**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

DENISE RODRIGUES COSTA SCHMIDT

**QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA NO
TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
ATUANTES EM UNIDADES DO BLOCO CIRÚRGICO**

Orientadora: Profa. Dra. ROSANA APARECIDA SPADOTI DANTAS

**RIBEIRÃO PRETO – SP
2004**

DENISE RODRIGUES COSTA SCHMIDT

**QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA NO
TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
ATUANTES EM UNIDADES DO BLOCO CIRÚRGICO**

Dissertação apresentada ao programa Interinstitucional
USP/UEL/UNOPAR de pós-graduação na área de
Enfermagem Fundamental
para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Inserida na Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.
Orientadora : Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas

**RIBEIRÃO PRETO – SP
2004**

FOLHA DE APROVAÇÃO

DENISE RODRIGUES COSTA SCHMIDT

**QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ATUANTES EM UNIDADES DO BLOCO
CIRÚRGICO**

**Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem junto ao Programa
Interinstitucional USP/UEL/UNOPAR: Departamento de Enfermagem Geral e
Especializada**

Área de concentração: Enfermagem Fundamental

Inserida na linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador

APROVADO EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale

Assinatura:

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Miako Kimura

Assinatura:

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas

Assinatura:

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

S349q	Schmidt, Denise Rodrigues Costa. Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de pro- fissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico / Denise Rodrigues Costa Schmidt. – Ribeirão Preto, 2004. 185f. : tabs. Orientador: Rosana Aparecida Spadoti Dantas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa interis- titucional USP/UEL/UNOPAR, 2004. Bibliografia: f. 155-164.

*“Nada te perturbe, nada te espante. Tudo passa,
só Deus não muda. A paciência tudo alcança.*

Quem Deus tem nada lhe falta, só Deus basta.”

(Santa Tereza D’Avila)

DEDICATÓRIA

*Às minhas filhas, **Aline** e **Gabriela**,*

*Por terem sido meu principal estímulo para
Estudar, trabalhar e viver mais feliz.*

*Ao meu esposo, **Beto**, pelo amor e*

*Auxílio durante todos os anos de nossa
convivência.*

*Aos meus pais, **Cida** e **Bebeto**, pelo*

*Exemplo, carinho, amor, apoio e incentivos
constantes.*

MEU AGRADECIMENTO ESPECIAL,

*à Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas,
pelo apoio, carinho, incentivo e imensa contribuição
durante a elaboração deste estudo. Sua valiosa
orientação foi responsável por me fazer crescer
profissionalmente.*

AGRADECIMENTOS

À minha família que torceu e compartilhou comigo em todas as etapas da realização deste estudo.

A todos os profissionais de enfermagem que participaram desta pesquisa, meus sinceros agradecimentos.

Aos hospitais envolvidos neste estudo, por permitirem a realização da coleta de dados.

Ao Prof. Dr. Vanderlei José Hass pela disponibilidade em avaliar e auxiliar em todas as etapas de elaboração da pesquisa.

A Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale pelas valiosas sugestões no exame de qualificação.

À Profa. Dra. Maria do Carmo Lourenço Haddad pelo incentivo e apoio ao iniciar este estudo.

À Enfermeira Profa. Gladys, Coordenadora do Curso de Enfermagem da UNOPAR, pela oportunidade de participar do Mestrado.

Aos colegas de mestrado, pelos momentos agradáveis que compartilhamos juntos.

À Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário de Londrina Mariângela Zuan Benedeti Chenso.

À chefe de Divisão do Bloco Cirúrgico, Roseli Broggi Gil, pelo apoio e colaboração na elaboração das escalas de revezamento.

Às enfermeiras, colegas de trabalho das Unidades de Centro Cirúrgico e Central de Materiais e Esterilização do Hospital Universitário de Londrina, Adriana, Christiane, Dinah, Eleine, Julcemeire e Rosineide.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE FIGURAS

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. JUSTIFICATIVA	6
1.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DA ENFERMAGEM E O TRABALHO DA ENFERMAGEM DO BLOCO CIRÚRGICO	7
1.3. QUALIDADE DE VIDA	36
1.4. QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	42
2. HIPÓTESES E OBJETIVOS DO ESTUDO	55
3. METODOLOGIA	58
3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	58
3.2. LOCAL DO ESTUDO	58
3.3. POPULAÇÃO ALVO	59
3.4. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	60
3.5. INSTRUMENTOS E MEDIDAS	61
3.6. COLETA DE DADOS	67
3.7. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	71
4. RESULTADOS	75
5. DISCUSSÃO	121

6. CONCLUSÕES	148
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	152
REFERÊNCIAS	155
APÊNDICE	166
ANEXOS	177

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Dimensões e Componentes da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan 62

QUADRO 2 – Itens dos Componentes do Índice de Satisfação Profissional, Intervalo de Medidas e Direcionamento dos Valores das Respostas. 67

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** – Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas da amostra estudada (n=105). Londrina – PR, 2004. 75
- TABELA 2** – Distribuição da amostra estudada, segundo dados relacionados aos aspectos profissionais dos trabalhadores dos BC (n=105). Londrina – PR, 2004. 77
- TABELA 3** – Distribuição da amostra estudada, de acordo com as categorias profissionais contratadas e os hospitais de origem (n=104). Londrina – PR, 2004. 79
- TABELA 4** – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos BC de acordo com a categoria profissional as quais pertencem e os hospitais de origem (n=105). Londrina –PR, 2004. 80
- TABELA 5** - Distribuição da amostra estudada, segundo aspectos relacionados à atuação no BC (n=105). Londrina – PR, 2004. 81
- TABELA 6** – Atividades desenvolvidas predominantemente no BC de acordo com as categorias profissionais de enfermagem contratadas. (n=105). Londrina – PR, 2004. 83
- TABELA 7** – Distribuição dos valores, total e dos itens, da Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan entre os profissionais de enfermagem (n=104). Londrina – PR, 2004. 85
- TABELA 8** – Distribuição dos valores totais da Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan, segundo as categorias profissionais da enfermagem (n=103). Londrina – PR, 2004. 86
- TABELA 9** – Distribuição dos valores dos itens da Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan, segundo as categorias enfermeiro e não enfermeiro (n= 103). Londrina – PR, 2004. 88
- TABELA 10** – Distribuição das freqüências de respostas para os profissionais de enfermagem do BC para os itens que mensuram *Remuneração* (n=103). Londrina – PR, 2004. 93
- TABELA 11** – Distribuição das freqüências de respostas para os profissionais de enfermagem do BC para os itens que mensuram *Status Profissional* (n=103). Londrina – PR, 2004. 94
- TABELA 12** – Distribuição das freqüências de respostas para os profissionais de enfermagem do BC para os itens que mensuram *Autonomia* (n=103). Londrina – PR, 2004. 95
- TABELA 13** – Distribuição das freqüências de respostas para os profissionais de enfermagem do BC para os itens que mensuram *Normas Organizacionais* (n=103). Londrina – PR, 2004. 96
- TABELA 14** – Distribuição das freqüências de respostas para os profissionais de enfermagem do BC para os itens que mensuram *Requisitos do Trabalho* (n=103). Londrina – PR, 2004. 97
- TABELA 15** – Distribuição das freqüências de respostas para os profissionais de enfermagem

do BC para os itens que mensuram <i>Interação</i> (n=103). Londrina – PR, 2004.	98
TABELA 16 – Estatística descritiva da Escala de Atitude do ISP para a amostra total e por grupos (enfermeiros e não enfermeiros) (n=102). Londrina – PR, 2004.	100
TABELA 17 – Estatística descritiva dos componentes da Escala de Atitude do ISP para os profissionais de enfermagem do BC (n=103). Londrina – PR, 2004.	101
TABELA 18 – Estatística descritiva do total da Escala de Atitude do ISP de Stamps, segundo as categorias profissionais do BC (n=102). Londrina – PR, 2004.	102
TABELA 19 – Frequência de respostas para os componentes do ISP de Stamps para o grupo de enfermeiros e não enfermeiros do BC (n=102). Londrina – PR, 2004.	104
TABELA 20 – Coeficiente de Correlação de Spearman entre o escore dos componentes do ISP, EAQVF e o Escore Total do ISP, para os trabalhadores do BC (n=103). Londrina-PR, 2004.	115
TABELA 21 – Coeficiente de Correlação de Spearman entre o ISP total e o ISP para os componentes que compõe a escala de atitudes, para enfermeiros do BC (n=12). Londrina -PR (2004).	116
TABELA 22 – Coeficiente de Correlação de Spearman entre o ISP total e o ISP para os componentes que compõe a escala de atitudes, para não enfermeiros do BC (n=90). Londrina -PR (2004).	117
TABELA 23 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre ISP total, EAQVF e variáveis sociodemográficas (número de filhos, salário e idade) dos trabalhadores do BC. Londrina – PR, 2004.	118

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1** – *Boxplots* dos grupos enfermeiro e não enfermeiro segundo o valor total da Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan (EAQVF). 87
- GRÁFICO 2** – *Boxplots* dos grupos solteiro, casado, separado e viúvo segundo o valor total da Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan (EAQVF). 90
- GRÁFICO 3** – *Boxplots* dos grupos feminino e masculino segundo o valor total da Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan (EAQVF). 91
- GRÁFICO 4** – *Boxplots* dos grupos profissionais segundo o valor total da Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan (EAQVF). 92
- GRÁFICO 5** – *Boxplots* dos grupos referentes à área de atuação no BC segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP). 106
- GRÁFICO 6** – *Boxplots* dos grupos referentes ao horário de trabalho segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP). 107
- GRÁFICO 7** – *Boxplots* dos grupos relacionados ao período em que trabalha segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP). 108
- GRÁFICO 8** - *Boxplots* dos grupos relacionados ao tempo de atuação no BC segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP). 108
- GRÁFICO 9** - *Boxplots* dos grupos relacionados à existência de contrato de trabalho em outra instituição segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP). 109
- GRÁFICO 10** - *Boxplots* dos grupos relacionados às atividades realizadas no BC segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP). 110
- GRÁFICO 11** - *Boxplots* dos grupos solteiro, casado, separado e viúvo segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP). 111
- GRÁFICO 12** - *Boxplots* dos grupos feminino e masculino segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP). 112
- GRÁFICO 13** - *Boxplots* dos grupos referentes à formação profissional segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP). 113

LISTA DE FIGURA

FIGURA 1 – Distribuição das médias dos itens da EQVF para os profissionais de enfermagem do BC (n=103). Londrina – PR, 2004. 89

FIGURA 2 - Diagrama de dispersão dos escores da EAQVF e do ISP obtido pelos profissionais de enfermagem atuantes no BC (n=103). Londrina – PR, 2004. 114

RESUMO

SCHMIDT, D.R.C. **Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do Bloco Cirúrgico**. 2004. 185p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

A hipótese principal testada nesse estudo foi que a qualidade de vida do indivíduo está diretamente correlacionada com a qualidade de vida no trabalho, ou seja, quanto maior a qualidade de vida no trabalho, maior a qualidade de vida. O objetivo geral foi avaliar e correlacionar as variáveis *qualidade de vida* e *qualidade de vida no trabalho* de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do Bloco Cirúrgico de quatro hospitais da cidade de Londrina – PR. Trata-se de um estudo descritivo e correlacional, do tipo corte transversal do qual participaram 105 trabalhadores. A coleta de dados foi realizada com a utilização de três questionários: caracterização sociodemográfica, Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan e o Índice de Satisfação Profissional de Stamps. Ambos os instrumentos foram usados nas versões adaptadas para o português e mostraram valores do alfa de Cronbach de 0,81 para as duas escalas, o que indica a confiabilidade das mesmas na população estudada. Dos participantes, a maioria era do sexo feminino (82,9%) e casado (62,9%). Quanto à caracterização profissional, 12 eram enfermeiros, um técnico, 73 auxiliares e 18 atendentes que atuavam em Centro Cirúrgico (55,2%), Central de Material e Esterilização (33,3%) ou em ambos locais (11,5%). O tempo médio de atuação nas instituições foi de 9,82 anos (intervalo de seis meses a 29 anos). Os resultados relacionados à qualidade de vida nos quais, em um intervalo possível de 16 a 112, quanto maior o valor, maior a satisfação com a vida, obtivemos uma mediana de 77 e média de $77,2 \pm 10,5$. A média de todos os 16 itens foi de $4,83 \pm 0,65$ (resultado avaliado entre nem insatisfeito/nem satisfeito e satisfeito). O item de menor satisfação foi *atividades recreacionais e esportivas* e o de maior satisfação *relacionamento com amigos*. No que se refere à qualidade de vida no trabalho, os valores obtidos variaram entre 114 a 227 (intervalo possível de 44 a 308), sendo que quanto maior o

valor, maior a satisfação com o trabalho. A média obtida foi de $169,7 \pm 25,9$ e a mediana de 170. O valor médio obtido para os 44 itens foi de 3,85, mostrando que os trabalhadores estavam entre insatisfeitos e nem satisfeitos/ nem insatisfeitos com os aspectos abordados pelo instrumento de qualidade de vida no trabalho. Entre os seis domínios avaliados pelo instrumento, obtivemos que a *Remuneração* foi considerada como fonte de menor satisfação entre os trabalhadores, enquanto o domínio *Status* profissional, o de maior satisfação. Para testar a correlação entre as variáveis QV e QVT usamos o teste não paramétrico de Spearman e obtivemos um valor de 0,17 ($p=0,07$). Assim, constatamos que não houve correlação entre as variáveis, o que não comprovou a nossa hipótese inicial.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Qualidade de Vida no Trabalho; Enfermagem; Enfermagem Cirúrgica.

ABSTRACT

SCHMIDT, D.R.C. **Quality of life and work quality of life among nursing professionals active in surgical settings.** 2004. 185p. Dissertation (Master's degree) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

The hypothesis tested in this study was that the quality of life of a person is directly correlated to the quality of life at work. Therefore, the better the quality of life at work, better will be the quality of life. The general aim was to evaluate and correlate the variables quality of life at work among nursing professionals working at the surgical unit of four hospitals located in the city of Londrina, state of Paraná. This is a descriptive and correlational study, of the cross sectional type, with a sample of 105 professionals. Data were collected through a questionnaire containing Flanagan's Adapted Quality of Life Scale and Stamps' Index of Work Satisfaction. Both instruments were used in their versions adapted to Portuguese and showed values of Cronback alpha of 0.81 for both scales, indicating their reliability in the population studied. Among the participants, the majority were women (82.9%) and married (62.9%). With respect to professional characterization, 12 were nurses, 1 technician, 73 auxiliaries and 18 aids who worked at the Surgical Unit (55.2%), Sterilization and Material Unit (33.3%) or both (11.5%). The average time of work at the institutions was of 9.82 years (interval between six months and 29 years). Considering the results related to the quality of life in which, in a possible interval of 16 to 112 years, greater the value, greater will be life satisfaction, the author found a median of 77 and average of 77.2 ± 10.5 . The average of all the 16 items was of 4.83 ± 0.65 (results evaluated between neither satisfied nor dissatisfied and satisfied). The item with lower satisfaction level was related to recreational and sports activities and the one with higher satisfaction rate was relationship with friends. Regarding quality of life at work, values varied between 114 and 227 (possible range of 44 to 308), considering that greater the value, greater will be the work satisfaction. The average was of 169.7 ± 25.9 and the median of 170. The average value obtained for the 44 items was of 3.85,

showing that workers were dissatisfied and neither satisfied nor dissatisfied with the aspects mentioned in the instrument on quality of life at work. Among the six domain evaluated by the instrument, the author found that remuneration was considered the source of lower satisfaction among workers, while the domain professional status was the one with higher satisfaction level. In order to test the correlation between the two variables, the Spearman non parametric test was applied and the author found a value of 0.17 ($p=0.07$). Thus, there were no correlation among the variables and the initial hypothesis was not confirmed.

Key-words: Quality of life; Work Quality of Life; Nursing; Operating Room Nursing.

RESUMEN

SCHMIDT, D.R.C. **Calidad de vida y Calidad de vida en el trabajo entre profesionales de enfermería actuantes en unidades quirúrgicas.** 2004. 185p.   Disertación (Mestrado) – Escola de Enfrmagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

La hipótesis testada en ese estudio fue de que la calidad de vida del individuo está directamente correlacionada con la calidad de vida en el trabajo, o sea, cuanto mayor la calidad de vida en el trabajo, mayor la calidad de vida. El objetivo general fue evaluar y correlacionar las variables calidad de vida y calidad de vida en el trabajo entre profesionales de enfermería que trabajan en las Unidades de Cirugía de cuatro hospitales de la ciudad de Londrina – PR. Se trata de un estudio descriptivo y correlacional, del tipo transversal de lo cual participaron 105 profesionales. La recolección de datos ocurrió a través de cuestionarios conteniendo la Escala Adaptada de Calidad de Vida de Flanagan y el Índice de Satisfacción en el Trabajo de Stamps. Ambos los instrumentos fueron usados en las versiones adaptadas para el portugués y mostraron valores de alfa de Cronbach de 0,81 para las dos escalas, lo que indica la confiabilidad de las mismas en la población estudiada. De los participantes, la mayoría era del sexo femenino (82,9%) y casada (62,9%). Cuanto a la caracterización profesional, 12 eran enfermeros, 1 técnico, 73 auxiliares y 18 atendentes que actuaban en Centro de Cirugía (55,2%), Central de Materiales y Esterilización (33,3%) o en ambos locales (11,5%). El tiempo médio de actuación en las instituciones fue de 9,82 anos (intervalo entre 6 meses y 29 años). Los resultados relacionados a la calidad de vida en los cuales, en un intervalo posible entre 16 y 112, cuanto mayor el valor, mayor la satisfacción con la vida, fue obtenida una mediana de 77 y média de $77,2 \pm 10,5$. La média de todos los 16 ítemes fue de $4,83 \pm 0,65$ (resultado evaluado entre ni insatisfecho/ni satisfecho y satisfecho). El ítem de menor satisfacción fue *actividades recreacionales y deportivas* y el de mayor satisfacción *relacionamiento con amigos*. En lo que se refiere a la calidad de vida en el trabajo, los valores obtenidos variaron entre 114 y 227 (range posible entre 44 y 308), siendo que cuanto mayor el

valor, mayor la satisfacción con el trabajo. La média obtenida fue de $169,7 \pm 25,9$ y la mediana de 170. El valor médio obtenido para los 44 ítemes fue de 3,85, mostrando que los trabajadores estaban entre insatisfechos y ni satisfechos/ ni insatisfechos con los aspectos abordados por el instrumento de calidad de vida en el trabajo. Entre los seis dominios evaluados por el instrumento, obtuvimos que la *Remuneración* fue considerada como fonte de menor satisfacción entre los trabajadores, encunto el domínio *Status* profesional el de mayor satisfacción. Para testar la correlación entre las dos variables usamos el teste no paramétrico de Spearman y obtuvimos un valor de 0,17 ($p=0,07$). Así, constatamos que no hay correlación entre las variables y que no fue comprobada la hipótesis inicial.

Palabras-clave: Calidad de vida; Enfermería; Enfermería Quirúrgica; Calidad de vida en el trabajo.

1. INTRODUÇÃO

Ao iniciarmos nossa atividade como enfermeira do BC em 1991, encontramos um grupo de trabalhadores com vários anos de atuação nesta unidade, inclusive, alguns, muito próximos à aposentadoria. Este aspecto refletia-se em cansaço e em pouca disponibilidade para mudança. Por outro lado, os trabalhadores com menos tempo de atuação na unidade, apresentavam-se motivados e encorajados a buscar novos conhecimentos e crescimento profissional.

Percebemos, então que o perfil desses trabalhadores, aos poucos foi se modificando, em decorrência da exigência de níveis mais elevados de conhecimento, sobretudo em aspectos relacionados à crescente complexidade dos procedimentos cirúrgicos, que se utilizavam cada vez mais da tecnologia para uma terapêutica eficaz.

Isso fez com que o interesse pelo tema “Qualidade de Vida e Qualidade de Vida no Trabalho” entre os profissionais da enfermagem do Bloco Cirúrgico (BC) fosse ocorrendo ao longo de nossa experiência profissional, tanto no campo da assistência, como na área da docência.

A complexidade do trabalho no BC, representada pela instrumentação cirúrgica, pela crescente utilização de equipamentos, procedimentos e tecnologias de alta densidade, como cirurgias vídeo laparoscópicas e estereotáxicas, retirada de múltiplos órgãos e transplantes, entre outras; pelos riscos físicos, químicos, psicossociais, biológicos e pela automação dos processos de limpeza, preparo e esterilização dos materiais na Central de Materiais e Esterilização (CME), exigiram da equipe de enfermagem destas unidades, maior qualificação, diferenciando-a dos demais trabalhadores do hospital.

No entanto, toda a incorporação de novos meios de trabalho, como os relacionados anteriormente, pode acarretar consequências para os trabalhadores, que no nosso

entendimento estavam relacionados à insatisfação no trabalho, percebida nesse grupo de profissionais.

Embora existissem aspectos positivos na organização do trabalho do BC, percebemos também, que essas unidades preservavam normas rígidas, contidas nos seus regimentos e que mantinham os trabalhadores presos a uma administração burocrática e submissos a outros profissionais.

Para Santos (1999)*, uma política organizacional rígida, dificulta o livre fluxo de comunicação ou impede o acesso aos níveis mais elevados na hierarquia de comando, impedindo a participação de todos os trabalhadores na tomada de decisões. Não é difícil encontrarmos organizações onde há uma grande distância entre a administração e os problemas do serviço de enfermagem.

Deparamos também, com normas de trabalho normalmente de caráter proibitivo que eram percebidas como necessárias por alguns trabalhadores e ultrapassadas por outros, o que do ponto de vista do enfermeiro coordenador da unidade, poderia estar influenciando as características profissionais daquele grupo.

Neste primeiro momento já havia a nossa preocupação com as repercussões destes aspectos na vida profissional dos trabalhadores e após alguns anos de experiência nessa área levantamos outros aspectos que estariam influenciando a satisfação profissional, como por exemplo, a autonomia, os tipos de atividades desenvolvidas como parte regular do trabalho, a falta de reconhecimento profissional, a baixa remuneração, a fragmentação do serviço, as condições inadequadas de trabalho, inclusive os riscos a que estão submetidos os trabalhadores, entre outros.

Quanto à autonomia, Lima (1998) refere que, em vários momentos os enfermeiros têm limitações no seu cotidiano, atribuídas principalmente à dependência ao trabalho médico e ao

---

* Citação no texto e referências segundo Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) - 2004

lugar social que a enfermagem ocupa nessa relação. Isso se explica, pois no modelo clínico de atenção à saúde, dá-se prioridade ao diagnóstico da doença e à terapêutica, cuja responsabilidade é do médico, o que determina uma linha de autoridade deste em relação aos demais profissionais.

Para Lima (1998), o pessoal de enfermagem apresenta-se muitas vezes insatisfeito com a sua situação profissional, devido em grande parte à submissão ao saber médico, às decisões do corpo administrativo e à pouca autonomia que têm no desenvolvimento do trabalho e na tomada de decisões.

O enfermeiro, ocupando uma posição mais favorável em relação aos demais membros da equipe de enfermagem, no que se refere à autonomia, passou a gerenciar sua equipe, voltando-se ao serviço de supervisão e organização da unidade, enquanto que sua função junto ao paciente foi sendo ocupada pelos técnicos e ou auxiliares de enfermagem.

Corroborando esta afirmativa, Jouclas (1987) destaca que, em Centro Cirúrgico (CC), o enfermeiro vem ocupando a posição gerencial, exercendo a função de supervisor do pessoal de enfermagem, enquanto as atividades diretamente relacionadas ao cuidado são executadas pelos técnicos, auxiliares de enfermagem e mesmo pelos atendentes, sendo raramente auxiliados pelos enfermeiros, que somente comparecem à sala de cirurgia quando solicitados.

Santos (1999) enfatiza que o enfermeiro envolvido no gerenciamento das ações de enfermagem, com pouca autonomia e pouca resolutividade para aspectos básicos, como o atendimento das necessidades do paciente, atendimento de suas próprias necessidades de realização no trabalho e no desenvolvimento de sua equipe, vem tornando-se mais insatisfeito com sua atividade profissional e externando este sentimento com atitudes autocráticas, comportamento mal humorado e estressado.

Em relação à fragmentação do trabalho, no qual alguns membros da equipe detêm o trabalho intelectual e os demais o trabalho manual, o trabalhador não se sente responsável pelo seu ofício, o que o leva à alienação e à despersonalização (FREITAS; ALVES; PEIXOTO, 1996).

O trabalhador, ao ocupar um cargo na organização, ou ao desempenhar uma função, encontra a sua espera uma série de tarefas que devem ser cumpridas, ao mesmo tempo em que lhe é indicado os objetivos e os meios com os quais deverá trabalhar, ou seja, as tarefas já estão determinadas, restando-lhe apenas executá-las.

Para Lunardi Filho (1997), a organização do trabalho autoritária, rígida e imutável, impossibilita o seu rearranjo pelo trabalhador, ou seja, quando o mesmo não pode trabalhar conforme suas afinidades e habilidades, conduz ao um aumento na carga psíquica, que não acha descarga no exercício profissional, resultando em sentimento de desprazer, fadiga e tensão.

Apesar de percebermos algumas condições do trabalho dos profissionais da enfermagem do BC, marcadas pela sobrecarga funcional, pelo desgaste emocional, em decorrência das situações críticas pelas quais passam os seres humanos, como a doença e a morte; pela falta de recursos humanos, rotatividade elevada, assim como por outros aspectos já mencionados anteriormente, chamou-nos a atenção o fato dos mesmos trabalhadores, aparentemente, apresentarem-se satisfeitos com o trabalho que realizavam.

Desta forma, a satisfação no trabalho, em nosso estudo foi utilizada como um indicador de Qualidade de Vida no Trabalho. O estudo estendeu-se para a análise da Qualidade de Vida, uma vez que, para nós, um indivíduo não pode ser separado do seu ambiente social e estudado isoladamente.

1. 1. JUSTIFICATIVA

Consideramos relevante investigar a Qualidade de Vida e a Qualidade de Vida no Trabalho entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, por acreditarmos que trabalhos desta natureza podem fornecer subsídios para a gestão de recursos humanos, para a implementação de intervenções que visem, a melhoria da Qualidade de Vida dos profissionais de enfermagem, seja no âmbito pessoal ou do trabalho e, conseqüentemente, a melhoria da assistência de enfermagem por eles desenvolvida.

Outros aspectos importantes para justificar a execução deste estudo são apresentados a seguir:

- estudos desta natureza são restritos, principalmente envolvendo toda a equipe de enfermagem;
- podemos, por meio desta pesquisa, contribuir para o desenvolvimento do conhecimento sobre as peculiaridades do trabalho dos profissionais da enfermagem e,
- contribuir para ampliar o conhecimento sobre as temáticas: Qualidade de Vida e Qualidade de Vida no Trabalho.

1. 2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DA ENFERMAGEM E O TRABALHO DA ENFERMAGEM NO BLOCO CIRÚRGICO

A enfermagem moderna nasceu como profissão a partir de Florence Nightingale na segunda metade do século XIX. Florence considerava que a enfermeira deveria ser delicada e recatada, observadora, sagaz e discreta, sóbria e honesta, religiosa e devotada. A mesma enfatizou conceitos de ser humano e meio ambiente, destacando os benefícios e o cuidado relacionado com ventilação, luz, calor, dieta, silêncio, condições sanitárias, como elementos-chave de saúde e cuidado (NIGHTINGALE, 1989).

A enfermagem profissional também foi definida, desde o início, como uma profissão feminina, cujo fazer estava centralizado no cuidar, em oposição ao tratar que caracterizava a Medicina Científica, que era representada como profissão masculina (MEYER, 2002).

Ainda hoje, muitas vezes quando se fala em enfermagem, nos vem à mente a presença feminina, carinhosa, discreta e subordinada, com o dom para a profissão predestinado por Deus.

Lima (1998) refere que o trabalho de Florence Nightingale respondeu a um projeto político-social nas transformações que ocorreram com o surgimento do capitalismo na segunda metade do século XIX, na Inglaterra. A partir deste período, a situação de insalubridade dos hospitais também começou a se modificar por meio do estabelecimento da bacteriologia por Pasteur e dos conceitos de assepsia de Lister.

O hospital começou a transformar-se em local de cura, onde o médico exercia seu trabalho sobre a doença e o doente, buscando restituir-lhe a saúde. Assim as práticas médicas e de enfermagem, antes independentes, encontraram-se, a partir daí, no mesmo espaço (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

A enfermagem se institucionalizou devido à necessidade de reestruturação dos hospitais, desenvolvendo atividades de organização do espaço do doente. A gênese da enfermagem moderna ocorreu no mesmo movimento social de transformação do hospital e do nascimento da clínica, acompanhando as transformações na organização do conhecimento e da prática médica. Instituiu-se, a partir de então, o treinamento dos trabalhadores de enfermagem, com o propósito de normatização e regulamentação tanto do hospital como dos recursos humanos (LIMA, 1998).

Bellato; Pasti; Takeda (1997) afirmam que a enfermagem caracterizou-se, desde seu surgimento, pela divisão técnica do trabalho, onde as “*ladies nurses*” encarregavam-se da administração da enfermagem e as “*nurses*” ficavam responsáveis pelo cuidado. A grande demanda de pacientes e de cuidados a serem prestados, somados ao número excessivo de trabalhadores sem preparo, desencadeou a necessidade de estratégias de instrução aos trabalhadores, nas quais a técnica era transmitida em todas as suas etapas, porém, desprovida da necessidade da transmissão da fundamentação científica para a execução dos procedimentos. Assim, o cuidado de enfermagem, que anteriormente era executado de forma integral por uma pessoa, mesmo que leiga, passa a ser fragmentado em técnicas ou tarefas, que vão embasar o desenvolvimento da prática de enfermagem denominada de método funcional.

No método de organização do trabalho voltado para a função, os focos da atenção são as tarefas e os deveres a serem cumpridos, sendo a designação das atividades feita de acordo com o nível de competência dos agentes (LIMA, 1998).

A fragmentação do trabalho surgiu com o propósito de economizar tempo, material, movimento, energia e pessoal, principalmente nos estudos de Taylor sobre gerência científica na indústria norte-americana, com o intuito de se obter racionalidade e eficiência,

principalmente em ocupações ligadas diretamente à produção, mas atingiu também as organizações de prestação de serviços, como os hospitais (LIMA, 1998).

Na década de 40, segundo Freitas; Alves; Peixoto (1996), surge o trabalho em equipe, como uma crítica à modalidade funcional. Na modalidade do trabalho em equipe, um grupo de profissionais atua em conjunto para promover cuidados de enfermagem a um grupo de pacientes, sob a coordenação de um enfermeiro, que é o responsável pelo trabalho realizado.

O planejamento, a direção e a supervisão da assistência são competência do enfermeiro e a execução do cuidado é distribuída entre os demais membros da equipe de enfermagem (LIMA, 1998).

Para Almeida; Rocha (1986), as formas de organização do trabalho de enfermagem, que distribuem as atividades entre os trabalhadores, como é o caso do método funcional e do trabalho em equipe, estão embasadas nos princípios da divisão do trabalho, com a existência do trabalho intelectual e do trabalho manual.

A divisão do trabalho na enfermagem tem sido ainda adotada pela maioria das instituições brasileiras, frente às dificuldades encontradas, principalmente no que tange ao número reduzido de trabalhadores de enfermagem nos hospitais.

Porém, atualmente, o trabalho na enfermagem pode ser distribuído utilizando-se a modalidade funcional, o cuidado integral ou global, trabalho em equipe e o “*Primary Nursing*,” de acordo com critérios, como a disponibilidade de recursos humanos, físicos e materiais, entre outros (MAGALHÃES; JUCHEM, 2000).

Essas autoras destacam o “*Primary Nursing*” como um meio de resgatar a relação do enfermeiro com o paciente, com um modelo de cuidado centrado no enfermeiro e não na equipe de enfermagem. No “*Primary Nursing*” a avaliação e a elaboração de um plano de cuidados são de responsabilidade de um único enfermeiro. O enfermeiro principal é a

referência do paciente e de seus familiares durante a internação, e é com ele que o paciente tem maior vínculo, estabelecendo-se, assim, uma relação mais próxima entre ambos.

Outro fator relacionado às condições de trabalho da enfermagem, além dos modelos de trabalho existentes, é a existência de categorias dentro da enfermagem. Para Amarante (1999), esta divisão em categorias estabelece também uma “...cisão entre o trabalho intelectual e manual, resultando no distanciamento do enfermeiro do paciente e da prática de cuidados diretos ao mesmo...” Para a autora, o modelo funcional, adotado no processo de trabalho da enfermagem, deixa mais caracterizado o papel das categorias auxiliares do que do enfermeiro.

A Lei do Exercício Profissional (Lei no. 7.498, de 25 de junho de 1986) dispõe sobre o exercício da enfermagem, regulamenta e determina as funções que as categorias da enfermagem devem executar, sendo que, ao enfermeiro compete privativamente direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica do serviço de saúde e chefia do serviço ou unidade de enfermagem, organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação de assistência de enfermagem, auditoria, consultoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, cuidado direto a pacientes graves com risco de vida e cuidado de maior complexidade técnica que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões rápidas, entre outros.

