

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DENISE LEAMARI DE SOUSA

**QUALIDADE DE VIDA, QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO
E A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DA
ENFERMAGEM**

**BELO HORIZONTE
2011**

Denise Leamari de Sousa

**QUALIDADE DE VIDA, QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO
E A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Área de Concentração: Enfermagem do Trabalho.

Orientadoras: Prof^a. Mércia de Paula Lima e Prof^a Adelaide de Mattia Rocha

**Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2011**

Sousa, Denise Leamari de.

S725q Qualidade de vida, qualidade de vida no trabalho e a promoção da saúde
dos profissionais da enfermagem [manuscrito]. / Denise Leamari de Sousa.

- - Belo Horizonte: 2011.

47f.: il.

Orientadora: Mércia de Paula Lima e Adelaide de Mattia Rocha.

Área de concentração: Enfermagem do Trabalho.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva da
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

1. Qualidade de Vida. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Dissertações
Acadêmicas. I. Lima, Mércia de Paula. II. Rocha, Adelaide de Mattia. III.

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título

NLM: WX 185

Agradecer é primordial

À JESUS que sempre iluminou a minha caminhada, pela sabedoria e
oportunidade de realizar este sonho,

Aos meus pais por seus ensinamentos e apoio constante,

E irmãos pelo incentivo a este trabalho,

Ao meu namorado Adilson por estar sempre do meu lado,

Às Prof^a Mércia e Adelaide pela orientação fornecida durante a elaboração
deste trabalho.

Pela amizade e receptividade dos professores e colegas do curso.

A todos que contribuíram de alguma forma para a realização desta monografia.

Obrigada!

“Se desejamos saber como as pessoas sentem - qual sua experiência interior, o que lembram, como são suas emoções e seus motivos, quais as razões para agir e como o fazem – por que não perguntar a elas?”

G.W.Allport

RESUMO

A qualidade de vida (QV) e a qualidade de vida no trabalho (QVT) são novos desafios para a sociedade contemporânea. Elas afetam diretamente a vida e conseqüentemente a saúde dos indivíduos e trabalhadores. Esta monografia tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica da literatura sobre o tema “qualidade de vida” e “qualidade de vida no trabalho”, com enfoque para os profissionais da equipe de enfermagem. Diversos elementos que contribuem para uma vida com qualidade são também imprescindíveis para que indivíduo e população alcancem uma forma elevada de saúde. É preciso mais do que serviços médicos-assistenciais de qualidade, é necessário diagnosticar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva participação do poder público e a contribuição da população. Trata-se de um estudo de caráter descritivo que tem como procedimento de pesquisa a revisão de literatura e para tanto, foram selecionados os autores mais relevantes que contemplam o conteúdo específico de QV, QVT e equipe de Enfermagem. Para a busca foram utilizados os bancos de dados do Scielo, Medline e Lilacs e o período analisado foi de 2002 a 2010. Foram selecionados artigos, monografias e teses considerados relevantes para o desenvolvimento do tema. Verificou-se que a legislação vigente não é suficiente para garantir a qualidade de vida e a promoção da saúde dos trabalhadores da Enfermagem. Conclui-se que a qualidade de vida está diretamente relacionada a promoção da saúde.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Qualidade de vida no trabalho; Promoção da saúde; Enfermagem.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Qualidade de vida.....	14
Figura 2 - Aspectos da qualidade de vida.....	16
Figura 3 - Conceito de QVT.....	21
Figura 4 - Qualidade de vida e promoção da saúde.....	25
Quadro 1 - Domínios e facetas do WHOQOL-BREF.....	19
Quadro 2 - Evolução do conceito de QVT.....	27
Quadro 3 - Promoção da saúde.....	26

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
1.1 Justificativa.....	11
1.2 Objetivo.....	11
2 METODOLOGIA	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 Qualidade de Vida (QV).....	14
3.2 Conceituação da QV.....	15
3.2.1 Instrumentos de medida de QV.....	18
3.3 Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).....	19
3.3.1 Evolução de QVT.....	21
3.4 Promoção da saúde.....	24
3.5 Qualidade de vida e a promoção da saúde.....	26
3.6 O desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem.....	28
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

As condições de vida e saúde vêm melhorando continuamente no último século, no mundo, graças ao crescimento político, econômico, social e ambiental, bem como dos progressos na medicina e saúde pública. Entretanto, embora isso esteja ocorrendo, o que se observa, é que ainda não existe uma associação positiva entre esses fatores e a promoção da saúde e qualidade de vida.

A qualidade de vida (QV) está diretamente relacionada à promoção da saúde. Quando se reduz a vulnerabilidade e os riscos à saúde pode se notar alterações na QV (CERQUEIRA, 2001). Portanto, é importante que se tenha preocupação com a saúde dos indivíduos. Isso engloba cuidados com o corpo, adoção de hábitos saudáveis, cuidados com a saúde espiritual, realização na vida pessoal e profissional, dispor de tempo para o lazer, manter relacionamentos saudáveis, etc.

De acordo com Ferreira (2004), qualidade de vida é o modo de ser das pessoas ou coisas ou que as diferenciam das outras. Para Gonçalves (2004), qualidade de vida é o modo como o ser humano vive, sente e compreende seu dia-a-dia, englobando moradia, educação, saúde, trabalho e transporte.

Para Chiavenato (1999), a promoção da saúde passa obrigatoriamente pela qualidade de Vida (QV) e pela qualidade de vida no trabalho (QVT) e apresenta dimensão social, pois oferece melhor qualidade de vida para o indivíduo, sua família e a sociedade como um todo.

Ao longo do tempo, o trabalho e suas relações passaram a ocupar a maior parte do tempo do indivíduo; o que no começo era para suprir as necessidades básicas de sobrevivência passou a ser, o centro da vida do homem. Assim, o indivíduo fica a maior parte de sua vida em seu local de trabalho e aí permanece mais tempo do que com a própria família e amigos (VASCONCELOS, 2001).

No cenário dos profissionais de saúde, especialmente da equipe de enfermagem, isso não é não diferente. Esses profissionais permanecem longas horas nas frentes de trabalho e convivem diariamente em confronto com a dor,

o sofrimento, a morte, entre tantas outras situações. Além de lidar com o ser humano, fonte de sensibilidade, subjetividade e singularidade é exposto a organizações de trabalho exigentes, competitivas e burocráticas.

Para Pitta (2003), o hospital é reconhecido como um recinto insalubre, penoso e perigoso para os trabalhadores que ali desempenham suas funções e é considerado um local propício ao adoecimento. Para essa autora, além dos riscos de acidentes e doenças de ordem física, o sofrimento psíquico é também, bastante comum e está em crescimento, diante da pressão social e psicológica a que estão expostos esses trabalhadores.

Para Lima e Esther (2001), as condições de trabalho nas quais os profissionais de enfermagem estão submetidos propiciam danos a saúde. Muitas vezes sem escolha, esses profissionais, se sujeitam a relações, organizações, condições e espaços que contribuem significativamente para um sofrimento inevitável, mas que poderia ser gerenciado pelos trabalhadores em prol de sua saúde e qualidade de vida. Ainda neste contexto lidam cotidianamente com situações que exigem vigilância, controle, avaliação, interação em diferentes níveis, gestão de um grande volume de informação e múltiplos eventos. Cabe, pois questionar “que conseqüências teriam essas situações na vida desses profissionais e no atendimento prestado”? Segundo Freitas (1999), a qualidade da assistência de enfermagem está intrinsecamente ligada à qualidade das condições de trabalho e aponta para a necessidade de mudanças efetivas no gerenciamento e na legislação do sistema de saúde, como um todo.

Para Pitta (2003), esses profissionais são “guardiões nem sempre esclarecidos da sua penosa e socialmente determinada missão”, enquanto trabalhadores da saúde. A mesma autora coloca que a equipe de enfermagem, enquanto categoria majoritária quantitativamente é responsável por grande parte do trabalho final da organização hospitalar junto à clientela, muitas vezes incompatíveis com a função direta de assistência ao cliente, impostas pelas políticas organizacionais que acabam gerando situações de desestímulo.

Baseada nessa realidade e preocupada com a humanização das ações no contexto hospitalar, o Ministério da Saúde (MS) criou em maio de 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e posteriormente, a Política Nacional de Humanização, cujo objetivo fundamental

era aprimorar as relações entre profissionais e, entre os profissionais e usuários visando à melhoria da qualidade e eficácia dos serviços prestados pelas instituições, além de favorecer as condições de trabalho na área de saúde (BRASIL, 2004).

