mesma. E essa relação precisa ser considerada ao estudar a QV de enfermeiras.

Levando em linha de conta essa relação de cuidado, pode-se dizer que os objetivos do estudo foram atingidos. Foi possível avaliar a QV das enfermeiras e a relação desta com o cuidado clínico de enfermagem.

As enfermeiras do estudo apresentaram médias relativamente boas de QV, o que evidencia a utilização do instrumento genérico para a avaliação da QV como adequada, pois as enfermeiras levaram em conta várias dimensões de suas vidas e não somente a questão do trabalho. Ainda nesse sentido, as variáveis diretamente relacionadas ao trabalho, como número de plantões, turno de trabalho e unidade de locação, não mostraram associação estatisticamente significativa com a QV total, enfatizando o fato de que as enfermeiras consideraram outros aspectos mais importantes para a QV.

Dentre esses aspectos, o estudo demonstrou que ter filhos influencia positivamente a QV das enfermeiras. A satisfação e o prazer de ser mãe superam as dificuldades de conciliar a profissão com as responsabilidades da maternidade.

O tempo de graduação também mostrou associação estatística significativa com a QV total e com o domínio físico, comprovando a ideia de que a estabilidade financeira adquirida com o passar dos anos e a experiência profissional são determinantes importantes, ao se avaliar a QV das enfermeiras; não só pela questão objetiva financeira, mas também por aspectos subjetivos, como segurança, satisfação, realização profissional e pessoal.

Um achado do estudo foi o fato de a titulação acadêmica não ter influenciado a QV das enfermeiras. Embora elas estivessem procurando qualificação profissional,

pois grande parte estava em cursos de especialização e ou mestrado, este dado não mostrou associação estatística significativa com a QV, o que leva a se inferir que a busca por conhecimentos sucede mais por uma necessidade de mercado do que por uma satisfação pessoal.

Outro achado do estudo foi a associação estatística entre domínio físico e idade. As enfermeiras de mais idade apresentaram melhores escores de QV do que enfermeiras mais jovens. Embora o domínio físico englobe questões de energia e fadiga, mobilidade, também envolve questões de sono e repouso e capacidade de trabalho, o que pode ter recebido influência da estabilidade profissional das enfermeiras de mais idade. Este dado reforça a subjetividade do conceito de QV e do comportamento humano, contradizendo o senso comum.

O domínio físico mostrou-se o mais relacionado com as variáveis do estudo, estando associado com estado civil, tempo de graduação, idade e unidade de trabalho. O domínio meio ambiente indicou associação apenas com o tempo de trabalho na unidade, possivelmente relacionada à segurança adquirida com os anos de profissão.

Quanto ao significado atribuído pelas enfermeiras à QV, embora a literatura diga que não há um consenso na definição do termo, elas expressaram aquilo que as suas mentes concebiam sobre QV, relacionado às suas expectativas, metas e experiências de vida. Os significados foram bem homogêneos e englobavam aspectos objetivos e subjetivos nas diversas dimensões, representando a definição de cada uma delas sobre QV.

Relativamente à identificação de potencialidades na avaliação da QV, as enfermeiras enfatizaram as condições de trabalho como aspectos que melhorariam suas QV, e a redução da carga horária e a estabilidade profissional foram os fatores mais mencionados.

Embora as condições de trabalho não tenham mostrado relação estatística com a QV, até porque o instrumento de avaliação era genérico, elas afetam a vida das enfermeiras consideravelmente, evidenciando-se, não como potencialidades, mas como fragilidades na QV. Esse dado mostra que, por mais que existam instrumentos próprios para avaliar QV geral e QV no trabalho, não há como separar a vida profissional da vida particular, pois uma influencia a outra; na verdade, é uma só vida, a vida de uma pessoa que tem experiências e expectativas a serem alcançadas.

A QV está intrinsecamente relacionada ao desenvolvimento do cuidado clínico de enfermagem. O cuidado é expresso de maneira relacional, numa atitude de preocupação e de se importar com o outro. Nesse sentido, a enfermeira precisa estar bem consigo mesma para que haja a efetivação do cuidado. Conforme elas mesmas expressaram, quando não se está bem, ou seja, quando a QV está afetada, o cuidado clínico de enfermagem fica prejudicado, porque, por mais que se tente não deixar influenciar, a sensibilidade humana se desvela.