Ao técnico de enfermagem é atribuído executar tarefas auxiliares de nível médio técnico, basicamente cabe-lhe assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de enfermagem, prestação de cuidados diretos aos pacientes, controle de doenças transmissíveis em geral, prevenção e controle de infecção hospitalar, execução de programas de saúde e de atividades de assistência exceto as privativas do enfermeiro.

Ao auxiliar de enfermagem compete tarefas de nível médio atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe preparar o paciente para consultas, exames, tratamentos, curativos, medicação, oxigenoterapia, coleta de material para exames laboratoriais, prestar cuidados de enfermagem no pré, trans e pós-operatório, executar atividades de desinfecção, esterilização, prestar cuidados de higiene, conforto, alimentação ao paciente e zelar por sua segurança, zelar pelos materiais e equipamentos, participar de atividades de educação em saúde, auxiliar o enfermeiro e o técnico de enfermagem na execução de programas de educação em saúde, participar do procedimento pós-morte (COREN-SP, 2004).

O atendente não foi contemplado pela Lei do Exercício Profissional de 1986 por ser considerado um trabalhador sem formação específica para o exercício das atividades de enfermagem, sendo que o mesmo não pode mais ser contratado pelas instituições de saúde. A partir da aprovação desta lei e da Reforma Sanitária, com a reformulação do sistema de saúde, que se intensificaram os debates em torno da necessidade de profissionalização deste trabalhador (AGUIAR; SOARES, 2004).

No entanto, a aprovação da Lei no. 8.967, de 28 de dezembro de 1994, que altera a redação do parágrafo único do artigo 23 da Lei no. 7.498 de 1986, assegura aos atendentes de enfermagem, admitidos antes da vigência da Lei no. 7.498, o exercício das atividades elementares de enfermagem, observando que os mesmos não executem atividades relacionadas diretamente a assistência ao paciente (COREN-SP, 2004).

Porém, o que se pode observar até os dias atuais, é que aqueles atendentes que já atuavam dentro das instituições de saúde quando da aprovação da lei de 1986, continuam exercendo, muitas vezes, funções ligadas diretamente à assistência ao paciente, sem ter tido formação para tal. Por outro lado, encontramos também muitos trabalhadores desta categoria que já se profissionalizaram, inclusive com formação em técnico de enfermagem e que continuam contratados nos hospitais como atendentes.

No Brasil, isto ocorre porque, a força de trabalho em enfermagem tem um percentual de enfermeiros muito abaixo do ideal, não podendo se cumprir integralmente o que determina a Lei do Exercício Profissional. O que se pode observar com bastante frequência, são técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem realizando as mesmas atividades (MARZIALE, 1995, FREITAS; ALVES; PEIXOTO, 1996).

No estado do Paraná, o número estimado de profissionais que compõe a força de trabalho na enfermagem, segundo dados do COREN-PR (2004), é de 6.367 enfermeiros, 4.754 técnicos de enfermagem, 32.157 auxiliares de enfermagem e 5.740 atendentes. Sendo que na Região de Londrina, encontramos 1.478 enfermeiros, 475 técnicos de enfermagem, 5.844 auxiliares de enfermagem e 1.394 atendentes de enfermagem registrados.

Devido ao maior número de trabalhadores atuantes nas instituições hospitalares, Bulhões (1994) referiu uma grande preocupação com relação às más condições de trabalho, as doenças ocupacionais e acidentes, que atingem atendentes, auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros. Para Bulhões (1994), este assunto vem sendo discutido há décadas, inclusive por órgãos internacionais como a Organização Internacional do Trabalho (OIT).

No entanto, atualmente, as condições de trabalho do pessoal de enfermagem nos hospitais continuam sendo consideradas inadequadas e denunciadas frequentemente em todo o mundo, inclusive com repercussões destas para a qualidade da assistência de enfermagem prestada à comunidade (MARZIALE, 2001).

Entendendo que as condições de trabalho são constituídas por tudo aquilo que influencia o próprio trabalho, consideramos que a baixa remuneração dos trabalhadores de enfermagem, a falta de equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, a baixa perspectiva de ascensão na carreira e o desprestígio social, o relacionamento entre membros da equipe, a falta de autonomia, o excesso de trabalho, a obediência às normas organizacionais e políticas

da instituição, o dimensionamento inadequado de profissionais de enfermagem, o ambiente físico, os riscos ocupacionais, somados à fragmentação do trabalho e à divisão da enfermagem por categorias, são aspectos que repercutem nas condições de trabalho e, conseqüentemente, na qualidade de vida no trabalho da enfermagem.

Marziale (1995) refere em seu estudo sobre condições ergonômicas de trabalho do pessoal de enfermagem que as condições de trabalho deste grupo de profissionais, além de ocasionar problemas na qualidade do trabalho, também afetam a qualidade de vida dos trabalhadores.

As condições insatisfatórias de trabalho têm como conseqüência a perda da capacidade laboral do trabalhador, em sua totalidade, assim como podem ocasionar doenças ocupacionais ou acidentes de trabalho que levam ao afastamento temporário ou permanente do trabalhador de suas atividades habituais (AMARANTE, 1999).

Os riscos em ambiente de trabalho são contemplados na Portaria No. 5 de 17 de Agosto de 1992, do Ministério do Trabalho. À Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) cabe a confecção do “Mapa de Riscos”, com o auxílio do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), cujo objetivo é fazer uma representação gráfica do reconhecimento dos riscos existentes nos diversos locais de trabalho (AMARANTE, 1999).

Quanto aos riscos ocupacionais, Bulhões (1994) e Marziale (1995) enfatizam que no ambiente hospitalar há uma série de riscos decorrentes dos agentes biológicos, físicos, psicossociais, químicos e ergonômicos.

Segundo Bulhões (1994), os fatores de risco biológico, físico e químico presentes no ambiente hospitalar, são os principais caracterizadores da insalubridade e da periculosidade deste setor e quando não devidamente controlados podem causar inúmeros acidentes e doenças profissionais ou do trabalho.

Além dos aspectos já descritos sobre as condições laborais dos trabalhadores de enfermagem, constatamos que o constante avanço tecnológico no setor saúde tem causado grande impacto na vida desses trabalhadores, pois o fluxo de informações originado pelo desenvolvimento tecnológico transformou o processo de trabalho e em muitos casos potencializou a carga de trabalho, ocasionando riscos para a saúde física e mental dos trabalhadores (MEYER, 2002).

Em relação à tecnologia, Meyer (2002) refere que, durante a evolução histórica da enfermagem, a oposição entre cuidar e tratar pretendia permitir a diferenciação da Enfermagem em relação à Medicina, no processo de legitimação e construção de um campo de saber/fazer específicos na área da saúde. Por outro lado, a introdução, o uso e o desenvolvimento de tecnologias cientificamente legitimadas, foram uma das dimensões que diferenciou a enfermagem das práticas leigas e religiosas que caracterizavam o cuidado no processo saúde/doença.

Assim, para esta autora, a tecnologia contribuiu para conferir a esta prática social, apresentada como um trabalho de mulheres voltado para o cuidado sistematizado, o estatuto de profissão socialmente reconhecida e regulada, com exigências específicas de formação.

Enfatizamos, no entanto, que atualmente em muitas situações, os profissionais de enfermagem se deparam com instrumentos e equipamentos altamente complexos e especializados, como os esterilizadores à baixa temperatura, esterilizadores *flash*, bisturi harmônico, equipamentos a laser, aparelhos para tomografia e ressonância magnética, microscópios e videolaparoscópios, entre outros, ao mesmo tempo em que, na maioria dos hospitais brasileiros, esses trabalhadores se deparam com o treinamento insuficiente quanto à utilização dos recursos tecnológicos disponíveis, com a freqüente falta de materiais, com a falta de manutenção adequada e com a improvisação.

No Bloco Cirúrgico, composto pelo Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização, o trabalho de enfermagem vem se tornando cada vez mais complexo e especializado, dadas às dimensões que envolvem o processo de cuidar, ao desenvolvimento tecnológico que surgiu nas últimas décadas e à necessidade de aprendizado quanto à utilização dos recursos tecnológicos disponíveis pela equipe de enfermagem destas unidades.

Meyer (2002) afirma que, a tecnologia pode ser interpretada como um produto ou artefato material usado para facilitar ou tornar mais eficientes as tarefas diárias, ou associada à informatização, à cibernética, à robótica, entre outros. Porém, quando se procura explorar a concepção de tecnologia, deixando esse conceito mais genérico e superficial, surge outra definição para o tema; esta fornece meios e condições para avaliar procedimentos, técnicas ou instrumentos já existentes, subsidiando o desenvolvimento de novos; a tecnologia seria uma instância através da qual se incrementa o conhecimento da enfermagem e se potencializa o grau de controle sobre a prática assistencial, no sentido de torná-la mais exata, mais eficaz e mais eficiente.

Nessa definição, a tecnologia implicaria em mais tempo e em melhores condições para qualificar a relação enfermeiro-usuário e, ainda, em aumento do reconhecimento social e da autonomia profissional do enfermeiro.

Porém para Meyer (2002), a tecnologia também pode ser considerada como uma barreira que impede a relação enfermeiro-usuário. Para esse conceito, a tecnologia é significada como intensificação do trabalho, como um mecanismo que coloca o manuseio e o controle de drogas, máquinas e equipamentos cada vez mais complexos, no centro da atenção da enfermagem. Nessa perspectiva, o desenvolvimento tecnológico levaria a enfermagem a desenvolver uma prática excessivamente centrada no diagnóstico e na intervenção, na qual o ser humano é traduzido apenas como informação.

A equipe de enfermagem atuante no Bloco Cirúrgico, envolvida tanto em questões administrativas como assistenciais, tenta conciliar humanização e tecnologia, integrando os recursos tecnológicos para a qualificação do atendimento ao ser humano (RIBEIRO et al., 1999).

A assistência de enfermagem no Bloco Cirúrgico, assim como nos demais setores do hospital, deve ser voltada ao paciente, de forma holística, pois este é a razão principal da existência do hospital.

1. 2. 1. O CENTRO CIRÚRGICO

O Centro Cirúrgico (CC), componente do Bloco Cirúrgico, caracteriza-se pela sua alta tecnologia e complexa organização. Seus primórdios podem ser encontrados no início do século XII no “*Hotel Dieu*”, de Paris, onde na divisão de certos serviços houve a destinação de um local reservado para as cirurgias (RIBEIRO, 1969).

A evolução dos cuidados em CC, no cenário nacional, baseava-se primeiramente na existência de um local onde as atividades cirúrgicas eram centralizadas, devido ao aumento da quantidade e complexidade dos procedimentos cirúrgicos, que até então eram realizados em algumas salas nos setores de internação, despreparadas tanto do ponto de vista material quanto do pessoal. Em algumas instituições iniciava-se a centralização das salas de operações, porém o CC, ainda responsabilizava-se pelo processamento dos materiais utilizados na assistência de enfermagem a todos os pacientes hospitalizados (JOUCLAS, 1987).

A mesma autora refere que os poucos enfermeiros disponíveis eram absorvidos em atividades administrativas em vários setores do hospital, enquanto que auxiliares ou atendentes treinados se responsabilizavam pela execução do trabalho de circulante de sala de operações.

Na década de 50 ainda se encontrava uma situação semelhante a essa descrita anteriormente, embora o CC já se constituísse em um departamento altamente especializado. Os anos 60 foram marcados pela grande preocupação com o paciente, tornando-o um ser holístico, que deveria ser assistido com todo respeito e dignidade. Assim, iniciou-se a discussão sobre a assistência de enfermagem no pré-operatório, com intuito de diminuir a ansiedade do paciente cirúrgico (JOUCLAS, 1987).

O final da década de 60 e início dos anos 70 correspondeu ao grande desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, ao mesmo tempo em que o CC se tornava uma unidade de alta tecnologia, necessitando estar preparado para o atendimento das mais variadas e diversificadas cirurgias. Ocorreu neste período a necessidade de separar os serviços de CC e CME, tornando-os organizacionalmente independentes (JOUCLAS, 1987).

A partir de 1970 houve a preocupação com a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem no CC, principalmente no que tange o relacionamento do enfermeiro com o paciente. A adequação da equipe de enfermagem também foi foco de estudos nesta época e até os dias atuais ainda é tema de interesse de pesquisas na área da enfermagem (AMARANTE, 1999).

Atualmente o CC é considerado uma área crítica, sendo uma unidade fechada, cujo projeto arquitetônico deve incorporar características que previnam ou controlem não somente os riscos de infecção, mas também os riscos de incêndio, explosão e riscos químicos (APECIH, 2003).

Os aspectos considerados quanto às condições ambientais da edificação no CC, são a racionalização dos espaços, a humanização, a segurança e os aspectos de conforto como a temperatura, luminosidade e a acústica. Para Amarante (2004), estes são os aspectos considerados principais para o conforto dos trabalhadores, mas também importantes para os pacientes.

As características da planta física desta unidade incluem, pisos e paredes lisos, não porosos, laváveis e resistentes ao fogo. Além disso, o piso deve ser anti-derrapante e as cores de revestimento claras e foscas. As portas devem ser amplas e conter visor, em altura adequada para os profissionais que atuam neste setor e de preferência de correr para evitar a turbulência de ar provocada pela oscilação das portas comuns (APECIH, 2003).

O sistema de ar condicionado central da unidade de CC deve ter controle da temperatura, umidade, pressão e filtração do ar. Temperaturas entre 21 a 24° C são recomendadas. Cada sala de cirurgia deve ter controle individual da temperatura para permitir adequação à necessidade de cada paciente e o conforto para a equipe cirúrgica. Deve haver controle da umidade relativa do ar entre 50 a 60% para reduzir o crescimento bacteriano no ambiente e suprimir a eletricidade estática. Recomenda-se sistema de pressão positiva, em relação às áreas adjacentes, mantendo um mínimo de 15 trocas de ar/ hora, sendo três com ar fresco, através de filtros apropriados, com introdução do ar pelo teto e exaustão pelo chão e com nível sonoro mínimo (APECIH, 2003, LACERDA, 2003).

A ausência de sistema de ar condicionado ou seu mau funcionamento em sala de operações sem aberturas para o ambiente externo implica, em muitos casos, na suspensão de procedimentos cirúrgicos. Isto porque a ausência de ventilação adequada e de troca de ar em um ambiente onde há grande número de pessoas acarreta sua contaminação progressiva com microorganismos endógenos, sendo prejudicial tanto para o paciente, podendo causar infecção do sítio cirúrgico, quanto para os profissionais da equipe de saúde, podendo acarretar doenças ocupacionais, pela falta de exaustão dos gases anestésicos (LACERDA,2003).

No entanto, esta não é a realidade na maioria dos hospitais do Brasil, o que nos causa preocupação tanto do ponto de vista do bem estar dos pacientes quanto dos profissionais. O que encontramos na maioria das vezes é um CC equipado com ar condicionado doméstico,

sem controle adequado de temperatura e umidade, pisos inadequados e planta física muito antiga e que foi sendo adaptada para as necessidades deste setor.

A unidade de CC é dividida em três áreas, a saber: irrestrita, onde os profissionais podem utilizar roupas comuns e circular sem limitações, tais como os vestiários. Semi-restritas, onde se utiliza roupa privativa e gorro, tais como corredores, secretaria, copa, sala de estar, de chefia de enfermagem e médica, entre outras e a área restrita, que se constituem das salas cirúrgicas, nas quais a utilização de roupa privativa, incluindo máscara facial, é obrigatória. É importante que todos os profissionais que circulam no CC saibam evidenciar tais áreas para a adequada manutenção do fluxo de trabalho (APECIH, 2003).

A limpeza deste ambiente deve ser criteriosa, sendo realizada antes do início da primeira cirurgia do dia, durante o procedimento cirúrgico, após o término de cada cirurgia e ao final da última cirurgia programada do dia (APECIH, 2003). Apesar das controvérsias sobre o uso de soluções desinfetantes ou de detergentes na limpeza de superfícies, o que vale ressaltar do ponto de vista do trabalho da enfermagem, é que estes tipos de limpeza são realizados pelos profissionais de enfermagem, que incorporam em suas atividades diárias, rotinas exaustivas e consideradas pesadas.

Os profissionais do CC devem utilizar as roupas privativas, citadas anteriormente, como calça e camisa de algodão, colocadas antes de adentrarem no BC, com o objetivo de prevenir a dispersão das bactérias no ar. A máscara deve ser utilizada durante todo o procedimento cirúrgico para prevenir contaminação da incisão, pois se acredita que as gotículas exaladas podem contaminar a ferida cirúrgica e conseqüentemente causar infecção, apesar de nem todas as gotículas expelidas conterem bactérias (APECIH, 2003).

Destaca-se também a importância da utilização da máscara devido ao risco para o profissional da saúde se expor a sangue ou a outros fluidos corporais. Além disso, os

profissionais devem utilizar óculos de proteção, para prevenir os mesmos riscos citados e que podem causar doenças ocupacionais.

A utilização dos propés pelos profissionais que atuam no CC é bastante controversa, pois não há comprovação da eficácia dos mesmos na prevenção ou redução das infecções do sítio cirúrgico. Porém, o seu uso pode proteger a equipe cirúrgica do derramamento de sangue e outros fluidos corporais durante o procedimento cirúrgico. É fundamental a conscientização dos profissionais de saúde quanto ao uso correto dos propés, não utilizando os mesmos como substitutos dos sapatos, o que poderia ocasionar acidentes de trabalho e doenças ocupacionais (APECIH,2003).

Existem poucas informações acerca da utilização do gorro na prevenção de infecção do sítio cirúrgico, porém no mínimo ele previne que o cabelo caia dentro da ferida cirúrgica e que respingos de sangue atinjam os profissionais que atuam em sala de cirurgia.

Sob a ótica da administração, Avelar (1994) descreve o CC com um enfoque sistêmico, dentro do macro-sistema organizacional. Neste macro-sistema, o CC é apresentado como um sistema composto dos seguintes sub-sistemas: metas e valores, tecnológico, psicossocial, estrutural e sub-sistema administrativo.

Por meio do desenvolvimento adequado desses sub-sistemas, os pacientes são escalados para cirurgias, encaminhados para as salas cirúrgicas, anestesiados, operados por uma equipe cirúrgica, a qual dispõe de materiais, instrumentais e equipamentos necessários à manutenção da vida dos pacientes (Salzano, 1984).

Segundo Amarante (1999), o CC é o ambiente adequado para a realização do ato operatório, com a minimização de riscos à saúde dos pacientes. Em decorrência do trauma que sofrem ao serem submetidos a uma cirurgia, essa área necessita de pessoal qualificado e tecnologia apropriada para a realização e suporte desse trabalho.

Para Avelar (1994), o sub-sistema metas e valores é representado pela filosofia do CC. Segundo a autora, este sub-sistema estabelece os padrões de valores que devem fixar a orientação básica para o desenvolvimento operacional do CC e determinar as linhas norteadoras para a atuação e tomada de decisão.

Quanto ao sub-sistema tecnológico, Avelar (1994) refere que o mesmo é apresentado sob dois aspectos: o físico, que inclui equipamentos, materiais, aparelhos, dispositivos, instrumentos, área física e outros; e o intelectual, representado pelos conhecimentos e acúmulo de saber referente às transformações nesta área.

A constante evolução tecnológica, provoca repercussões importantes no sistema CC. Para Cruz (1995) a tônica das discussões em todas as áreas, especialmente neste setor, é a melhoria da qualidade. Isso porque o homem com sua capacidade de criar, adaptar, modificar e associar instrumentos cada vez mais eficazes, vem promovendo condições para seu bem estar e desta forma viver com qualidade. Para a mesma autora, quando se fala em qualidade, deve-se considerar a tecnologia tanto no processo de produção quanto nos resultados, uma vez que existe uma estreita relação entre a qualidade dos recursos materiais, qualidade de vida no trabalho e a qualidade da assistência de enfermagem.

A equipe de enfermagem desta unidade se depara com a incorporação de funções cada vez mais técnicas e especializadas, criando a necessidade de autonomia, tomada de decisões e resoluções de problemas, criatividade na seleção de prioridades, gerando um potencial de diluição dos aspectos psicossociais da assistência e dos processos humanísticos que afetam os agentes e os objetos desse processo (JOUCLAS; FERRAZ, 1989).

O sub-sistema psicossocial é constituído de interações entre os membros da equipe de enfermagem e médica, expectativas, aspirações, opiniões e valores das pessoas relacionadas a este ambiente.

O sub-sistema estrutural proporciona formas de unificação das atividades humanas em relação às diversas tecnologias, ou seja, os modos por meio dos quais se dividem as tarefas em unidades operacionais e à coordenação entre essas unidades. Utiliza instrumentos administrativos de organização como organogramas, regimentos, manuais e normas para formalizar as relações entre os outros sub-sistemas (AVELAR, 1994).

E finalmente, o sub-sistema administrativo permite a integração dos demais sub-sistemas, na coordenação de esforços para atingir suas metas, englobando os processos de tomada de decisão e de controle, dentro da sua estrutura de valores, em um conjunto de padrões e critérios considerados relevantes (AVELAR, 1994).

O CC, como um sistema que prioritariamente direciona a assistência de enfermagem perioperatória, possui uma filosofia de assistência, finalidades específicas e objetivos definidos, que fazem parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Perioperatório (AVELAR, 1994).

Tramontini et al. (2002) ressaltam que no CC, a abordagem principal do contexto assistencial está centralizada no cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico no período perioperatório, de forma integral e individualizada. Somente assim, a assistência no CC deixa de ser fragmentada e isolada, possibilitando um cuidar real, coerente e significativo para equipe de enfermagem e paciente.

Contudo, a equipe de enfermagem deve estar envolvida no planejamento da assistência ao paciente e cientes de seu papel na estrutura organizacional do CC e de seus deveres, responsabilidades e direitos dentro da equipe de trabalho.

1. 2. 2. A CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Localizada no Bloco Cirúrgico, a Central de Material e Esterilização (CME), destaca-se no contexto da organização hospitalar por caracterizar-se como uma unidade de apoio a todos os serviços assistenciais e de diagnóstico que necessitam de artigos médico hospitalares para a prestação da assistência aos pacientes (SILVA, 1998).

A CME não existia no passado como unidade independente e autônoma, embora já contasse com objetivos e finalidades definidos. Nesta época era o CC que também se responsabilizava pelo processamento e esterilização dos materiais necessários para a prestação de assistência aos pacientes tanto internados como os ambulatoriais (SILVA, 1998).

À medida que houve o desenvolvimento da técnica cirúrgica, com a descoberta da anestesia, da hemostasia e da assepsia cirúrgica, o acesso aos órgãos passou a ser realizado com auxílio de instrumentos criados pelos cirurgiões, com a finalidade de melhor acesso à área operatória e refinamento das manobras cirúrgicas (THORWALD, 1976).

Com o aumento do número e da diversidade de instrumentais e materiais utilizados no ato cirúrgico, houve a necessidade de contar com uma pessoa que se responsabilizasse pelas tarefas de limpeza, conservação, acondicionamento, esterilização, guarda e controle dos mesmos, assim como de uma área física onde essas tarefas pudessem ser realizadas (JOUCLAS, 1987).

Com o aumento da demanda de materiais, houve a necessidade de centralização das atividades de preparo em um único local, de forma a racionalizar o trabalho dos profissionais e otimizar o uso dos equipamentos de esterilização, que dispersos pelas unidades de internação representavam um problema para a instituição no que diz respeito à manutenção e à falta de padronização nos processos de trabalho. Surgia assim, a CME (SILVA, 1998).

No Brasil, a CME foi introduzida pela primeira vez no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pelo professor Odair Pedroso, no período de 1941-1944 (LARSEN, 1961).

As primeiras CMEs implantadas no Brasil foram do tipo parcialmente centralizadas, ou seja, a esterilização dos artigos médicos hospitalares era realizada nesta unidade, enquanto que a limpeza e o preparo dos mesmos continuava sendo executado nas unidades consumidoras, com exceção de alguns materiais como gazes, aventais e compressas cirúrgicas (SILVA, 1998).

Como esta forma de organização do trabalho na CME pode comprometer a esterilização dos artigos, devido à falta de padronização nos processos de limpeza e preparo dos mesmos, várias instituições brasileiras passaram a adotar o processamento centralizado, no qual a CME é a responsável pela limpeza, preparo, esterilização, guarda, distribuição e controle dos artigos médico hospitalares (SALZANO; SILVA; WATANABE, 1990).

A CME apresentou, após a década de 70, exponencial avanço tecnológico, principalmente, na área de esterilização, além de mudanças nos demais elementos presentes na organização, como capacitação de recursos humanos, determinação de objetivos e meios de busca para a produção de serviços com maior qualidade (CRUZ, 1995, SILVA, 1998).

Atualmente, este setor é definido como “o conjunto de elementos destinado à recepção e expurgo, preparo e esterilização, guarda e distribuição do material para as unidades do estabelecimento de saúde” (BRASIL, 1987) e é responsável pelo processamento de todos os artigos médico-hospitalares, de forma a assegurar a quantidade e a qualidade necessárias à adequada assistência de enfermagem.

Vale ressaltar que algumas instituições brasileiras investiram nos últimos anos em tecnologia para suprir as necessidades da CME, o que denota uma característica diferente a esta unidade daquela que historicamente nos era apresentada. Porém, ainda pode-se encontrar

muitos hospitais que não priorizam este setor, determinando o aparecimento de duas realidades para a CME no cenário nacional.

Por um lado, um setor muito semelhante ao do passado, sem recursos tecnológicos, onde as tarefas são manuais e estafantes e o trabalhador, sempre próximo à aposentadoria, apresentando problemas de saúde ou dificuldade de relacionamento com colegas e chefia, muitas vezes agregados ao CC e sob a responsabilidade de um único enfermeiro e até com os trabalhadores, atuando nas duas unidades (SILVA, 1998, 1999).

Nesta realidade, observa-se rotineiramente a pouca atenção dispensada aos membros da CME, traduzida por treinamentos deficientes, ritmo acelerado de trabalho, displicência para as normas de proteção, falta de criatividade e desvalorização das atividades executadas (WEST; LISBOA, 2001).

Por outro lado, existem instituições que têm feito investimentos freqüentes na Central de Materiais e Esterilização, no que diz respeito à estrutura física da unidade, recursos materiais e tecnológico e no quadro de pessoal que compõe a mesma, no intuito de qualificar o trabalho desenvolvido e reconhecer, assim, sua importância no contexto hospitalar (LOPES, 2000).

Quanto à estrutura física, a CME constitui-se de duas áreas distintas, área contaminada e área limpa. A disposição destas áreas deve estabelecer o fluxo contínuo de material de forma a evitar o cruzamento de materiais sujos com os limpos e esterilizados, como também o do pessoal, evitando que o trabalhador da área contaminada transite livremente pela área limpa e vice-versa (SILVA, 1998).

Deve-se ressaltar que os trabalhadores que atuam na área contaminada necessitam de usar equipamento de proteção individual (EPI), constituído de avental impermeável, óculos de proteção, gorro, máscara e luvas de borracha, de preferência de cano longo para a proteção dos braços, além de propés (SILVA; BIANCHI, 2003).

O dimensionamento da CME está previsto pelo Ministério da Saúde, e deve contar com as seguintes áreas: recepção e expurgo, com metragem mínima de 8,0m². Esta destina-se à recepção, descontaminação, limpeza e separação dos materiais. Considerada insalubre, concentra grande parte de artigos sujos com sangue, secreções e excreções. A manipulação de produtos químicos utilizados na limpeza destes materiais, exige que o trabalhador utilize EPI, como já mencionamos anteriormente. A utilização de equipamentos como lavadoras ultrassônicas, lavadora termo desinfectora, lavadora esterilizadora, entre outras, evita o manuseio excessivo dos materiais sujos pelos trabalhadores, diminuindo a exposição dos mesmos aos riscos biológicos e acidentes de trabalho com materiais contaminados com sangue ou secreções dos pacientes (LOPES, 2000, SILVA; BIANCHI, 2003).

A área de preparo de materiais e roupas deve possuir área mínima de 12,0m², cujo objetivo é a inspeção, seleção, empacotamento com invólucro adequado e identificação para posterior esterilização (LOPES, 2000, SILVA; BIANCHI, 2003).

É fundamental destacar a importância da adequação das mesas, bancadas e cadeiras utilizadas nesta área, de forma a possibilitar postura correta e confortável durante a jornada de trabalho, diminuindo o risco de aquisição de doenças ocupacionais. Marziale (1995) recomenda cadeiras de altura regulável, encosto para as costas e apoio para os pés, sendo totalmente condenadas as banquetas. As mesas e bancadas devem ter de 89 a 94 cm de altura.

A área de esterilização deve contar com dimensão mínima de 4,0m², dependendo do tipo de equipamento utilizado. A mesma tem a finalidade de esterilização de artigos de uso médico hospitalares, e devido às altas temperaturas dos equipamentos, a presença de exaustores que propiciem a eliminação do vapor que escapa das autoclaves durante sua abertura, é fundamental. Vale ressaltar que os trabalhadores que atuam nesta área, executam atividades pesadas, como carregamento das autoclaves, além de exercerem atividades que exigem raciocínio, atenção, envolvimento e agilidade. A utilização de luvas espessas de tecido

para o manuseio dos materiais, durante a retirada dos mesmos do interior das autoclaves, evita queimaduras dos trabalhadores (LOPES, 2000, SILVA; BIANCHI, 2003).

Com 10,0m² de área mínima, a área de armazenagem e distribuição tem o objetivo de centralizar todos os materiais processados e esterilizados para posterior distribuição às unidades consumidoras. Deve possuir armários ou cestos aramados para a guarda dos materiais esterilizados e o ambiente deve fornecer condições adequadas de armazenamento, com ar condicionado com pressão positiva e controle de temperatura e umidade. A temperatura deve permanecer entre 18 e 25° C e umidade relativa não superior a 75%, uma vez que a umidade excessiva pode umedecer os pacotes de materiais e favorecer o crescimento de microorganismos. (SILVA, 1998, LOPES, 2000, SILVA; BIANCHI, 2003).

Para Silva; Bianchi (2003) na evolução histórica da CME, pode-se observar que as condições de ambiente físico, humano e materiais nem sempre foram as mais adequadas, o que, segundo as autoras, reflete a desvalorização com que essa unidade era vista.

Atualmente, algumas mudanças já podem se percebidas em várias CMEs do Brasil, haja vista o desenvolvimento tecnológico, conforme relatamos anteriormente. Quanto aos recursos humanos, também consideramos importante a contratação de trabalhadores com conhecimento técnico-científico que embasem sua atuação.

Para Silva (1998), ainda hoje a CME é um local preterido pelos trabalhadores de enfermagem, talvez pelo desconhecimento das atividades relacionadas à mesma. Lopes (2000) refere que embora o trabalho desenvolvido na CME requeira responsabilidade e conhecimento técnico-científico, tanto quanto nas outras atividades da enfermagem, os trabalhadores dessa unidade sentem-se discriminados pelas demais pessoas do ambiente hospitalar. No entanto, esses trabalhadores têm contribuído para o grande avanço desta área, pois todo o desenvolvimento de procedimentos médico-hospitalares e da assistência de enfermagem, não teria obtido o mesmo sucesso sem o respaldo dessa unidade.

A coordenação da CME, segundo Silva; Bianchi (2003), exercida pelo enfermeiro, deve estar voltada tanto para os aspectos organizacionais, gerenciais e administrativos, mas sempre imbuída da assistência a ser prestada ao paciente.

Diante do exposto, concordamos com Tramontini et al. (2002) quando relatam que é nesse contexto complexo em que se encontra o BC, no qual se fundem tecnologia e humanização, e no qual as relações interpessoais se dão de forma intensa, dinâmica e contínua, que se encontra o trabalhador da enfermagem sofrendo uma série de transformações marcantes na sua prática diária, o que, para nós, pode repercutir na sua Qualidade de Vida e na sua Qualidade de Vida no Trabalho.

Do ponto de vista dos riscos ocupacionais em CC e na CME podemos descrever os seguintes fatores de risco:

RISCOS BIOLÓGICOS

Marziale (1995) descreve como riscos biológicos aqueles responsáveis pelas infecções agudas ou crônicas, causadas por microrganismos como, vírus, fungos e bactérias.

Os estudos sobre riscos ocupacionais de infecção na assistência à saúde têm aumentado significativamente, segundo Lacerda; Cursino; Silva (2001). A incidência de acidentes de trabalho que envolve riscos biológicos entre o pessoal da saúde, inclusive os da enfermagem é apresentada por Silva (1999), Marchese et al. (2000), Lacerda; Cursino; Silva (2001), Canini et al. (2002), entre outros.