Para Deslandes (2004) para que haja humanização da assistência torna-se necessário, humanizar a produção dessa assistência.

Segundo Nogueira (1997), o processo de trabalho no contexto hospitalar apresenta especificidades, e se distingue dos demais setores da economia por apresentar como produto final serviço resultante da ação compartilhada de vários profissionais. O resultado depende das relações interpessoais entre beneficiários e executores reunindo um conjunto de atividades programadas e normalizadas que se realiza de forma coletiva em um cenário dinâmico e instável.

O trabalho em saúde é essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços, porém, não apresenta como resultado um produto material e sim, a prestação da assistência à saúde, produzida e consumida instantaneamente (PIRES, 2000), e certamente, nenhuma tecnologia conseguirá substituir o cuidado humano. Portanto, é importante que o trabalho dos profissionais das equipes de enfermagem sejam resguardados. Esses profissionais deveriam ser vistos como seres humanos que têm subjetividade e como tal, serem lhes dado a oportunidade para expor pensamentos e expectativas em relação ao trabalho, bem como, oferecer condições adequadas para o desempenho de suas funções.

No decorrer dos últimos anos várias indagações e inquietações têm surgido com relação ao bem-estar do homem nas suas relações com o trabalho. Com isso, vários pesquisadores têm buscado investigar sobre temas referentes ao trabalho humano, em seu duplo caráter, como atividades fim e meio. Como atividade fim, o trabalho visto como agente socializador, que coloca o homem defronte ao outro e, como meio, dando-lhe recurso para adquirir os bens necessários à vida (SAMPAIO, 1999).

De acordo com Sampaio (1999), a busca pela satisfação do trabalhador, as tentativas de redução do “mal-estar” e o excessivo esforço físico no trabalho levaram muitos autores à reflexão acerca dessa temática, culminando com a expressão “qualidade de vida no trabalho” (QVT).

Várias são as interpretações e conceituações sobre QVT encontradas na literatura, mas segundo Fernandes (1996), não existe uma definição de consenso sobre a expressão. Porém, existe um senso comum entre os autores, no tocante a busca de conciliação entre os interesses dos indivíduos e das organizações, que se traduz pela melhoria da satisfação do trabalhador em consonância com a melhoria da produtividade da empresa.

Dessa forma, a idéia da QVT procura conciliar interesses diversos e contraditórios, presentes nos ambientes e nas condições de trabalho, em empresas publicas e privadas, mas que não se resumem apenas ao capital e trabalho, mas também, a toda subjetividade (desejos, vivências, sentimentos), valores, crenças, ideologias e, interesses econômicos e políticos (LACAZ, 2000).

Segundo Maximiano (2007), as terminologias “qualidade de vida” e “qualidade de vida do trabalho” têm sido bastante utilizadas para definir situações, que sob diversos pontos de vista procuram criar condições que associem valor e qualidade à vida do ser humano. Para esse autor, ações simples, como oferta de locais de lazer, urbanização de comunidades carentes, centros exclusivos para a terceira idade, etc., podem ser percebidos como ferramentas para melhoria da qualidade de vida da população ou de uma parte dela.

Para Jex (2006), os benefícios advindos da QVT influenciam o desempenho do indivíduo em diversos aspectos do procedimento pessoal e profissional e, interfere na saúde física, mental e no exercício profissional.

Atualmente, a busca pela qualidade de vida no trabalho vem recebendo destaque estratégico nos processos de modernização e exige para o seu crescimento, uma total integração entre os indivíduos e suas funções. Por isso, a temática QVT têm ganhado destaque pelos autores nos últimos anos. Segundo Vasconcelos (2001), a QVT tem se tornado a peça fundamental do desenvolvimento humano e profissional, pois nas organizações, trabalhadores estão a todo o momento se deparando com sucessos e frustrações, condições que podem influenciar o bem-estar psicossocial, rendimento e desempenho profissional.

Enquanto enfermeira, inquieta as experiências e vivências enfrentadas frente às condições laborais dos profissionais das equipes de enfermagem no

cotidiano da assistência de enfermagem, por isso senti a necessidade de investigar sobre a qualidade de vida no trabalho da classe ora mencionada, nas organizações hospitalares. Diante do exposto, tornou-se necessário a busca de conhecimento sobre o tema na literatura científica. Portanto, esse estudo tem como objetivo apresentar um breve histórico sobre o tema, discorrer sobre conceitos e fatores que influenciam na qualidade de vida (QV) e especificamente, na qualidade de vida no trabalho e na promoção da saúde e suas relações.

1.1 Justificativa

A escolha desse tema é justificada pela constante inquietação existente no ambiente laboral dos profissionais das equipes de enfermagem ao longo de vários anos, e especialmente, mais recentemente, no cerne do conhecimento científico e de discussões realizadas no ambiente acadêmico ao realizar o Curso de Especialização em Saúde Coletiva, área de concentração em Enfermagem do Trabalho. Durante a realização deste curso tive a oportunidade de conhecer um pouco mais sobre o trabalho e suas relações, especialmente no tocante a enfermagem. Tal fato despertou-me o interesse em aprofundar o conhecimento nessa área específica. Conhecer mais sobre o tema, poderá contribuir para a melhoria da qualidade de vida desses profissionais, dos quais faço parte. Esse tema é instigante e um desafio para todos os trabalhadores da área da saúde, especialmente para os profissionais de enfermagem. Abordar “qualidade de vida” e “qualidade de vida no trabalho” é um desafio crescente nos dias atuais, especialmente relacionadas aos profissionais da equipe de enfermagem. Portanto, será o foco desse estudo.

1.2 Objetivo

Realizar uma revisão bibliográfica da literatura sobre o tema “qualidade de vida,” qualidade de vida no trabalho” e “promoção da saúde” com enfoque para os profissionais da equipe de enfermagem.

2 METODOLOGIA

O presente estudo tem caráter descritivo e é baseado na pesquisa bibliográfica de periódicos científicos nas bases de dados LILACS – “Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde” e SciELO – “*Scientific Eletronic Library Online*”, ambas indexadas à Biblioteca Virtual em Saúde – BVS/Bireme. Para pesquisa de estudos nas bases foram utilizados os seguintes termos de busca: Qualidade de Vida (QV), Promoção da Saúde, Equipe de Enfermagem, Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Além de artigos científicos, foram utilizados ainda monografias, dissertações e teses, com enfoque no tema.

Segundo Cervo e Bervian (1983, p.55), a pesquisa bibliográfica:

.....“explica um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos. Pode ser realizada independentemente ou como parte da pesquisa descritiva ou experimental. Ambos os casos buscam conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado existentes sobre um determinado assunto, tema ou problema”.....

Esses autores esclarecem que esse tipo de pesquisa é considerada descritiva, quando tem o objetivo de reunir informações e conhecimentos iniciais relacionados a um determinado problema para o qual se busca resposta ou para uma hipótese que se quer experimentar. A pesquisa bibliográfica apresenta natureza teórica e é através dela que se pode tomar conhecimento sobre a produção científica existente sobre determinado tema.

De acordo com Gil (1999), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida por meio de material já publicado, principalmente livros e artigos científicos. Ainda que praticamente todos os outros tipos de estudos exijam de trabalho deste gênero, há pesquisas desenvolvidas unicamente por meio de fontes bibliográficas

O material examinado na pesquisa bibliográfica compreende todo o referencial já publicado em relação ao tema escolhido, como publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, pesquisas, monografias, dissertações, teses, dentre outros. Das bibliografias selecionadas realiza-se então, o agrupamento

de conhecimentos sobre o assunto pesquisado. Baseado nisso pode-se desenvolver um trabalho monográfico, seja ele em um panorama histórico ou com intuito de reunir várias publicações isoladas e conferir-lhe uma nova leitura.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Qualidade De Vida (QV)

O termo “Qualidade de vida” apresenta várias interpretações ou definições que direta ou indiretamente estão relacionadas à satisfação e ao bem-estar do indivíduo e tem despertado a preocupação do indivíduo desde o início de sua existência. (RODRIGUES, 2002).

Segundo Fernandes (1988), trata-se de um assunto relativamente novo na literatura brasileira, apesar dos inúmeros esforços de diversas entidades para introdução de tal conceito.

A QV está interligada a um conjunto de objetivos materiais ou não, desejados pelo indivíduo e pela comunidade (figura 1). Estes objetivos são determinados a partir de circunstâncias sociais e econômicas que ocasionam a realização e conservação das oportunidades, dentre elas o trabalho. A QV também se depara com desejos diferentes conforme com o modo de vida e a idade de cada indivíduo (GONÇALVES & VILARTA, 2004).