Com efeito, para cuidar do outro, é preciso também cuidar de si, mas a maioria das enfermeiras acha que o cuidar do outro não estimula o cuidado de si. As enfermeiras dedicam-se ao cuidado de seus pacientes, mas se esquecem de si. Tentam justificar a falta de cuidado de si com a incipiência de tempo em razão do excesso de trabalho. O cuidado de si, entretanto, envolve bem mais do que a ida a consultas médicas. O cuidado de si tem relação direta com suas realizações pessoais, satisfação de necessidades e alcance de objetivos. É preciso, primeiro, preocupar-se consigo mesma para estimular a preocupação com o outro.

A Enfermagem está perdendo o significado, porque o trabalho em si está assumindo mais importância do que o cuidado. A Enfermagem preocupa-se muito mais em cumprir normas e rotinas e ser valorizada financeiramente por isso do que com a prestação do cuidado autêntico.

Cabe às enfermeiras optar por qual cuidado querem desenvolver, se o cuidado que se envolve com a realidade do outro ou o cuidado automático. O cuidado que se preocupa com o outro permite refletir que se pode fazer melhor. Não basta reclamar das longas jornadas, da carga horária excessiva, da falta de reconhecimento; tem-se que fazer algo para mudar essa realidade. A Enfermagem pode fazer melhor e se fazer reconhecer, basta para isso desenvolver um cuidado clínico de enfermagem pautado em bases científicas e que promova a dignidade humana.

Como implicações para a Enfermagem, o estudo permitiu a identificação dos fatores que têm maior importância no alcance de QV pelas enfermeiras. Identificados esses fatores, os gestores de saúde têm parâmetros para atuar de forma a minimizar aqueles que estão prejudicando a QV das enfermeiras, como a carga horária excessiva, e maximizar aqueles que melhorariam a QV, como a estabilidade no emprego, por meio da oferta de mais concursos públicos para locar esses profissionais.

O estudo permitiu também identificar o fato de que as enfermeiras têm uma boa QV no geral e que, de forma positiva, mencionaram ter saúde, lazer, ser feliz, viver bem e em paz na família e com os amigos, como forma de manter essa boa QV. Dessa maneira fornece subsídios para as enfermeiras buscarem melhorias individuais para o crescimento pessoal e profissional e não ficar só esperando uma resposta da instituição.

Como limitação do estudo destaca-se o fato de ter sido realizado em uma só instituição, o que não enseja parâmetros para comparação entre diferentes realidades. Por exemplo, se o estudo tivesse sido realizado em uma instituição pública e em uma particular; ou em uma instituição de atendimento geral e uma especializada. E a amostra relativamente pequena, também, em decorrência de ter sido realizado em uma instituição única, restringe os resultados.

7 REFERÊNCIAS

ALVES, S. G. S.; VASCONCELOS, T. C.; MIRANDA, F. A. N.; COSTA, T. S.; SOBREIRA, M. V. S. Aproximação à subjetividade de enfermeiros com a vida: afetividade e satisfação em foco. **Esc. Anna Nery Rev. Enf. (impr.)**, v.15, n. 3, p.511-517, jul./set. 2011.

ANTUNES, M. J. M.; GUEDES, M. V. C. Integralidade nos processos assistenciais na atenção básica. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. e cols. In: **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artemed. 2010. p. 19-28.

ARAÚJO, G. A.; SOARES, M. J. G. O.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de vida: percepção de enfermeiros numa abordagem qualitativa. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 3, p. 635-641, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a22.htm>. Acesso em 21/06/2011.

BAGGIO, M. A. Relações humanas no ambiente de trabalho: o (des)cuidado de si do profissional de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 28, n. 3, p. 409-415, 2007.

BARCIFONTAINE, C. P. O paradigma do cuidado e o reconhecimento do outro. In: TRANSFERETTI, J. A.; ZACARIAS, R. (Orgs.). **Ser e cuidar: da ética do cuidado ao cuidado da ética**. Aparecida, SP: Editora Santuário. São Paulo-SP: Centro Universitário de Teologia Moral, 2010. p. 55-78.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70; 2010.

BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-539, jul./ago. 2006.

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

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF – 36 (Brasil SF- 36). **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, mai./jun. 1999.

COSTA, M. S.; SILVA, M. J. Tendências da temática qualidade de vida na produção científica de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 208-211, mar./abr. 2004.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296p.

DAL PAI, D; LAUTERT, L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das Profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 16, n. 13, p. 1-7, mai./jun. 2008.

DANTAS, R. A. S; GOIS, C. F. L; SILVA, L. M. Utilização da versão adaptada da escala de qualidade de vida de Flanagan em pacientes cardíacos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 15-20, jan./fev. 2005.

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**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-538, jul./ago. 2003.

ELIAS, M. A; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p.517-525, jul./ago. 2006.