Em CC, Marchese et al. (2000) avaliaram a presença de perfuração nas luvas dos membros da equipe cirúrgica por materiais perfurocortantes em teste pós-operatório, sendo que das 366 cirurgias avaliadas, um total de 110 luvas apresentou perfurações, o que significa o alto risco também para os trabalhadores da enfermagem que atuam como instrumentadores. Neste estudo, os autores constataram que dentre as vítimas de acidentes de trabalho com perfuração de luvas, 25% (n=64) desempenhavam a atividade de instrumentação cirúrgica.

Lacerda; Cursino; Silva (2001) encontraram dados relativos às exposições ocupacionais com substâncias orgânicas de paciente entre profissionais desta unidade, os quais mostraram que as mãos foram os locais mais atingidos.

Silva (1999) apresentou dados relacionados a acidentes de trabalho em CME, os quais revelaram que os artigos perfurocortantes foram as causas mais freqüentes de acidentes de trabalho.

Os *Centers for Disease Control* (CDC) recomendam a utilização de Precauções Padrão para prevenir lesões causadas por agulhas e outros instrumentos de corte e a utilização de outros métodos de barreira para impedir o contato com os fluídos corporais dos pacientes durante os procedimentos, como por exemplo, óculos de proteção, máscara facial, avental impermeável, entre outros (MARCHESE et al., 2000).

Embora o número de pacientes portadores do vírus HIV/AIDS seja elevado, há poucos relatos de casos de infecções de profissionais da saúde com este vírus por meio de acidente com materiais contaminados com substâncias orgânicas dos pacientes (MARCHESE et al., 2000).

No entanto, na atualidade, a Hepatite B se tornou a enfermidade infecciosa profissional de maior incidência entre os trabalhadores de saúde. A tuberculose também se constitui em uma enfermidade profissional, cujo risco de infecção se deve ao fato de ocorrer com grande freqüência internações de pacientes sem suspeita do diagnóstico de tuberculose (MARZIALE, 1995).

RISCOS FÍSICOS

Riscos físicos, segundo Marziale (1995), são representados pelas radiações ionizantes, sobretudo pelos raios-X, radiações não ionizantes (ultravioleta, infravermelho e laser), ruídos e vibrações, temperatura do ambiente, iluminação e eletricidade.

Bulhões (1994) acrescenta que, de acordo com a OIT, os principais fatores de risco físico para os trabalhadores da saúde são as radiações ionizantes, o ruído, a temperatura e a eletricidade.

Em relação às radiações ionizantes, amplamente empregadas nos mais diversos campos de atuação, inclusive na área da saúde em setores como Centro Cirúrgico, Hemodinâmica, de Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear, destinados à execução de atividades relacionadas com a utilização de substâncias radioativas, para fins diagnóstico e tratamento, e unidade de radioterapia, destinada ao emprego de Raio X e radiações ionizantes com fins terapêuticos, entre outros, podemos considerar que as mesmas oferecem riscos a saúde dos trabalhadores, se não utilizadas ou controladas eficientemente.

Abortos, anomalias congênitas, natimortalidade, catarata, radiodermite, esterilidade, neoplasias e leucemias são alguns dos efeitos biológicos das radiações ionizantes quando da exposição profissional (BULHÕES, 1994).

Um conjunto de medidas de proteção ao trabalhador, contra os possíveis efeitos das radiações ionizantes, como utilização de aventais de chumbo e protetores de tireóide de chumbo, monitorização dos trabalhadores feita através de dosímetro individual, controle médico periódico, instalações adequadas, com a previsão de paredes baritadas ou paredes com chumbo para os setores citados anteriormente, controle luminoso das salas com fontes radioativas e identificação do risco através do símbolo internacional de radiação, é fundamental. No Brasil a Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) é a responsável pelo estabelecimento das normas para a utilização segura das radiações ionizantes (BULHÕES, 1994).

Além destes aspectos, o ambiente de trabalho, segundo Bulhões (1994) e Marziale (1995), também pode desencadear doenças ocupacionais, devido à iluminação e ventilação inadequadas, barulho excessivo, pisos lisos e escorregadios, temperatura elevada ou

excessivamente baixa, sobretudo na CME e nas salas de operações, falta de prevenção de incêndios e explosões, entre outros.

RISCOS PSICOSSOCIAIS

Os riscos psicossociais são desencadeados, entre outros, pelo contato com o sofrimento dos pacientes, o que origina sensações de sofrimento nos trabalhadores que intervêm no trabalho, tornando-o penoso (MARZIALE, 1995).

Vários autores abordaram as questões relacionadas aos danos das cargas mental e psíquica sobre os trabalhadores da enfermagem, entre eles Del Cura (1994), Santos; Rodrigues Filho (1995), Lunardi Filho (1997), Shimizu; Ciampone (1999), Pafaro; De Martino (2004).

Para nós o sofrimento dos trabalhadores pode ser expresso por meio da insatisfação e da ansiedade. A satisfação ou insatisfação do trabalhador pode estar vinculada a aspectos como: condições de trabalho, organização do trabalho, das tarefas, as relações de poder, as questões de responsabilidade, a habilidade para cuidar de pacientes graves que estabelecem limites/possibilidades diversas dos demais e o relacionamento entre as pessoas.

Em CC, o estresse, como responsável por riscos psicossociais da equipe de enfermagem, foi foco dos estudos de Bianchi; Salzano (1991); Bianchi (2000), Carvalho; Lima (2001), Meirelles; Zeitoune (2003), Caregnato; Lautert (2003), Costa; Lima; Almeida (2003), Guido (2003) e outros, nos quais a maioria dos trabalhadores considerou o ambiente desta unidade bastante estressante.

Bianchi (2000) afirmou que os enfermeiros de CC são profissionais que se deparam constantemente com fatores estressantes no desenvolvimento diário de seu trabalho. O estresse, segundo a autora, é provocado por fatores externos ou internos ao organismo do indivíduo e depende de uma avaliação da situação para requisitar o uso de mecanismo de

“*coping*”. Carvalho; Lima (2001) detectaram que a maioria dos trabalhadores de enfermagem do CC apresenta algum tipo de sintoma físico do estresse, independente do turno de trabalho.

Meirelles; Zeitoune (2003) destacaram a organização do trabalho, a administração do pessoal, as tarefas, o ambiente, a clientela e os próprios colegas como fatores de estresse nessa unidade.

Caregnato; Lautert (2003) encontraram sete categorias relacionadas ao estresse da equipe: relacionamento interpessoal, ato cirúrgico, ambiente, material e equipamento inadequados, incertezas, comportamento do cirurgião e condições do paciente.

Guido (2003) abordou os fatores relacionados ao estresse em Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica e os principais mecanismos de “*coping*” utilizados pelos profissionais.

A prevenção e controle dos danos produzidos pelas cargas metal e psíquica do trabalho da enfermagem concentram-se em medidas relacionadas à transformação social e organizacional e ações sobre o trabalhador, como por exemplo, a melhoria da comunicação, reuniões periódicas; ações de saúde ocupacional, voltadas para o controle e prevenção de doenças mentais e emocionais; promoção de exercícios e técnicas de relaxamento, lazer para promoção de um estilo saudável de vida, investimento em educação permanente em serviço, entre outras (BULHÕES, 1994).

Recentemente, Amarante (2004) descreveu a organização do trabalho da equipe de enfermagem do CC e considerou que as demandas mental, além das físicas entre estes trabalhadores, devem ser dimensionadas e facilitadas ao máximo para evitar a fadiga, o desgaste e principalmente as doenças, advindas do estresse inerente a esta unidade.

RISCOS QUÍMICOS

Os riscos químicos, inerentes ao ambiente hospitalar, são advindos do manuseio de várias substâncias químicas, desde a administração de medicamento que leva o trabalhador ao risco de aquisição de doenças ocupacionais.

A administração de medicamentos, como os antibióticos, pode ocasionar riscos de sensibilização alérgica. Os citostáticos são responsáveis pelo aumento da atividade mutagênica. Porém, em CC e CME o que merece maior atenção é a utilização freqüente de anti-sépticos para a lavagem e degermação das mãos, que pode acarretar reações alérgicas e irritação das mãos. A exposição a agentes esterilizantes, como o glutaraldeído 2% e o formaldeído, pode ocasionar alergias e irritação das mucosas, náuseas e cefaléia. Abortos espontâneos, principalmente no primeiro trimestre da gravidez, podem ser ocasionados após exposições excessivas aos gases anestésicos e ao óxido de etileno (ETO) (VANE et al., 1990, BULHÕES, 1994, VANE et al., 1995, MARZIALE, 1995, XELEGATI; ROBAZZI, 2003).

Outro risco químico a que estão submetidos os profissionais da área da saúde, principalmente das unidades estudadas, está relacionado ao uso constante de luvas de látex. O látex é uma substância química utilizada com grande freqüência pelos trabalhadores, principalmente como equipamento de proteção individual (EPI) e que nos traz grande preocupação devido aos riscos ocupacionais que envolvem sua utilização (CRESPO, 1997).

Algumas proteínas existentes no látex podem provocar afecções dermatológicas que vão desde uma dermatite de contato por irritação, evoluindo para uma dermatite de contato alérgica, podendo até desencadear graves reações alérgicas em indivíduos sensíveis, inclusive podendo evoluir para o choque anafilático (BAPTISTA; ALCÂNTARA; GLASHAN, 1999).

Crespo (1997) verificou também, que quanto maior o nível de exposição de uma população, maior a possibilidade de que mais indivíduos tornem-se sensibilizados. Assim

sendo, os profissionais da área da saúde apresentam um risco maior de desenvolver alergia ao látex, pelo alto contato que têm com este produto.

Quando levamos esta reflexão para as unidades do BC, nossa preocupação aumenta ainda mais, já que este setor é o local onde se consome um grande volume de luvas em todo o hospital.

Ainda em CC, a manipulação do metilmetacrilato pode provocar a irritação da região respiratória e dos olhos após a exposição aos vapores concentrados do mesmo. O componente líquido também pode causar dermatite de contato em pessoas sensíveis.

Nissen; Corydon apud Xelegati; Robazzi (2003) relatam o aparecimento de úlcera de córnea quando da manipulação do cimento de osso, devido à exposição aos vapores provenientes do mesmo.

A prevenção e controle dos riscos químicos envolvem a conscientização dos trabalhadores acerca dos perigos durante a manipulação de produtos químicos; a verificação de registros e rotulagem dos mesmos; controle operacional, com escolha de substâncias menos nocivas e de tecnologia segura; eliminação segura de dejetos químicos; monitoramento da exposição; utilização de EPI e obediência às normas técnicas de procedimento, como concentração das soluções e outras (BULHÕES, 1994).

RISCOS ERGONÔMICOS

Riscos ergonômicos no trabalho da enfermagem estão relacionados a posturas prolongadas e inadequadas, flexões freqüentes da coluna, mobiliário inadequado não regulável para os usuários, deslocamentos desnecessários, elevado dispêndio de força muscular e gasto excessivo de energia física, caracterizada pela realização de atividades, como levantamento, manuseio e transporte de material e pacientes (MARZIALE, 1995).

No estudo realizado por Marziale (1995) sobre as condições ergonômicas de trabalho do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação de cardiologia, os trabalhadores

consideraram que o transporte de pacientes, a colocação de comadre, o banho de chuveiro com auxílio, a arrumação de cama de paciente acamado, o deslocamento pelo hospital, a massagem cardíaca e a mudança de decúbito, são atividades que necessitam de empreendimento de esforço físico para serem executadas e que podem causar prejuízo a sua saúde.

Em especial na CME, não é raro encontrarmos bancadas baixas ou altas demais, bancos desconfortáveis, normalmente de madeira, sem encosto, ou cadeiras impróprias para a realização das atividades diárias, entre outros, que com frequência causam dores na coluna e gastos no orçamento hospitalar devido às licenças ou faltas (SILVA,1999; WANDERLEY; SANTOS, 1999).

Os riscos ergonômicos em CC foram descritos minuciosamente por Amarante (2004), o qual descreveu uma grande demanda de esforço físico entre os circulantes de sala, devido ao peso do paciente, peso das caixas de instrumental cirúrgico, mesas e equipamentos sem manutenção, o posicionamento dos mesmos nas salas cirúrgicas, entre outros. A autora cita estas condições como fatores de risco para estiramentos corporais desnecessários.

Amarante (2004) considerou que o esforço físico entre os enfermeiros era menor com relação ao dos auxiliares, porém enfatizou as longas distâncias percorridas pelo mesmo em uma jornada de seis horas de trabalho.

Marziale (1995) e Amarante (1999, 2004) enfatizaram a importância das condições de trabalho adequadas para a minimização desses riscos. Bulhões (1994) relata algumas medidas para a prevenção e controle dos riscos ergonômicos relativas ao trabalhador, são elas: desenvolvimento de programas para reforçar as capacidades físicas; exames periódicos de saúde; desenvolvimento de trabalho em equipe, de modo a dividir a carga; formação para obediência às regras de segurança física, como respeitar o eixo vertical, manter bom apoio para mãos e pés, utilizar a força das pernas, aprender a aproximar-se da carga para levantá-la.

1. 3. QUALIDADE DE VIDA (QV)

Qualidade de Vida é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos. No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida existe desde o nascimento da medicina social (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O termo começou a ser empregado nos Estados Unidos da América após a Segunda Guerra Mundial, no intuito de reforçar que para viver bem, não bastava estar economicamente estável. Com o passar dos anos este conceito foi sendo trabalhado por vários autores que foram atribuindo significados diversos ao termo (MEEBERG, 1993).

Apesar de não haver uma definição consensual de qualidade de vida, existe uma concordância razoável entre os pesquisadores acerca deste construto cujas características são: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade.

É considerado um termo polissêmico, com tendência a valorizar a apreciação pessoal que as pessoas fazem de sua vida e seu bem-estar, assim é muito influenciado pela história familiar, pelas expectativas pessoais e também pela mídia (SAUPE, 2002).

As definições de QV mais amplamente divulgadas, na atualidade, são aquelas apresentadas pelo grupo de estudos sobre QV da Organização Mundial da Saúde (OMS) que define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Nessa definição, inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (WHOQOL Group, 1995).

Outra definição é proposta por Ferrans; Powers (1985) que afirmam que embora a QV seja freqüentemente avaliada em termos da satisfação com a vida, a importância atribuída pelas pessoas às dimensões específicas que contribuem para sua qualidade de vida não tem sido considerada. Assim, a satisfação e a importância são explicitamente consideradas na definição de QV proposta pelas autoras: “a sensação de bem-estar de uma pessoa, que deriva da satisfação com as áreas da vida que são importantes para ela”.

Existem definições ampliadas, como as descritas e outras mais restritas e específicas, como aquelas desenvolvidas no setor saúde. Minayo; Hartz; Buss (2000), citando Auquier et al., referem que a expressão Qualidade de Vida ligada à saúde é definida como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são causadas pela doença, agravos e tratamento; e a organização política e econômica do sistema assistencial.

A expressão QV também tem sido utilizada comumente na linguagem popular, nos meios de comunicação, nas campanhas publicitárias e políticas e com grande freqüência somente os aspectos objetivos são considerados, isto é, são descritos os fatores ambientais e sociais, tais como a qualidade do ar, nível socioeconômico e educacional ligados às condições de vida externa (FLANAGAN, 1982).

Para Minayo; Hartz; Buss (2000) quando se empregam somente indicadores econômicos ou sociodemográficos, a apreensão da realidade, do bem-estar ou da qualidade de vida de um grupo, comunidade ou nação pode estar limitado. Portanto, além de conhecer os indicadores objetivos disposicionais como, sexo, idade, salário ou renda, ocupação, tipo de moradia, prática de lazer, entre outros, e os indicadores objetivos situacionais, como oferta de emprego, oportunidade de lazer, de tratamento médio-hospitalar, de educação formal, de transporte, entre outros, é fundamental conhecer a percepção, pensamento e avaliações subjetivas que as pessoas têm de si mesmas e de vários componentes materiais reconhecidos

como base social da qualidade de vida. Dessa forma, a caracterização de qualidade de vida deve congrega os sub-componentes de bem-estar objetivo e de bem-estar subjetivo.

Os estudos e trabalhos atualmente realizados sobre a temática qualidade de vida podem ser classificados como: análise ou discussão do conceito ou revisão de literatura; investigação sobre a QV de indivíduos ou grupos submetidos a situações especiais; estudos relacionados ao trabalho e aos trabalhadores ou à promoção de serviços de saúde; proposição e validação de instrumentos para medir a QV (SAUPE, 2002).

Quanto à mensuração de qualidade de vida, Spilker (1996) refere que é uma tarefa bastante complexa, pelo fato de não se encontrar uma definição consensual sobre o que o termo realmente significa. Por isso o pesquisador deve definir o que está considerando como qualidade de vida em seu estudo ou estabelecer em qual definição este conceito se operacionaliza.

Assim, os pesquisadores devem delinear claramente o que entendem por qualidade de vida e identificar os diversos domínios a serem avaliados, considerando que cada domínio identifica um foco particular de atenção e agrupa vários itens (GILL; FEINSTEIN, 1994).

Parece haver um consenso na literatura de que o conceito de qualidade de vida é dinâmico, isto é, ele muda de acordo com a população e período em que a mesma é avaliada, entretanto, esse aspecto muitas vezes não é considerado nos diferentes estudos que mensuram qualidade de vida (ALLISON; LOCKER; FEINE, 1997).

Nos anos 70, houve o início do desenvolvimento de instrumentos cuja finalidade era mensurar a qualidade de vida. Alguns tratavam a saúde como componente de um indicador composto, outros tinham, no campo da saúde seu objeto propriamente dito.

Para Minayo; Hartz; Buss (2000) entre os primeiros instrumentos e talvez entre um dos mais difundidos esteja o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elaborado pelo Programa das Nações Unidas, com o intuito de deslocar o debate sobre desenvolvimento de

aspectos puramente econômicos, como nível de renda, produto interno bruto e nível de emprego, para aspectos de natureza social e cultural. Embutida nesse indicador encontra-se a concepção de que renda, saúde e educação são três elementos fundamentais da qualidade de vida de uma população.

Atualmente, existem duas formas de mensurar Qualidade de Vida, por meio de instrumentos genéricos ou específicos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, DANTAS, SAWADA; MALERBO, 2003).

Os genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo, tanto podem ser utilizados para estudar indivíduos da população geral ou grupos específicos, como os portadores de doenças crônicas. São geralmente questionários de base populacional que normalmente não especificam patologias específicas, sendo mais apropriados a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema saúde (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Dentre os instrumentos genéricos não relacionados à saúde, podemos citar os da Organização Mundial de Saúde (OMS), WHOQOL 100 e o WHOQOL *bref*, elaborados pelo Grupo de Qualidade de Vida (WHOQOL Group) a partir de 1995. O primeiro consta de 100 questões que avaliam a intensidade, a capacidade, frequência e avaliação dos seis domínios que o compõe: físico, psicológico, de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade/ crenças pessoais. O segundo trata-se de uma versão abreviada do WHOQOL 100, com 26 questões, as quais avaliam quatro domínios: o físico, o psicológico, as relações sociais e o meio ambiente (FLECK et al., 1999, FLECK et al. 2000).

O Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers é constituído por 68 itens e dividido em duas partes com 34 questões cada uma. A primeira parte do instrumento avalia a satisfação do indivíduo em relação a diferentes aspectos da vida, e na segunda parte esses mesmos

aspectos são avaliados quanto à importância que os respondentes atribuem a cada um deles (KIMURA, 1999).

A Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, desenvolvida pelo psicólogo americano Jonh Flanagan na metade da década de 70 e avalia a satisfação dos indivíduos em relação às cinco dimensões: bem-estar físico e mental; relação com outras pessoas; envolvimento em atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento e enriquecimento pessoal e recreação (FLANAGAN, 1982). Esta escala foi modificada por Carol Burckhardt e colaboradores em 1989 pela adição do 16º item relacionado à independência (BURCKHARDT et al., 1989).

A versão modificada do instrumento, denominada Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan (EAQVF), tem sido utilizada em estudos sobre qualidade de vida de adultos saudáveis e com doenças crônicas, tais como: reumatismo, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças gastrointestinais, entre outras (BURCKHARDT; ANDERSON, 2003).

O instrumento genérico relacionado à saúde mais utilizado é o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (MOS SF 36) (CICONELLI, 1999), o qual tem sido empregado em estudos da população geral e em pacientes diabéticos, com doenças pulmonares, problemas cardíacos, entre outros. O SF 36 é constituído por oito dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, aspectos sociais, saúde mental, aspectos emocionais, vitalidade e aspecto geral de saúde.

Os instrumentos específicos destinam-se a medir o impacto, na vida cotidiana de doenças crônicas, como câncer, diabetes e asma; de condições específicas, como capacidade funcional, podendo também direcionados a determinados tipos de população, como idosos e crianças (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Como exemplos de instrumentos específicos temos o WHOQOL OLD, para avaliar a QV de idosos, o *Functional Living Index Cancer* (FLIC), para pacientes portadores de câncer e

o *Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire*, questionário para a avaliação da QV de pacientes portadores de distúrbios pulmonares, entre outros (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

É importante enfatizar que os estudos sobre Qualidade de Vida podem ter limitações em função do momento da vida do indivíduo que está sendo focado e em função do próprio instrumento que mensura a Qualidade de Vida, construído e validado em um dado momento, para uma dada população.

Em nosso estudo, Qualidade de Vida foi considerada como sendo a satisfação com: bem-estar físico e mental; relações com outras pessoas; envolvimento em atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento e enriquecimento pessoal; recreação; e independência para realização de atividades (FLANAGAN, 1982; BURCKHARDT et al., 1989).

1.4. QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (QVT)

A maioria das pessoas do mundo trabalha e grande parte do nosso tempo é passada dentro das instituições. Aquelas pessoas que não possuem uma forma de exercer suas atividades e receber por isso, estão sempre à procura de trabalho. O ser humano sem trabalho é uma pessoa incompleta. Entretanto, com muita frequência encontramos indivíduos que encaram o trabalho apenas como uma forma de conseguir comida e moradia. Na verdade, o sentido do trabalho deve estar além disso e ser um grande caminho para a nossa realização profissional e pessoal.

A palavra trabalho origina-se do latim *tripaliare*, que significa torturar, que por sua vez vem de *tripalium*, instrumento de tortura. Antigamente quando um escravo não queria fazer o que lhe era exigido, o senhor o mandava *tripaliare*. Assim, atribuiu-se ao significado da palavra, a conotação de sofrimento e prisão que perdurou até o início do século XV, passando posteriormente às conotações de esforço, labor, de construção e de realização de uma obra (Albornoz apud CARANDINA, 2003).

Para Carandina (2003), na atualidade a palavra trabalho vem perdendo a conotação de sofrimento e adquirindo um significado mais positivo, graças a grande preocupação com a satisfação profissional, motivação, QVT e comportamento humano no trabalho.

Iniciamos nossa apresentação expondo alguns estudos clássicos nestas áreas e que até hoje exercem influências sobre as pesquisas relacionadas ao tema.

No início dos anos 20, do século passado, surgiram as primeiras preocupações científicas sobre a influência das condições físicas do local de trabalho na produtividade industrial.

O primeiro experimento, na tentativa de correlacionar as duas variáveis, ocorreu entre 1924 e 1927 na *Western Electric Company*, localizada em Hawthorne próximo a Chicago nos Estados Unidos da América, no qual se estudaram os efeitos da iluminação do ambiente de trabalho sobre a produtividade dos trabalhadores (CHIAVENATO, 2000).

O resultado negativo do experimento surpreendeu a direção da companhia, não por que a relação entre as condições físicas do ambiente de trabalho e a produtividade não existisse, mas por ser impossível isolar as variáveis estudadas das demais variáveis envolvidas na determinação da eficiência produtiva (RODRIGUES, 2002).

George Elton Mayo iniciou, ao lado de seus colaboradores, novo experimento em 1927, que foi considerado como um dos primeiros estudos sobre o comportamento humano no trabalho e que deram origem à Teoria das Relações Humanas. Para Chiavenato (2000), a origem dessa teoria se deu devido à necessidade de humanização e democratização do trabalho industrial, na tentativa de libertação dos pressupostos rígidos e mecanicistas das teorias precedentes: Científica (ênfase na tarefa) e Clássica (ênfase na estrutura).

A experiência de *Hawthorne* é descrita em vasta literatura e é apontada como o primeiro experimento que buscou correlacionar os efeitos das condições físicas do ambiente de trabalho sobre a produtividade do indivíduo. Além dessa finalidade, essa experiência objetivou também, determinar os efeitos produzidos por mudanças nas condições de trabalho; conhecer os sentimentos e opiniões dos empregados sobre o trabalho desenvolvido, sobre o tratamento recebido e ouvir suas sugestões sobre o treinamento de supervisores e conhecer a “organização informal” (RODRIGUES, 2002).

O trabalho de Elton Mayo teve principalmente o mérito de demonstrar que o pagamento ou recompensa salarial, não é o único fator decisivo na satisfação do trabalhador dentro da situação de trabalho. Ao contrário da Administração Científica de Taylor, na qual o homem é motivado exclusivamente pelo dinheiro e pelas recompensas salariais e materiais do

trabalho, a Experiência de *Hawthorne* passou a chamar a atenção ao fato do ser humano ser motivado por recompensas sociais, simbólicas e não materiais (CHIAVENATO, 2000).

No entanto, algumas críticas foram feitas a este estudo, sobretudo quanto aos procedimentos metodológicos adotados. Porém, não se pode desconsiderar o pioneirismo nos experimentos de *Hawthorne*, que constituíram uma nova escola de pensamento e a grande relevância do mesmo para os estudos do comportamento humano e para a Qualidade de Vida no Trabalho (RODRIGUES, 2002).

Ao final da década de 50, do século XX, a Teoria das Relações Humanas entrou em declínio. Essa primeira tentativa sistemática de introdução das ciências do comportamento na teoria administrativa através de uma filosofia humanística a respeito da participação do homem na organização, gerou uma profunda reviravolta na administração. Se, de um lado, combateu profundamente a Teoria Clássica, por outro lado não proporcionou as bases adequadas de uma nova teoria que a pudesse substituir (CHIAVENATO, 2000).

A oposição entre a Teoria Clássica e a Teoria das Relações Humanas criou um impasse dentro da administração que mesmo a Teoria da Burocracia (criada por Max Weber ao redor da década de 40, cuja ênfase era nos objetivos, a fim de garantir a máxima eficiência) não teve condições de ultrapassar. A Teoria Estruturalista representou um desdobramento da Teoria da Burocracia e uma leve aproximação à Teoria das Relações Humanas e representou também uma visão extremamente crítica da organização formal (CHIAVENATO, 2000).

Assim, a Teoria Comportamental (ou Teoria Behaviorista) trouxe uma nova direção e um novo enfoque dentro da teoria administrativa: a abordagem das ciências do comportamento, o abandono das posições normativas e prescritivas das teorias anteriores e a adoção de posições explicativas e descritivas. Para explicar o comportamento organizacional, a Teoria Comportamental fundamentou-se no comportamento individual das pessoas. Para poder explicar como as pessoas se comportam, tornou-se necessário o estudo da motivação

humana, sendo um dos temas fundamentais da Teoria Comportamental. Dentro do campo da motivação humana salientam-se os estudos de Abraham Maslow, Frederick Herzberg e David McClelland (CHIAVENATO, 2000).

A Teoria da Hierarquia das Necessidades de Abraham Maslow, desenvolvida na década de 40 do século XX, foi assim denominada, pois o mesmo organizou e dispôs as necessidades humanas em cinco necessidades fundamentais, obedecendo a uma hierarquia de importância e de influência, a saber: necessidades fisiológicas, de segurança, sociais, estima e auto-realização (CHIAVENATO, 2000).

A organização destes componentes foi visualizada por Maslow como uma pirâmide, onde as necessidades primárias, como as fisiológicas e de segurança, estariam ocupando a base da mesma e as demais necessidades estariam localizados no topo da pirâmide (STAMPS, 1997a, CHIAVENATO, 2000; RODRIGUES, 2002).

Sobre a Teoria da Hierarquia das Necessidades, pode-se concluir que a satisfação ou não de uma ou mais necessidades gera no indivíduo um impulso que o move em direção à adoção de um comportamento, ou seja, gera um motivo para a realização de ações satisfatórias, servindo como um apoio para explicar as reações das pessoas frente à diversidade de forças motivacionais; entretanto, reconhece-se que o ciclo necessidade/comportamento constitui um dos fatores que induzem as ações das pessoas, sendo este também reconhecido como um dos fatores mais significativos para a análise da Qualidade de Vida no Trabalho (STAMPS, 1997a; CARANDINA, 2003).

O trabalho de Maslow serviu como base para o desenvolvimento de outras teorias, como a Teoria dos Dois Fatores de Frederick Herzberg, sendo que essa teoria tem sido utilizada amplamente em estudos sobre a satisfação profissional.

Após análise de teorias e pensamentos relacionados com o comportamento do indivíduo no trabalho, Herzberg levantou a hipótese dos “dois fatores”. Essa hipótese sugeria

que os fatores que produziam satisfação no trabalho são distintos daqueles que produziam insatisfação.

Os fatores capazes de produzir insatisfação foram denominados por Herzberg de higiênicos e compreendem: a política e a administração da empresa; as relações interpessoais com os supervisores; supervisão; condições de trabalho; salário; “*status*”; segurança no trabalho.

No entanto, os fatores que produzem satisfação foram denominados de motivadores e compreendem, a realização; o reconhecimento; o próprio trabalho; a responsabilidade e o progresso ou desenvolvimento (CHIAVENATO, 2000, RODRIGUES, 2002).

Após a realização de sua pesquisa, Herzberg propôs que os fatores motivacionais fossem implantados nas empresas a partir do “enriquecimento da tarefa” ou “enriquecimento do cargo”, que consiste em substituir as tarefas simples e elementares do cargo por tarefas mais complexas para acompanhar o crescimento individual de cada empregado, oferecendo-lhe condições de desafio e de satisfação profissional. (CHIAVENATO, 2000, RODRIGUES, 2002).

Herzberg propôs, também medidas para operacionalizar o enriquecimento do cargo e deixou pontos de vital importância para o desenvolvimento de outras pesquisas, inclusive as relacionadas com a Qualidade de Vida no Trabalho.

O estudo de Maslow também influenciou e direcionou as pesquisas de David C. McClelland no início da década de 60, do século passado. McClelland propôs sua teoria da motivação humana para o trabalho, chamando-a de Teoria das Necessidades Aprendidas. Partiu de pressupostos relacionados a conceitos de aprendizagem, pois acreditava que várias necessidades são aprendidas pelo indivíduo quando enfrenta o medo em função de sua cultura (STAMPS, 1997a; CARANDINA, 2003).

Sua teoria compreende três necessidades: de realização; de afiliação e de poder. A primeira revela que as pessoas gostam de ter responsabilidades, tendem a traçar metas moderadas para a própria realização e inclinam-se a correr riscos calculados, além de desejarem obter *feedback* sobre seu desempenho. A necessidade de afiliação reflete o desejo das pessoas de interagirem socialmente e a preocupação com a qualidade dessas interações, sendo assim, para esses indivíduos o relacionamento social precede as tarefas. A terceira e última necessidade descrita por McClelland, apresenta indivíduos cujo objetivo é a obtenção e exercício do poder e da autoridade, procurando influenciar as demais pessoas pela argumentação. Esta necessidade pode apresentar aspectos positivos, quando reflete um comportamento persuasivo e inspirador, ou negativos, quando procura dominar e submeter as demais pessoas (CARANDINA, 2003).

Outro estudo fundamental para a análise do comportamento humano no trabalho foi o realizado por Douglas McGregor, por meio da Teoria X e da Teoria Y.

McGregor ao analisar o comportamento humano no trabalho, agrupou todas as idéias relacionadas ao indivíduo-trabalho, decorrentes da Administração Científica de Taylor, da Teoria Clássica de Fayol e da Teoria da Burocracia de Weber, como bitolamento da iniciativa individual, aprisionamento da criatividade, estreitamento da atividade profissional através do método e da rotina de trabalho e denominou-as de Teoria X. Para McGregor, o trabalho com base na administração científica, atende as necessidades básicas do indivíduo, mas oferece poucas oportunidades de satisfação das necessidades egoístas, que para ele englobam auto-estima (auto-respeito e confiança, autonomia, realização, competência e conhecimento) e a própria reputação (*status*, reconhecimento e aprovação) (CHIAVENATO, 2000, RODRIGUES, 2002).

De acordo com esta teoria, o ser humano tem aversão ao trabalho e o evita sempre que possível; precisa ser coagido, controlado, dirigido, ameaçado de punição para que se esforce

para alcançar os objetivos da instituição e de modo geral prefere ser dirigido, evitando responsabilidades, tem pouca ambição e quer garantia acima de tudo (RODRIGUES, 2002).

A Teoria Y propõe uma nova forma de ver o indivíduo na organização: o dispêndio de força física ou muscular no trabalho é tão natural como um jogo ou descanso; o controle e a punição são os únicos meios de estimular o trabalho com vistas aos objetivos da organização. O ser humano está sempre disposto a se auto dirigir e se auto controlar visando objetivos com os quais se compromete; o compromisso com os objetivos é dependente das recompensas associadas a sua consecução; o ser humano comum aprende, em condições adequadas, não só a aceitar responsabilidades como a procurá-las; a capacidade de usar um grau de imaginação, de engenhosidade e de criatividade na solução de problemas organizacionais é mais amplamente distribuída na população do que geralmente se pensa; nas condições de vida industrial moderna, as potencialidades individuais do ser humano estão sendo parcialmente usadas (CHIAVENATO, 2000).