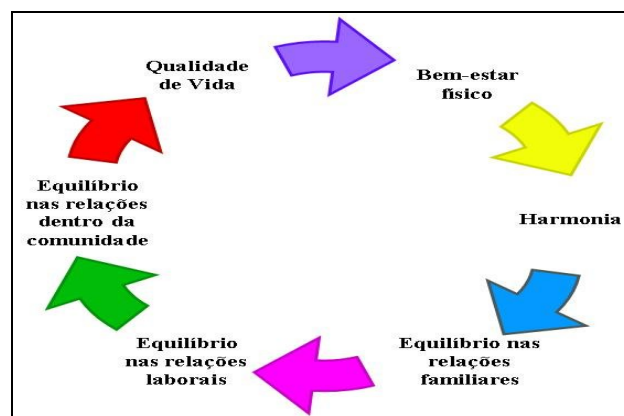


FIGURA 1. Qualidade de vida
Fonte: GONÇALVES & VILARTA, 2004

De acordo com Maximiano (2007): Quanto maior a satisfação do indivíduo, mais alta é a qualidade de vida. Os indivíduos podem estar mais ou

menos satisfeitos, não apenas com os fatores motivacionais, mas também com outros fatores, como a sua própria educação formal, vida familiar e oportunidades para desfrutar de atividades culturais e sociais. No entanto, é inegável seu papel na saúde psicológica e na produtividade de todos os níveis (p.272).

Segundo Quirino e Xavier (1987), a QV é um conceito que só mais recentemente foi relacionado à situação de trabalho e, tem figurado na literatura das empresas e de recursos humanos. Tal assunto era anteriormente tratado em estudos sobre motivação, fatores ambientais, ergonômicos e de satisfação no trabalho. Esses autores mencionam que, se por um lado há a reivindicação do trabalhador, que dá valor ao bem estar e à satisfação pessoal, do outro, há de se considerar os efeitos da qualidade de vida sobre a vida profissional.

Segundo Vasconcelos (2001), a QV se inicia, a partir do instante em que se enxerga a vida e as pessoas como um todo. Aborda que ela interfere no trabalho, na área familiar e social dos indivíduos, e vice-versa. Afirma ainda que a procura diária por um ambiente humanizado é uma das diversas atribuições da QV.

Para Minayo *et al.* (2000), a QV é um conhecimento exclusivamente humano e está relacionada ao nível de satisfação pessoal encontrado na vida social, familiar, amorosa e na própria existência. O termo compreende diversos sentidos que refletem experiências, conhecimentos e valores do indivíduo relacionados a várias histórias, épocas e espaços diferentes.

A QV tem se tornado um tema bastante enfatizado e discutido, principalmente na área da saúde. A crescente desumanização que vem ocorrendo nas ciências da saúde tem trazido o assunto à discussão (FLECK, *et al.*, 2000; MEEBERG, 2003).

3.2 Conceituação da QV

O termo “Qualidade de vida” é de difícil conceituação, e apesar das muitas discussões das últimas décadas, não há um consenso sobre o tema. O conceito de QV é abrangente e precisa ser visto com clareza. A qualidade de vida fundamenta-se em uma visão total do indivíduo. Existem na literatura, diversos conceitos e métodos de abordagem sobre QV (PASCHOAL, 2001; SEIDL e ZANNON, 2004). Podem abranger aspectos multidisciplinares e multifatoriais que se interagem.

Para Cañete (2004), a QV está intimamente relacionada “entre o que o indivíduo busca e o que ele verdadeiramente conquista na vida que leva”.

Num panorama mais amplo, QV relaciona-se à remuneração, aspectos de igualdade; segurança no trabalho e condições de saúde, desenvolvimento de capacidade, oportunidade de crescimento profissional, integração social, direitos e deveres formalmente estabelecidos, valorização da cidadania, imparcialidade nas decisões, influência de trabalho em outras áreas da vida, relações familiares, relevância social, valorização e responsabilidade das organizações por seus produtos e trabalhadores, implicações na imagem e credibilidade da empresa, bem-estar, saneamento básico, segurança, religiosidade, alimentação, esporte, lazer, dentre outros, conforme ilustração da Figura 2 (FERNANDES, 1996; MACEDO, 2004; MAXIMIANO, 2007; PILATTI e BEJARANO, 2005; TELLES, 2005).

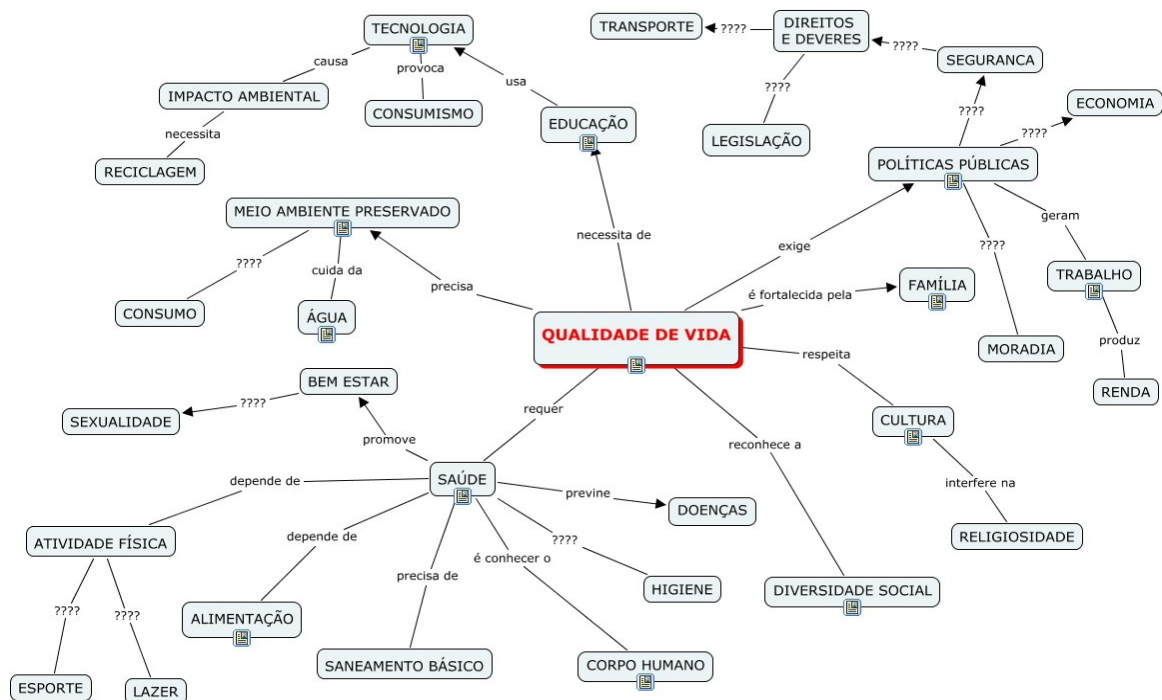


FIGURA 2. Aspectos da qualidade de vida
 Fonte: MAXIMIANO, 2007

Independente do conceito de QV é importante enfatizar que as categorias conceituais não são excludentes ou limitadas, mas estão sim, em constante interação. Esse termo foi utilizado pela primeira vez em 1964, pelo então presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson, que em seu discurso declarou que “os objetivos não podiam ser medidos através do balanço dos bancos, eles só podiam ser medidos através da qualidade de vida que proporcionavam às pessoas” (FLECK, et al., 2000).

O termo Qualidade de Vida passou a ser bastante utilizado somente após a Segunda Guerra Mundial, (MEEBERG, 2003), com o conhecimento do sucesso compartilhado à melhoria do nível de vida, principalmente em relação a aquisição de bens materiais, como casa própria, carro, salário, dentre outros. (PASCHOAL, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) faz menção a qualidade de vida correlacionando-a as categorias saúde física e psicológica, dependência de medicamentos e cuidados médicos, nível de independência de mobilidade, relação social, meio ambiente, atividades diárias e capacidade

laboral. Trata-se de uma visão geral e que leva em consideração as diversas necessidades do indivíduo (SOUZA e CARVALHO, 2003).

A OMS baseia a QV de acordo com os pressupostos do *World Health Organization of Quality of Life Assessment*, a qual estabelece que a QV refere-se a percepção do ser humano em relação a sua posição na vida, na cultura e nos sistemas de valores com os quais ele convive, e também, em relação as suas expectativas, objetivos, preocupações e padrões (WHOQOL, 1996).