FARIAS, S. N. P; ZEITOUNE, R. C. G. A interferência da globalização na qualidade de vida no trabalho: a percepção dos trabalhadores de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 386-392, dez. 2004.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **J. Adv. Nurs.** v. 22, p. 502-504, 1995.

FERNANDES, J. S.; MIRANZI, S. S. C.; IWAMOTO, H. H.; TAVARES, D. M. S.; SANTOS, C. B. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 434-442, jul./set. 2010.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>. Acesso em: 03/04/2011.

FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 228p.

FURTADO, B. M. A. S. M. **O trabalho do enfermeiro em emergência: representação social, comprometimento, satisfação e condições de trabalho. O caso do Hospital da Restauração**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52, 2000, **Anais...** Recife/Olinda. Mesa redonda "A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência."

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas. In:___ **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas. 2010. p. 25-44.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 355-362, 2008.

KAWAKAME, P. M. G.; MIYADAHIRA, A. M. K. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 164-172, jun. 2005.

KIMURA M.; CARANDINA, D. M. Desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do instrumento para avaliação de qualidade de vida no trabalho de enfermeiros em hospitais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. esp, p. 1044-1054, 2009.

KURCGANT, P. et al. Indicadores de qualidade e avaliação do gerenciamento dos recursos humanos em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. esp 2, p. 1168-1173, 2009.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa. In:___**Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 157-197.

MARTINS J. T; ROBAZZI, M. L. C. C; BOBROFF, M. M. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, jun. 2010.

MEDEIROS, S. M.; RIBIERO, L. M.; FERNANDES, S. M. B. A.; VERAS, V. S. D. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 08, n. 02, p. 233 - 240, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm Acesso em 15/11/2012.

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

NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L.; LEITE, J. L.; MARCELINO, G.; RIBEIRO, J.A. Conceito de cuidado sob a perspectiva de mestrandas de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 386-397, set. 2006.

NEVES, M. J. A. O; BRANQUINHO, N. C. S. S; PARANAGUÁ, T. T. B; BARBOSA, M. A; SIQUEIRA, K. M. Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 42-47, jan./mar. 2010.

NODDINGS, N. **O Cuidado uma abordagem feminina à ética e à educação moral**. Tradução Magda Lopes. São Leopoldo, RS. Editora Unisinos, 2003.

NOVATO, T. S.; GROSSI, S. A. A.; KIMURA, M. Qualidade de vida e auto-estima de adolescente com diabetes mellitus. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 562-567, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, R. A.; CIAMPONE, M. H. T. A universidade como espaço promotor da qualidade de vida: vivências e expressões dos alunos de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 254-261, abr./jun. 2006.

OLIVEIRA, R. A.; CIAMPONE, M. H. T. Qualidade de vida de estudantes de enfermagem: a construção de um processo e intervenções. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 57-65, mar. 2008.

OLIVEIRA, F. D. M.; FIALHO, A. V. M. A produção da enfermagem brasileira sobre qualidade de vida no período de 2006 a 2010. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 63, 2011, Maceió. **Anais...** Maceió: ABEn-AL, 2011. 1 CD-ROM.

OLIVEIRA, B. M.; MININEL, V. A.; FELLI, V. E. A. Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p.130-135, jan./fev. 2011.

OLIVEIRA, C. J.; PEREIRA, C. A. R.; PONTES, J. N. C.; FIALHO, A. V. M.; MOREIRA, T. M. M. Análise da produção científica na área da saúde sobre qualidade de vida no Brasil entre 2000 e 2005: um estudo bibliográfico. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 9, n. 2, p. 496-505, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a16.htm>. Acesso em 21/06/2011.

OLIVEIRA, D. C.; VIDAL, C. R. P. M.; SILVEIRA, L. C.; SILVA, L. M. S. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 521-526, out/dez. 2009.

OLIVEIRA, R. B.; GALDINO, D. P.; CUNHA, C. V.; PAULINO, E. F. R. Gravidez após os 35 anos: uma visão de mulheres que viveram essa experiência. **Corpus et Scientia**, v. 7, n.2, p. 99-112, 2011.

PAGANO, M; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**, São Paulo: Thomson, 2004.

PANIZZON, C.; LUZ, A. M. H.; FENSTERSEIFER, L. M. Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 29, n.3, p. 391-399, 2008.

PASCAL, I. **A arte de pensar**. Tradução Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PASCHOA, S; ZANEI, S. S. V; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 305-310, jul./set. 2007.

ROCHA, M. C. P.; DE MARTINO, M. M. F. O estresse e a qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 280-286, 2010.