Para Rodrigues (2002), a proposta de McGregor explicita que o trabalho não precisa ser um mal e a Teoria Y foi uma forma encontrada pelo autor para operacionalizar sua proposta e que foi fundamental para o avanço da Qualidade de Vida no Trabalho.

Stamps (1997a) destaca a Teoria da Expectância, de Victor H. Vroom, como uma das mais importantes, juntamente com as Teorias de Maslow e de Herzberg, para os estudos da satisfação no trabalho. Vroom hipotetiza que a satisfação profissional de um indivíduo é produto da importância relativa de várias necessidades pessoais e relacionadas ao trabalho. Segundo esta mesma autora, Vroom acreditava que ‘... as pessoas são motivadas a um bom desempenho no trabalho se elas acreditam (ou esperam) que serão recompensadas’.

Para Vroom, segundo Stamps (1997a), a motivação de uma pessoa é determinada pela expectativa do indivíduo, de que seus esforços resultarão em um dado nível de desempenho; pela expectativa de que esse nível de desempenho será um meio para obter êxitos desejados e

que a motivação também é determinada pela antecipação da satisfação, pelos êxitos a serem obtidos.

Outras teorias foram desenvolvidas também com o propósito de estudar o comportamento humano no trabalho e a satisfação do indivíduo, como a Teoria da Referência de Grupos Sociais ou Teoria da Equidade, de J. S. Adams, porém aqui foram apresentadas algumas das principais teorias, para auxiliar o leitor a ter uma idéia dos estudos que serviram de base conceitual às novas visões ou teorias sobre o comportamento humano no trabalho, bem como sobre a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

A origem dos estudos sobre QVT é atribuída a Eric Trist e seus colaboradores que, em 1950, desenvolveram várias pesquisas no *Tavistock Institute* de Londres, com base na análise e reestruturação das tarefas e com o objetivo de tornar a vida dos trabalhadores menos penosa (RODRIGUES, 2002).

Para Rodrigues (2002), a QVT tem sido uma preocupação do homem desde o início de sua existência, às vezes apresentada com outros títulos, mas sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador.

Porém, somente após a sistematização dos métodos de produção, nos séculos XVIII e XIX, é que as preocupações com as condições de trabalho e a influência destas na produção e moral do trabalhador passaram a ser estudadas de forma científica (RODRIGUES, 2002).

As pesquisas sobre QVT obtiveram um grande avanço na década de 60, isto graças a crescente conscientização dos trabalhadores a cerca de suas condições laborais, bem como por meio da responsabilidade social atribuída às empresas, culminando no interesse por estudos para melhorar as formas de trabalho (CARANDINA, 2003).

A primeira fase de estudos sobre a QVT, que se iniciou na década de 60 e se estendeu até 1974, foi marcada pela crescente preocupação de cientistas, líderes sindicais, empresários e governantes, com as formas de como influenciar a qualidade das experiências do

trabalhador num determinado emprego. A QVT seguiu, primeiramente, uma abordagem sócio-técnica, pois era impulsionada pela perspectiva de uma sociedade progressista, que tinha como base a saúde, a segurança e a satisfação dos trabalhadores. A abordagem sócio-técnica tinha como princípio maior a organização do trabalho a partir da análise e reestruturação da tarefa (RODRIGUES, 2002).

Nesse mesmo período houve nos Estados Unidos a criação do “*National Center for Productivity and Quality of Working Life*”, que teve como função realizar estudos e servir de laboratório, sobre a produtividade e a qualidade de vida do trabalhador nas atividades de produção (RODRIGUES, 2002).

Até o final da década de 70, houve uma paralisação no desenvolvimento e preocupações com a QVT, para terem início novamente em 1979 e na década de 80, quando houve o desenvolvimento, principalmente no Japão, dos Ciclos de Controle de Qualidade e que se disseminaram nas organizações do ocidente, principalmente nas norte-americanas, cujo objetivo era o alcance da Qualidade Total (RODRIGUES, 2002).

Os anos 90 foram responsáveis pela difusão dos conhecimentos sobre QVT, sendo que países como França, Alemanha, Dinamarca, Suécia, Noruega, Holanda e Itália adotaram métodos e modelos de trabalho visando a satisfação dos clientes internos e externos. Em outros países como Inglaterra, Canadá, México, Índia o tema QVT tem apresentado desenvolvimento significativo. No Brasil, alguns grupos de estudo sobre QVT começaram a surgir nos Estados do RS, RN, SP, SC, MG e CE, aumentando a possibilidade de difusão desta temática (CARANDINA, 2003).

Atualmente, a Qualidade de Vida no Trabalho, como linha de pesquisa da ciência comportamental, encontra-se bastante desenvolvida em países como os Estados Unidos (“*Quality of Working Life*”), Canadá e França (“*Qualité de la Vie au Travail*”) e principalmente na Suécia, onde alcançou maior desenvolvimento (CARANDINA, 2003).

Porém, apesar dessa terminologia estar sendo largamente difundida nos últimos anos em todo o mundo, ela ainda incorpora uma imprecisão conceitual e nem sempre tem sido usada de forma correta. A dificuldade de conceituação talvez esteja ligada ao fato de se tratar de uma expressão abrangente e dotada de grande subjetividade.

Para Lacaz (2000), o termo QVT passa por noções de motivação, satisfação, saúde e segurança no trabalho e envolve recentes discussões sobre novas formas de organização do trabalho e novas tecnologias.

Lacaz (2000), citando Ciborra; Lanzara, mostra que são várias as definições da expressão QVT, ora associando-a às características intrínsecas das tecnologias introduzidas e ao seu impacto; ora a elementos econômicos, como salário, incentivos, ou abonos, ou ainda a fatores ligados à saúde física, mental e à segurança, e em geral, ao bem-estar daqueles que trabalham.

Carandina (2003) acrescenta que a expressão QVT é freqüentemente aplicada nas organizações para justificar uma diversidade de mudanças e que nem sempre visam o bem estar do trabalhador.

Na área da enfermagem, as pesquisas em relação a QVT são restritas, principalmente quando englobam todas as categorias da enfermagem. No entanto, encontramos alguns estudos relacionados à QVT na área da enfermagem, porém com abordagens variadas (SILVA; MASSAROLO, 1998, MARTINS, 1999, MATOS, 1999; PATRICIO, 1999, CARANDINA, 2003).

Por considerarmos também que a satisfação no trabalho é um dos indicadores de QVT, e que a mesma tem sido utilizada como medida de QVT, procuramos englobar alguns estudos que deram enfoque à satisfação no trabalho, visando a melhor compreensão da temática.

Cavanagh (1992), Blegen (1993), Traynor; Wade (1993), Del Cura (1994), Carandina, (1995), Santos; Rodrigues Filho (1995), Antunes; Sant'anna (1996), Bucknall; Thomas

(1996), Douglas et al. (1996), Stamps (1997a), Fung-Kam (1998), Cumbey; Alexander (1998), Cronin; Becherer (1999), McNeese Smith (1999), Tovey; Adams (1999), Peláez; Martínez (1999), Santos (1999), Del Cura; Rodrigues (1999), Dias (1999), Lino (1999), Severinsson; Kamaker (1999), Adams; Bond (2000), Chiok Foong Loke (2001), Matsuda (2002), Benson; Dundis (2003), Mäkinen et al. (2003), Thorpe; Loo (2003), Lino (2004) e Stacciarini; Tróccoli (2004) foram alguns autores que abordaram a satisfação no trabalho na área da enfermagem.

Estudos específicos para avaliar a satisfação no trabalho entre profissionais do Bloco Cirúrgico foram realizados no Brasil por Cassiani et al. (1989), Sawada; Galvão (1995), West; Lisboa (2001) e Meirelles; Zeitoune (2003), porém com a utilização de diferentes instrumentos para coleta de dados.

Dentre os estudos mencionados, destacamos o de Fung-Kam (1998), Lino (1999), Matsuda (2002) e Lino (2004), os quais utilizaram para a coleta de dados o “*Index of Work Satisfaction*” (IWS) – Índice de Satisfação Profissional (ISP), elaborado por Stamps (1997b), traduzido e validado para a nossa realidade por Lino (1999) e que foi utilizado em nosso estudo.

Outros instrumentos têm sido utilizados para mensurar a satisfação no trabalho, como por exemplo, o “*Muller/McCloskey Satisfaction Scale*” (MUELLER; McCLOSKEY, 1990), o “*Measure of Job Satisfaction*” (TRAYNOR; WADE, 1993), porém como os mesmos não foram traduzidos e validados para nossa realidade, sua utilização se restringe ao exterior.

No Brasil, os estudos sobre satisfação no trabalho mais recentes, utilizaram o Questionário de Medida de Satisfação no Trabalho (QMST), construído e validado por Siqueira em 1978 (DEL CURA, 1994) e o questionário denominado Necessidades e Satisfação no Trabalho, construído por Belli em 1953 (SAWADA; GALVÃO, 1995). Atualmente, Carandina (2003) construiu e validou uma escala com 65 itens específica para

medida de QVT de enfermeiros brasileiros, que mede a satisfação e a importância com aspectos relacionados ao trabalho. Como observamos, há vários estudos que analisaram a satisfação profissional devido à crescente preocupação com este tema. Assim, em nosso estudo, Qualidade de Vida no Trabalho foi considerada como sendo a satisfação de trabalhadores com os seguintes componentes do trabalho: Autonomia, Interação, *Status* Profissional, Requisitos do Trabalho, Normas Organizacionais e Remuneração. No nosso entendimento, o tema é de fundamental importância para a enfermagem, uma vez que bem estar e qualidade de vida no trabalho são fatores que influenciam a qualidade de assistência de enfermagem e aspectos relacionados à profissão. Resolvemos investigar a QVT, relacionado-a com a QV, por considerarmos que quanto maior a QVT, maior será a QV. A partir da abordagem desses temas, compreendemos a complexidade e abrangência dos mesmos, traduzindo-se na necessidade de realização de estudos que possam investigar a QV e a QVT entre os profissionais de enfermagem de forma que revele a realidade que envolve estes trabalhadores em seu universo de trabalho.

2. HIPÓTESES E OBJETIVOS

2.1. HIPÓTESES

- A qualidade de vida está diretamente correlacionada com a qualidade de vida no trabalho, ou seja, quanto maior a qualidade de vida no trabalho, maior a qualidade de vida do indivíduo;
- Qualidade de vida está correlacionada com as condições sociodemográficas da seguinte forma: profissionais do sexo masculino, casados, jovens, com maior escolaridade e melhores salários teriam melhor qualidade de vida;
- Qualidade de vida no trabalho está correlacionada com as condições sociodemográficas da seguinte forma: profissionais do sexo feminino, casadas, jovens, com maior escolaridade e melhores salários teriam melhor qualidade de vida no trabalho.

2.2. OBJETIVO GERAL

- Avaliar e correlacionar a Qualidade de Vida e a Qualidade de Vida no Trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do BC.

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a Qualidade de Vida de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes no BC com relação ao bem estar físico e material, relacionamento com outras pessoas, atividades cívicas, sociais e comunitárias, desenvolvimento pessoal e recreação;

- Avaliar a Qualidade de Vida no Trabalho de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes no BC quanto aos seguintes aspectos: remuneração, autonomia, *status* profissional, normas organizacionais, requisitos do trabalho e interação;
- Correlacionar a variável qualidade de vida com a variável qualidade de vida no trabalho.
- Correlacionar a variável qualidade de vida com variáveis sociodemográficas dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes no BC;
- Correlacionar a variável qualidade de vida no trabalho com variáveis sociodemográficas dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes no BC.

3. METODOLOGIA

3. 1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo descritivo e correlacional, de corte transversal. Um estudo do tipo descritivo e correlacional foi escolhido porque, em estudos correlacionais, inferências sobre as relações entre as variáveis dependentes e independentes podem ser testadas (KERLINGER, 1986).

3. 2. LOCAL

O estudo foi desenvolvido no Bloco Cirúrgico de quatro hospitais do município de Londrina-PR. Esta cidade possui um total de doze hospitais, de pequeno, médio e grande porte. A opção pelos hospitais envolvidos no estudo ocorreu após a análise de algumas características dos mesmos, sendo que estes critérios apontaram a exclusão de oito hospitais.

Dentre as características necessárias para a participação na pesquisa, os hospitais deveriam possuir: pelo menos um enfermeiro lotado diretamente no BC; duas ou mais salas de operações e concordar com a coleta de dados. Assim, os hospitais participantes da pesquisa foram designados de Hospital A, B, C e D.

O Hospital A é um hospital escola, público, com 289 leitos, que atende somente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). O Centro Cirúrgico, desta instituição possui sete salas de operações e o Centro de Materiais e Esterilização é do tipo centralizado, isto é faz o processamento de todos os materiais de uso médico hospitalar das unidades de internação e atendimento.

O Hospital B é uma instituição privada, com 229 leitos e que atende pacientes particulares, conveniados e do SUS. O Centro Cirúrgico conta com nove salas de operações e o Centro de Materiais e Esterilização também é centralizado.

O Hospital C, instituição filantrópica, possui 53 leitos, atende pacientes particulares, conveniados e do SUS e conta com três salas cirúrgicas. O Hospital D é uma instituição pública, com 54 leitos, atende somente pacientes do SUS e possui duas salas cirúrgicas. O Centro de Materiais e Esterilização de ambos é do tipo centralizado, nos quais atuam os trabalhadores do CC.

3. 3. POPULAÇÃO ALVO

Segundo Huley; Newman; Cummings (2003), população é um conjunto de pessoas que apresentam um determinado conjunto de características.

As características que definem populações relevantes para a questão da pesquisa e eficientes para o estudo são as características demográficas, clínicas, geográficas e temporais. As peculiaridades da população ou do ambiente local podem interferir na generalização dos resultados para a totalidade dos trabalhadores de enfermagem do BC. No entanto, essa decisão depende da natureza da questão da pesquisa.

A população alvo foi composta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, que para participar do estudo deveriam obedecer aos seguintes critérios de inclusão:

- Pertencer ao quadro de funcionários do Centro Cirúrgico e Central de Materiais e Esterilização dos Hospitais A, B, C e D;
- ter 21 anos ou mais;
- estar atuando nessas unidades há seis meses ou mais. Este critério de inclusão foi adotado, uma vez que, por meio de nossa experiência profissional, consideramos que o profissional de enfermagem que atua em unidades do Bloco Cirúrgico, altamente complexas e com especificidades próprias, estará apto a desenvolver todas as atividades pertinentes a esses

setores e estará envolvido inteiramente com a dinâmica dos mesmos pelo menos após 6 meses de atuação;

- e concordar em participar do estudo.

O total de trabalhadores dos oito hospitais referidos anteriormente, segundo levantamento realizado em abril/2004 era de aproximadamente 211 trabalhadores; nos outros quatro hospitais, constatamos a presença de 200 trabalhadores, totalizando 411 profissionais, divididos nas categorias: enfermeiro, técnico, auxiliar e atendente de enfermagem. Sendo assim, nossa população constituiu-se a princípio de aproximadamente metade dos trabalhadores de enfermagem dos BC da cidade de Londrina, distribuídos nos quatro hospitais da seguinte forma:

- no Hospital A: 78 profissionais de enfermagem, sendo 41 do CC e 37 da CME;
- no Hospital B: 100 trabalhadores de enfermagem, sendo 71 do CC e 29 da CME;
- no Hospital C e no Hospital D, haviam 11 profissionais em cada um deles, sendo que os mesmos atuavam no CC, na CME ou nos dois setores.

Dos 78 trabalhadores do Hospital A, oito eram enfermeiros e 70 estavam distribuídos entre as demais categorias da enfermagem. No Hospital B, cinco eram enfermeiros e 95 pertenciam às demais categorias da enfermagem. Nos hospitais C e D, havia apenas um enfermeiro lotado no BC, sendo os demais trabalhadores contratados nas outras categorias da enfermagem.

3. 4. ASPECTOS ÉTICOS EM PESQUISA

Este projeto de pesquisa foi submetido à análise dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições participantes do estudo por meio de solicitação de avaliação escrita (Apêndice A), obtendo a aprovação dos mesmos (Anexos A, B e C). Somente após a aprovação pelos CEP, é que se deu início a realização do pré-teste e coleta de dados.

Salientamos que o Hospital D não possui Comitê de Ética em Pesquisa, sendo válida a aprovação pelo CEP de outra instituição.

3.5. INSTRUMENTOS E MEDIDAS

3.5.1. Caracterização sócio demográfica

Para caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo, foi utilizado um instrumento proposto por Lino (1999) e modificado para a população e local de nosso estudo (Apêndice B).

3.5.2. Escala de Qualidade de Vida de Flanagan

A variável Qualidade de Vida foi medida com a escala de 15 itens proposta por Flanagan (1982), modificada pela adição do décimo sexto item, relacionado ao aspecto independência, como recomendado por Burckhardt et al. (1989).

Flanagan (1982) entrevistou 3000 norte-americanos, de três diferentes faixas etárias (30, 50 e 70 anos), sendo 50% de cada sexo, com o objetivo de verificar os determinantes da qualidade de vida para a população norte-americana. Usando a técnica de incidente crítico, encontrou 15 componentes dentre as 6.500 atividades e experiências reportadas pelos participantes e que contribuíam, positiva ou negativamente, para as suas qualidades de vida. Estes componentes foram agrupados em cinco dimensões: bem-estar físico e mental; relações com outras pessoas; envolvimento em atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento e enriquecimento pessoal e recreação. As cinco dimensões e seus respectivos componentes foram descritos no quadro a seguir:

Quadro 1: Dimensões e componentes da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan

Dimensões	Componentes
<i>Bem-estar físico e material</i>	Conforto material: casa, alimentação, situação financeira; Saúde: fisicamente bem e vigoroso
<i>Relacionamento com outras pessoas</i>	Relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: comunicação, visita e ajuda; Constituir família: ter e criar filhos; Relacionamento íntimo com esposo (a), namorado (a) ou outra pessoa relevante; Amigos próximos: compartilhar interesse, atividades e opinião
<i>Atividades cívicas, sociais e comunitárias</i>	Voluntariamente, ajudar e apoiar outras pessoas; Participação em associações e atividades de interesse público.
<i>Desenvolvimento e enriquecimento pessoal</i>	Aprendizagem: freqüentar outros cursos para conhecimentos gerais; Autoconhecimento: reconhecer seus potenciais e limitações; Trabalho (emprego ou em casa): atividade interessante, gratificante, que vale a pena; Comunicação criativa
<i>Recreação</i>	Participação em recreação ativa; Ouvir música, assistir TV ou cinema, leitura ou outros entretenimentos; Socialização: “fazer amigos”.

Flanagan, 1982

Flanagan (1982) verificou o grau de satisfação com cada um dos componentes usando uma escala do tipo Likert de sete pontos, variando de “*completely satisfied*” a “*completely insatisfied*”. Aos 15 itens da escala de Flanagan (1982) foi acrescentado o item independência, conforme sugerido por Burckhardt et al. (1989).

A versão assim modificada da escala original tem sido usada por outros autores na investigação da qualidade de vida de alguns grupos de doentes com diferentes patologias (BURCKHARDT et al., 1989; MOTZER; STEWART, 1996; DANTAS; MOTZER; CIOL, 2002).

A confiabilidade desta escala mostrou-se adequada em estudos com pacientes portadores de quatro diferentes condições crônicas realizado por Burckhardt et al. (1989) que

obtiveram alfa de Cronbach 0,86 a 0,89 usando a escala original de 15 itens. Motzer; Stewart (1996) obtiveram alfa de 0,91, estudando pacientes que sobreviveram a um ataque cardíaco e Dantas; Motzer; Ciol (2002), investigando pacientes após revascularização do miocárdio, tiveram alfa de Cronbach de 0,92. Os dois últimos estudos usaram a versão modificada pelo acréscimo do item independência.

No Brasil a escala original foi traduzida por Hashimoto et al. (1996) os quais, porém, não fizeram referência quanto a sua fidedignidade. A versão traduzida tem sido usada por outros autores como Nassar; Gonçalves (1998, 1999), Gonçalves et al. (1999), Lentz et al. (2000) e Santos et al. (2002).

Lentz et al. (2000) usaram essa escala para avaliar a qualidade de vida de profissionais de enfermagem que atuavam em duas unidades especializadas (Moléstias Infecto-contagiosas e Unidade Neonatal de Terapia Intensiva) e concluíram que os escores totais de QV obtidos pelos profissionais da enfermagem atuantes nestas unidades, segundo a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQV), estão em sua maioria acima de 60, ou seja, tem tendência à valoração positiva. Contudo o resultado do teste não – paramétrico, aplicado nos escores de qualidade de vida de ambos os grupos apresentou nível de significância $p < 0,005$, o que os levou a concluir que há diferença entre a qualidade de vida dos dois grupos.

Em nosso estudo, utilizamos a versão adaptada por Dantas; Góis; Silva (2004), da Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan (EAQVF) (FLANAGAN, 1982, BURCKHARDT et al., 1989). Como nas outras versões, os itens variam entre 1 e 7 (1 = extremamente insatisfeito, 2 = bastante insatisfeito; 3 = insatisfeito; 4 = nem satisfeito, nem insatisfeito; 5 = satisfeito; 6 = bastante satisfeito; 7 = extremamente satisfeito) (Anexo D). O intervalo potencial para a escala original varia de 15 a 105 pontos. Com a inclusão do item independência a escala passou a ter um intervalo potencial de 16 a 112 pontos, com alta pontuação indicando elevada satisfação com a qualidade de vida percebida pelo indivíduo.

3.5.3. Índice de Satisfação no Trabalho ou Índice de Satisfação Profissional (IST/ISP)

Para a coleta de dados relacionados à Qualidade de Vida no Trabalho, foi utilizado um questionário auto – explicativo, denominado *Index of Work Satisfaction* - Índice de Satisfação Profissional (IWS/ISP) – desenvolvido por Paula L. Stamps e traduzido e validado por Lino (1999). Este instrumento foi especificamente elaborado para mensurar o grau de satisfação entre enfermeiros norte americanos (Anexo E).

O instrumento baseia-se em seis componentes de satisfação – *Status* Profissional; Requisitos do Trabalho, Normas Organizacionais, Remuneração, Interação e Autonomia que serão descritos sucintamente a seguir:

- Autonomia - permite que um trabalhador controle tanto o conteúdo como os termos da situação de trabalho. Definida por Stamps (1997a) como o grau de independência, iniciativa e liberdade relacionadas ao trabalho, permitidas ou necessárias nas tarefas diárias;
- Interação – opera em dois aspectos: as relações interpessoais informais no ambiente de trabalho e o sistema de comunicação formal, que é requerida como parte do trabalho. Significa as oportunidades e demandas que se apresentam nos contatos social e profissional, formal e informal, durante o horário de trabalho;
- *Status* Profissional - relaciona-se não apenas no aspecto pessoal de avaliação da importância relativa de um trabalho, mas no aspecto de importância relacionada àquele trabalho, atribuída por membros de um grupo social. É a importância global sentida sobre o trabalho, em nível pessoal e sua importância para a organização e a comunidade;
- Requisitos do Trabalho – refere-se ao conteúdo atual do trabalho, para Stamps (1997a) são aquelas atividades que devem ser realizadas como parte regular do trabalho;

- Normas Organizacionais – são limites ou regras estabelecidos sobre as atividades de trabalho, pelo gerenciamento organizacional;
- Remuneração – pagamento em dinheiro e benefícios adicionais recebidos pelo trabalho executado (STAMPS, 1997a).

O ISP original consta de uma parte inicial composta por uma lista de Comparações Pareadas (Parte A) onde os seis componentes foram comparados entre si, possibilitando a formação de 15 pares. O respondente deve escolher a opção que, no seu ponto de vista, é mais importante que a outra.

A segunda parte do instrumento (Parte B), denominada Escala de Atitude, contém 44 itens que estabelecem afirmações (*statements*) sobre cada um dos seis componentes do ISP. Esses 44 itens, arranjados de forma aleatória na escala, permitem que o respondente estabeleça seu grau de satisfação com o seu local de trabalho (STAMPS, 1997b).

A Escala de Atitude consiste de uma escala tipo Likert de 7 pontos, que varia entre concorda inteiramente (1) e discorda inteiramente (7).

Segundo Stamps (1997b), as duas partes do instrumento podem ser utilizadas separadamente e a Escala de Atitude tem sido escolhida com mais frequência para ser utilizada independente do instrumento global. Refere que esta escolha pode ser apropriada em situações nas quais os pesquisadores desejam saber qual o nível de satisfação com o trabalho de seus enfermeiros.

Optamos por usar apenas a parte B do instrumento, ou seja, a Escala de Atitude, com 44 itens, uma vez que consideramos a satisfação no trabalho como sendo a medida de QVT e pelo fato dos trabalhadores apresentarem grande dificuldade no preenchimento da parte A, durante a análise semântica do instrumento nos meses de março e junho de 2003.

De forma sucinta, apresentamos a seguir as etapas para a determinação do valor da Escala de Atitude, de acordo com as orientações propostas por Stamps (1997b).

- **Etapa 1: construção da distribuição das frequências de respostas por itens.**

Esta etapa tem como objetivo analisar as respostas obtidas através da Escala de Atitude e verificar a distribuição da frequência de respostas para cada item.

- **Etapa 2: Cálculo do Escore dos Componentes da Escala.**

Nesta etapa podemos obter o valor da medida de satisfação para cada um dos seis componentes. O cálculo do escore dos componentes é obtido por meio da soma dos valores numéricos de cada resposta, para cada componente, invertendo-se os valores dos itens positivamente ordenados (Quadro 2).

Por exemplo, o valor do componente Remuneração é igual a soma das respostas dos itens 1, 8, 14, 21, 32 e 44, com valores reversos para os itens 1, 14 e 32, ou seja, a resposta “concorda inteiramente” passa a ter valor 7.

O intervalo de valores varia dependendo do número de itens medidos em cada componente, como demonstrado no Quadro 2.

Pode-se trabalhar também com o valor médio de cada componente, o qual é obtido pela divisão do Escore do Componente pelo número de itens que mede o componente na Escala de Atitude. Por exemplo, se o escore do componente Autonomia for igual a 35,2, o escore médio será obtido pela divisão deste valor por 8 (número de itens que mede autonomia na Escala de Atitude). O valor médio também é calculado, uma vez que para Stamps (1997b) ele é mais facilmente interpretado, pois sua análise pode ser feita segundo a variação dos valores possíveis de 1 a 7.

Quadro 2: Itens dos Componentes do ISP, Intervalo de Medidas e Direcionamento dos Valores das Respostas

Componente	Número de itens	Intervalo de Scores	Enunciados negativos: Concorda inteiramente=1; Discorda inteiramente= 7	Enunciados positivos: Concorda inteiramente= 7; Discorda inteiramente= 1
Remuneração	6	6 a 42	8, 21, 44	1, 14, 32
Status	7	7 a 49	2, 27, 41	9, 11, 34, 38
Autonomia	8	8 a 56	7, 17, 20, 30, 31	13, 26, 43
Normas Organizacionais	7	7 a 49	12, 18, 33	5, 25, 40, 42
Requerimentos do trabalho	6	6 a 42	4, 15, 36	22, 24, 29
Interação	10	10 a 70	10, 23, 28, 35, 39	3, 6, 16, 19, 37

Stamps, 1997b

- **Etapa 3: Cálculo do Escore Total da Escala.**

Há a possibilidade de avaliar o resultado global com a soma dos 44 itens da escala, a qual dará uma estimativa de um nível geral de satisfação no trabalho, lembrando-se de inverter os escores dos 22 itens positivamente ordenados. Para o valor do escore total da escala, o intervalo possível de resposta vai do 44 ao 308.

Outra possibilidade é também se trabalhar com o valor médio da escala, o qual é obtido por meio da divisão do valor total da escala pelo número de itens (44). O intervalo de valores para o Escore Médio da Escala vai de 1 a 7.

A direção da Escala de Atitude é positiva, o que significa que quanto maior o valor do escore, maior a satisfação com o trabalho.

3. 6. COLETA DOS DADOS

3. 6. 1. ANÁLISE SEMÂNTICA DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Segundo Pasquali (1999), antes de se utilizar um instrumento de medida ele deve ser submetido a um processo de análise semântica que tem como objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se

destina. Nessa análise, uma das preocupações relevantes é verificar se os itens são inteligíveis para o estrato mais baixo (de habilidade) da população meta e, por isso, a amostra para essa análise deve ser feita com esse estrato.

Diante disso, optamos por realizar a análise semântica dos instrumentos, na íntegra, antes da coleta de dados. Ao nosso ver, a análise semântica contribuiu, principalmente, para a escolha do ISP, uma vez que o instrumento utilizado, foi desenvolvido para medir satisfação profissional entre enfermeiros norte americanos.

No Brasil, sua tradução e validação foram feitas com enfermeiros (LINO, 1999) e, embora, tenha sido utilizado para verificar a satisfação no trabalho entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem atuantes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (MATSUDA, 2002), não houve referência de ter sido feita uma análise semântica prévia. No estudo de Matsuda (2002), a amostra de auxiliares de enfermagem estudada foi pequena (n=8) o que, no nosso entender, pode ter mascarado possíveis dificuldades ou erros no preenchimento do instrumento por profissionais não enfermeiros.

Assim, para decidirmos sobre a escolha do ISP em nosso estudo, submetemos o instrumento a avaliação de grupo constituído de cinco e três auxiliares de enfermagem, respectivamente nos meses de março e junho de 2003, seguindo a orientação proposta por Pasquali (1999) o qual sugere que esse método tem se mostrado um dos mais eficientes na avaliação da compreensão dos itens.

A técnica consiste em checar a compreensão que esses indivíduos tem de cada item do instrumento, o que o autor chama de “*brainstorming*”. O resultado dessa técnica nos mostrou que não havia uma clara compreensão sobre como preencher a parte A do instrumento ISP, ou seja, a escolha pareada dos itens, mesmo após modificações das instruções referentes à parte A (Apêndice C). Diante disso, e também considerando o objetivo deste estudo, optamos por excluir a parte A do instrumento durante a coleta de dados.

Após a aprovação do projeto pelos CEP das instituições, realizamos nova análise semântica dos instrumentos, EAQVF (Anexo D) e Escala de Atitude do ISP (parte B do Anexo E), seguindo as mesmas orientações descritas anteriormente, na qual participaram mais três auxiliares de enfermagem atuantes no BC de um dos hospitais participantes do estudo. Nesta análise, os trabalhadores não apresentaram dificuldades quanto à compreensão dos enunciado dos 44 itens da Escala de Atitude, porém um deles considerou as instruções para o preenchimento do instrumento muito extensas, o que, dificultava a memorização do significado de cada ponto da escala de Likert. Neste momento não houve mudanças quanto a este aspecto, uma vez que os demais participantes da análise semântica não fizeram referência quanto a isto.

3. 6. 2. PRÉ – TESTE

O pré-teste teve o objetivo de verificar outras possíveis dificuldades no preenchimento dos questionários e também avaliou o tempo gasto para esta tarefa. O mesmo foi realizado nos meses de agosto e setembro de 2003, com 11 auxiliares/técnicos de enfermagem lotados no Bloco Cirúrgico de dois hospitais que participaram deste estudo, sendo um público e outro privado.

Os 11 trabalhadores foram escolhidos aleatoriamente através da escala de revezamento dos setores envolvidos na pesquisa. Os mesmos foram orientados pela pesquisadora e receberam o impresso denominado “Esclarecimento ao Sujeito da Pesquisa” (Apêndice D) e após o consentimento em participar do estudo, assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice E). Foi estabelecido o prazo de sete dias para a devolução dos instrumentos preenchidos, sendo necessária a prorrogação do mesmo para 10 dias, devido ao não cumprimento, por alguns participantes, do prazo proposto para a entrega dos questionários.

O tempo utilizado para o preenchimento do instrumento foi de, aproximadamente, 30 minutos, sendo que as dúvidas manifestadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem foram em relação ao item referente ao número e idade dos filhos e aos itens relacionados ao tempo de atuação no Bloco Cirúrgico e ao tempo de atuação no Centro Cirúrgico e na Central de Materiais e Esterilização, cujo resultado foi redundante, assim, resolvemos excluir um destes itens. Quanto ao item relativo ao número de filhos, realizamos modificações no mesmo, seguindo o modelo do instrumento utilizado por Carandina (2003):

- Você tem filhos? (   ) Sim   (   ) Não
- Quantos filhos você tem? _____
- Qual a idade deles? _____

Além destas alterações, acrescentamos um item em relação à categoria profissional em que o trabalhador foi contratado, acrescentando ao mesmo a opção “atendente”, considerando que alguns auxiliares de enfermagem lotados, principalmente, na CME ainda são contratados nesta categoria. Foi acrescentado também à primeira parte do questionário um item referente à presença de mais de um vínculo empregatício.