Nas últimas décadas tem-se valorizado na QV, aspectos relacionados à realização pessoal, felicidade, satisfação, percepção de bem-estar, solidariedade, qualidade dos relacionamentos, liberdade, oportunidades de lazer e possibilidades de acesso a eventos culturais (NAHAS, 2001). Deste modo há uma intenção de cada vez mais considerar, tanto os aspectos objetivos como os subjetivos do assunto.

3.2.1 Instrumentos de medida de QV

O interesse pela medição da qualidade de vida é recente, tanto na prática assistencial quanto nas políticas públicas, como para prevenção de doenças e promoção da saúde (SEIDL e ZANNON, 2004).

Para avaliar a qualidade de vida foram desenvolvidos diversos instrumentos capazes de reconhecer os estados de completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Estes instrumentos de medida podem ser divididos em dois grupos:

- **Genéricos:** utilizados na avaliação da QV da população em geral e específicos. Usam-se questionários de base populacional sem especificar enfermidades, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde. Os mais utilizados são: Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (NHP), McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ), Rand

Health Insurance Study (Rand HIS), The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF) (Quadro 1) (COONS, 2000).

- **Específicos:** capazes de avaliar, de forma individual e específica, determinados aspectos da QV, proporcionando maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto em estudo. Sua principal característica é a sensibilidade de medir as alterações, em decorrência da história natural ou após determinada intervenção. Podem ser específicos para uma determinada população, enfermidade, ou para uma determinada situação (COONS, 2000).

QUADRO 1

Domínios e facetas do WHOQOL-BREF

Domínios	Facetas
I: físico	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade para o trabalho
II: psicológico	Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória e concentração Auto-estima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais
III: relações sociais	Relações pessoais Suporte (apoio) social Atividade sexual
IV: meio ambiente	Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Participação em oportunidades de recreação/Lazer Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) Transporte

Fonte: COONS, 2000

3.3 Qualidade de vida no trabalho (QVT)

O trabalho é uma atividade e é primordial para qualquer indivíduo, e todo ser humano precisa manter uma atividade produtiva na vida. Entretanto, desenvolver uma atividade de trabalho prazeroso é um desafio para todos, pois a exemplo, a competição a que o indivíduo está sujeito, pode levar a rumos desagradáveis. É importante, portanto, que além das inquietações com o trabalho, se tenha também preocupação com a QV, ou seja, cuidados com o corpo, adoção de hábitos saudáveis, cuidados com a saúde espiritual, realização na vida pessoal e profissional, dispor de tempo para o lazer, manter relacionamentos saudáveis, etc.

De acordo com Chiavenato (1999), a competitividade organizacional, a qualidade e a produtividade passam obrigatoriamente pela qualidade de vida

no trabalho - QVT. Esta apresenta uma dimensão social, no qual a empresa deve cumprir seu papel social e oferecer melhor qualidade de vida para seu funcionário, sua família e a sociedade como um todo.

Segundo esse mesmo autor são diversos os fatores envolvidos na QVT, dentre eles, destacam-se a satisfação com o trabalho executado; as possibilidades de futuro na organização; o reconhecimento pelos resultados alcançados; o salário recebido; os benefícios auferidos; o relacionamento humano dentro do grupo e da organização; o ambiente psicológico e físico do trabalho; a liberdade e responsabilidade de decidir e as possibilidades de participar.

Pela importância que o trabalho ocupa na vida do indivíduo, a QVT passou a ser uma forma para atingir o engrandecimento no ambiente laboral e alcançar maior qualidade e produtividade, como resultados. É visto atualmente, como um conceito mundial e utiliza métodos para obter uma maior e melhor satisfação do trabalhador em suas atividades laborais. (KANAANE e ORTIGOSO, 2001).

Existem na literatura várias descrições para o significado de QVT, entretanto, todas apontam para a melhoria e a satisfação do funcionário e para o aumento da produtividade das empresas (TELLES, 2005).

Para LIMOMGI-FRANÇA (1997), a QVT implica na reunião das ações de uma organização que abrange a implantação de inovações gerenciais e tecnológicas e melhorias no ambiente de trabalho. Segundo esse autor, a estruturação da qualidade de vida no trabalho acontece a partir do momento em que se enxerga a organização e os trabalhadores como um conjunto único. A procura diária por um ambiente humanizado é uma das diversas atribuições da QVT, a intenção é aproveitar as melhores habilidades dos trabalhadores, buscando uma combinação entre empregados, tarefas e tecnologia. (Davis e Newstrom, 2001). O significado da QVT perpassa as teorias tradicionais de motivação sendo muito mais amplo (Figura 3).

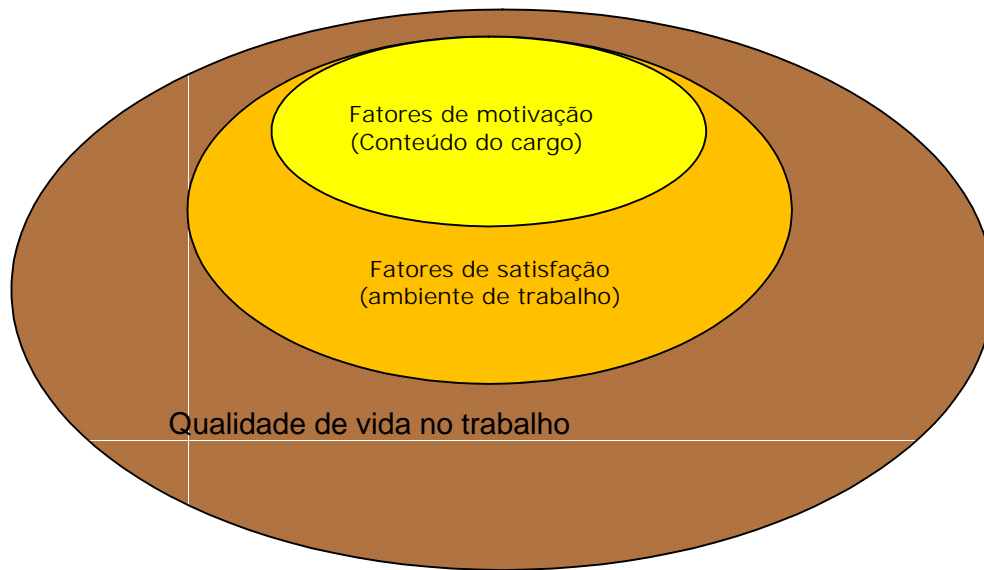


FIGURA 3. Conceito de QVT

Fonte: ZANELLI et al., 2004

Pode-se dizer que a QVT seria um guia da qualidade humana no ambiente de trabalho e associa à satisfação dos trabalhadores a sua capacidade produtiva, em um local seguro de trabalho, de respeito mútuo, com chances de treinamento e aprendizado e com equipamentos adequados para o cumprimento de suas funções (PILATTI e BEJARANO, 2005).

De acordo com Cañete (2004) que cita Albuquerque *et al.* (1998), a QVT deve ser compreendida como o agrupamento de ações de uma organização que visa à pesquisa e a execução de melhorias e inovações dentro e fora do local de trabalho e objetiva, oferecer melhores condições de desenvolvimento humano para a realização do trabalho.

3.3.1 Evolução da QVT

O termo “Qualidade de Vida no Trabalho” (QVT) foi utilizado inicialmente quando da busca pela satisfação do trabalhador e da tentativa de reduzir o esforço físico no trabalho (GOULART e SAMPAIO, 2004). Somente, após o

século XVIII e XIX, as condições de trabalho começaram a ser estudadas cientificamente.

Muitos estudiosos contribuíram para as pesquisas sobre desempenho no trabalho. O primeiro foi Adam Smith e Malthus, depois Frederick Taylor (1911), Henry Ford e Henri Fayol (1925) seguidos por Elton Mayo (1927) (FERREIRA *et al.*, 1999; SAMPAIO, 1999). Apesar desses autores terem fundamentado a questão, o conceito de QVT, só surgiu na literatura no final da década de 1950, com Eric Trist *et al.*, baseados no indivíduo, trabalho e na organização (RODRIGUES, 2002; SAMPAIO, 1999).

Ferreira *et al.* (1999) e Rodrigues (2002) certificaram que as pesquisas feitas por Mayo (1927) foram muito relevantes para o estudo do comportamento humano, da motivação dos trabalhadores para conquistar metas organizacionais e para QVT. Apesar disso, somente a partir dos anos de 70, a QVT passou a ser vista como um movimento e o gerenciamento participativo e a democracia industrial foram utilizados com frequência. Em 80, alcançou valor como conceito mundial e como forma de encarar os reveses de qualidade e produtividade (RODRIGUES, 2002).