SÁ, A. C. O paradigma do cuidado no âmbito da saúde. In: TRANSFERETTI, J. A.; ZACARIAS, R. (Orgs.). **Ser e cuidar**: da ética do cuidado ao cuidado da ética.

Aparecida, SP: Editora Santuário. São Paulo-SP: Centro Universitário de Teologia Moral, 2010. p. 171-184.

SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. M. S.; ESPÓSITO, V. H. C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 856-862, 2009.

SANTOS, R. M. A.; BERESIN, R. Quality of life of nurses in the operating room. **Einstein**, v. 7, n. 2 pt 1, p. 152-158, 2009.

SANTOS, L. S. C; GUIRARDELLO, E. B. Demandas de atenção do enfermeiro no ambiente de trabalho. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 15, n. 1, jan./fev., 2007.

SAWADA, N. O.; NICOLUSSI, A. C.; OKINO, L.; CARDOZO, F. M. C.; ZAGO, M. M. F. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 581-587, set. 2009.

SCHMIDT, D. R. C; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades de bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 54-60, jan./fev. 2006.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 1, p. 98-105, 2011.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, set. 2009.

SILVA, M. S.; KIMURA, M.; STELMACH, R.; SANTOS, V. L. C. G. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. esp. 2, p. 1187-1192, dez. 2009.

SILVEIRA, M. M.; STUMM, E. M. F.; KIRCHNER, R. M. Estressores e coping: enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 4, p. 894-903, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a15.htm>. Acesso em 13/10/2011.

SOUZA, S. S. et al. Viver com doença crônica em uma comunidade pesqueira. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 194-199, mar./abr. 2010.

SPILLER, A. P. M; DYNIEWIEZ, A. M; SLOMP, M. G. F. S. Qualidade de vida de profissionais da saúde em hospital universitário. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 88-95, jan./mar. 2008.

SPINDOLA, T; SANTOS, R. S. Mulher e trabalho – a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 593-600, set./out. 2003.

STAMM, M. Evolução do cuidado na enfermagem até o cuidado transdimensional: uma revisão de literatura. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 1, n. 2, p. 293-298, jul./dez. 2002.

VAGHARSEYYEDIN, S. A.; VANAKI, Z.; MOHAMMADI, E. Quality of work life: experiences of Iranian nurses. **Nursing and Health Sciences**, v. 13, p. 65-75, 2011.

VALADARES, G. V.; VIANA, L. O. Vivendo o choque da realidade: a inserção do enfermeiro na especialidade. **Rev. Enferm. UERJ**, v.17, n.1, p. 81-85, 2009.

VIEIRA, A. N; SILVEIRA, L. C; FRANCO, T. B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. **Tab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 9-22, mar/jun, 2011.

WALDOW, V. R. Os fundamentos filosóficos do cuidar. In:___ **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 19-39.

WALDOW, V. R. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

WHOQOL GROUP. **World Health Organization**. Measuring quality of life. The World health organization quality of life instruments. Genebra, 1997. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. Acesso em: 02/03/2011.

APÊNDICES

Apêndice – A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Queremos convidar a senhora a participar da pesquisa intitulada “Qualidade de vida de enfermeiras e sua relação com o cuidado clínico de enfermagem” que tem como objetivo geral avaliar a qualidade de vida das enfermeiras e sua relação com o cuidado clínico de enfermagem.

Pedimos sua colaboração na pesquisa, respondendo a um formulário autoaplicativo com escala tipo Likert, instrumento genérico da Organização Mundial da Saúde para avaliar qualidade de vida (WHOQOL-bref); e respondendo a uma entrevista sobre a relação entre sua qualidade de vida (QV) e o cuidado clínico que você desenvolve, que poderá ser gravada se a sra. concordar; e também permitindo a observação não participante da pesquisadora à assistência de enfermagem que está sendo desenvolvida no setor, e não necessariamente a assistência que está prestando. Acreditamos que o estudo poderá contribuir para a identificação de dimensões que influenciam tanto positiva quanto negativamente a QV das enfermeiras, e quais influenciam no desenvolvimento do cuidado clínico de enfermagem.

A sra. terá plena liberdade de participar ou não do estudo, assim como poderá desistir a qualquer momento, no decorrer da pesquisa, sem nenhum prejuízo a sua função ou à instituição. A pesquisa não trará nenhum dano ou risco para aquelas que participarem; caso aconteça algum transtorno, a pesquisadora está preparada para contorná-los.