Com relação à Escala de Atitude do ISP (Parte B), a maioria considerou as instruções para o preenchimento extensas e de difícil memorização, assim como um dos participantes da última análise semântica. Desta forma, fizemos modificações nas instruções, seguindo a sugestão da maioria dos participantes do pré-teste (Apêndice F).

3. 6. 3. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta oficial de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2004, sendo realizada por meio de questionários cuja parte inicial diz respeito à caracterização sociodemográfica dos respondentes (Apêndice B) e dos dois instrumentos de medida: Escala Adaptada de

Qualidade de Vida de Flanagan (EAQVF) (Anexo D) e Índice de Satisfação Profissional (Apêndice F).

Primeiramente, a autora deste estudo convidou os potenciais participantes a responderem os instrumentos. Foi entregue o impresso Esclarecimento ao Sujeito da Pesquisa (Apêndice D) o qual continha os objetivos do estudo, a garantia do anonimato dos participantes, uma vez que os mesmos não continham a identificação dos sujeitos da pesquisa. Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E) e receberam os questionários.

Os participantes tiveram o prazo de três dias para preencherem os questionários, sendo que foi reservada uma pasta para o retorno dos mesmos, a qual foi deixada em um local previamente estabelecido entre os participantes e a pesquisadora. Tal cuidado visou garantir, ao máximo, a impossibilidade de identificação dos participantes, o que acreditamos ter favorecido o retorno dos instrumentos preenchidos.

Dos 170 instrumentos entregues, obtivemos o retorno de 96, sendo dois excluídos, um por não ter atendido ao critério de inclusão, tempo de atuação no BC e o outro por preenchimento incorreto. Os 11 trabalhadores que participaram do teste piloto foram incluídos na amostra, uma vez que resgatamos as questões que foram acrescentadas após a realização do pré-teste e considerando que não houve mudanças significativas do ponto de vista do trabalho no intervalo entre o pré-teste e a coleta oficial dos dados. Obtivemos, portanto a participação de 105 profissionais de enfermagem em nosso estudo.

3.7. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram codificados e digitados em planilha eletrônica, em forma de banco de dados (*“Excel for Windows”*), transferidos e analisados pelo programa *“Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 10.0 for Windows”*.

Os dados foram analisados através de estatística descritiva (frequência, mediana, média e desvio padrão). A consistência interna dos instrumentos escalares foi constatada através do cálculo do Alfa de Cronbach. Para verificar as correlações entre as variáveis, optamos por analisá-las visualmente através de “*boxplots*”.

Para analisar as diferenças encontradas entre as variáveis qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho, no que se refere às variáveis categóricas de interesse para testar nossas hipóteses, utilizamos os testes não paramétricos de Mann-Whitney (sexo, estado civil, formação) e o de Kruskal Wallis (área do BC que atua, horário de trabalho, possuir dois ou um vínculo empregatício, atividades desenvolvidas, tempo de atuação no BC). Também calculamos os coeficientes de correlação entre as variáveis contínuas, através do teste não paramétrico de Spearman.

Para a análise da força de correlação entre as variáveis utilizamos a classificação proposta por Munro (2001) na qual os valores do coeficiente de correlação (r) são assim distribuídos: valores entre 0 e 0,25 – pouca correlação, se alguma; 0,26 e 0,49 – baixa ou pouca correlação; 0,5 e 0,69 – correlação moderada; 0,70 e 0,89 – alta ou forte correlação e entre 0,9 e 1,0 – correlação muito forte ou muito alta. O nível de significância estabelecido foi de 0,05.

O tratamento dos dados perdidos (*missing data*) foi realizado devido ao não preenchimento de alguns dos itens do instrumento pelos participantes. Outra situação ocorrida referiu-se a presença de alguns itens terem sido considerados não pertinentes por alguns participantes, tais como: *ter e criar filhos* (para aqueles que nunca tiveram ou criaram filhos), e *relacionamento com companheiro* da EAQVF; e *eu tenho tempo suficiente para a assistência ao paciente e eu poderia prestar uma assistência muito melhor se tivesse mais tempo com cada paciente*, do ISP, para aqueles que atuavam na CME.

Quando tal fato ocorreu, o item permaneceu em branco. O critério adotado para os dados perdidos estabelece que só devem ser excluídos da amostra, aqueles participantes que tiveram 20% ou mais de itens não respondidos. Dois participantes atingiram este critério quanto ao ISP (um com 20% e outro com 40% de itens não respondidos) e um com relação à EAQVF (com 44% de itens não respondidos), sendo excluídos das respectivas etapas da análise de dados. Quanto aos demais participantes que não atingiram ao critério de exclusão, os dados perdidos foram substituídos pela média das respostas dadas pelos indivíduos, para os demais itens da escala (COHEN; COHEN, 1983).

4. RESULTADOS

Neste item apresentamos os resultados da caracterização sociodemográfica dos participantes e os obtidos por meio da aplicação dos instrumentos de coleta de dados: Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan (EAQVF) e Índice de Satisfação Profissional (ISP).

4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Apresentamos na Tabela 1 a caracterização sociodemográfica dos profissionais de enfermagem atuantes nos BC, que participaram desta pesquisa.

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas da amostra estudada (n=105). Londrina-PR, 2004.

Variável	n (%)	Mediana	Intervalo	Média (Desvio Padrão)
Idade (anos)*	102 (97,1)	38,39	21,85 – 60,45	38,79 (8,12)
Sexo				
Feminino	87 (82,9)			
Masculino	18 (17,1)			
Total	105 (100)			
Estado Civil				
Solteiro	26 (24,8)			
Casado	66 (62,8)			
Separado	10 (9,5)			
Viúvo	3 (2,9)			
Total	105 (100)			
Número de filhos				
Nenhum	31 (29,5)			
Um	23 (21,9)			
Dois	31 (29,5)			
Três	15 (14,3)			
Quatro	4 (3,8)			
Cinco	1 (1,0)			
Total	105 (100)			
Formação				
2º. Grau Completo	68 (64,8)			
2º. Grau incompleto	9 (8,6)			
Superior completo	16 (15,2)			
Superior incompleto	12 (11,4)			
Total	105 (100)			

* 3 participantes não responderam este item (2,9%)

Os participantes do estudo eram predominantemente do sexo feminino (82,9%), com idade compreendida entre 21 e 60 anos, média de 38 anos. Quanto ao estado civil, 62,8% eram casados, 24,8% solteiros, 9,5% separados e 2,9% viúvos e o número de filhos variou entre zero e cinco.

Em relação à **formação** destes profissionais, 64,8% (n=68) possuíam o 2º. grau completo, 15,2% (n=16) superior completo, 11,4% (n=12) superior incompleto e 8,6% (n=9) ainda não concluíram o 2º. grau.

4.2. Caracterização Profissional da população alvo

A Tabela 2 apresenta os dados relacionados à vida profissional dos participantes do estudo, no que se refere ao hospital de origem, categoria na qual estavam contratados, tempo de serviço na instituição, turnos de trabalho, remuneração e se tinham outros vínculos empregatícios.

Tabela 2 – Distribuição da amostra estudada, segundo dados relacionados aos aspectos profissionais dos trabalhadores do BC (n=105). Londrina-PR.

Variável	n (%)	Mediana	Intervalo	Média	Desvio padrão
Hospital de origem					
Hospital A	54 (51,4)				
Hospital B	39 (37,2)				
Hospital C	6 (5,7)				
Hospital D	6 (5,7)				
Categoria contratada (n=104)					
Enfermeiro	12 (11,4)				
Técnico de enfermagem	1 (1,0)				
Auxiliar de enfermagem	73 (69,5)				
Atendente	18 (17,1)				
Tempo de serviço (anos) (n=105)		8,54	0,5 - 29,04	9,82	7,46
Até 2 anos	17 (16,2)				
De 2 a 5 anos	23 (21,9)				
De 6 a 10 anos	31 (29,5)				
De 11 a 15 anos	18 (17,1)				
Acima de 16 anos	16 (15,2)				
Horário fixo no trabalho					
Sim	93 (88,6)				
Não	12 (11,4)				
Contrato em outra instituição					
Sim	27 (25,7)				
Não	78 (74,3)				
Horário de trabalho					
7 – 13 horas	46 (43,8)				
13 – 19 horas	31 (29,6)				
19 – 7 horas	16 (15,2)				
17 – 23 horas	4 (3,8)				
13 – 22 horas	2 (1,9)				
8 – 16 horas	6 (5,7)				
Salário mínimo (n=78)*		2,50	1,77 – 8,96	2,86	1,21
Enfermeiro (n=9)	9 (8,6)	5,0	4,04 – 8,96	5,40	1,66
Técnico de enfermagem	1 (1,0)	1,84	1,85 – 1,85	1,84	-
Auxiliar de enfermagem (n=55)	55 (52,3)	2,31	1,77 – 4,62	2,48	0,56
Atendente (n=13)	13 (12,4)	3,07	1,77 – 4,04	2,88	0,77

*27 participantes não responderam este item (25,7%)

De acordo com os dados da Tabela 2, a maioria dos trabalhadores de enfermagem do BC (51,4%) pertencia ao Hospital A, 37,2% atuavam no Hospital B, 5,7% eram trabalhadores do Hospital C e 5,7% do Hospital D.

No que se refere à **categoria profissional contratada**, 12 (11,4%) eram enfermeiros, um técnico de enfermagem, 73 (69,5%) eram contratados como auxiliares de enfermagem e 18 (17,1%) ainda contratados como atendentes.

O **tempo de serviço** na instituição variou de seis meses a 29 anos, sendo que 61,8% (n=65) tinham mais de cinco anos de contrato de trabalho.

Quanto à variável **horário fixo** na escala de trabalho, 93 (88,6%) trabalhadores possuíam esse tipo de turno de trabalho e apenas 12 (11,4%) não dispunham desse benefício. Como podemos verificar na Tabela 2, a maioria dos profissionais atuavam em plantões diurnos, sendo que, 46 (43,8%) trabalhavam das 7:00 às 13:00 horas e 31 (29,6%) das 13:00 às 19:00.

Com relação a **possuir contrato em outra instituição**, constatamos que apenas 27 (25,7%) profissionais possuíam outro vínculo empregatício e 78 (74,3%) não possuíam.

Quanto ao **salário** dos participantes, expresso em salário mínimo, constatamos que em torno de 25,7% dos participantes deixaram de responder esse dado. Para os 78 trabalhadores que forneceram essa informação, observamos que o salário médio foi de 5,4 salários mínimos para os enfermeiros, de 1,84 para a categoria técnico de enfermagem, 2,48 para os auxiliares de enfermagem e 2,88 para os atendentes.

A distribuição das categorias dos profissionais de enfermagem nos BC dos hospitais estudados pode ser comparada na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição da amostra estudada, de acordo com as categorias profissionais contratadas e os hospitais de origem (n=104). Londrina –PR , 2004.

Variável	n	(%)
Hospital A		
Enfermeiro	6	(11,1)
Técnico de enfermagem	1	(1,9)
Auxiliar de enfermagem	34	(63,0)
Atendente	13	(24,1)
Total	54	(100,0)
Hospital B *		
Enfermeiro	4	(10,3)
Auxiliar de enfermagem	31	(79,5)
Atendente	3	(7,6)
Total	38	(97,4)
Hospital C		
Enfermeiro	1	(16,7)
Auxiliar de enfermagem	4	(66,7)
Atendente	1	(16,7)
Total	6	(100,0)
Hospital D		
Enfermeiro	1	(16,7)
Auxiliar de enfermagem	4	(66,7)
Atendente	1	(16,7)
Total	6	(100,0)

* 1 participante não respondeu este item (2,6%)

A Tabela 3 mostra a distribuição dos trabalhadores segundo a **categoria profissional na qual foram contratados**. Em todos os hospitais envolvidos no estudo, os auxiliares de enfermagem foram os profissionais em maior número e os enfermeiros não ultrapassaram 20% do grupo. No Hospital A, os atendentes vieram em segundo lugar, enquanto nos Hospitais C e D, atendentes e enfermeiros existiam em números iguais.

Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos de acordo com a categoria profissional as quais pertencem e os hospitais de origem (n=105). Londrina, PR, 2004.

Variável	n	(%)
Hospital A	54	(100,0)
Enfermeiro	6	(11,1)
Técnico de enfermagem	21	(38,9)
Auxiliar de enfermagem	27	(50,0)
Hospital B	39	(100,0)
Enfermeiro	4	(10,3)
Técnico de enfermagem	13	(33,3)
Auxiliar de enfermagem	22	(56,4)
Hospital C	6	(100,0)
Enfermeiro	1	(16,7)
Técnico de enfermagem	1	(16,7)
Auxiliar de enfermagem	4	(66,7)
Hospital D	6	(100,0)
Enfermeiro	1	(16,7)
Técnico de enfermagem	4	(66,7)
Auxiliar de enfermagem	1	(16,7)

Ao compararmos os resultados das Tabelas 3 e 4, podemos observar que 38 técnicos de enfermagem foram contratados como auxiliares ou mesmo atendentes de enfermagem: 20 no Hospital A, 13 no Hospital B, um no Hospital C e quatro no Hospital D. Consideramos que tal situação possa ser um aspecto importante na determinação do grau de satisfação desses profissionais no que se refere à qualidade de vida no trabalho.

Para que pudéssemos aprofundar nossos conhecimentos sobre a atuação profissional dos participantes, levantamos informações relacionadas ao tempo de experiência nessa unidade, atividades desenvolvidas, área de atuação no BC, motivos que os levaram a trabalhar no setor entre outros dados apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição da amostra estudada, segundo aspectos relacionados à atuação no Bloco Cirúrgico (n=105). Londrina-PR, 2004.

Aspectos levantados	n	(%)
Área em que atuam no BC		
Centro Cirúrgico (CC)	58	(55,2)
Central de Materiais e Esterilização (CME)	35	(33,3)
CC e CME	12	(11,5)
Total	105	(100)
Tempo de atuação no BC*		
De 0,5 a 1 ano	11	(10,5)
De 2 a 5 anos	30	(28,6)
De 6 a 10 anos	34	(32,4)
De 11 a 15 anos	13	(12,4)
De 16 a 20 anos	4	(3,8)
De 21 a 25 anos	3	(2,9)
Acima de 25 anos	6	(5,7)
Total	101	(96,2)
Motivos p/ trabalhar no BC **		
Escolheu esta área	63	(60,0)
Não havia vaga nos demais setores	14	(13,3)
Foi remanejado	10	(9,5)
Outro motivo	17	(16,2)
Total	104	(99,0)
Gosta de trabalhar no BC ***		
Sim	103	(98,1)
Não	-	-
Total	103	(98,1)
Satisfação em trabalhar no BC**		
Sim	101	(96,1)
Não	1	(1,0)
Às vezes não	2	(1,9)
Total	104	(99,0)
Atividade predominante**		
Circular Sala de Cirurgia (SO)	29	(27,6)
Instrumentar	15	(14,3)
Assistência na SRA	4	(3,8)
Limpeza e preparo de materiais	6	(5,7)
Fechamento de caixas de instrumental	5	(4,7)
Montagem de materiais p/ cirurgia	4	(3,8)
Esterilização	11	(10,5)
Supervisão	10	(9,5)
Executam 2 ou mais dessas atividades	15	(14,3)
Outras atividades	5	(4,8)
Total	104	(99,0)

* cálculo sobre n=101 (4 participantes não responderam este item, 3,8%)

** cálculo sobre n=104 (1 participante não respondeu este item, 1,0%)

*** cálculo sobre n=103 (2 participantes não responderam este item, 1,9%)

Os resultados apresentados na Tabela 5 apontaram que 55,2% (n=58) dos participantes atuavam no Centro Cirúrgico (CC), 33,3% (n=35) trabalhavam na Central de Materiais e Esterilização (CME) e 11,5% (n=12) desempenhavam suas atividades nos dois setores.

Quanto ao tempo de atuação no Bloco Cirúrgico, 77 (73,4%) profissionais exerciam suas atividades neste setor entre dois e 15 anos.

No que se refere aos motivos alegados pelos profissionais de enfermagem para estarem atuando no Bloco Cirúrgico, verificamos que 63 (60,0%) escolheram essa área para trabalhar.

Em relação às atividades desenvolvidas, temos que as mais realizadas foram: circular de sala de operações (27,6%), instrumentar cirurgias (14,3%) e esterilizar materiais (10,5%). Quinze profissionais (14,3%) referiram desenvolver mais de uma das atividades citadas (Tabela 5).

Por considerarmos que as atividades estão relacionadas às categorias profissionais, apresentamos na Tabela 6, a distribuição das atividades desenvolvidas no BC segundo as categorias de enfermagem contratadas pelas instituições.

Tabela 6 – Atividades desenvolvidas predominantemente no Bloco Cirúrgico de acordo com as categorias profissionais de enfermagem contratadas em quatro hospitais da cidade de Londrina – PR, 2004 (n=105*).

Variável	n	(%)
Enfermeiro		
Assistência na SRA	1	(8,3)
Supervisão	10	(83,4)
Outra atividade	1	(8,3)
Total	12	(100)
Técnico de enfermagem (n=1)		
Circular SO	1	(100)
Auxiliar de enfermagem		
Circular SO	27	(37,0)
Instrumentação	12	(16,4)
Assistência na SRA	3	(4,1)
Limpeza / preparo	3	(4,1)
Montagem de caixas	3	(4,1)
Montagem de materiais	3	(4,1)
Esterilização	5	(6,9)
Mais de uma atividade	14	(19,2)
Outra atividade	3	(4,1)
Total	73	(100)
Atendente **		
Circular SO	1	(5,6)
Instrumentação	3	(16,6)
Limpeza / preparo	3	(16,6)
Montagem de caixas	2	(11,1)
Montagem de materiais	1	(5,6)
Esterilização	5	(27,7)
Mais de uma atividade	1	(5,6)
Outra atividade	1	(5,6)
Total	18	(94,4)

* um participante não respondeu a que categoria pertence

** um participante não respondeu este item (5,6%)

Podemos observar que, entre os 12 enfermeiros, a supervisão foi a atividade mais desenvolvida, sendo que apenas um deles citou prestar assistência de enfermagem aos pacientes na Sala de Recuperação Anestésica (SRA) e outro referiu desenvolver outro tipo de atividade, sem contudo explicitá-la.

Para os auxiliares, a atividade predominante foi a de circulante de sala (37,0%), seguido pela instrumentação cirúrgica (16,4%), sendo que 19,2% referiram desempenhar mais de uma atividade. Três (4,1%) auxiliares também referiram atividades no cuidado ao paciente na SRA.

Já na CME as atividades predominantes foram: esterilização (6,9%), limpeza e preparo de materiais (4,1%), preparo de caixas de instrumental para a esterilização (4,1%), montagem de materiais esterilizados para as cirurgias (4,1%).

Quanto aos atendentes, observamos um predomínio de atividades relacionadas ao preparo e esterilização dos materiais: cinco (27,7%) deles faziam esterilização, três (16,6%) limpavam e preparavam materiais para esterilização e dois (11,1%) montavam caixas de instrumental cirúrgico. No CC, três (16,6%) eram instrumentadores.

Os benefícios oferecidos aos trabalhadores pelas instituições hospitalares também foram investigados por acreditarmos que os mesmos podem ser fonte de satisfação para seus funcionários. Esta variável também se encontra contemplada em alguns instrumentos que medem a satisfação no trabalho, como sendo fatores extrínsecos (MULLER; McCLOSKEY, 1990), os mesmos foram investigados.

Observamos que 79,5% (n=39) dos profissionais do Hospital B não recebiam nenhum benefício. Tal porcentagem diminuiu para 66,7% (n=6) no Hospital C e para 50% (n=6) no Hospital D. O Hospital A era o que mais concedia benefícios, pois apenas 7 (12,96%) trabalhadores responderam que não recebiam benefícios dessa instituição.

Constatamos 141 referências de benefícios sendo que destas as maiores porcentagens ficaram para: acesso a estacionamento privativo (21,3%), assistência odontológica (20,6%), convênio médico (17,7%), facilidades para financiamento e empréstimo (16,3%), convênio com farmácia (14,9%), creche para os filhos (7,1%), assistência jurídica (1,41%) e auxílio educação (0,7%).

O número de benefícios recebidos das instituições empregadoras variou de nenhum (42%) a seis (3,8%) benefícios, sendo que apenas 33,3% dos trabalhadores usufruíam dois ou mais benefícios.

Após a caracterização dos profissionais que participaram do estudo, passamos a apresentar os resultados em relação à satisfação desses indivíduos com a qualidade de vida e com a qualidade de vida no trabalho.

4.3. RESULTADOS RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

4.3.1. Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan

Os resultados obtidos através da aplicação da Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan (EAQV), que avaliou a satisfação em diferentes domínios da vida dos profissionais de enfermagem que atuavam em BC estão expostos na Tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição dos valores, total e dos itens, da Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan (EAQVF) entre os profissionais de enfermagem. Londrina – PR, 2004 (n=104*).

EAQVF	Intervalo Possível	Intervalo obtido	Mediana	Média	Desvio Padrão
Total dos itens	16 – 112	49 – 100	77,00	77,18	10,51
Média dos itens	1 – 7	3,06 – 6,25	4,81	4,83	0,65
Item 1 - Conforto material: moradia, alimentação, situação financeira	1 – 7	1 - 7	5,00	4,56	1,19
Item 2 – Saúde: sentir-se fisicamente bem e cheio de energia	1 – 7	2 - 7	5,00	4,95	1,28
Item 3 - Relacionamento com pais, irmãos e outros parentes	1 – 7	1 - 7	5,00	5,29	1,22
Item 4 - Ter e criar filhos	1 – 7	1 - 7	5,00	5,30	1,5
Item 5 - Relacionamento com esposo(a) ou Parceiro(a)	1 – 7	1 - 7	5,00	4,97	1,69
Item 6 - Relacionamento com amigos	1 – 7	2 - 7	5,08	5,37	0,96
Item 7 - Ajudar e apoiar outras pessoas	1 – 7	3 - 7	5,00	5,25	0,93
Item 8 - Participação em associações comunitárias e Atividades de interesse público	1 – 7	1 - 7	4,00	3,75	1,30
Item 9 - Aprendizado: poder aumentar seus conhecimentos	1 – 7	1 - 7	5,00	4,43	1,42
Item 10 – Auto conhecimento	1 – 7	1 - 7	5,00	5,13	1,31
Item 11 – Trabalho no emprego ou em casa	1 – 7	1 - 7	5,00	5,23	0,94
Item 12 - Conseguir se comunicar	1 – 7	2 - 7	5,00	5,08	1,08
Item 13 - Participar de atividades recreacionais e Esportivas	1 – 7	1 - 7	3,00	3,52	1,44
Item 14 - Ouvir música, ler, assistir TV ou ir ao cinema	1 – 7	1 - 7	5,00	4,61	1,40
Item 15 - Encontrar-se com outras pessoas e fazer coisas Juntas	1 – 7	1 - 7	5,00	4,44	1,31
Item 16 - Independência: sentir-se capaz de fazer as coisas por si mesmo	1 – 7	1 - 7	5,00	5,32	1,27

* n=104, um participante foi excluído

De acordo com a Tabela 7, observamos que o trabalhador que obteve menor escore para a EAQVF atingiu 49 pontos e o que obteve maior escore obteve 100 pontos, em um intervalo possível de 16 a 112, no qual, quanto maior o valor, maior a satisfação com a vida. A mediana obtida foi de 77 e a média de $77,2 \pm 10,5$. Se considerarmos a média das respostas dos itens, a variação obtida foi de 3,52 (entre insatisfeito e nem insatisfeito, nem satisfeito) a 5,37 (entre satisfeito e bastante satisfeito).

A menor média foi a do item relacionado às *atividades recreacionais e esportivas* (3,52) e a maior média obtida foi a do item *relacionamento com amigos* (5,37).

A média de todos os 16 itens foi de $4,83 \pm 0,65$. Ambos os resultados, soma total dos itens da escala ou média dos itens, refletem satisfação com os aspectos abordados pelo instrumento, embora, no geral, os participantes estavam entre nem insatisfeitos, nem satisfeitos e satisfeitos com a qualidade de suas vidas.

Outro aspecto investigado foi se havia diferenças nos valores apresentados para a qualidade de vida entre os profissionais das quatro categorias de enfermagem ou entre os enfermeiros e não enfermeiros. Assim, na Tabela 8 podemos observar como a qualidade de vida foi avaliada entre as categorias e no Gráfico 1 entre os profissionais enfermeiros e não enfermeiros.

Tabela 8 – Distribuição dos valores totais da Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan (EAQVF), segundo as categorias profissionais da enfermagem (n=103*). Londrina – PR, 2004.

Profissionais	Intervalo dos valores obtidos	Mediana	Média (Desvio-padrão)
Enfermeiro (n=12)	54 - 92	78,00	75,66 (10,81)
Técnico de enfermagem (n=1)	83 - 83	83,00	83,00
Auxiliar de enfermagem (n=73)	49 - 100	78,00	77,45 (10,91)
Atendente (n=17)	61 - 94	75,00	77,70 (8,65)

- dois participantes foram excluídos

Na análise da Tabela 8 observamos que os profissionais, de modo geral, têm a mesma percepção sobre a satisfação com os aspectos abordados pelo instrumento, entre eles, o trabalho.

Quando analisamos conjuntamente os 103 profissionais, temos um valor médio, para o item satisfação no trabalho de $5,23 \pm 0,94$. Ao observarmos a média por categoria obtivemos $5,08 \pm 0,9$ para enfermeiros; 5,0 para o técnico; $5,36 \pm 0,94$ para os auxiliares e $4,94 \pm 0,837$ para os atendentes. Ou seja, exceto entre os atendentes que apresentaram valores ligeiramente menores, os demais profissionais estão entre satisfeitos e bastante satisfeitos com seu trabalho.

O Gráfico 1 apresenta o escore total da EAQVF dos grupos de enfermeiros e não enfermeiros e apesar de encontrarmos a linha mediana dos enfermeiros ligeiramente acima da linha do grupo de não enfermeiros, não houve diferenças estatisticamente significativas para os dois grupos quanto a sua satisfação com os aspectos abordados pelo instrumento de qualidade de vida.

Gráfico 1- *Boxplots* dos grupos enfermeiro e não enfermeiro segundo o valor total da Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan (EAQVF).

Além de compararmos a qualidade de vida, por meio da distribuição dos valores total e dos 16 itens da escala para toda a população estudada (Tabela 7), também fizemos a comparação entre os itens, visando identificar quais os itens de maior satisfação entre os enfermeiros e os não enfermeiros (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos valores dos itens da Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan, segundo as categorias enfermeiros e não enfermeiros (n=103). Londrina- PR, 2004.

Itens da EAQVF	Intervalo	Enfermeiros *			Intervalo	Não enfermeiros **		
		Média	Mediana	Desvio padrão		Média	Mediana	Desvio padrão
Item 1	3 - 7	5,08	5,00	1,08	1 - 7	4,51	5,00	1,96
Item 2	2 - 7	4,92	5,00	1,50	2 - 7	4,96	5,00	1,27
Item 3	5 - 7	6,08	6,00	0,79	1 - 7	5,19	5,00	1,24
Item 4	1 - 7	4,58	4,00	1,73	1 - 7	5,38	5,00	1,45
Item 5	1 - 7	4,58	5,00	2,02	1 - 7	5,02	5,02	1,66
Item 6	5 - 7	6,00	6,00	0,85	2 - 7	5,29	5,29	0,95
Item 7	3 - 7	5,42	5,50	1,16	3 - 7	5,25	5,25	0,87
Item 8	1 - 5	3,75	4,00	1,13	1 - 7	3,75	3,75	1,33
Item 9	3 - 6	4,42	5,00	1,16	1 - 7	4,45	4,45	1,46
Item 10	4 - 7	5,33	5,00	0,88	1 - 7	5,12	5,00	1,34
Item 11	4 - 7	5,08	5,00	0,90	3 - 7	5,27	5,00	0,93
Item 12	2 - 7	4,92	5,00	1,37	2 - 7	5,12	5,00	1,03
Item 13	1 - 7	3,08	3,00	1,67	1 - 7	3,58	3,00	1,41
Item 14	2 - 6	3,75	3,50	1,28	1 - 7	4,73	5,00	1,39
Item 15	2 - 6	4,00	4,50	1,34	1 - 7	4,52	5,00	1,30
Item 16	3 - 6	4,67	5,00	1,07	1 - 7	5,43	5,00	1,26

* n=12

** n= 91

Na Tabela 9 observamos que no grupo de enfermeiros, os itens que obtiveram maiores médias foram o número 3 e o número 6, *relacionamento com pais, irmãos e outros parentes e relacionamento com amigos*, com médias iguais a 6,08 e 6,00 respectivamente.

Os itens com menores médias foram os itens 13, 8 e 14, *participação de atividades recreacionais e esportivas; participação em associações comunitárias e atividades de interesse público; e ouvir música, ler, assistir TV ou ir ao cinema*. Os valores para estes itens foram menores que 4, ou seja, os profissionais encontravam-se, no geral, entre insatisfeitos e nem insatisfeitos/nem satisfeitos.

Quanto ao grupo de não enfermeiros, as maiores médias foram dos itens 16 e 4, respectivamente *independência: sentir-se capaz de fazer as coisas por si mesmo* (5,43) e *ter e criar filhos* (5,38). As menores médias para este grupo de profissionais foram obtidas nos itens relacionados à *participação em atividades recreacionais* (item 13, média 3,58); *participação em associações comunitárias* (item 8, média 3,75) e *aprendizado* (item 9, média 4,45).

Para melhor visualização das médias dos 16 itens da EAQVF, resolvemos distribuí-los graficamente conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – Distribuição das médias dos itens da EAQVF para os profissionais de enfermagem do BC (n=103). Londrina – PR, 2004.

Para observarmos as variações dos itens sócio-demográficos, como estado civil, sexo e formação profissional, fizemos gráficos tipo “*boxplots*”, com o objetivo de detectar diferenças entre as variáveis, entre as categorias existentes e o valor total da EAQVF.

Gráfico 2 - *Boxplots* dos grupos solteiro, casado, separado e viúvo segundo o valor total da Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan (EAQVF).

$p > 0,05$

A análise do Gráfico 2 demonstra que não houve diferenças estatisticamente significantes com a satisfação com a qualidade de vida dos trabalhadores quando analisados do ponto de vista do estado civil, exceto para o grupo de profissionais viúvos, onde houve menor satisfação com a qualidade de vida.

Gráfico 3 - *Boxplots* dos grupos feminino e masculino segundo o valor total da Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan (EAQVF).

Com relação a variável sexo, o Gráfico 3 apontou que o grupo dos homens sentia-se mais satisfeito com relação a sua qualidade de vida do que o grupo das mulheres, comprovando nossa hipótese inicial de que os participantes do sexo masculino teriam melhor QV do que os do sexo feminino ($p=0,01$).

Gráfico 4 - *Boxplots* dos grupos profissionais segundo o valor total da Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan (EAQVF).

Observamos no Gráfico 4 que os valores para a EAQVF não diferem estatisticamente entre os grupos, embora a mediana do grupo com 2º. grau incompleto esteja acima da mediana dos demais trabalhadores.

Padilha; Souza (1999) afirmam que os enfermeiros não conseguem dissociar seu entendimento sobre a Qualidade de Vida da sua relação com seu ambiente de trabalho. Estas autoras acreditam que o trabalho entre os enfermeiros é percebido como algo significativo e imprescindível na concepção de Qualidade de Vida.

Diante disso, resolvemos focar aspectos relacionados à Qualidade de Vida no Trabalho, como *Remuneração, Autonomia, Normas Organizacionais, Interação, Requisitos do Trabalho, Status Profissional*, avaliados também em termos de satisfação.

4.3.2. Índice de Satisfação Profissional (ISP)

A Qualidade de Vida no Trabalho, outra variável de nosso estudo, foi considerada enquanto satisfação com diversos aspectos do trabalho e avaliada por meio da Escala de Atitude do Índice de Satisfação Profissional, proposto por Stamps (1997a) e validado para a nossa realidade por Lino (1999).

Para Stamps (1997b) o primeiro passo para a elaboração dos resultados desta escala é a análise das respostas da Escala de Atitudes, fazendo-se uma visão geral das frequências de respostas para cada item. Segundo a autora esta etapa é realizada dividindo-se os itens dentro de cada componente e analisando cada um separadamente. Contudo, este passo não faz parte do processo de pontuação, assim, as respostas são analisadas sem se utilizar a inversão dos escores para os enunciados positivamente ordenados.

4.3.2.1. Elaboração da frequência de respostas por componentes do instrumento

Tabela 10 - Distribuição das frequências de respostas para os profissionais de enfermagem do BC para os itens que mensuram *Remuneração* (n=103). Londrina-PR, 2004.