Os princípios da QVT se baseiam no contentamento do trabalhador com o ambiente de trabalho e o incremento do desempenho e da produtividade. Vários autores afirmam que estes princípios estão interligados e que para melhorar a produtividade basta oferecer melhores condições de prazer no trabalho. Às vezes determinadas melhorias nas condições de trabalho podem cooperar com a produtividade. O quadro 2 mostra a evolução desse conceito (PILATTI, 2005).

QUADRO 2

Evolução do conceito de QVT

Concepção Evolutiva da QVT	Características ou Visão
QVT como uma variável (1959 a 1972)	Reação do indivíduo ao trabalho. Investigava-se como melhorar a qualidade de vida no trabalho para o indivíduo
QVT como uma abordagem (1969 a 1974)	O foco era o indivíduo antes do resultado organizacional, mas ao mesmo tempo buscava-se trazer melhorias tanto ao empregado como à direção
QVT como um método (1972 a 1975)	Um conjunto de abordagens, métodos ou técnicas para melhorar o ambiente de trabalho e tornar o trabalho mais produtivo e satisfatório. QVT era vista como sinônimo de grupos autônomos de trabalho, enriquecimento de cargo ou desenho de novas plantas com integração social e técnica
QVT como um movimento (1975 a 1980)	Declaração ideológica sobre a natureza do trabalho e as relações dos trabalhadores com a organização. Os termos “administração participativa” e “democracia industrial” eram freqüentemente ditos como ideais do movimento de QVT
QVT como tudo (1979 a 1982)	Como panacéia contra a competição estrangeira, problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, problemas de queixas e outros problemas organizacionais
QVT como nada (futuro)	No caso de alguns projetos de QVT fracassarem no futuro, não passaria de um “modismo” passageiro.

Fonte: Nadler e Lawler apud FERNANDES (1996)

Apesar de mais de meio século de preocupação com o tema, somente nos últimos 30 anos foi que se verificou um aumento no número de estudos sobre QVT e, conseqüentemente, exposições teóricas e metodológicas mais firmes (ALVES JÚNIOR, 2005).

Algumas opiniões dos pesquisadores sobre a QVT são relativas: as formas de indenização que dêem valor ao trabalho de maneira imparcial e conforme o desempenho; contentamento com o trabalho; reorganização de tarefas, estruturas e métodos que proporcionem mais liberdade e prazer no trabalho e adaptação do local de trabalho às necessidades individuais do funcionário (PILATTI e BEJARANO, 2005).

3.4 Promoção da saúde

Promoção da saúde é a forma de capacitar a sociedade para agir na melhoria da qualidade de vida e saúde, com maior participação no controle deste processo. Os indivíduos para atingirem pleno bem-estar físico, mental e social devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. (WHO, 1986)

Segundo Rosen (1979) um dos primeiros autores a falar sobre o assunto foi Sigerist (1946), quando definiu as quatro medidas indispensáveis da medicina: promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação, e afirmou que “a saúde se promove proporcionando condições de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, com o esforço conjunto de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos”. Porém, a promoção de saúde só passou a ganhar destaque no campo da Saúde Pública a partir da década de 1980.

A saúde não é um objetivo de vida e sim um recurso para a vida, por isso é um conceito que destaca os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Portanto, a promoção da saúde não está relacionada apenas ao estado de saúde, mas vai além de um estilo de vida saudável, na busca de um bem-estar geral. (WHO, 1986).

A promoção da saúde e sua prática surgiram nos últimos vinte anos, nas organizações internacionais em países em desenvolvimento, como Canadá e Estados Unidos (CERQUEIRA, 2001). Nesse período foram realizadas importantes conferências internacionais (Ottawa, Adelaide, Sundsvall, Jacarta,

WHO, 1986, 1988, 1991 e 1997), das quais surgiram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde.

Em 1992 foi realizada a Conferência Internacional de Promoção da Saúde na América Latina, no qual o assunto foi apresentado e discutido: “..... o desafio da promoção da saúde na América Latina consiste em transformar as relações excludentes, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e a equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento social. (OPAS, 1992).

A Carta de Ottawa foi uma medida importante, inspirada nos princípios da Declaração de Alma Ata (1978) e na meta “Saúde para todos no ano 2000”, instituída na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde realizada em 1986 (CERQUEIRA, 2001). Nesta, a promoção da saúde é definida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986).

Na Carta de Adelaide (WHO, 1986), a expressão promoção da saúde está associada a diversos valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros.

A saúde estabelece relação direta com o que o indivíduo faz no seu dia-a-dia (onde e o que aprende, onde trabalha, como se diverte e ama), com o próprio cuidado que cada indivíduo tem com ele mesmo e com o outro, com a competência em tomar decisões e ter controle sobre situações da própria vida e pela luta de seus direitos. (WHO, 1986).

A promoção da saúde está intrinsecamente relacionada às condições de vida e é fruto da combinação de diferentes fatores relacionados à qualidade de vida, como alimentação, nutrição, habitação, saneamento adequado; perspectivas melhores de educação; apoio social para famílias e indivíduos; boas condições de trabalho; forma de vida responsável e o cuidado adequado com a saúde e com o ambiente físico limpo, conforme sintetizado no quadro 3 (TERRIS, 2002).

QUADRO 3
Promoção da saúde

Eixos Temáticos	Áreas de Trabalho Prioritárias	Eixos de Atuação
Modos de viver	<ul style="list-style-type: none"> √ Alimentação e nutrição √ Atividade física e lazer √ Redução de danos decorrentes do consumo de álcool, tabaco e outras drogas √ Direito ao exercício autônomo da sexualidade √ Respeito à diversidade sexual √ Equidade de gênero, raça/etnia e cor √ Envelhecimento 	<ul style="list-style-type: none"> √ Intersetorialidade √ Educação/Formação √ Comunicação √ Integralidade
Condições e relações de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> √ Melhoria dos ambientes de trabalho √ Redução da prevalência das doenças ocupacionais e dos acidentes de trabalho √ Serviços de saúde humanizados com ênfase na co-gestão dos processos de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> √ Intersetorialidade √ Educação/Formação √ Comunicação √ Integralidade
Ambientes	<ul style="list-style-type: none"> √ Violência √ Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito √ Convergência de agendas intersetoriais (Agenda 21, Desenvolvimento Territorial Sustentável, Planos Diretores das Cidades) √ Saneamento e qualidade das águas √ Saúde nas escolas (formação dos professores, sexualidade, alimentação e nutrição) 	<ul style="list-style-type: none"> √ Intersetorialidade √ Educação/Formação √ Comunicação √ Integralidade

Fonte: TERRIS, 2002

Esta relação vai de encontro com a definição de saúde preconizada pela OMS (1948) que define saúde não como apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas também, a presença de bem-estar físico, mental e social. Atualmente tem sido reforçado o uso da QV como uma síntese necessária na prática dos cuidados e na pesquisa em saúde (MINAYO *et al.*, 2000).

3.5 Qualidade de vida e a promoção da saúde

No Brasil, a partir de 1980 deram-se início as ações de promoção da saúde em áreas ligadas a saúde ocupacional. Num primeiro momento, para cumprir as normas regulamentares estabelecidas e, posteriormente, para a execução das ações preventivas com o objetivo de assegurar um ambiente de trabalho seguro, o manejo apropriado das condições ambientais e as políticas de investimento para a proteção e melhoria das condições de saúde (figura 4) (GONÇALVES & VILARTA, 2004).