As informações coletadas serão usadas exclusivamente para a elaboração da dissertação de mestrado da pesquisadora e posterior publicação de artigos científicos em revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, garantindo total sigilo sobre sua identidade.

Este termo está preenchido em duas vias, uma para a pesquisada e outra para a pesquisadora.

Para esclarecer quaisquer dúvidas sobre a pesquisa, entre em contato com a mestranda Francisca Diana Mácia de Oliveira pelos telefones: (85) 9982-5177 /8724-1193 ou com a Orientadora Profa. Dra. Ana Virginia de Melo Fialho (85) 8733-9238.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimentos pelo telefone 3101-9890 – Endereço Av. Paranjana, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza-CE.

Eu, _____, declaro que, depois de ter sido esclarecida pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza _____ de _____ de 2012.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisado

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

1. O que é QV para você?
2. Você consegue identificar fatores que poderiam melhorar sua QV? Quais são?
3. Como você relaciona sua QV com o cuidado clínico prestado por você?
4. Você acha que cuidar do outro estimula ou não estimula o cuidado de si? De que modo?

APÊNDICE C - Questionário Sociodemográfico

Idade: _____

Estado civil: _____

Tem filhos: () Sim () Não Quantos? _____

Titulação:

Tempo de formada:

Há quanto tempo trabalha na unidade:

Turno de trabalho: ()M ()T MT() SN()

No. de plantões por mês: _____

ANEXOS

ANEXO A - WHOQOL-BREF

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

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito Nem satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Muito pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

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

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

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

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

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética da Instituição Proponente



Governo do Estado do Ceará
Fundação Universidade Estadual do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE

Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi
 CEP 60.740-000 - Fortaleza-Ce
 Fone: (085) 3101.9890 - E-mail: cep@uece.br



Fortaleza (CE), 22 de dezembro de 2011

IDENTIFICAÇÃO

Título: “Qualidade de vida de enfermeiras e sua relação com o cuidado clínico de enfermagem”.

Folha de rosto: 485966

Processo: 11584461-9

Pesquisador responsável: Francisca Diana Macia de Oliveira.

Instituição responsável: UECE

Área temática: Saúde Coletiva

Data da reunião: 22 de dezembro de 2011.

RESUMO

Trata-se de um projeto de pesquisa que tem como objetivo geral: avaliar a qualidade de vida das enfermeiras e sua relação com o cuidado clínico de enfermagem. O estudo caracteriza-se por uma abordagem predominantemente quantitativa de natureza descritiva e exploratória. A pesquisa será realizada em um hospital escola de referência no cuidado a pacientes adultos e pediátricos, localizado no município de Fortaleza-CE. Os sujeitos da pesquisa serão 115 enfermeiros, que trabalham nas clínicas cenários do estudo. Os dados serão coletados utilizando um questionário estruturado elaborado pela Organização Mundial de Saúde e uma entrevista semi-estruturada. A análise dos dados será realizada utilizando o SPSS versão 16.0 para os questionários e a Técnica de Análise do Discurso de Bardin para as entrevistas. Os aspectos éticos estão descritos, conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-CNS. Apresenta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, cronograma e orçamento, que será assumido pela pesquisadora. A pesquisadora possui Currículo na Plataforma Lattes.

PARECER

O projeto está bem estruturado, é relevante, havendo retorno para o sujeito e a comunidade. O projeto atende aos ditames da resolução 196/96 do CNS, e, portanto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.

O relatório final deverá ser apresentado ao CEP.

Prof. Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro
 Coordenadora do CEP/UECE



ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética da Instituição CoParticipante**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/HGF**

Fortaleza, 29 de fevereiro de 2012

Ilma. Sra. Comunicamos-lhe o parecer do CEP

Pesquisadora: **Francisca Diana Macia de Oliveira**
Projeto Intitulado: **Qualidade de vida de enfermeiras e sua relação com o cuidado clínico de enfermagem**
Área de conhecimento: **Ciência da Saúde/ Enfermagem**
Entrada no CEP: **16/02/12**
Protocolo do CEP: **290207/12**

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessário para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Diante disso, acrescentamos que o referido protocolo é tecnicamente factível, portanto recebeu **aprovação** por este comitê. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme estabelecido no protocolo. O CEP deve ser informado de todas as situações adversas, riscos, modificações ocasionadas ou fatos relevantes que alterem o curso normal do protocolo de pesquisa. Deve encaminhar ao CEP o relatório final da pesquisa e devolver os resultados à comunidade.

Atenciosamente,


Dr^a Maria Veraci Oliveira Queiroz
Coordenadora do Comitê de Ética do HGF/CEP