Item	Concordo inteiramente	Concordo	Concordo moderadamente	Neutro	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo inteiramente
1. Meu salário atual é satisfatório	1,0%	6,8%	16,5%	1,0%	16,5%	20,4%	37,8%
8. Tenho a impressão que grande parte do pessoal de enfermagem deste hospital está insatisfeita com seu salário	51,5%	28,2%	5,8%	2,9%	3,9%	4,8%	2,9%
14. Considerando o que é esperado do pessoal de serviço de enfermagem, neste hospital o salário que recebemos é razoável.	6,8%	8,73%	10,7%	2,9%	5,8%	28,2%	36,9%
21. Neste hospital, o índice de reajuste salarial do pessoal de enfermagem não é satisfatório	62,2%	22,3%	5,8%	1,9%	1,0%	2,9%	3,9%
32. Do que eu ouço sobre o pessoal de enfermagem de outros hospitais, neste hospital a remuneração é justa.	4,8%	9,7%	8,7%	6,8%	7,8%	30,1%	32,0%
44. Neste hospital, se faz necessário um reajuste de salários para o pessoal de enfermagem	71,0%	17,5%	4,8%	1,9%	-	-	4,8%

A Tabela 10 demonstrou que a maioria dos trabalhadores deste estudo sentia-se insatisfeita com a remuneração que recebia. Um dos aspectos que destacamos é a alta frequência de respostas para discorda (20,4% dos participantes) e discorda inteiramente (37,8%) com o item 1 (*Meu salário atual é satisfatório*), e concorda inteiramente (71,0%) com o item 44, (*Neste hospital se faz necessário um reajuste de salários para o pessoal de enfermagem*).

Dando continuidade a exposição da frequência de respostas para os componentes do ISP, apresentamos na Tabela 11 a distribuição da frequência de respostas para o componente *Status Profissional*.

Tabela 11 - Distribuição das frequências de respostas para os profissionais de enfermagem do BC para os itens que mensuram *Status Profissional* (n=103). Londrina-PR, 2004.

Item	Concordo inteiramente	Concordo	Concordo moderadamente	Neutro	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo inteiramente
2. A enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante.	22,3%	24,3%	20,4%	2,9%	10,7%	7,8%	11,6%
9. A maioria das pessoas reconhece a importância da assistência de enfermagem aos pacientes hospitalizados.	10,7%	31,1%	21,3%	3,9%	12,6%	17,5%	2,9%
11. Em minha mente, não tenho dúvidas: o que eu faço em meu trabalho é realmente importante.	72,8%	22,3%	3,9%	-	1,0%	-	-
27. O que eu faço em meu trabalho realmente não acrescenta nada significativo.	1,9%	1,9%	3,9%	1,9%	8,7%	34,0%	47,6%
34. Eu me sinto orgulhoso (a) quando falo com outras pessoas sobre o que eu faço no meu trabalho.	45,6%	34,0%	10,7%	1,9%	1,0%	5,7%	1,0%
38. Se eu tivesse que decidir tudo outra vez, mesmo assim eu estaria na enfermagem.	46,6%	24,3%	6,8%	9,7%	3,9%	4,8%	3,9%
41. Meu trabalho, em particular, realmente não requer muita habilidade ou conhecimento específico.	1,9%	1,0%	-	2,9%	3,9%	32,0%	58,3%

Verificamos pela Tabela 11 que todos os itens apresentaram percentual de respostas elevado em um dos pólos, concordância ou discordância.

Esse comportamento de predomínio de respostas em um dos pólos também ficou evidente em relação ao componente *Autonomia*, com exceção no item 26, no qual 39,8% consideravam-se neutros em relação ao tema, como pode ser observado na Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição das frequências de respostas dos profissionais de enfermagem do BC para os itens que mensuram *Autonomia* (n=103). Londrina – PR, 2004.

Item	Concordo inteiramente	Concordo	Concordo moderadamente	Neutro	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo inteiramente
7. Eu sinto que sou supervisionado (a) mais diretamente (“de perto”) do que necessário.	7,8%	8,7%	8,7%	13,6%	19,4%	31,1%	10,7%
13. Eu sinto que tenho participação suficiente no planejamento da assistência de enfermagem do paciente cirúrgico.	21,4%	21,4%	13,6%	12,6%	12,6%	12,6%	5,8%
17. Eu tenho muitas responsabilidades e pouca autonomia.	17,5%	20,4%	21,3%	10,7%	11,6%	15,5%	2,9%
20. Em meu serviço, minha chefia toma todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre meu próprio trabalho.	6,8%	10,7%	17,5%	3,9%	23,3%	24,2%	13,6%
26. Uma grande dose de independência é permitida, se não requerida de mim.	6,8%	3,9%	12,6%	39,8%	13,6%	15,5%	7,8%
30. Algumas vezes me sinto frustrado (a) porque todas as minhas atividades parecem ser pré-programadas para mim.	9,7%	1,94%	15,53%	20,38%	11,65%	32,03%	8,73%
31. No meu trabalho, às vezes tenho que fazer algumas coisas que vão contra o meu melhor julgamento profissional.	14,6%	11,7%	21,4%	15,5%	4,8%	19,4%	12,6%
43. Em meu trabalho, tenho liberdade para tomar decisões importantes, que considero apropriadas, e conto com minha (s) chefia(s) para me apoiar.	13,6%	13,6%	21,4%	8,7%	12,6%	17,5%	12,6%

As frequências de respostas para o componente *Normas Organizacionais* estão expostas na Tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição das frequências de respostas para os profissionais de enfermagem do BC para os itens que mensuram *Normas Organizacionais* (n=103). Londrina-PR, 2004.

Item	Concordo inteiramente	Concordo moderadamente	Neutro	Discordo moderadamente	Discordo inteiramente		
5. Em meu hospital a equipe de enfermagem tem controle suficiente sobre a programação de seu próprio turno de trabalho.	9,7%	26,2%	15,5%	9,7%	22,4%	6,8%	
12. Existe uma grande lacuna entre a administração deste hospital e os problemas da enfermagem.	32,0%	20,4%	17,5%	16,5%	5,8%	6,8%	1,0%
18. Neste hospital não existem oportunidades suficientes de promoção para o pessoal de enfermagem.	35,0%	24,3%	12,6%	6,8%	2,9%	9,7%	8,7%
25. Há grande oportunidade para a equipe de enfermagem de participar do processo de tomada de decisões administrativas.	1,0%	1,0%	9,7%	13,6%	8,7%	35,9%	30,1%
33. Neste hospital as decisões administrativas interferem muito na assistência ao paciente.	19,4%	16,5%	14,6%	26,2%	7,8%	10,7%	4,8%
40. Eu tenho todo o poder que quero no planejamento das atividades que exerço.	9,7%	15,5%	13,6%	4,8%	18,5%	18,5%	19,4%
42. A (s) chefia (s) de enfermagem geralmente consulta (m) a equipe nos problemas diários e procedimentos.	11,6%	22,3%	18,5%	7,8%	9,7%	11,6%	18,5%

Para a avaliação do componente *Normas Organizacionais*, o instrumento possuía sete itens, sendo que a concordância com os itens 5, 25, 40 e 42 indicavam fatores geradores de satisfação no trabalho.

Ao observarmos a Tabela 13, constatamos que as concordâncias com os itens 5 (turno de trabalho) e 42 (consulta dos profissionais pelas chefias de enfermagem) giravam em torno de 50,0% dos participantes: 51,4% e 52,3% respectivamente. Ou seja, não houve uma avaliação favorável desses itens entre os trabalhadores, mesmo porque 74,6% discordaram do item 25 (participação no processo de tomada de decisões administrativas) e 56,2% discordaram do item 40 (ter poder no planejamento das atividades).

Com relação aos itens 12, 18 e 33, cuja concordância indica baixa satisfação com este componente, obtivemos aproximadamente 70,0% dos participantes concordando com os itens 12 e 18, e 50,4% concordando com o item 33, o que demonstrou novamente a insatisfação dos profissionais com relação ao componente avaliado.

A Tabela 14 apresenta as frequências de respostas dos trabalhadores do BC quanto ao componente *Requisitos do Trabalho*.

Tabela 14 - Distribuição das frequências de respostas para os profissionais de enfermagem do BC para os itens que mensuram *Requisitos do Trabalho* (n=103). Londrina-PR, 2004.

Item	Concordo inteiramente	Concordo	Concordo moderadamente	Neutro	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo inteiramente
4. Neste hospital o pessoal de enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático.	22,3%	24,3%	21,4%	6,8%	8,7%	12,6%	3,9%
15. Eu acho que poderia realizar um trabalho melhor se não tivesse tanto o que fazer, o tempo todo.	13,6%	24,3%	19,4%	11,7%	8,7%	18,4%	3,9%
22. Eu estou satisfeito (a) com os tipos de atividades que realizo em meu trabalho.	35,0%	35,9%	16,5%	4,9%	2,9%	2,9%	1,9%
24. Eu tenho tempo suficiente e oportunidades para discutir os problemas da assistência ao paciente com outros membros da equipe de enfermagem.	2,9%	9,7%	9,7%	10,7%	21,4%	27,2%	18,5%
29. Eu tenho tempo suficiente para a assistência ao paciente.	9,7%	8,7%	12,6%	11,7%	13,6%	23,3%	20,4%
36. Eu poderia prestar uma assistência muito melhor se tivesse mais tempo com cada paciente.	39,8%	20,4%	9,7%	15,5%	7,8%	5,8%	1,0%

Os itens 4 (*Neste hospital o pessoal de enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático*), 15 (*Eu acho que poderia realizar um trabalho melhor se não tivesse tanto o que fazer, o tempo todo*), 24 (*Eu tenho tempo suficiente e oportunidades para discutir os problemas da assistência ao paciente com os outros membros da equipe de enfermagem*), 29 (*Eu tenho tempo suficiente para a assistência ao paciente*) e 36 (*Eu poderia prestar uma assistência muito melhor se tivesse mais tempo com cada paciente*) apontaram para a insatisfação dos profissionais quanto a este componente, principalmente pelo aspecto de falta

de tempo para a assistência direta ao paciente e pelo excesso de trabalho burocrático exercido pelo pessoal de enfermagem.

Somente na análise do item 22 (*Eu estou satisfeito (a) com os tipos de atividades que realizo em meu trabalho*) foi que houve concordância entre a maioria (87,4%) dos trabalhadores.

A Tabela 15 apresenta as frequências de respostas dos trabalhadores do BC quanto ao componente *Interação*.

Tabela 15 - Distribuição das frequências de respostas para os profissionais de enfermagem do BC para os itens que mensuram *Interação* (n=103). Londrina-PR, 2004.

Item	Concordo inteiramente	Concordo moderadamente	Neutro	Discordo moderadamente	Discordo inteiramente
3. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem se dispõe e se ajudam uns aos outros, quando as “coisas estão corridas”	16,5%	20,4%	35,9%	1,9%	10,7%
6. Em minha unidade, os médicos normalmente cooperam com a equipe de enfermagem.	3,9%	11,6%	22,4%	13,6%	16,5%
10. Em minha unidade é difícil para o(a)s funcionário(a)s novo(a)s se sentirem à vontade.	14,6%	8,7%	16,5%	6,8%	14,6%
16. Em meu serviço, existe muito trabalho em equipe e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem.	10,7%	22,3%	15,5%	10,7%	18,4%
19. Em minha unidade, há muito trabalho em equipe entre auxiliares e enfermeiros.	11,6%	25,2%	20,4%	5,8%	18,5%
23. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria.	8,7%	12,6%	17,5%	7,8%	13,6%
28. Em minha unidade há muita “distinção de posições”: os (as) enfermeiros (as) raramente se misturam com aqueles de menor experiência ou diferentes tipos de formação educacional.	7,8%	4,8%	10,7%	4,9%	12,6%
35. Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem.	54,4%	23,3%	8,7%	5,8%	2,9%
37. Os médicos deste hospital geralmente apreciam e compreendem o que a equipe de enfermagem faz.	5,8%	7,8%	20,4%	6,8%	17,5%
39. Os médicos deste hospital subestimam demais a equipe de enfermagem.	21,4%	15,5%	27,2%	13,6%	7,8%

No instrumento elaborado por Stamps (1997b), traduzido e validado por Lino (1999), o componente *Interação* foi dividido e analisado em duas subcategorias: Enfermeiro-Enfermeiro e Enfermeiro-Médico. Neste estudo, faremos a análise global da interação entre as categorias, isto é possível e também referendado por Stamps (1997b), apesar dos resultados demonstrarem maior satisfação com a interação da equipe de enfermagem entre si do que com a equipe médica, conforme descrito abaixo.

De acordo com as respostas dos itens 3 (*Em meu serviço, o pessoal de enfermagem se dispõe, e se ajudam uns aos outros, quando as “coisas estão corridas”*), 6 (*Em minha unidade, os médicos normalmente cooperam com a equipe de enfermagem*), 10 (*Em minha unidade é difícil para os funcionários (a)s novo (a)s se sentirem “à vontade”*), 16 (*Em meu serviço, existe muito trabalho em equipe e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem*), 19 (*Em minha unidade, há muito trabalho em equipe entre auxiliares e enfermeiros*), 23 (*Em meu serviço o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria*) e 28 (*Em minha unidade há muita “distinção de posições”: os (as) enfermeiros (as) raramente “misturam-se” com aqueles de menor experiência ou diferentes tipos de formação educacional*), observamos que houve concordância com os itens que podem gerar satisfação com o componente *Interação* entre os membros da equipe de enfermagem.

Porém, a concordância da maioria dos participantes nos itens 35 (*Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem*), 37 (*Os médicos deste hospital geralmente apreciam e compreendem o que a equipe de enfermagem faz*), 39 (*Os médicos deste hospital subestimam demais a equipe de enfermagem*) demonstrou que os profissionais da enfermagem não estavam satisfeitos com a interação com a equipe médica em decorrência destes aspectos abordados.

4.3.2.2. Elaboração do Escore Total para a Escala de Atitudes do ISP

A segunda etapa do processo de análise da Escala de Atitude do ISP, sugerida por Stamps (1997b) consta dos cálculos dos escores que irão determinar a satisfação específica para cada componente (Escore do Componente) e a geral (Escore Total da Escala). A análise também é possível através do cálculo do escore médio da escala, dividido pelo número de itens da escala de atitude (44), resultando na média dos itens.

Na Tabela 16 apresentamos o Escore Total e o Escore Médio da Escala. Para se obter o Escore do ISP total foi realizado a soma dos valores obtidos nos 44 itens da escala de atitude, após a inversão dos escores dos enunciados positivamente ordenados, conforme estipulado pela autora (STAMPS, 1997b). Para o cálculo médio dos itens do ISP, o ISP total foi dividido pelo número de itens, ou seja, 44.

Tabela 16 – Estatística descritiva da Escala de Atitude do ISP para a amostra total e por grupos (enfermeiros e não enfermeiros) (n=102). Londrina – PR, 2004.

Variáveis	Enfermeiros (n=12)	Não enfermeiros (n=90)	Total
Intervalo possível	44 – 308	44 – 308	44 – 308
Intervalo obtido	141 – 214	114 – 227	114 – 227
Mediana	169,5	171,5	170,0
Desvio – padrão	21,25	26,31	25,9
Média da escala	175,0	169,4	169,7
Intervalo possível	1 – 7	1 – 7	1 – 7
Intervalo obtido	3,2 – 4,86	2,59 – 5,16	2,6 – 5,1
Mediana	3,85	3,97	3,86
Desvio – padrão	0,48	0,59	0,6
Média dos 44 itens	3,97	3,85	3,85

O intervalo de valores para o ISP total obtidos pelos profissionais de enfermagem variou de 114 a 227, num range possível de 44 a 308, sendo que quanto maior o valor, maior a satisfação com o trabalho, uma vez que a direção da escala é positiva. A média obtida foi de $169,7 \pm 25,9$ e a mediana de 170.

O valor médio dos itens obtido para os 102 trabalhadores (3,85) representa que os trabalhadores estavam entre insatisfeitos e nem satisfeitos/nem insatisfeitos com os aspectos abordados pelo instrumento de qualidade de vida no trabalho.

4.3.2.3. Elaboração do Escore dos Componentes

Por meio da análise do escore dos componentes, foi possível avaliar a dimensão de satisfação ou insatisfação para cada um dos seis componentes do ISP (Tabela 17).

Tabela 17 – Estatística descritiva dos componentes da Escala de Atitude do ISP para os profissionais de enfermagem do BC (n=103*). Londrina-PR, 2004.

Variável	Intervalo possível	Intervalo obtido	Mediana	Média	Desvio padrão
Remuneração Itens (6)	6 - 42 1 - 7	6 - 33	13,00	13,66 2,27	5,93
Status profissional Itens (7)	7 - 49 1 - 7	26 - 49	39,00	38,61 5,51	4,42
Autonomia Itens (8)	8 - 56 1 - 7	17 - 48	34,00	33,43 4,17	7,04
Normas organizacionais Itens (7)	7 - 49 1 - 7	7 - 37	23,00	23,24 3,32	6,82
Requisitos do trabalho Itens (6)	6 - 42 1 - 7	12 - 36	21,00	21,33 3,55	5,52
Interação Itens (10)	10 - 70 1 - 7	16 - 64	39,00	39,40 3,94	8,19

Devido às diferenças entre o número de itens em cada componente, os intervalos possíveis para cada um dos seis componentes da Escala de Atitude do ISP têm dimensões diferentes. Assim, a melhor maneira para analisar a avaliação dos trabalhadores quanto à satisfação profissional percebida diante de cada componente é através da média dos itens. Os

valores possíveis para cada item variam de 1 a 7, sendo que quanto maior o valor, maior a satisfação.

Constatamos que os componentes que apresentaram maiores pontuações pelos profissionais foram, em ordem decrescente: *Status Profissional*, *Autonomia*, *Interação*, *Requisitos do Trabalho*, *Normas Organizacionais* e *Remuneração*.

Buscando avaliar se havia diferenças nas percepções das diferentes categorias estudadas no que se refere aos componentes que avaliam a Qualidade de Vida no Trabalho, calculamos os Escores Totais do ISP para as categorias enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e atendente (Tabela 18).

Tabela 18 – Estatística descritiva do total da Escala de Atitude do ISP, segundo as categorias dos profissionais de enfermagem do BC (n= 102*). Londrina – PR, 2004.

	Intervalos obtidos	Mediana	Média	Desvio padrão
Enfermeiro (n=12)	141 – 214	169,50	175,00	21,25
Técnico de enfermagem (n=1)	131 – 131	131,00	131,00	-
Auxiliar de enfermagem (n=73)	114 – 227	168,00	169,63	26,43
Atendente (n=16)	126 – 201	174,00	171,06	25,54

*2 participantes foram excluídos por apresentarem mais de 20% de respostas em branco; um participante foi excluído por não referir a categoria profissional que pertence.

Considerando que a Escala de Atitudes do ISP foi utilizada como medida de satisfação dos trabalhadores com a Qualidade de Vida no Trabalho, constatamos que os enfermeiros obtiveram maior satisfação laboral em relação aos outros profissionais. Observamos para estes grupos que os intervalos de valores obtidos foram bastante similares, refletindo que as categorias avaliaram a satisfação no trabalho de modo muito semelhante.

Como na análise da satisfação com aspectos da vida por meio da EAQVF, os dois grupos obtiveram diferenças com relação aos itens de maior e de menor satisfação,

construímos a Tabela 19 para verificar se havia diferença nos resultados obtidos entre os enfermeiros e os demais profissionais de enfermagem quando se refere à QVT .

Tabela 19 – Frequência de respostas para os Componentes do ISP para o grupo de enfermeiros e não enfermeiros que atuam no BC (n=102). Londrina – PR, 2004.

Variável	Enfermeiros (n=12)				Não enfermeiros (n=90)			
	Intervalo obtido	Média	Mediana	Desvio padrão	Intervalo obtido	Média	Mediana	Desvio padrão
Remuneração	6 – 23	12,92	13,00	5,29	6 - 33	13,71	13,00	6,04
Média do Componente	1,00 – 3,83	2,15	2,16	0,88	1,00 – 5,50	2,28	2,16	1,00
Status profissional	30 – 47	38,00	38,00	5,06	26 - 49	38,71	39,00	4,38
Média do Componente	4,29 – 6,71	5,42	5,42	0,72	3,71 – 7,00	5,53	5,57	0,62
Autonomia	30 – 47	37,00	37,50	4,84	17 - 48	33,10	33,00	7,08
Media do Componente	3,75 – 5,88	4,62	4,68	0,60	2,13 – 6,00	4,13	4,12	0,88
Normas organizacionais	18 – 37	24,83	24,00	5,23	8 - 36	23,21	23,00	6,83
Média do Componente	2,57 – 5,29	3,54	3,42	0,74	1,14 – 5,14	3,31	3,28	0,97
Requisitos do trabalho	13 – 30	20,17	19,50	5,52	12 - 36	21,59	21,00	5,47
Média do Componente	2,17 – 5,00	3,36	3,25	0,92	2,00 – 6,00	3,59	3,50	0,91
Interação	35 – 55	42,08	40,50	6,28	16 - 64	39,13	39,50	8,37
Média do Componente	3,50 – 5,50	4,20	4,05	0,68	1,60 – 6,40	3,91	3,95	0,83
Escore Médio da Escala		3,9	(range 1 –7)			3,8	(range 1-7)	

Por meio da análise das médias de cada componente, constatamos que não houve diferença entre os dois grupos com relação às fontes de maior e de menor satisfação no trabalho, ambos os grupos apresentaram-se mais satisfeitos com *Status Profissional* e menos satisfeitos com a *Remuneração*. Com relação aos componentes *Autonomia* e *Interação*, observamos maiores médias entre o grupo de enfermeiros, enquanto que para os demais componentes não houve diferença importante entre os valores para os dois grupos.

A Tabela 19 mostra também, o resultado numérico do Escore Médio dos Componentes e do Escore Médio da Escala para os grupos de enfermeiros e não enfermeiros. Como podemos observar, duas casas decimais são utilizadas para o cálculo do escore médio do componente, porém para o escore médio da escala, pode-se utilizar apenas uma casa decimal (STAMPS,1997b).

O Escore Médio da Escala demonstrou que os trabalhadores do BC estavam entre insatisfeitos e nem satisfeitos/nem insatisfeitos com sua QVT, independente de ser ou não enfermeiro.

Como apresentado em alguns estudos (CRUZ, 1995, RIBEIRO et al., 1999, GUIDO, 2003), o CC e a CME são locais de alta tecnologia e especificidade, o que poderia influenciar na satisfação profissional. Assim, optamos por verificar o escore total da Escala de Atitude do ISP de acordo com o local de atuação dos profissionais de enfermagem dentro do Bloco Cirúrgico (Gráfico 5).

Gráfico 5 - *Boxplots* dos grupos referentes à área de atuação no BC segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP).

Área do BC em que atua

$p > 0,05$

No Gráfico 5, observamos que apesar da linha mediana do grupo que atuava nos dois setores estar acima da linha mediana dos demais trabalhadores, não houve significância estatística entre os resultados apresentados, embora visualmente a diferença entre a satisfação profissional dos 12 trabalhadores que atuavam nos dois setores pareça existir.

Prosseguindo nossa investigação e com o intuito de melhor esclarecer quais as características do trabalho da enfermagem estariam influenciando a satisfação profissional, procuramos relacionar os horários de atuação dos funcionários do BC com o escore total do ISP (Gráfico 6).

Gráfico 6 - *Boxplots* dos grupos referentes ao horário de trabalho segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP).

$p > 0,05$

No Gráfico 6, observamos que os trabalhadores que estavam contratados das 13:00 às 22:00 horas apresentaram escore superior ao dos demais horários, significando maior satisfação entre este grupo.

Os “*boxplots*” demonstraram que não houve significância estatística entre a satisfação dos trabalhadores que atuavam nos outros horários.

Gráfico 7 - *Boxplots* dos grupos relacionados ao período em que trabalha segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP).

$p > 0,05$

Com relação ao Gráfico 7, constatamos que, mesmo após a distribuição dos escores do ISP por período em que os profissionais trabalhavam, a diferença entre a satisfação para os dois turnos de trabalho não foi confirmada pelo teste estatístico.

Gráfico 8 - *Boxplots* dos grupos relacionados ao tempo de atuação no BC segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP).

$p > 0,05$

Observamos no Gráfico 8 que apesar da mediana do grupo que atuavam até dois anos ser maior, a distribuição dos valores não diferem estatisticamente entre os grupos ($p>0,05$).

Como na enfermagem é comum os profissionais serem contratados em mais de uma instituição de saúde (GUIDO, 2003 e MEIRELLES; ZEITOUNE, 2003), devido a baixa remuneração, a relação entre escore total do ISP e outro vínculo empregatício foi verificada. Entre os participantes, 27 (25,7%) possuíam mais de um vínculo empregatício, o que não comprometeu a satisfação com a QVT conforme demonstra o Gráfico 9.

Gráfico 9 - *Boxplots* dos grupos relacionados à existência de contrato de trabalho em outra instituição segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP).

$p>0,05$

O Gráfico 9 contraria nossa expectativa, pois acreditávamos que haveria maior satisfação profissional entre o grupo com apenas um vínculo empregatício. Porém, o que se pode observar é que não houve diferença estatisticamente significante entre os valores do ISP para os dois grupos ($p>0,05$).

Como as atividades desenvolvidas pelos profissionais são fontes de satisfação ou insatisfação, as mesmas foram distribuídas em “*boxplots*” para análise com relação ao ISP, conforme o Gráfico 10.

Gráfico 10 - *Boxplots* dos grupos relacionados às atividades realizadas no BC segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP).

O Gráfico 10 mostra o escore total da escala relacionado às atividades desenvolvidas pelos trabalhadores do BC, no qual constatamos que a linha mediana dos profissionais que atuavam na assistência de enfermagem na SRA estava acima quando comparado aos demais trabalhadores, demonstrando maior satisfação deste grupo.

A relação entre satisfação e atividade não foi confirmada estatisticamente para os demais trabalhadores, exceto para os circulantes que demonstraram menor satisfação com

relação aos trabalhadores que instrumentavam, que atuavam na limpeza de materiais, na montagem de material, na supervisão e outra atividade predominantemente.

Após análise dos dados apresentados anteriormente, optamos também por avaliar a satisfação profissional correlacionando-a com variáveis sociodemográficas. Assim, o Gráfico 11 apresenta a correlação entre ISP e estado civil.

Gráfico 11 - *Boxplots* dos grupos solteiro, casado, separado e viúvo segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP).

$p > 0,05$

No Gráfico 11 observamos que o grupo de profissionais viúvos encontrava-se mais satisfeitos com os aspectos abordados pelo instrumento de coleta de dados quando comparados aos grupos de trabalhadores separados e solteiros, apesar da distribuição dos valores não diferirem estatisticamente.

Gráfico 12 - *Boxplots* dos grupos feminino e masculino segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP).

Pela distribuição dos valores do escore do ISP e sexo dos participantes, observamos no Gráfico 12 que não houve diferenças na satisfação profissional entre os dois grupos, o que não ocorreu quando sexo foi relacionado à EAQVF (Gráfico 2), onde demonstrou que os homens sentiam-se mais satisfeitos do que as mulheres.

Gráfico 13 - *Boxplots* dos grupos referentes à formação profissional segundo o valor total do Índice de Satisfação Profissional (ISP).

Observamos pelo Gráfico 13 que apesar da linha mediana do grupo de profissionais com nível de formação superior incompleto estar abaixo da mediana dos outros trabalhadores, a distribuição dos valores não diferem estatisticamente. Na visualização do boxplots, houve maior satisfação para o grupo com curso superior completo em relação aqueles que ainda não concluíram curso de nível superior.

4.4. TESTES DE CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS QV E QVT

Finalmente, para verificar possível associação entre Qualidade de Vida e Qualidade de Vida no Trabalho, optamos por testar a correlação entre essas duas variáveis usando o teste não paramétrico de Spearman e obtivemos um valor de 0,17 ($p=0,07$) considerando todos os

profissionais do estudo. Tal resultado significa uma correlação inexistente entre as medidas obtidas pelos dois instrumentos de medida (MUNRO, 2001).

Ao dividirmos os profissionais em dois grupos, constatamos coeficientes de correlação de $r=0,27$ ($p=0,38$) para enfermeiros e $r=0,15$ ($p=0,14$) para não enfermeiros que segundo a classificação proposta por Munro (2001) significam baixa ou pouca correlação.

Buscamos na visualização, por meio do diagrama de dispersão, uma possível correlação entre as duas variáveis estudadas, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2 – Diagrama de dispersão dos escores da EAQVF e do ISP obtidos pelos profissionais de enfermagem atuantes no BC (n=103). Londrina – PR, 2004.

De forma divergente à nossa hipótese constatamos, que não houve indicação de correlação no diagrama de dispersão entre as variáveis QV e QVT, o que indica que os

trabalhadores que obtiveram os maiores escores para a EAQVF não foram, necessariamente, os mesmos que obtiveram os melhores valores para o ISP Total da Escala.

Mesmos quando o item 11 da EAQV de Flanagan, *Qual a sua satisfação em relação ao seu trabalho no emprego ou em casa*, e o escore total do ISP foram relacionados, o Coeficiente de Correlação de Spearman obtido indicou segundo a classificação proposta por Munro (2001), baixa ou pouca correlação, pois o valor do coeficiente de correlação foi de 0,27 ($p>0,05$) para todo o grupo.

Assim, buscando compreender quais, entre os seis domínios que compõe o ISP, estavam mais ligados à satisfação geral dos trabalhadores, calculamos as correlações entre as variáveis.

4.4.1. Correlação entre ISP Total, EAQVF Total e escore do ISP por componente

O teste de Correlação de Spearman entre os componentes do ISP, EAQVF e o Escore Total do ISP tem o seu resultado apresentado na Tabela 20.

Tabela 20 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre o escore dos componentes do ISP, o Escore Total da EAQVF e o Escore Total do ISP, para os trabalhadores do BC (n=103). Londrina-PR, 2004.

	EAQVF	ISPtotal	Remune- ração	Status	Autonomia	Normas organizacio nais	Requisitos do trabalho	Interação
EAQVF	1,00	0,17	0,18	-0,02	0,15	0,07	0,24*	0,13
ISP total	-	1,00	0,56*	0,42**	0,67**	0,84**	0,71**	0,75**
Remuneração	-	-	1,00	0,51	0,10	0,40**	0,45**	0,29**
Status	-	-	-	1,00	0,18	0,31**	0,24*	0,27**
Autonomia	-	-	-	-	1,00	0,61**	0,34**	0,44**
Normas Organizacionais	-	-	-	-	-	1,00	0,56**	0,48**
Requisitos trabalho	-	-	-	-	-	-	1,00	0,34**
Interação	-	-	-	-	-	-	-	1,00

**p=0,01

*p=0,05

Na Tabela 20 as correlações altas ocorreram entre ISP e Normas organizacionais ($r=0,84^{**}$); ISP e Interação ($r=0,75^{**}$) e ISP e Requisitos do Trabalho ($0,71^{**}$). Quando os seis componentes são analisados entre si, a maioria das correlações, mesmo aquelas com significância estatística, variam de moderada a pouca correlação.

Na análise das correlações da EAQVF, obtivemos significância estatística entre EAQVF e Requisitos do Trabalho, porém com de acordo com a classificação de Munro (2001), trata-se de pouca correlação, se alguma.

4.4.2. Correlação entre ISP Total e ISP por componente entre Enfermeiros e Não Enfermeiros

Com o intuito de verificar se houve diferenças entre as correlações dos componentes do ISP e os grupos de enfermeiros e não enfermeiros efetuamos o cálculo do Coeficiente de Correlação de Spearman entre o Escore Total do ISP e o Escore dos Componentes para os dois grupos, cujo resultado apresentamos nas Tabelas 21 e 22.

Tabela 21 – Coeficiente de Correlação de Spearman entre o ISP total e o ISP para os componentes que compõe a escala de atitudes, para enfermeiros do BC (n=12). Londrina -PR (2004).

	ISP total	Remuneração	Status	Autonomia	Normas organizacionais	Requisitos do trabalho	Interação
ISP total	1,00	0,80**	0,36	0,77**	0,80**	0,69**	0,51
Remuneração	-	1,00	0,16	0,42	0,66*	0,51	0,37
Status	-	-	1,00	-0,02	0,21	0,14	0,33
Autonomia	-	-	-	1,00	0,72**	0,62*	0,33
Normas Organizacionais	-	-	-	-	1,00	0,34	0,39
Requisitos trabalho	-	-	-	-	-	1,00	-0,01
Interação	-	-	-	-	-	-	1,00

**p=0,01

*p=0,05

Na Tabela 21, relacionada ao grupo de enfermeiros, apresentamos as correlação entre o ISP total, *Normas Organizacionais*, *Remuneração* e *Autonomia* ($r=0,80^{**}$ e $0,77^{**}$, respectivamente) de acordo com a classificação proposta por Munro (2001). Na análise dos componentes entre si, a correlação mais forte ocorreu entre *Normas Organizacionais* e *Autonomia* ($r=0,72^{**}$).

Quando comparamos esses resultados com os da Tabela 19, verificamos que os componentes *Normas Organizacionais* e *Remuneração* obtiveram valores para os escores médio dos componentes bastante baixos, justificando a correlação apresentada na Tabela 21.

As correlações dos componentes do ISP para o grupo de não enfermeiros foram apresentadas na Tabela 22, a seguir.