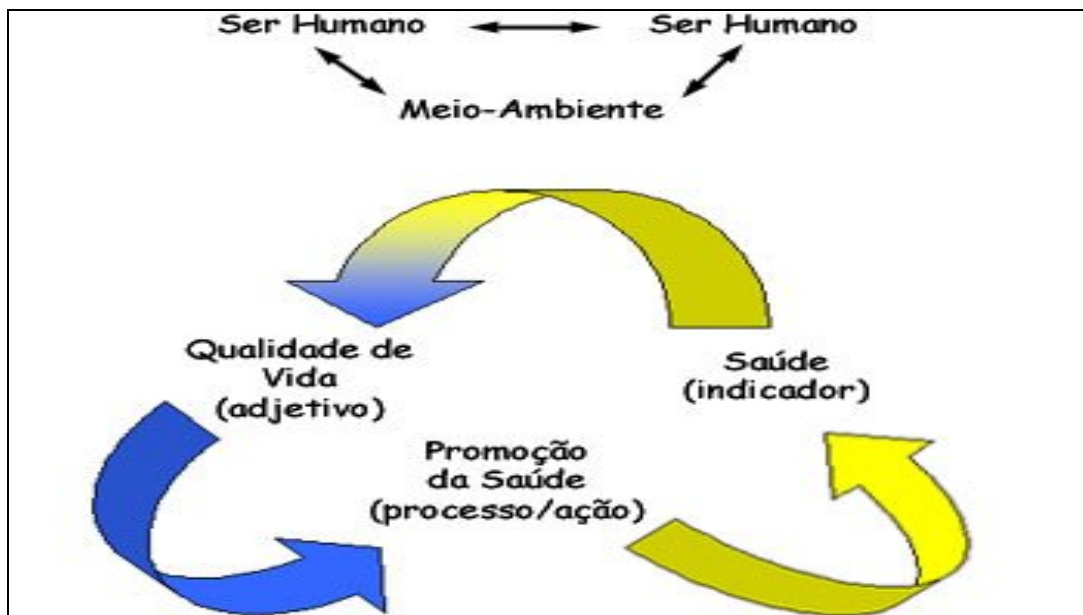


FIGURA 4. Qualidade de vida e promoção da saúde
Fonte: GONÇALVES & VILARTA, 2004

Entretanto, foi somente após a Constituição de 1988 que o país começou a reestruturar seu modelo de atenção à saúde, com base no direito de cidadania, e no apoio ao desenvolvimento individual e coletivo, reunindo práticas educativas, preventivas e assistenciais. Após 1990, os modelos com abordagem mais abrangente, dão destaque ao conceito proposto anteriormente pela OMS, que integra as diferentes dimensões da saúde e estabelece correlação entre estilo de vida e condição de saúde (GONÇALVES e VILARTA, 2004).

Posteriormente, a reestruturação do sistema de saúde no país, segundo o novo modelo, dá origem a diversas estratégias e programas como o

Programa de Saúde da Família (PSF). As novas propostas se baseiam no princípio fundamental de que a “saúde é um direito de todos” e como tal deve-se garantir a promoção da saúde por meio de atendimento acessível a todos os indivíduos, de maneira integral, contínua e de qualidade (BRASIL, 2006).

Para elevar a qualidade de vida devem estar envolvidas políticas intersetoriais que estimulem e ofereçam condições favoráveis e desenvolvimento individual e coletivo. (SOUZA & CARVALHO, 2003).

Para o crescimento pessoal, social e econômico e uma dimensão importante da qualidade de vida é necessária boa saúde e fatores econômicos, culturais, políticos, de meio ambiente, biológicos e sociais podem interferir a favor ou contra a saúde. O propósito da ação pela saúde é fazer com que estas condições sejam convenientes para se promover à saúde (WASSERMAN *et al*, 2000).

As ações de promoção da saúde, apresentadas pela Conferência Internacional de Promoção da Saúde em 1986, consideram a saúde como recurso imprescindível no conjunto de condições indispensáveis à QV. Considerada um estado de completo bem-estar físico, social e mental, o conceito de saúde supera a impressão exclusivamente sanitária e de ausência de doenças.

As manifestações em favor da saúde exigem a participação dos vários setores da sociedade, não devendo ser delegada apenas ao setor sanitário. Desta maneira estas manifestações apontam para estilos de vida e condições econômicas, ambientais e sociais que definem a saúde e a qualidade de vida. As regras de atenção à saúde são a recuperação, proteção e promoção da saúde, priorizando sempre o caráter preventivo. É um modelo de atenção baseado na QV e na relação das equipes de saúde com a comunidade, beneficiando a abordagem familiar (BRASIL, 2006).

3.6 O desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem

A enfermagem é uma profissão essencialmente feminina, relacionada com o ato de cuidar do outro. Vários autores, citados por BORSOI & CODO

(1995), reforçam que o cuidar em enfermagem é uma extensão das atividades realizadas na manutenção da família.

SILVA (1986) descreve que etimologicamente a expressão enfermagem vem da palavra *nurse* que originalmente significa aquela que nutre, que cuida de crianças e que por extensão, a que assiste o doente. O termo enfermeira, em português, é designado para as pessoas que cuidam dos enfermos, ou seja, daqueles que não estão firmes, como crianças, velhos e doentes.

Com estas características, o trabalho de enfermagem, foi executado até o final da idade média, por religiosas, viúvas, virgens e nobres, tendo como objetivo central a caridade. As revoluções sociais ocorridas neste período, incorporaram também neste grupo, as prostitutas que buscavam a própria salvação prestando cuidados aos enfermos. Denota-se ainda, a desvalorização do trabalho de cuidar ao relegá-lo a este grupo social.

Na Europa, até o início do século XIX, o cuidar de enfermos não era reconhecido como trabalho que exigia treinamento específico para sua realização. A partir do ano de 1854, este cuidado começa a ter caráter profissional com Florence Nightingale, nobre dama inglesa, que serviu na Criméia como voluntária nos hospitais militares ingleses em pleno campo de guerra, dando início a profissionalização da enfermagem. Após seis anos, em reconhecimento ao trabalho de Nightingale o governo inglês financiou a organização da primeira escola para formação de trabalhadores de enfermagem, já estabelecendo separação entre enfermeiras administradoras e prestadoras de cuidados. (SILVA, 1986).

No Brasil, somente nas últimas décadas do século XIX, é que inicia-se o processo de profissionalização da enfermagem. A partir dos anos 30, com a mudança no sistema econômico, o crescente aumento de doentes que necessitavam de internações e a formalização da enfermagem como profissão, concretiza-se a entrada maciça das mulheres nas instituições de saúde, confirmando que este trabalho tem característica essencialmente feminina. Nesta época, a caridade continuava tendo sua importância, mas as diferenças fundamentais foram as exigências de treinamento e remuneração no ato de cuidar (SILVA, 1986).

O trabalho da enfermagem direcionado para um cuidar holístico do paciente, necessitou ser fragmentado para melhorar a organização e a

produtividade do serviço, especializando os funcionários em executores de funções específicas. Assim, enquanto um trabalhador realiza cuidados básicos de alimentação e higiene do doente, outro administra os medicamentos e outro faz os curativos, etc.. Segundo BORSOI & CODO (1995), esta é uma divisão de trabalho semelhante ao de uma linha de montagem na qual quem circula é o funcionário. Desta forma, os trabalhadores se transformam em força de trabalho a ser objetivada e comprada de acordo com a demanda da função. Por decorrência, o trabalho de cuidar adquire o caráter de mercadoria, que produz efeitos danosos na saúde e no psiquismo do trabalhador.

Este aspecto introduz elementos contraditórios na relação de cuidado do paciente. Enquanto na prestação de cuidados se exige expressão de afeto na medida em que, na relação constante com o paciente, lida-se com sua dor, sua dependência e sua intimidade. Por outro lado, esse cuidado é mediado por pelo menos três fatores complexos e inter relacionados, tais como: o salário, que é a fonte de sobrevivência do trabalhador; o fantasma da perda do paciente seja por alta ou por óbito; e a obrigação de se mostrar frente ao paciente sempre como profissional, não lhe sendo permitido expressar preferências ou recusas, atração ou repulsa, por este ou aquele paciente.

Os trabalhadores de enfermagem prestam cuidados aos doentes, independente de serem adultos, crianças, homens, mulheres, se sua doença é visível ou não, se é contagiosa ou não, enfim o cuidado tem que ser prestado considerando as especificidades dos quadros clínicos, mas não a aparência ou o caráter do paciente enquanto pessoa, o que significa que não deve haver discriminação de espécie alguma. O doente seja ele quem for, deve ser cuidado como alguém que busca alívio e ou cura para seu sofrimento. Para isso a enfermagem tem que prestar seus cuidados com técnicas adequadas a fim de tornar a estadia do paciente no hospital curta e o menos dolorosa possível.

A dinâmica do trabalho de enfermagem não leva em consideração os problemas do trabalhador, onde cada indivíduo enfrenta no seu cotidiano dificuldades de toda ordem, fora e dentro do trabalho, mas se espera do profissional que ele jamais expresse junto ao paciente seus dissabores, ao contrário, espera-se serenidade. O modelo de mãe cuidadosa e abnegada é introjetado pela enfermagem.

DEJOURS *et al.* (1994) afirmam que "a organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora."