Tabela 22 – Coeficiente de Correlação de Spearman entre o ISP total e o ISP para os componentes que compõe a escala de atitudes, para não enfermeiros do BC (n=90). Londrina -PR (2004).

	ISP total	Remuneração	Status	Autonomia	Normas organizacionais	Requisitos do trabalho	Interação
ISP total	1,00	0,56**	0,42**	0,67**	0,84**	0,71**	0,75**
Remuneração	-	1,00	0,04	0,11	0,41**	0,46**	0,32**
Status	-	-	1,00	0,20	0,33**	0,22**	0,26*
Autonomia	-	-	-	1,00	0,59**	0,33**	0,42**
Normas Organizacionais	-	-	-	-	1,00	0,59**	0,47**
Requisitos trabalho	-	-	-	-	-	1,00	0,38**
Interação	-	-	-	-	-	-	1,00

**p=0,01

*p=0,05

Quanto ao grupo de não enfermeiros, a Tabela 22 demonstrou que o componente *Normas Organizacionais* obteve novamente uma correlação alta ou forte ($r=0,84^{**}$) quando comparado ao ISP total, seguido do componente *Interação* ($r=0,75^{**}$) e *Requisitos do Trabalho* ($r=0,71^{**}$).

As correlações entre os componentes do ISP, mesmo aquelas com significância estatística, ficaram entre correlação moderada ou fraca, se existente (MUNRO, 2001).

Ao compararmos as duas tabelas apresentadas, verificamos que os fatores apresentados com maior (*Normas Organizacionais*) e menor (*Status*) correlação são similares para os dois grupos, o que reforça nossa percepção de que as categorias da enfermagem dos BC pesquisados, encontravam-se em condições bastante semelhantes do ponto de vista da organização do trabalho e do reconhecimento profissional.

4.4.3. Correlações entre ISP, EAQVF e variáveis sociodemográficas

Como parte de nossos objetivos, analisamos as correlações entre ISP Total e EAQVF Total e variáveis sociodemográficas buscando compreender os fatores mais significantes para a satisfação tanto em relação a aspectos pessoais como profissionais nesta população.

Tabela 23 – Coeficiente de Correlação de Spearman entre ISP total, EAQVF e variáveis sociodemográficas (número de filhos, salário e idade) dos trabalhadores do BC. Londrina – PR, 2004.

Variáveis escalares	EAQVF Total	ISP Total	Número de filhos	Salário	Idade
EAQVF Total	1,00	0,17	-0,07	0,04	0,07
ISP Total	-	1,00	0,34	0,24*	0,10
Número de filhos		-	1,00	0,06	0,26**
Salário		-	-	1,00	0,26*
Idade		-	-	-	1,00

**p=0,01

*p=0,05

A tabela 23 demonstra que as correlações que apresentaram significância estatística foram: ISP e salário ($r=0,24^*$); salário e idade ($r=0,26^*$); número de filhos e idade; porém, estas variáveis se encontram com pouca ou baixa correlação.

4.5. TESTE DE CONFIABILIDADE

Para o teste de coerência interna dos instrumentos de medida utilizamos o Alfa de Cronbach, onde cada item de uma escala é testado simultaneamente com os outros. Os valores para o coeficiente de confiabilidade variam de 0 a 1, isto é, quanto mais próximo de 1 é o coeficiente, mais confiável é o instrumento, sendo que 0,70 é um nível aceitável de confiabilidade.

Em nossa pesquisa, obtivemos Alfa de Cronbach igual a 0,81 para a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan e 0,81 para o Índice de Satisfação Profissional, isto significa que a variação de erro é pequena e que os instrumentos de avaliação possuem pouco erro de medição (LoBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

5. DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica dos profissionais de enfermagem do BC confirmou os resultados dos estudos realizados por Del Cura (1994), Sawada; Galvão (1995), Lino (1999), Lentz et al. (2000), Matsuda (2002), Carandina (2003), Meirelles; Zeitoune (2003), Guido (2003), Carvalho et al. (2004) e Lino (2004), o que reafirma a enfermagem como uma profissão tipicamente feminina no Brasil, característica predominante desde o início da profissão.

Para Meirelles; Zeitoune (2003) este grande contingente de trabalhadores do sexo feminino nas unidades de Centro Cirúrgico, e também incluímos a Central de Materiais e Esterilização, é bastante preocupante, uma vez que a demanda de esforço físico é excessiva, devido às características do trabalho nestas unidades, que inclui o preparo das caixas de instrumentais, transferência e mobilização de pacientes sedados ou mesmo anestesiados, entre outros.

Marziale (1995) refere que o dispêndio elevado de força muscular e gasto excessivo de energia física têm ocasionado problemas posturais e fadiga geral nos trabalhadores, tornando-se mais grave a medida em que se constata o predomínio de mulheres na força de trabalho empregada no hospital.

No presente estudo, apesar da idade média dos participantes ter apontado para um grupo de adultos jovens, um aspecto observado entre os trabalhadores e que poderia ocasionar efeitos sobre a saúde destas pessoas, foi a faixa etária próxima aos 60 anos. Embora, Guido (2003) tenha verificado que quanto maior a faixa etária entre os trabalhadores por ela investigados, menor a utilização de mecanismos de “*coping*”, utilizados como recursos de enfrentamento de estresse no trabalho.

A média de idade encontrada em nosso estudo assemelhou-se ao de Sawada; Galvão (1995), West; Lisboa (2001) e Meirelles; Zeitoune (2003).

Salientamos que, a maioria dos trabalhadores era casada e com filhos, sendo este dado significativo para a análise da dimensão “*relacionamento com outras pessoas*” da EAQVF.

Chamou-nos a atenção o fato de apenas um técnico de enfermagem estar atuando contratado nesta categoria. Este resultado confirma o resultado de Magalhães; Juchem (2000) no qual referiram que no Brasil, ainda podemos observar que alguns profissionais de enfermagem, especialmente os técnicos, ainda são contratados como sendo de outras categorias apesar do crescimento da categoria técnico de enfermagem.

Quanto a este aspecto, Lino (2004) afirmou que o mercado de trabalho impõe limites para a atuação do técnico de enfermagem, absorvendo-o como auxiliares ou mesmo atendentes, não legitimando as distinções profissionais.

Os estudos realizados têm apresentado pouca referência quanto à presença da categoria técnico de enfermagem nas instituições hospitalares, observando-se, na maioria das vezes, menção aos enfermeiros, auxiliares e mesmo atendentes de enfermagem. No entanto, quando citam a presença dos técnicos de enfermagem, os mesmos não são quantificados, ficando relacionados juntamente com os auxiliares de enfermagem (SAWADA; GALVÃO, 1995, WEST; LISBOA, 2001, MATSUDA, 2002, MEIRELLES; ZEITOUNE, 2003, e CARVALHO et al. 2004).

Em estudo realizado no BC por Caregnato; Lautert (2003) técnicos de enfermagem e enfermeiros apareceram em números iguais. Martins (1999) apresentou, em estudo sobre a qualidade de vida entre trabalhadores de enfermagem de UTI, resultado diferente do nosso e das pesquisas citadas anteriormente, pois referiu maior número de técnicos em relação às demais categorias da enfermagem. Talvez este aspecto esteja relacionado ao setor estudado

por esta autora, onde a complexidade dos cuidados de enfermagem a serem realizados exige uma maior quantidade de profissionais mais qualificados.

Os estudos de Marziale (1995), Costa; Morita; Martinez (2000) e Barboza; Soler (2003), corroboraram os resultados de nossa pesquisa, nos quais a categoria técnico de enfermagem apareceu em número inferior às demais categorias, em especial, quando comparadas com a dos auxiliares.

Na análise da Tabela 4, verificamos que 38 técnicos de enfermagem foram contratados como auxiliares e atendentes de enfermagem e o que podemos observar com frequência, são atendentes atuando nos hospitais e muitas vezes exercendo funções não previstas para esta categoria. Em nosso estudo, atendentes de enfermagem realizavam atividades como instrumentação cirúrgica e esterilização de materiais.

Barboza; Soler (2003) também encontraram grande número de atendentes exercendo suas funções em setores especializados como UTI e CC, o que poderia estar diminuindo a qualidade da assistência de enfermagem.

Matos (1999) encontrou resultado semelhante ao nosso, no qual 25,5% dos auxiliares estudados pertenciam à categoria técnico de enfermagem e 10,2% à categoria enfermeiro, sendo que a maioria dos atendentes estavam se profissionalizando ou já pertenciam a outras categorias.

Do ponto de vista da saúde do trabalhador e da satisfação com o trabalho, o tempo de serviço é uma variável importante, uma vez que quanto maior o tempo de atuação em uma instituição, maior a exposição dos profissionais aos fatores de riscos físico, biológico, ergonômico, psicossocial e químico. Em nosso estudo havia profissionais que atuavam há 29 anos neste setor.

Porém, Guido (2003) referiu que não é possível afirmar que a experiência profissional diminua a vulnerabilidade dos trabalhadores a doenças ocupacionais, como o estresse e relata

em seu estudo que, quanto maior o tempo de atuação menor o estresse nas atividades relacionadas ao funcionamento adequado das salas de operações.

O que podemos inferir é que, segundo dados apresentados por Amarante (2004), a grande demanda de esforço físico apresentada por trabalhadores do CC, certamente poderá causar danos à sua saúde e prejuízo, tanto para a QV e QVT. Este aspecto torna-se mais evidente quando os profissionais possuem muitos anos de atuação e dupla jornada de trabalho. Porém, outras pesquisas podem ser efetuadas com o intuito de analisar estas correlações, uma vez que em nosso estudo a variável demanda física e mental não foram contempladas.

Quanto ao tempo de atuação no BC, a maioria (73,4%) dos trabalhadores atuava no período compreendido entre dois e 15 anos, este pode ser um dado importante para a satisfação profissional com repercussões para a saúde do trabalhador.

Este resultado demonstrou-se diferente em relação ao obtido por Meirelles; Zeitouni (2003), no qual a maioria (55,1%, n=70) dos profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico atuava nesta unidade entre 10 e 20 anos.

No estudo de West; Lisboa (2001) entre trabalhadores da CME, os mesmos constataram que a maioria trabalhava no setor em um período de até cinco anos (52%, n=21), demonstrando também resultado diferente do nosso.

Percebemos que, no BC, altamente complexo, a elevada rotatividade de trabalhadores não é aconselhável, pois o treinamento de um profissional recém admitido no setor, segundo nossa experiência profissional, pode se prolongar por cerca de um ano ou mais. Talvez este aspecto justifique a média de 9,82 anos de atuação entre os participantes deste estudo.

É importante ressaltar que em um ambiente de trabalho especializado como o CC e a CME, nos quais ocorre desgaste físico e emocional, a entrada de um novo profissional não treinado pode representar uma fonte de insatisfação nos demais componentes da equipe de

enfermagem, devido à sobrecarga extra de trabalho, além do comprometimento da eficiência do cuidado de enfermagem no perioperatório (GUIDO, 2003).

Um dado de destaque e surpreendente na população estudada foi o percentual de profissionais que não possuíam dois vínculos empregatícios (74,3%), o que poderia estar elevando a satisfação nos aspectos abordados pelo instrumento de qualidade de vida, uma vez que a maioria teria maior tempo com a família e para lazer.

Esses dados foram semelhantes ao de Guido (2003) que apresentou 64,7% dos participantes com apenas uma atividade profissional, porém divergiu-se dos dados apresentados por Meirelles; Zeitoune (2003), no qual 55,7% tinham outro emprego e por Lino (2004), no qual 36,9% de enfermeiras possuíam mais de um emprego.

Este aspecto também nos levou a refletir sobre a questão salarial e sobre a falta de oportunidades de ascensão profissional e social, que leva uma grande parte dos trabalhadores a optarem por mais de um emprego.

Causa-nos preocupação a questão relacionada à exposição destes profissionais com dupla jornada ao estresse, aos riscos biológicos, físicos, químicos e ergonômicos, característicos da enfermagem e que podem trazer consequências para a saúde física e mental dos trabalhadores e conseqüentemente prejuízo a assistência de enfermagem.

É relevante ressaltar que no estudo de Pafaro; De Martino (2004), a maioria dos enfermeiros com e sem dupla jornada, apresentaram sintomas de estresse, podendo justificar a baixa correlação entre a satisfação profissional e a variável possuir ou não dois vínculos empregatícios, em nosso estudo.

Este resultado pode demonstrar que a grande complexidade tecnológica das unidades do BC, as condições de trabalho inadequadas, os riscos inerentes ao setor, desencadeiam nos trabalhadores os mesmos sentimentos quanto à satisfação, quer atuem em um ou mais empregos.

Para Matsuda (2002) a baixa remuneração, constatada em seu estudo entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem que atuavam em Unidade de Terapia Intensiva, obriga os trabalhadores a optarem por dois ou mais empregos, muitas vezes em turnos contínuos e em instituições distantes uma das outras. Tais fatores associados à sobrecarga de trabalho e ao elevado nível de estresse inerente à profissão podem produzir efeitos negativos em todo o contexto social do trabalhador.

A remuneração foi avaliada em nosso estudo, do ponto de vista de valores em reais para cada categoria da enfermagem e de satisfação com este aspecto.

Verificamos na primeira análise que, o técnico de enfermagem recebia valor inferior ao dos demais profissionais não enfermeiros. Isto pode ser justificado uma vez que o único profissional desta amostra contratado como técnico de enfermagem, atuava na instituição por contrato temporário há apenas seis meses, não sendo garantido a este servidor os mesmos benefícios usufruídos pelas demais categorias, cujo contrato de trabalho era definitivo, como adicional de insalubridade de 40% e gratificação por atividade específica.

Matos (1999) apontou que a existência de dois tipos de contrato, com vantagens diferenciadas para o mesmo trabalho gerou descontentamento entre os trabalhadores. Em nosso estudo o mesmo poderia estar influenciando na satisfação no trabalho.

Além dos aspectos apresentados anteriormente, constatamos que os 17 atendentes de enfermagem que responderam ao item relacionado à data de admissão possuíam um tempo médio de atuação nas instituições avaliadas de 19,23 anos, com intervalo de 8 a 34 anos, o que poderia aumentar o valor salarial do trabalhador devido ao benefício denominado adicional por tempo de serviço.

Observamos também, que seis destes servidores atuavam no período das 19:00 às 7:00 horas o que garantia aos mesmos, o adicional noturno. Pela legislação trabalhista, tal

benefício não é previsto aos profissionais dos demais horários, inclusive ao técnico de enfermagem, que neste estudo atuava no período das 13 às 19 horas.

A opção do trabalhador quanto ao setor de atuação foi investigada por nós, sendo este um aspecto de extrema importância quanto à satisfação no trabalho. Guido (2003) afirmou que a maioria dos enfermeiros investigados foi lotada na unidade de CC por necessidade do setor, divergindo de nosso resultado, no qual a maioria escolheu a unidade de atuação. Em nosso estudo, a grande maioria alegou gostar do trabalho no BC e sentir satisfação com a atuação profissional, resultado semelhante ao de Douglas et al. (1996), onde a maioria referiu gostar e realizar-se com o trabalho que realiza.

Para Matsuda (2002) a escolha do local de trabalho é um dos fatores que influencia na satisfação e na produtividade. Assim, podemos considerar que o resultado obtido pode ser um fator positivo na amostra estudada.

Outro aspecto importante do ponto de vista da satisfação laboral e que foi abordado por nós, esteve relacionado com o tipo de atividade desenvolvida. Constatamos na Tabela 6 que a maioria (83,4%) dos enfermeiros não atuavam na assistência direta ao paciente cirúrgico. Este aspecto nos chamou a atenção, pois quando analisamos o Gráfico 10, observamos que o grupo com maior satisfação profissional era aquele que prestava assistência ao paciente na SRA. Este fato pode ser avaliado de forma negativa para o grupo de enfermeiros no que diz respeito a sua satisfação no trabalho.

Bianchi (2000) e Meirelles; Zeitoune (2003) apresentaram resultados diferentes do nosso com relação à categoria enfermeiro, pois encontraram que a maioria dos enfermeiros prestava assistência aos pacientes. No entanto, grande parte dos estudos realizados em nosso país, aponta que os enfermeiros encaminharam-se para as atividades administrativas, sendo comum o gerenciamento e coordenação das unidades, com destaque para as funções relacionadas à administração de recursos humanos e materiais, atividades burocráticas, entre

outras (AVELAR, 1994, MARZIALE, 1995, LIMA, 1998, SANTOS, 1999, AMARANTE, 1999; CAREGNATO; LAUTERT, 2003).

Em relação aos dados obtidos pela aplicação da Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan, observamos que os trabalhadores do BC apresentaram maior satisfação com a QV em relação aos itens *relacionamento com amigos* e menor satisfação com a *participação em atividades recreacionais e esportivas*.

Porém, um aspecto de grande relevância se refere à menor satisfação com o aspecto atividade física, sugerindo que trabalhadores do BC, assim como a maioria dos profissionais da enfermagem, tem pouco tempo para desfrutar deste tipo de atividade, o que pode aumentar o estresse físico e mental. Esse resultado pode também estar relacionado ao fato de que 27,5% da população estudada possuía dois vínculos empregatícios, ou seja, tinha uma sobrecarga de horas de trabalho.

A maior satisfação com a dimensão relacionamento com amigos pode ser interpretada pela importância que o convívio social exerce na vida das pessoas. A satisfação com o componente *Interação* entre a equipe de enfermagem do ISP pode estar relacionado à satisfação com esta dimensão. Matos (1999) reforça esta nossa avaliação quando cita que as relações interpessoais, formação e integração de equipe de trabalho são fatores de motivação.

O estudo realizado por Saupe (2002) com alunos de graduação em enfermagem, no qual a autora utilizou a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF), versão original com 15 itens, a maioria dos participantes considerou-se satisfeita com a QV, sendo que a dimensão com maior média foi a relacionada ao *bem estar físico e material*.

Tanto neste estudo quanto no estudo com profissionais de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e unidade de DST/AIDS, realizado por Lentz et al. (2000), as menores médias foram relacionadas à *participação em atividades sociais, comunitárias e cívicas* o que não se assemelhou ao nosso estudo.

Lentz et al. (2000), utilizando como medida a escala original de Flanagan, com 15 itens, com intervalo possível de 15 a 105, obteve valor médio de 80,47 para todos os trabalhadores, demonstrando maior satisfação com a qualidade de vida destes profissionais quando comparados aos do BC de nosso estudo, cuja média foi de 77,2.

Os valores mínimo e máximo para os profissionais do BC ficaram entre 49 e 100, e entre 62 e 93 no grupo de trabalhadores da unidade de DST/AIDS e entre 57 e 96 para os profissionais da UTI Neonatal (LENTZ et al., 2000).

Apesar dos trabalhadores estudados pertencerem a unidades com grande carga emocional e à mesma categoria profissional, consideramos que cada grupo de indivíduos estudado apresenta diferenças entre a satisfação com a QV, pois este termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Um dado surpreendente foi encontrado quando comparamos nossos resultados com os obtidos por Dantas; Góis; Silva (2004) que avaliaram pacientes cardíacos. A média obtida por estes autores, que também usaram a versão de 16 itens, foi de $84,79 \pm 13,54$, para a soma total dos itens e $5,29 \pm 0,84$ entre os itens. Ambos resultados, soma total dos itens da escala ou média dos itens, refletem um grau maior de satisfação com os aspectos abordados pelo instrumento, estando os participantes entre satisfeitos e bastante satisfeitos com a qualidade de suas vidas.

Porém, por se tratar de doentes cardíacos, avaliados após cirurgia de revascularização do miocárdio, este valor superior ao apresentado pelos trabalhadores do BC, poderia representar que a QV dos pacientes era tão ruim anteriormente, que qualquer mudança em sua vida, principalmente na dimensão saúde, representa satisfação com a qualidade de vida. Ou ainda, demonstrar um aspecto relacionado à resignação, não havendo mais perspectivas de

melhora da QV dos pacientes, eles apenas se conformam com sua situação e a representam como satisfação.

Em pesquisa realizada entre idosos utilizando-se a EQVF original com 15 itens, os autores obtiveram média igual a 60 para esta população, indicando satisfação da mesma com a qualidade de suas vidas, resultado semelhante ao nosso, embora as especificidades das populações sejam bastante acentuadas (SANTOS et al., 2002).

Ao analisarmos os valores encontrados para a qualidade de vida nas quatro categorias da enfermagem (Tabela 8), encontramos uma avaliação muito semelhante entre os profissionais estudados, o que nos leva a considerar que os trabalhadores encontravam-se em situações muito semelhantes, em relação ao aspecto pessoal. Os profissionais, de modo geral, tiveram a mesma percepção sobre a satisfação que sentiam sobre os vários aspectos das suas vidas, entre eles, o trabalho.

Para compreender tal resultado analisamos o Gráfico 1, 2, 3 e 4, nos quais o valor total da EAQVF foi relacionado às categorias por grupo de enfermeiros e não enfermeiros, estado civil, sexo e formação, respectivamente.

Nesta análise confirmamos os resultados da Tabela 8, com relação às categorias profissionais, as quais não demonstraram diferenças quanto à percepção de QV, embora tenha ocorrido uma correlação alta ou forte ($r=0,76$) entre as variáveis.

Quanto às demais variáveis, os trabalhadores viúvos apresentaram-se menos satisfeitos, enquanto que os do sexo masculino mais satisfeitos com a QV. Estes resultados demonstraram o que já era esperado por nós, pois de acordo com as dimensões abordadas pelo instrumento, a falta de relacionamento com esposo ou parceiro pode ser interpretada como insatisfatória para a qualidade de vida.

Por outro lado, os homens apresentaram melhor qualidade de vida em relação às mulheres. Em nossa percepção, apesar dos mesmos também possuírem dupla jornada, o

trabalho doméstico, em nossa sociedade, ainda é responsabilidade das mulheres, proporcionando ao gênero masculino maior disponibilidade de tempo para outras atividades, como leitura, assistir televisão, ouvir música ou outros tipos de lazer.

A literatura pesquisada não fez referência quanto a esta questão, havendo necessidade de novos estudos para melhor entendimento desta relação, uma vez que apenas 18 profissionais da enfermagem pertenciam ao sexo masculino e 86 ao sexo feminino.

Ao analisarmos os valores por itens no grupo de enfermeiros (Tabela 9), constatamos a semelhança entre nosso resultado e o de Beck; Budó; Gonzáles (1999), Padilha; Souza (1999) e de Lino (2004) os quais pontuaram como aspectos importantes para a qualidade de vida de enfermeiros o relacionamento com a família.

Para estas autoras, a família aparece como um componente a mais presente na qualidade de vida das pessoas e salientam que, as interfaces do mundo do trabalho e do cotidiano têm sempre que ser consideradas quando se trata deste tema. Isto pode ser interpretado pelo papel que a família exerce na sociedade.

As relações interpessoais foram um dos critérios enfatizados pelos enfermeiros como elemento determinante na qualidade de vida, o que também foi fonte de satisfação entre o grupo de enfermeiros de nosso estudo (BECK; BUDÓ; GONZÁLES, 1999, PADILHA; SOUZA, 1999).

No que se refere aos itens de menor média para este grupo (*participação em atividades recreacionais e esportivas; participação em associações comunitárias e cívicas e atividades de interesse público; e ouvir música, ler, assistir Tv ou ir ao cinema*), Costa; Morita; Martinez (2000) referem que um dos aspectos apontados por profissionais de enfermagem como um fator negativo na participação de atividades sociais e de planejamento da vida, foi o trabalho em turnos, característica na área da saúde.

Marziale; Rozestraten (1995) destacam que a modalidade de rodízios de horários é prejudicial à saúde e conseqüentemente à qualidade de vida, devido a não adaptação dos ritmos biológicos na inversão de horários. Quanto aos aspectos apontados acima como fonte de menor satisfação, o trabalho em turnos poderia estar influenciando a QV nos aspectos apontados, uma vez que os enfermeiros, constantemente, atuam em plantões noturnos e finais de semana.

Segundo Lino (2004), as dificuldades geradas pelos turnos de trabalho podem ocorrer dentro e fora do trabalho, sendo motivo de satisfação ou insatisfação, quer seja do ponto de vista pessoal como do profissional.

Chamou-nos a atenção o fato do aspecto *aprendizado (poder aumentar seus conhecimentos)* estar relacionado como uma das fontes de baixa satisfação, tanto para os enfermeiros como para os não enfermeiros.

Se considerarmos que os profissionais não enfermeiros são os predominantes no BC, em termos numéricos, podemos questionar se eles têm sido adequadamente atualizados nos conhecimentos relacionados às suas atividades profissionais. Sabemos que no BC a tecnologia tem se desenvolvido com muita rapidez e que os profissionais, não apenas os enfermeiros, necessitam conhecer os novos recursos disponíveis. Esse é apenas um dos aspectos que podem ter sido levado em consideração pelos participantes, uma vez que o item refere-se ao aprendizado geral, sem especificar o aprendizado na profissão.

Acreditamos que a possibilidade de aprendizado pode contribuir para a obtenção de subsídios para a atuação profissional e satisfação com esse fator e também com o aspecto pessoal.

Por se tratar de profissionais que atuavam em unidades do BC, cuja própria natureza do trabalho exige altos níveis de conhecimento, capacitação e aprendizado, o fato de estarem

insatisfeitos com este item é bastante preocupante. Acreditamos que a facilidade de acesso a cursos de treinamento é imprescindível para a melhoria da satisfação destes profissionais.

Del Cura (1994) também encontrou resultado semelhante ao nosso, quando pesquisou a satisfação entre enfermeiros de unidades de internação, e obteve que eles referiram não possuir muitas oportunidades de aperfeiçoamento e de aquisição de conhecimentos.

Padilha; Souza (1999) enfocam a questão da educação continuada como algo de muita importância para melhorar a qualidade de vida, principalmente porque, para as autoras, a educação continuada permite melhorar a qualidade do trabalho.

Podemos constatar por meio da análise da Tabela 9 que, em relação aos itens que são fonte de maior satisfação, não houve concordância nos dois grupos, porém quanto aos fatores de menor satisfação com as dimensões abordadas pelo instrumento, houve uma concordância maior entre os profissionais, pois para os dois grupos os itens 8 (*participação em associações comunitárias e atividades de interesse público*) e 13 (*participar de atividades recreacionais e esportivas*) foram os de menores médias.

Causou-nos surpresa o fato de não termos encontrado uma relação entre as medidas de qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho. Acreditamos que, possivelmente, pode haver algumas variáveis que estão influenciando este resultado. Em um outro momento pretendemos testar algumas correlações parciais entre QV e QVT, controlando para variáveis tanto sociais (como sexo e idade) como profissionais (tempo de atuação, remuneração).

Padilha; Souza (1999) referiram em seu estudo, que os enfermeiros não conseguem dissociar seu entendimento sobre a Qualidade de Vida da sua relação com seu ambiente de trabalho. Para as autoras, o trabalho para esses enfermeiros era percebido como algo significativo e imprescindível na concepção de Qualidade de Vida. Assim, resolvemos enfocar aspectos relacionados à Qualidade de Vida no Trabalho, avaliados também em termos de satisfação.

A avaliação da QVT demonstrou que os trabalhadores do BC encontravam-se entre insatisfeitos e nem satisfeito/ nem insatisfeito (média de 3,8) com os aspectos abordados pelo ISP.

Para o trabalho na unidade do BC, este aspecto é relevante, pois pode se reverter em absenteísmo, baixa qualidade no desempenho das atividades de enfermagem, maior número de acidentes de trabalho, desinteresse no desenvolvimento profissional, apatia, refletindo-se diretamente na assistência de enfermagem perioperatória.

No que se refere à categoria enfermeiro Fung-Kam (1998), Lino (1999), Matsuda (2002) e Lino (2004) obtiveram escores médios da escala iguais a 3,7; 3,8; 3,4 e 3,8 respectivamente. Valores muito similares ao de nosso estudo e que caracteriza a baixa satisfação destes profissionais. Para os auxiliares de enfermagem estudados por Matsuda (2002), o valor encontrado de 3,6 também foi similar ao nosso resultado.

No estudo de West; Lisboa (2001), utilizando-se de outro instrumento para avaliação da satisfação laboral, as autoras obtiveram que a maioria dos trabalhadores apresentava-se parcialmente satisfeita com o trabalho. Cassiani et al. (1989) em estudo entre 18 enfermeiros de CC, utilizando para coleta de dados o instrumento adaptado do questionário de Ullrich e Blalack, encontraram que estes profissionais estavam satisfeitos com aspectos relacionados à responsabilidade, relações interpessoais, desenvolvimento pessoal e insatisfeitos com salário, horário de trabalho, administração do hospital e falta de reconhecimento, entre outros.

Outro estudo que apresentou resultado divergente do nosso, foi o de Del Cura (1994). A autora analisou a satisfação profissional entre enfermeiros de unidades de internação e obteve em seu estudo que, de modo geral, os participantes estavam satisfeitos.

Os seis componentes do ISP foram avaliados quanto à importância no estudo realizado por Fung-Kam (1998), na China, Lino (1999) e Matsuda (2002) no Brasil, apresentando o componente *Autonomia* como o mais importante para a obtenção da satisfação entre os

profissionais. Em nosso estudo somente foram analisados os componentes avaliando-os com a satisfação profissional e não com a importância atribuída para cada componente na obtenção da satisfação.

Assim, ao compararmos os estudos de Fung-Kam (1998), Lino (1999) e Lino (2004) encontramos bastante similaridade com nosso resultado, pois *Status Profissional*, *Interação* e *Autonomia* surgiram como fontes de maior satisfação para estes trabalhadores, apesar das diferenças culturais, principalmente entre o estudo de Fung-Kam (1998), na China e o nosso, no Brasil.

Os enfermeiros e auxiliares estudados por Matsuda (2002) apresentavam-se satisfeitos com *Interação*, *Remuneração* e *Requisitos do Trabalho*. Esses resultados não se assemelharam ao nosso, embora os estudos tenham sido efetuados com enfermeiros e auxiliares de enfermagem da mesma região e em cidades muito próximas. Apesar desta característica, justificamos que a diferença, na ordem em que os componentes de satisfação apareceram, se deva às peculiaridades dos diferentes locais de trabalho e das formas como eles necessitam ser administrados, o que poderia ter influência considerável sobre a satisfação profissional.

Os baixos salários das categorias da enfermagem foram apontados em nosso estudo, como uma das causas de maior insatisfação, apresentando a menor média entre os componentes do ISP (2,27). Em outros estudos sobre satisfação profissional também ficou evidente a insatisfação dos trabalhadores com relação a este aspecto (CASSIANI et al., 1989; DEL CURA, 1994; MARZIALE, 1995; SAWADA; GALVÃO, 1995; SANTOS; RODRIGUES FILHO, 1995; LINO, 1999; MATOS, 1999; SANTOS, 1999; MATSUDA, 2002, CARANDINA, 2003) o que reforça nossa avaliação de que a enfermagem ainda é uma profissão mal remunerada em nosso país.

Bulhões (1994) e Matos (1999) afirmaram que em virtude dos baixos salários, a maioria dos trabalhadores da enfermagem é obrigada a optar por mais de um emprego, o que leva essas categorias a permanecerem no ambiente dos serviços de saúde, a maior parte do tempo de suas vidas produtivas, o que aumenta o período de exposição aos riscos aí existentes, podendo haver prejuízo para sua Qualidade de Vida no Trabalho.

Marziale (1995) acrescentou que existe insatisfação entre os trabalhadores da enfermagem devido à baixa remuneração, sobretudo pela elevada responsabilidade exigida para o exercício da profissão.

Del Cura (1994) referiu que uma remuneração justa deva ser aquela que preenche as necessidades do empregado e também seja equivalente aos esforços despendidos por este no desempenho de sua função, somente assim poderemos elevar a satisfação para este componente.

A insatisfação com a questão salarial colocada pela maioria dos trabalhadores pode ser justificada, uma vez que os mesmos, principalmente os servidores de um dos hospitais públicos (Hospital A) participante do estudo, encontravam-se há vários anos sem uma política de reposição salarial.

Na análise das frequências de repostas do componente *Status Profissional*, percebemos que o profissional da enfermagem reconheceu a importância de sua profissão, justificando o alto valor deste componente (5,51). Porém, é necessário provar que o seu papel é essencial e que merece o mesmo respeito que as demais profissões da área saúde.

Santos; Rodrigues Filho (1999) também apontaram que os enfermeiros de seu estudo reconheceram como importantes as atividades que desenvolviam no trabalho, embora, demonstrassem insatisfação com as condições laborais. Além disso, referem que os mesmos sentiam-se não reconhecidos na organização e com o mesmo *status* do médico, ou de outra categoria que compõe a equipe de saúde.

Um dos aspectos apontados por Fung-Kam (1998) como um dos principais requisitos para a satisfação no trabalho foi o *Status Profissional*. Matsuda (2002) refere que nos países mais desenvolvidos os enfermeiros exigem reconhecimento e valorização profissional, enquanto que no Brasil, não há mobilizações significativas da categoria neste sentido.