BELAND e PASSOS (1978) consideram que as necessidades pessoais do trabalhador de enfermagem e sua ansiedade em relação às circunstâncias com as quais ele se defronta geralmente prejudicam o tipo de atendimento que ele sabe dar e que gostaria de poder dar, podendo causar um sofrimento no profissional.

HADDAD *et al.* (1985), em estudo realizado em um hospital oncológico constataram um despreparo emocional do trabalhador de enfermagem no cuidado com pacientes terminais. A equipe sentia-se ansiosa diante da aplicação de tratamentos agressivos, como a quimioterapia que provoca efeitos colaterais intensos e visíveis. Relataram que os profissionais não sentiam-se preparados para enfrentar a morte do paciente, expressando sentimentos de impotência profissional. Muitas vezes a equipe de enfermagem identifica-se com os pacientes temendo que lhes possa acontecer a mesma coisa e sentem-se culpados quando o paciente morre.

Observa-se que a formação do profissional de enfermagem, seja em nível de graduação ou auxiliar está baseado na teoria de TAYLOR (FIGUEIREDO *et al.*, 1996), exigindo dos trabalhadores uma dedicação extrema pois constantemente estão sendo "vigiados" pelos médicos ou outros profissionais da equipe de saúde, por administradores, e até mesmo por seus colegas e pelos doentes ou seus familiares.

Estudos desenvolvidos por DEJOURS *et al.* (1994), criticam o modelo taylorista e demonstram que é a organização do trabalho a responsável pelas conseqüências penosas ou favoráveis para o funcionamento psíquico do trabalhador.

Esse autor afirma que contra o sofrimento, a ansiedade e a insatisfação se constroem sistemas defensivos. Apesar de vivenciado, o sofrimento não é reconhecido. Se a função primeira dos sintomas de defesa é aliviar o sofrimento, seu poder de ocultação volta-se contra os seus criadores. Pois sem conhecer a forma e o conteúdo desse sofrimento é difícil lutar eficazmente

contra ele. Ressalta, ainda, que a ideologia defensiva é funcional a nível do grupo, de sua coesão, de sua coragem e é importante também a nível do trabalho, pois é a garantia da produtividade.

Verifica-se também, que na maioria das instituições a preocupação com a ergonomia ainda é pequena, tornando o trabalho da enfermagem ainda mais penoso. Muitas vezes, a planta física é inadequada ao tipo de atendimento, os equipamentos e materiais de uso diário não favorecem a execução da técnica, há falta de material para realização da tarefa, o número de trabalhadores é reduzido para quantidade e características dos pacientes, entre outras dificuldades.

Nos dias atuais, o número de pacientes que necessitam de tratamento especializado aumentou, exigindo uma assistência mais eficaz e também com o desenvolvimento tecnológico da medicina, observa-se que o trabalho da enfermagem tem causando um grande desgaste físico e psicológico aos trabalhadores. Esses, na maioria das vezes não sabem nem identificar o que está acontecendo, mas reagem faltando ao serviço, em muitos casos agredem os próprios pacientes ou seus colegas e superiores, não seguem as normas e rotinas da empresa. Em decorrência da sobrecarga de trabalho e do sofrimento psíquico podem apresentar doenças como hipertensão arterial, diabetes mellitus, distúrbios ortopédicos, neurológicos, gástricos e psicológicos, etc.

Acrescido a esses fatores, encontram-se as dificuldades sócio-econômicas enfrentadas por estes profissionais, pois como o trabalho de enfermagem recebe baixa remuneração, torna-se necessário que o funcionário mantenha duas jornadas de trabalho para poder sustentar sua família e ter uma vida digna. Neste contexto, há uma baixa qualidade de vida no trabalho da enfermagem, além de aumentar os riscos de iatrogenias e acidentes no trabalho.

ZANELLI (1996) ressalta que “nascemos e morremos dentro das organizações de trabalho. As sociedades se organizam em função do trabalho. O trabalho é um núcleo definidor do sentido da existência humana. Toda a nossa vida é baseada no trabalho, portanto, devemos torná-lo o mais prazeroso possível.”

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da qualidade de vida dos trabalhadores da área de enfermagem é um assunto muito relevante atualmente. Os impactos da baixa qualidade de vida do trabalhador nas atividades da empresa são conhecidos como baixa produtividade, elevados índices de absenteísmo, elevados custos de assistência médica, entre outros. De outro lado, os profissionais estão cada vez mais exigentes com as condições de trabalho, resgatando valores sobre a importância do trabalho em suas vidas.

Os objetivos das empresas na busca de resultados, melhoria da produtividade e qualidade podem ser alcançados tendo como base uma estrutura que promova a qualidade de vida do trabalhador, ou seja, mecanismos para atender as necessidades de satisfação, promoção da saúde e segurança dos funcionários.

Abordar o tema qualidade de vida é algo desafiador, pois a cada dia que passa a busca por um consenso acerca do conceito referente a esse tema, parece levantar ainda mais questionamentos, que exigem reflexões amplas e profundas para os estudiosos da área. É também importante, uma vez que possibilita aos pesquisadores repensarem a qualidade dada a sua própria vida.

Este estudo permitiu observar que o significado de qualidade de vida foi visto holisticamente, onde a harmonia na vida pessoal e familiar foi ressaltada; e reducionista, quando a QV foi compreendida como “vida digna” apenas no sentido de proporcionar os meios para aproveitar a vida, referindo-se às atividades de lazer.

Em relação aos fatores que interferem na QV, o principal fator identificado foi o financeiro, considerado forte elemento na estruturação familiar, tanto para a realização das necessidades e desejos pessoais, como para aumentar o aperfeiçoamento e qualificação profissional. Além de outras dificuldades vivenciadas no cotidiano, como o acúmulo de atividades e responsabilidades, tornando a vida agitada e estressada, interferindo no sono, em uma alimentação inadequada, na falta de exercícios físicos, prejudicando a QV nos aspectos bio-psico-socio-espiritual.

Logo, torna-se necessário que no trabalho de enfermagem esteja presente a preocupação de valorizar o seu trabalho, mas também de buscar alternativas para equilibrar as condições de trabalho e de vida, em uma convivência harmoniosa que lhe permita sentir satisfação com a sua qualidade de vida. E como exemplo poderia ter a inserção de um psicólogo para que fossem desenvolvidas propostas de humanização no trabalho, no sentido de ouvir os trabalhadores e incentivar o encontro de soluções alternativas para um trabalho mais feliz e produtivo. Estar atento as suas angústias, dúvidas, anseios, fatos que permeiam o cotidiano de trabalho no contexto hospitalar.

Afinal, a enfermagem é uma profissão que exige preparo emocional de todos, onde trabalha-se com as situações de estresse, sofrimento, morte, questões que, sem dúvida, expõem o trabalhador em seu próprio processo de existir.

Compreende-se também a grande distância entre a QVT sonhada e aquela vivenciada que é marcada por duplas e, em alguns casos, triplas jornadas de trabalho, pela sobrecarga de atividades, baixos salários, falta de recursos materiais, deficiência na estrutura físico funcional, dimensionamento de pessoal e pelo adoecimento físico e psíquico dos profissionais de enfermagem. Sugere-se a criação de ambientes apropriados para o descanso e alimentação, espaços para o recolhimento espiritual, áreas sociais que possibilitem o lazer e atividades físicas, conforme existem hoje em muitas empresas, as salas de ginástica e de meditação. Situação expressa em fragmentos, reunidos em categorias como: “a gente é ser humano também”.

Argumenta-se que 30 em vez de 40 horas semanais seriam suficientes para que o trabalho de enfermagem fosse desenvolvido com mais qualidade. Reconhecem a expropriação do sujeito em seu ser-corpo e só o percebem quando ele é sufocado, grita e adoce. Faze-se menção a situações dos trabalhadores hipertensos e diabéticos aos quais, em seu cotidiano de trabalho, a organização não oferece uma alimentação balanceada, então eles se vêem obrigados a negligenciar a sua saúde. Aqui cabe o ditado “faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço...”. Em outras palavras, orientamos os pacientes a se cuidar, mas nós não experienciamos, em nosso processo de trabalho, o cuidado.

Dessa forma, deveríamos organizar grupos de compartilhamento de vivências ou até mesmo grupos de suporte para que os trabalhadores, nas organizações hospitalares, criassem estratégias de enfrentamento. O objetivo seria a formação de uma equipe que pudesse ser cuidadora de si mesma e os profissionais se disponibilizassem a compartilhar o cuidado e criar vínculos acolhedores, de maneira que as dificuldades e conquistas inerentes ao processo de trabalho na enfermagem fossem compreendidas e transformadas.

Percebe-se a carência de políticas que trabalhem a temática QVT na organização hospitalar e sugere-se que gestões nesse sentido sejam efetivadas, utilizando como estratégias pedagógicas vivências, oficinas que envolvam outros profissionais da equipe de saúde e também os gestores. Compreende-se também, que as relações interpessoais necessitam ser trabalhadas, respeitando-se as diferenças e a subjetividade de cada um. Para os sujeitos do estudo, a QVT significa ter relações efetivas e não fragmentadas, por isso essa temática deveria ser enfocada nas oficinas e também nos grupos de suporte.

Falar de QVT nos remete à qualidade de vida do sujeito em sua existência, portanto essa temática precisa ser incorporada nos cursos de graduação, na área de saúde/enfermagem, especialmente nas disciplinas que enfocam a saúde do trabalhador. Essa temática é pouco abordada ou nem mesmo faz parte das ementas e reflexões nos cursos técnicos, de graduação e linhas de pesquisa de pós-graduação na enfermagem. É, pois, fundamental a introdução desse conteúdo na grade curricular desses cursos. Creio que sugestões como essas são essenciais para uma formação profissional mais humanizada, primordial para repensar o cuidado que se deve destinar à equipe de enfermagem que cuida de gente como a gente. Concepções fragmentadas entre teoria e prática ainda predominam nos ambientes acadêmicos, além de uma visão instrumental, baseada na razão e desvinculada do sentir, da percepção e do agir.

Ressalta-se que há muito que se construir em relação ao fenômeno estudado, pois o mesmo é perspectival. No pensar fenomenológico um estudo nunca se dá como acabado, ele sempre se abre a novas inquietações e novas interrogações. A compreensão do significado de QVT abre espaços para novos olhares para os profissionais da equipe de enfermagem. Os profissionais

anseiam por atenção, acolhimento, respeito, diálogo, zelo, e desejam também ser cuidados. Que os cuidadores, para desenvolverem seu trabalho, sintam a vida em sua plenitude.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. G; LIMONGI-FRANÇA, A. C. Estratégia de recursos humanos e gestão de qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total. **Revista de Administração São Paulo**, São Paulo, v.33, n. 2, p.40-51, abri./jun, 1998.

ALVES JÚNIOR, R. T. **Avaliação de desempenho, atividade de atendimento ao público e custo humano no trabalho em uma empresa pública no Distrito Federal**. 2005. 96f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

BELLAND, I. L.; PASSOS, J. Y. **Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais**. São Paulo: EPU/ Edusp, 1978.

BORSOI, I. C. F.; CODO, W. **Enfermagem, trabalho e cuidado**. Petrópolis: Vozes, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de educação em saúde**. Brasília: MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: humaniza SUS**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: MS, 2004.

CAÑETE, I. Qualidade de Vida no Trabalho: muitas definições e inúmeros significados. In: BITENCOURT, C. e cols. **Gestão contemporânea de pessoas**. Porto Alegre: Bookman, 2004. p. 386-411.

CERQUEIRA, M. T. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: Organización Mundial de la Salud. **La promoción de la salud y la educación para la salud em América Latina: un análisis sectorial**. Genebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico; 2001. p.7-48.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários**. São Paulo: MacGraw-Hill do Brasil, 1983.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 14. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

COONS, S. J. *et al.* A comparative review of generic quality of life instruments. **Pharmacoeconomics**., Auckland, v.17, p. 13-35, 2000.

DAVIS, K.; NEWSTROM, J. W. **Comportamento humano no trabalho: uma abordagem organizacional**. São Paulo: Pioneira TL, 2001.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. 145p.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 7-14, 2004.

FERNANDES, E. **Qualidade de vida no trabalho**: como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FERNANDES, E. C. Qualidade de vida no trabalho: um desafio e uma perspectiva para a GRH. **Informação profissional - Recursos humanos**, São Paulo, n. 25, p. 6-8, 1988.

FERREIRA, A. A.; REIS, A. C. F.; PEREIRA, M. I. **Gestão Empresarial**: de Taylor aos nossos dias - evolução e tendências da moderna administração de empresas. São Paulo: Pioneira, 1999.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 6. ed. Curitiba: Posigraf, 2004.

FIGUEIREDO, N. M. A.; FRANCISCO, M. T.; SILVA, I. C. M. **(Trans)Cuidar**: (re)visitando a administração de Taylor "um outro paradigma". Campos: UERG, 1996. 88p.

FLECK, M. P. A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. **Qualidade de vida e atividade física**: explorando teoria e práticas. São Paulo: Manole, 287p. 2004.

GOULART, I. B.; SAMPAIO, J. R. Qualidade de vida no trabalho: uma análise de experiências de empresas brasileiras. In: SAMPAIO, J. R. (Org.). **Qualidade de vida no trabalho e psicologia social**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HADDAD, M.C.L. *et al.* Importância do apoio psicológico aos enfermeiros que assistem pacientes terminais. **Revista Enfermagem Moderna**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p.9-16, abr./jun. 1985.

JEX, S. M. **Stress and job performance**. Londres: Sage; 2006.

KANAANE, R.; ORTIGOSO, S. A. F. **Manual de treinamento e desenvolvimento do potencial humano**. São Paulo: Atlas, 2001.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-161. 2000.

LIMA JUNIOR, V.H.J.; ESTHER, B.A. Transições, prazer e dor no trabalho de Enfermagem. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n.3, p.20-30, jul./set.,2001.

LIMOMGI-FRANÇA, A. C. Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras. **Revista Brasileira de Medicina Psicossomática**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 79-83, abr./jun. 1997.

_____. **Interfaces da qualidade de vida na administração**: fatores críticos de gestão empresarial para uma nova competência. São Paulo: FEA/USP, 2001.

_____. **Qualidade de Vida no Trabalho - QVT**: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MACEDO, K. B. **Qualidade de vida no trabalho**: o olhar da psicologia e da administração. Goiânia: UCG, 2004.

MACÊDO, K. B., MENDES, A. M. Vivências de prazer e sofrimento em trabalhadores de organizações com contexto de qualidade de vida no trabalho. In: Macedo, K. B. (Org.). **Qualidade de vida no trabalho**: o olhar da Psicologia e da Administração. Goiânia: UCG, 2004. p. 61-84.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria geral da administração**: da escola científica à competitividade na economia globalizada. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MEEBERG, A. G. Quality of life: a concept analysis. **J Adv Nurs.**, Oxford, v.18, p.328, 2003.

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

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001.

NOGUEIRA, R. P. As dimensões do trabalho em saúde. In: AMÂNCIO, A.; MOREIRA, G.G. B. (Org.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 71-76.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Promoção da saúde**: glossário. Genebra: OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Santa Fé de Bogotá. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da saúde**: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1992. p. 41-47.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida no idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2001. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PILATTI, L. A.; BEJARANO, V. C. Qualidade de vida no trabalho: leituras e possibilidades no entorno. In: GONÇALVES, A; GUTIEREZ, G. L; VILARTA, R. (Orgs.). **Gestão da qualidade de vida na empresa**. Campinas: IPES, 2005. p.85-104.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI. M. T. (Org.) **Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa Livros, 2000. p. 25-48.

PITTA, A. **Hospital**: dor e morte como ofício. 5. ed. São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003.

QUIRINO, T. R.; XAVIER, O. S. Qualidade de vida no trabalho de organizações de pesquisa. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 71-82, jan./mar.1987.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SAMPAIO, J. R. **Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social**: estudos contemporâneos II. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública.**; Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 580-8, 2004.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional**: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.8, n.3, p. 515-523, 2003.

TELLES, L. D. *et al.* **Qualidade de Vida no Trabalho** (Monografia). UNISALESIANO, 2005.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: OPAS. **Promoción de la Salud**: una antología. Washington: OPAS, 2003. p. 37-44.

THE WHOQOL GROUP. The world health organization of life assessment. **WHOQOL**: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO, 1996.

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 8, n.1, p. 24-35, jan./mar. 2001.

WASSERMAN, J. Gender-Specific effects of modifiable health risk factors on coronary heart disease and related expenditures. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, Baltimore, v. 11, n. 42, p.1060-1069, 2000.

WORLD Health Organization. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção de saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1986. p.11-18.

ZANELLI, J. C. **O psicólogo nas organizações de trabalho**. Florianópolis: Paralelo, 2004. p. 27-34.