Sawada; Galvão (1995) realizaram estudo sobre a satisfação entre enfermeiros da CME e entre os aspectos abordados, encontrava-se o reconhecimento, e obtiveram que a grande maioria dos participantes estava entre insatisfeitos e neutros com este aspecto.

Da mesma forma, Del Cura (1994), em estudo sobre satisfação entre enfermeiros, obteve grande tendência à neutralidade com relação à dimensão *Status Profissional*. Este resultado difere do nosso estudo, o que poderia ser justificado pelo mesmo ter sido realizado no BC, cujos trabalhadores, de acordo com nossa experiência, sentem-se mais valorizados e reconhecidos profissionalmente, por estarem atuando muito próximos à equipe cirúrgica, fazendo, inclusive, parte da mesma como instrumentadores e circulantes de sala de operações.

A *Autonomia* profissional foi investigada em relação aos seguintes aspectos: supervisão, participação no planejamento da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico, independência do trabalhador para tomada de decisões e apoio da chefia.

Na avaliação desses profissionais, 61,1% não se consideravam supervisionados mais do que o necessário (item 7); 56,3% acreditavam participar do planejamento da assistência de enfermagem de maneira suficiente (item 13) e 39,8% estavam indecisos quanto à independência para tomada de decisões (item 26). Estes resultados foram semelhantes ao do estudo de Lino (2004), que demonstrou valores percentuais muito próximos ao nosso nos itens referidos acima.

No entanto, obtivemos porcentagem também importante na concordância com aspectos que refletiam uma percepção de pouca autonomia quando essa avaliação foi feita de forma mais direta, como no item 17, o qual diz respeito diretamente ao fato de possuir

autonomia (*Eu tenho muitas responsabilidades e pouca autonomia*) no qual obtivemos 59,2% de concordância.

Para o desenvolvimento do trabalho no BC, principalmente no CC, a autonomia é um aspecto relevante, pois na maioria das vezes, o trabalhador de enfermagem desempenha sua atividade de circulante de sala, sem a presença do enfermeiro, cabendo ao primeiro decisões rápidas e livre de erros.

Porém, Amarante (2004) enfatizou que o grau de autonomia para a tomada de decisões, na maioria das vezes, só acontece no nível gerencial, ressaltando ainda, que em muitos casos, cabe ao médico o poder decisório.

Matsuda (2002) descreveu que a insatisfação com a *Autonomia* apresentada pelos auxiliares de enfermagem estava relacionada à falta de planejamento, da existência de instrumentos formais que direcionavam o serviço e do modelo de gestão/ liderança adotada.

Ainda em nosso estudo, o grupo de não enfermeiros apontou como um dos fatores de maior satisfação com a vida, por meio da EAQVF, o item relacionado à independência (*poder fazer as coisas por si mesmo*), o que nos parece haver relação com a satisfação com a autonomia referida pelo ISP, quando avaliada pelos profissionais estudados.

No estudo de Sawada; Galvão (1995) os enfermeiros sentiram-se insatisfeitos em relação à necessidade de independência, o que, segundo as autoras, revelou falta de autonomia. Para Cassiani et al. (1989) autonomia estava relacionada à independência, iniciativa e liberdade permitida ou requerida nas atividades diárias do trabalho.

Bucknall; Thomas (1996) avaliaram a satisfação de enfermeiros de UTI quanto à autonomia para a realização de determinadas tarefas e constataram que o aumento da satisfação estava associado ao nível de autonomia para tomada de decisões. Em nosso estudo, a independência para tomada de decisões foi avaliada pelos itens 20 e 43, os quais apresentaram porcentagens significativas em favor da satisfação com este aspecto.

Quanto ao componente *Normas Organizacionais*, os resultados apresentados por Santos; Rodrigues Filho (1999) demonstraram que a administração dos hospitais avaliados em seu estudo, não se preocupa com o bem-estar do pessoal de enfermagem, ao mesmo tempo em que mantém uma certa distância dos problemas e dificuldades enfrentados pela enfermagem, o que gerou insatisfação no grupo de enfermeiros. Blegen (1993) e Adams; Bond (2000) encontraram forte relação entre insatisfação no trabalho e *Normas Organizacionais*. Este componente também obteve média muito baixa no estudo de Lino (2004), assemelhando-se ao nosso resultado cuja média foi de 3,32, o que significa insatisfação com este aspecto.

Santos; Rodrigues Filho (1999) ainda relataram que os profissionais de enfermagem são pressionados pelas circunstâncias estruturais e sociais. Eles se submetem ao autoritarismo aplicado pela administração que organiza o trabalho de tal forma que o planejamento, a gerência e a supervisão estão separados da execução.

Em se tratando do componente *Requisitos do Trabalho*, Cavanagh (1992) e Cumbey; Alexander (1998) referiram que a rotina do trabalho estava associada com a satisfação e não com a insatisfação no trabalho. Porém, os resultados de nosso estudo corroboram com a maioria dos estudos referentes a este aspecto, nos quais a rotinização, burocratização, inflexibilidade no trabalho, quantidade/sobrecarga e o modelo de assistência adotado foram fatores causadores de insatisfação (FUNG-KAM (1998), LINO (1999), MATOS (1999), SANTOS; RODRIGUES FILHO (1999), LOPES (2000) e MATSUDA (2002).

O componente *Requisitos do Trabalho* parece ter relação com as condições de trabalho da enfermagem, cuja característica impõe aos profissionais exposição a riscos ocupacionais, principalmente ao estresse, bastante referido em estudos no BC. Na análise da correlação entre esta variável e o ISP obtivemos correlação alta ou forte, confirmando essa percepção.

Dentre as condições de trabalho, destacamos os turnos alternantes, como o trabalho noturno, que segundo Carvalho et al. (2004) difere do diurno, inicialmente pela amplitude do

horário, pois o trabalhador atua por 12 horas consecutivas. Relatam também, que, o trabalho no período da noite e as condições adversas do ambiente hospitalar, poderia levar a um desgaste físico e mental e conseqüentemente influenciar na satisfação no trabalho.

Segundo Bulhões (1994), a privação do sono produz diminuição das capacidades em tarefas com exigência de adição, rapidez, precisão e memorização e que as tarefas mais afetadas são as que exigem vigilância, sendo que quanto maior o déficit do sono maior será a deterioração da vigilância.

Carvalho; Lima (2001) e Shimizu; Ciampone (2002) acrescentam que os trabalhadores do plantão noturno nunca repõem totalmente o sono, pois não conseguem dormir bem durante o dia, o que com o tempo, pode causar alguns problemas de saúde, como os referidos anteriormente.

Um dos aspectos que poderia explicar a fraca correlação entre a satisfação quando avaliada nos grupos que atuavam no período diurno e noturno, diz respeito ao aspecto remuneração. Guido (2003) destaca a importância que os trabalhadores da enfermagem atribuem ao seu papel familiar, pois eles contribuem financeiramente para a melhoria da QV de seus familiares. Conseqüentemente o fato de trabalharem à noite e receberem mais por isso eleva a sua satisfação profissional, mesmo sendo constatado os riscos a que estão expostos.

Assim, para essa autora o trabalho noturno não evidenciou que os profissionais da enfermagem estejam mais estressados em função do horário de trabalho.

Da mesma forma, McNeese-Smith (1999) reforçou que a contribuição financeira para manter as necessidades familiares foi a maior prioridade entre enfermeiros investigados em seu estudo. Outros aspectos apontados por essa autora e que para nós pode justificar o nosso resultado, estava relacionada ao tempo livre durante o dia que permite melhor planejamento pessoal. McNeese-Smith (1999) acrescentou que, para esses enfermeiros, o período noturno

representa menor pressão por parte dos demais membros da equipe de saúde, maior número de finais de semana livres e maior número de folgas.

Como este componente parece ter muita relação com a vida pessoal dos trabalhadores, o mesmo também foi correlacionado com o valor total da EAQVF. O resultado obtido confirma nossa suspeita, pois dentre os seis componentes do ISP, o único que apresentou correlação estatisticamente significativa foi o componente *Requisitos do Trabalho*, embora apresente pouca correlação. Isto significa que, aqueles trabalhadores que apresentaram insatisfação com a QV, foram os mesmos que obtiveram insatisfação com este componente.

Ainda a respeito do componente *Requisitos do Trabalho*, Matsuda (2002) acrescentou que, juntamente com o componente *Normas Organizacionais*, as atividades de um setor devem ser claramente estabelecidas e adotadas por todos os profissionais, para que sua atuação seja coerente com as necessidades e possibilidades do trabalho, do profissional e da instituição. Em nosso estudo, houve correlação estatisticamente significativa entre estes componentes, apresentando correlação moderada (MUNRO, 2001).

Douglas et al. (1996), McNeese-Smith (1999) e Shimizu; Ciampone (1999) referiram que, o assistir e estar próximo ao paciente reflete a essência do trabalho da enfermagem. Acreditamos que todas as unidades do hospital, o cuidado direto confere ao pessoal da enfermagem satisfação no trabalho.

Os trabalhadores de nosso estudo acreditavam que possuíam pouco tempo para a assistência ao paciente cirúrgico, o que pode ser justificado, uma vez que 33,3% desses profissionais atuavam na CME, onde não ocorre assistência de enfermagem aos pacientes.

Lopes (2000) referiu que a insatisfação profissional dos trabalhadores na CME esteve relacionado ao fato destes trabalhadores não atuarem na assistência direta aos pacientes. No estudo desta autora, a mesma apresentou o relato desses profissionais, enfatizando o aspecto negativo da não participação dos mesmos no cuidado do paciente.

Além desses aspectos, Santos; Rodrigues Filho (1999) acrescentaram que a ausência de satisfação no trabalho ocorreu em grande parte em virtude da burocracia com a qual o pessoal da enfermagem é obrigado a lidar e devido ao excesso de trabalho, o que inviabiliza o melhor desempenho profissional.

Quanto aos trabalhadores que atuavam na CME, Lopes (2000) referiu que o excesso de atividades, o trabalho árduo, contínuo, dinâmico, que visa suprir a demanda existente em cada unidade do hospital, a sobrecarga de trabalho, a exigência de esforço físico e a responsabilidade que possuem em atender em quantidade e qualidade todo este contexto, pode trazer consequências negativas para a rotina de execução das tarefas nesta unidade, gerando insatisfação quanto ao componente avaliado e conseqüentemente na QVT.

Outro aspecto que poderia justificar a insatisfação dos trabalhadores do BC quanto ao componente *Requisitos do Trabalho*, é o fato da grande maioria dos trabalhadores estudados pertencerem à categoria auxiliar de enfermagem e, conforme apresentamos na Tabela 6, executarem atividade relacionada à circulação de sala. Esta atividade é caracterizada como exaustiva e que propicia pouco contato com o paciente, na maioria das vezes, apenas no início da cirurgia e ao término da mesma, período em que o paciente se encontra sonolento, devido aos efeitos dos anestésicos, o que diminui significativamente o contato mais próximo do mesmo com o trabalhador da enfermagem.

Quanto a este fator, Amarante (2004) confirmou nossa percepção, pois constatou que a atividade de circulante de sala foi considerada pesada, inclusive com grande carga mental, responsável pelo desgaste deste profissional.

A satisfação com o componente *Interação* também foi avaliada. Sendo que as relações entre equipe de enfermagem e médica foram consideradas insatisfatórias, a média do componente foi igual a 3,94. Este resultado corrobora com o apresentado por Douglas et al. (1996) no qual as relações interpessoais entre os trabalhadores da enfermagem e outros

membros da equipe de enfermagem e médica, foram os principais fatores de estresse entre os profissionais, gerando insatisfação nos mesmos.

Por outro lado o espírito colaborativo da equipe, o relacionamento interpessoal e o ambiente agradável foram os aspectos apresentados como fonte de satisfação entre trabalhadores da CME avaliados em estudo de West; Lisboa (2001), entre trabalhadores de CC e SRA avaliados por Guido (2003) e entre enfermeiros de CC entrevistados por McNeese-Smith (1999).

Quando analisamos a satisfação profissional entre os grupos de enfermeiros e não enfermeiros (Tabela 19), encontramos avaliação bastante semelhante entre os mesmos. Um aspecto surpreendente refere-se ao componente *Autonomia*, avaliado pelos grupos de forma similar.

Com relação aos enfermeiros, encontramos autores com opiniões divergentes. Blegen (1993) e Fung-Kam (1998) afirmaram que os enfermeiros possuíam baixos níveis de satisfação no trabalho, uma vez que a maior qualificação dos profissionais pode gerar expectativas, que quando não são satisfeitas se transformam em fontes de insatisfação.

Quanto à análise das correlações testadas entre ISP e características sociodemográficas, como sexo, estado civil e formação, e profissionais, como área do BC em que atua, turno de trabalho, atividades desenvolvidas, entre outras, em nosso estudo não houve diferenças estatisticamente significantes entre as variáveis, mesmo para aquelas que apresentaram correlação alta ou forte.

Estes dados resultaram em achados surpreendentes, considerando que para nós as características pessoais ou profissionais teriam correlação com a satisfação.

Quanto ao tempo de experiência profissional, acreditávamos que, um maior tempo de atuação na instituição poderia aumentar a satisfação no trabalho, visto que os mais experientes assumem os melhores trabalhos e cargos, possuem mais autonomia e recompensas

extrínsecas. Apesar da correlação entre as variáveis apresentar-se moderada, o teste estatístico não confirmou nosso julgamento inicial de que quanto maior o tempo de experiência maior a satisfação laboral ($p > 0,05$).

Em relação a este aspecto, Martinez et al. (2004) referiram que a satisfação no trabalho esteve relacionada ao tempo de serviço, porém, encontraram maior nível de satisfação entre os trabalhadores com menor tempo na empresa.

Quando analisamos a relação entre satisfação profissional e atividades desenvolvidas, observamos que os profissionais que desempenhavam atividades relacionadas à assistência de enfermagem, apresentavam-se mais satisfeitos do que os demais. Consideramos relevante este aspecto, uma vez que em estudos como os de Douglas et al. (1996), Macneese-Smith (1999), Shimizu; Ciampone (1999), entre outros, a prestação de cuidados diretos constituiu-se em uma das mais significativa causa de satisfação no trabalho.

Outro dado a ser ressaltado, estava relacionado aos circulantes de sala cirúrgica, que se apresentaram com menor satisfação que a maioria dos trabalhadores. Este aspecto reforça nossa percepção de que, o pouco tempo para a assistência de enfermagem, a grande demanda de tarefas relacionadas ao preparo do ambiente físico, ao auxílio à equipe cirúrgica, ao preenchimento de papeis, somadas ao estresse, aos riscos ocupacionais, a improvisação, a falta de materiais adequados, a tecnologia que exige níveis altos de atenção e conhecimento, entre outros, estariam influenciando na satisfação desses profissionais.

Para Caregnato; Lautert (2003), os principais estressores no BC apontados pela equipe multiprofissional na sala de cirurgia, foram o ambiente, o relacionamento profissional, o ato cirúrgico, materiais e equipamentos inadequados, comportamento do cirurgião, incertezas e condições do paciente, assim consideramos pertinente à avaliação desses trabalhadores.

Guido (2003) encontrou resultado que corrobora com a insatisfação do grupo de circulantes de sala de cirurgias, o qual demonstrou que as atividades relacionadas ao seu funcionamento adequado foram as fontes de maior estresse no CC.

Nas correlações efetuadas entre ISP e seus componentes, observamos que *Normas Organizacionais e Remuneração* obtiveram as maiores correlações (Tabela 20). O valor médio do ISP (3,8) demonstrou insatisfação do grupo de trabalhadores de enfermagem do BC, explicando a maior correlação entre o ISP e esses componentes.

Lino (2004) encontrou correlações estatisticamente significativas entre ISP e os seis componentes quando analisados entre si, divergindo de nosso resultado no qual as correlações variaram de muito baixa a moderada.

O componente *Normas Organizacionais* apresentou correlação mais forte com o componente *Autonomia*, assim como em nosso estudo (Tabela 20), o que pode estar refletindo que para o grupo de profissionais do BC, a autonomia depende das normas estabelecidas pela instituição.

Na avaliação da correlação das variáveis escalares (número de filhos, salário e idade) entre si, com ISP e EAQVF, houve uma relação entre idade e remuneração, com profissionais mais velhos tendo melhor remuneração. Esta relação justifica-se pelo fato dos trabalhadores com maior idade, normalmente apresentarem maior tempo de atuação, o que aumentaria seu salário e conseqüentemente sua satisfação. A correlação entre salário e satisfação profissional apresentou significância estatística, embora apresente valores que expressem correlação inexistente ou baixa ($r = 0,24$) (MUNRO, 2001).

Entre os seis componentes, observamos que os maiores valores de correlação estavam relacionados ao domínio *Normas Organizacionais e Autonomia* ($r = 0,61$); *Requisitos do Trabalho e Normas Organizacionais* ($r = 0,56$) e *Interação e Normas Organizacionais* ($r = 0,48$), apresentando significância estatística em quase todas as correlações.

Divergindo de nosso estudo, Tovey; Adams (1999), que utilizaram o Coeficiente de Correlação de Pearson para o cálculo de correlações entre aspectos organizacionais; características individuais dos enfermeiros e satisfação no trabalho; obtiveram maiores correlações entre satisfação no trabalho e união entre a equipe de enfermagem ($r=0,51$; $p<0,001$), organização do trabalho ($r=0,46$; $p<0,001$) e tempo de experiência dentro da instituição ($r=0,46$; $p<0,001$).

Shimizu; Ciampone (2002) relataram que a própria divisão do trabalho, o exagerado apego às normas organizacionais e regras e a centralização do poder, contribuiu para gerar intenso desgaste físico, interferindo negativamente na satisfação profissional.

Na análise de regressão efetuada por Tovey; Adams (1999) a organização do trabalho esteve novamente entre os maiores coeficientes de regressão (0,20) abaixo somente da união entre os enfermeiros, confirmando nosso resultado que demonstra a importância da organização do trabalho e dos métodos de administração utilizados para a satisfação profissional.

6. CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste estudo, permitiram estabelecer as conclusões expostas a seguir.

Quanto à **caracterização sociodemográfica e profissional** dos participantes, obtivemos que a maioria era do sexo feminino (82,9%) e casado (62,8%), com idade média de 38,7 anos. Quanto à caracterização profissional, 12 eram enfermeiros, um técnico, 73 auxiliares e 18 atendentes de enfermagem que atuavam em Centro Cirúrgico (55,2%), Central de Material e Esterilização (33,3%) ou em ambos locais (11,5%). O tempo médio de atuação nas instituições foi de 9,82 anos (intervalo de seis meses a 29 anos) e a atividade predominante entre os participantes do grupo de não enfermeiros, foi a de circulante de sala de operações (27,6%) e entre os enfermeiros foi a supervisão e gerência (83,4%) das unidades do BC.

Os resultados relacionados à **Qualidade de Vida** nos quais, em um intervalo possível de 16 a 112, quanto maior o valor, maior a satisfação com a vida, obtivemos uma mediana de 77 e média de $77,2 \pm 10,5$. A média de todos os 16 itens foi de $4,83 \pm 0,65$ (resultado avaliado entre nem insatisfeito/nem satisfeito e satisfeito). O item de menor satisfação foi *atividades recreacionais e esportivas* e o de maior satisfação *relacionamento com amigos* para o total da população estudada.

Quanto ao grupo de enfermeiros a maior média foi relacionada ao item 3 (6,08), *relacionamento com pais, irmão e outros parentes*; e a de menor média foi a do item 13 (3,08), *participação de atividades recreacionais e esportivas*. No grupo de não enfermeiros, a maior média foi com relação ao item 16 (5,43), *independência: sentir-se capaz de fazer as coisas por si mesmo* e a menor média também foi obtida no item 13 (3,58).

A análise das correlações entre valor da EAQVF e variáveis sociodemográficas, utilizando o teste não paramétrico de Mann-Whitney, apontou que o grupo dos homens sentia-se mais satisfeitos com relação a sua qualidade de vida do que o grupo das mulheres, não havendo correlações importantes quanto à QV e formação e estado civil.

O Coeficiente de Correlação de Spearman entre ISP total, EAQVF e as variáveis número de filhos, salário e idade, apresentaram maiores correlações entre ISP e salário ($r=0,24^*$); salário e idade ($r=0,26^*$) e número de filhos e idade. O valor da EAQVF não apresentou resultado significativo do ponto de vista estatístico quando correlacionado a essas variáveis.

No que se refere à **Qualidade de Vida no Trabalho**, os valores obtidos variaram entre 114 a 227 (range possível de 44 a 308), sendo que quanto maior o valor, maior a satisfação com o trabalho. A média obtida foi de $169,7 \pm 25,9$ e a mediana de 170. O valor médio obtido para os 44 itens foi de 3,8, mostrando que os trabalhadores estavam entre insatisfeitos e nem satisfeitos/nem insatisfeitos com os aspectos abordados pelo instrumento de QVT.

Entre os seis domínios avaliados pelo instrumento, obtivemos que a *Remuneração* foi considerada como fonte de menor satisfação, enquanto o domínio *Status Profissional* o de maior satisfação entre todos os trabalhadores e entre os grupos de enfermeiros e não enfermeiros.

Na análise das correlações entre as características profissionais, como categorias, horário e turno de trabalho, contrato em outra instituição, atividades desenvolvidas, setor de atuação e ISP, utilizando o teste não paramétrico de Kruskal Wallis, obtivemos $p>0,05$ em todos os casos, sendo que os valores das correlações ficaram entre $r=0,20$ e $r=0,76$, ou seja entre pouca ou forte correlação.

Para testar a correlação entre as variáveis QV e QVT, usamos o teste não paramétrico de Spearman e obtivemos um valor de 0,17 ($p=0,07$). Assim, também constatamos que não houve correlação entre as variáveis, o que não comprovou a nossa principal hipótese de que quanto maior a satisfação com a QV, maior a satisfação com a QVT. Quanto às demais hipóteses, confirmamos que os profissionais do sexo masculino teriam melhor QV.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando, cabe considerar que, neste estudo com 105 trabalhadores e utilizando-se a EAQVF e o ISP, não foi possível estabelecer uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis QV e QVT, porém, outros estudos, com uma população maior e com a utilização de outros tipos de instrumentos, podem ser realizados com o intuito de estabelecer possível correlação entre as variáveis.

Por se tratar de um estudo, no qual a população alvo não foi selecionada a partir de uma estratégia científica de amostragem, a validade de nossos resultados se baseia no conhecimento geral de que as relações tendem a ser similares em populações demograficamente similares.

É preciso considerar, também, a subjetividade e a grande complexidade das temáticas estudadas, sendo necessária a realização de outras pesquisas, pois os temas refletem as condições e valores individuais e podem se modificar de acordo com as características de um determinado momento da vida das pessoas.

Consideramos que os resultados de nosso estudo demonstraram uma homogeneidade entre os profissionais enfermeiros e não enfermeiros atuantes em BC, quando relacionados aos aspectos desfavoráveis à QV e à QVT.

Analizamos também, que como as unidades do BC apresentam uma variedade de riscos ocupacionais e as relações interpessoais, muitas vezes, acontecem em ambiente estressante, a maioria dos trabalhadores de enfermagem demonstrou que se sente insatisfeita com a QVT, quando estudada a questão da satisfação no trabalho.

Outra forma de avaliar a QVT seria estudá-la do ponto de vista das doenças ocupacionais que afetam estes trabalhadores, ou seja, as formas de adoecimento profissional.

Dessa forma, refletimos que as conquistas e evoluções científicas e tecnológicas são necessárias, uma vez que transformam e melhoram a vida do homem, no entanto, é preciso repensar as formas de trabalho e de interação das pessoas, para que haja uma melhoria nas condições de trabalho da enfermagem, em especial no Bloco Cirúrgico.

Ressaltamos que o trabalho pode ser prazeroso, mas para isso são necessárias políticas administrativas voltadas para a satisfação profissional e acima de tudo, envolvimento dos trabalhadores nos processos decisórios. Martins (1999) refere que quando o homem atribui importância ao seu trabalho, e gosta do que faz, sempre encontrará vontade de lutar por mudanças, que são necessárias para a obtenção da QVT.

Percebemos que qualquer tentativa de iniciar um processo de mudança que vise a melhoria das condições de trabalho dos profissionais da enfermagem é de extrema importância, uma vez que houve predomínio da insatisfação profissional entre os participantes do estudo.

Esperamos, contudo, com este estudo, poder fornecer subsídios necessários para a implementação dessas mudanças e com isso contribuir para o desenvolvimento da Qualidade de Vida dos trabalhadores da enfermagem das unidades do Bloco Cirúrgico estudadas.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, A.; BOND, S. Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. **J.Adv.Nursing**, Oxford, v.32, n.3, p.536-543, 2000.
- AGUIAR, Z.A.; SOARES, C.B. A qualificação dos atendentes de enfermagem: transformações no trabalho e na vida. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.4, p.614-622, jul./ago., 2004.
- ALLISON, P.J.; LOCKER, D.; FEINE, J.S. Quality of life: a dynamic construct. **Soc. Sci Med.**, Oxford, v.45, n.2, p. 221-30, 1997.
- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986. 128p.
- AMARANTE, S.T. **Análise das condições ergonômicas do trabalho das enfermeiras de centro cirúrgico**. 1999. 215p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- _____. **Organização do trabalho da equipe de enfermagem no centro cirúrgico: proposta de instrumento de verificação ergonômica**. 2004. 177p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- ANTUNES, A.V.; SANT'ANNA, L.R. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.49, n. 3, p.425-434, jul./ set.1996
- ASSOCIAÇÃO Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. **Esterilização de artigos em unidades de saúde**. 2.ed. São Paulo: APECIH, 2003.
- AVELAR, M.C.Q. **A prática do enfermeiro de Centro Cirúrgico**. 1994. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.
- BAPTISTA, F.M.; ALCÂNTARA, F.B.; GLASHAN, R.Q. O que o enfermeiro deveria saber a respeito do látex. **Nursing**, São Paulo, v.2, n.18, p.18-22, nov. 1999.
- BELLATO, R.; PASTI, M.J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.1, p.75-81, nov. 1997.
- BENSON, S.G.; DUNDIS, S.P. Understanding and motivating health care employees: integrating Maslow's hierarchy of needs, training and technology. **J. Nursing Management**, n.11, p. 315-320, 2003.
- BARBOZA, D.B.; SOLER, Z.A.S.G. Afastamento do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.2, p.177-183, 2003.

BECK, C.L.C.; BUDÓ, M.L.D.; GONZALES, R.M.B. A qualidade de vida na concepção de um grupo de professoras de enfermagem - elementos para reflexão. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.33, n.4, p.348-354, dez. 1999.

BIANCHI, E.R.F. Comparação do nível de estresse do enfermeiro de Centro Cirúrgico e de outras unidades fechadas. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.5, n.4, p.28-30, out./dez.. 2000.

_____.; SALZANO, S.D.T. Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico. **Rev. Paul. Enfermagem**, São Paulo, p.104-109, jul., 1991. Número Especial.

BLEGEN, M.A. Nurse's job satisfaction: a meta-analysis of related variables. **Nur. Res.**, New York, v.42, n.1, p.36-41, jan./fev.1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde**. 2.ed. Brasília, 1987. (Série "A": Normas e Manuais Técnicos, n.4.)

BUCKNALL, T.; THOMAS, S. Critical care nurse satisfaction with levels of involvement in clinical decision. **J.Adv.Nursing**, Oxford, v.23, p.571-577, mai. 1996.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Bezerra, 1994.

BURCKHARDT, C.S., ANDERSON, K.L. The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization. **Health Qual. Life Outcomes**, London, n.1, n.1, p.60, 2003.

BURCKHARDT, C.S., WOODS, S.L., SCHULTZ, A.A., ZIEBARTH, D.M. Quality of life in adults with chronic illness: A psychometric study. **Res. Nursing Health**, New York, v.12, p.347-354, 1989.

CANINI, S.R.M.S. et al. Acidentes com perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.2, p. 172-178, 2002.

CARANDINA, D.M. **Percepção de enfermeiros sobre a satisfação de suas necessidades psicossociais no trabalho: um estudo de caso**. 1994. 188p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas, São Paulo, 1994.

_____. **Qualidade de vida no trabalho**: construção de um instrumento de medida para enfermeiras. 2003. 263p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CAREGNATO, R.C.A.; LAUTERT, L. Situações geradoras de estresse na equipe multiprofissional na sala cirúrgica. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.8, n.3, p.11-16, jul./set., 2003.

CARVALHO, D.V. et al. Enfermagem em setor fechado e estresse ocupacional. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v.8, n.2, p.290-294, abr./jun., 2004.

- CASSIANI, S.H.B. et al. A satisfação e o trabalho de enfermeiras em centro cirúrgico do Estado de São Paulo. In: JORNADA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 3, 1989, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1989. p. 417-32.
- CAVANAGH, S.J. Job satisfaction of nurse staff working in hospitals. **J. Adv. Nursing**, Oxford, v.17, p.704-711, 1992.
- CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 6.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- CHIOK FOONG LOKE, J. Leadership behaviours: effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. **J. Nursing Management**, n.9, p. 191-204, 2001.
- CICONELLI, R.M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida " Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)"**. 1997. 143p. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1997.
- COHEN, J, COHEN, P . **Applied multiple regression/correlation for the behavioral sciences**. 2.ed. Hillsdale: N.J., 1983.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ. **Inscritos por região**. Disponível em: < <http://www.corenpr.org.br>>. Acesso em: 03 set. 2004.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Leis e Decretos**. Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resoluções>>. Acesso em: 17 ago.2004.
- COSTA, E.S.; MORITA, I.; MARTINEZ, M.A.R. Percepção dos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social dos funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr./jun., 2000.
- COSTA, J.R.A., LIMA, J.V., ALMEIDA, P.C. Stress no trabalho do enfermeiro. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.37, n.3, p.63-71, 2003.
- CRESPO, C.R. Alergia às proteínas do látex. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.2, n.4, p.21-23, out./dez., 1997.
- CRONIN, S.N.; BECHERER, D. Recognition of staff nurse job performance and achievements. **J. Nursing Adm.**, Wakefield, v. 29, n.1, p.26-31, 1999.
- CRUZ, E.A. Novas tecnologias em Centro Cirúrgico e Centro de Material: opinião dos enfermeiros. **Rev. Baiana Enfermagem**, Salvador, v.8, n.1/2, p.102-115, abr./out. 1995.
- CUMBEY, D.A.; ALEXANDER, J.W. The relationship of job satisfaction with organizational variable in public health nursing. **J. Nursing Adm.**, Wakefield, v.28, n.5, p.39-46, May., 1998.
- DANTAS, R.A.S.; GÓIS, C.F.L.; SILVA, L.M. **Utilização da versão adaptada da escala de Qualidade de vida de Flanagan em pacientes cardíacos**. 2004. No prelo.

_____.; MOTZER, S.A.; CIOL, M.A. The relationship between quality of life, sense of coherence, and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. **Int. J. Nurs. Stud., Oxford**, v.39, n.4, p.754-755, 2002.

_____.; SAWADA, N.O.; MALERBO, M.B. Pesquisas sobre Qualidade de Vida: Revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.532-538, 2003

DEL CURA, M.L.A. **Satisfação profissional do enfermeiro**. 1994. 49p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

DIAS, T.A. **Fatores determinantes de insatisfação nas relações de trabalho entre enfermeiros do Hospital Regional de Cascavel (HCR)**. 1999. 128p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

DOUGLAS, M.K.; MELEIS, A.I.; ERIBES, C.; SULJA, K. The work of auxiliary nurses in México: stressors, satisfiers and coping strategies. **J. Nurs. Stud.**, Polo Alto, v.33, n.5, p. 495-505, 1996.

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

FLANAGAN, J.C. Measurement of quality of life. Current state of the art. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Chicago, v.63, p.56-59, 1982.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – 100). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.2, p.198-205, 1999.

_____. 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.178-83, 2000.

FREITAS, M.E.A.; ALVES, M.; PEIXOTO, M.R.B. A Divisão do trabalho na enfermagem e a visão global da assistência. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.17, n.1, p.26-32, jan. 1996.

FUNG-KAM, L. Job satisfaction and autonomy of Hong Kong registered nurses. **J. Adv. Nursing**. Oxford, v. 27, p.355-363, 1998.

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of life measurements. **JAMA**, Chicago, v.272, n.8, p.619- 626, 1994.

GONÇALVES, L.H.T.; DIAS, M.M.; De LIZ, T.G. Qualidade de vida de idosos independentes segundo proposta de avaliação de Flanagan. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 4, p.214-220, 1999.

GUIDO, L.A. **Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica**. 2003, 180p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

HASHIMOTO, H.; GUEDES, S.L.; PEREIRA, V.C. **O ostomizado e a qualidade de vida: abordagem fundamentada nas dimensões da QV proposta por Flanagan**. São Paulo, 1996. Mimeografado.

HULEY, S.B.; NEWMAN, T.B.; CUMMINGS, S.R. Escolhendo os sujeitos da Amostra: Especificação, Amostragem e Recrutamento. In: _____. et al. **Delineando a Pesquisa Clínica: Uma abordagem epidemiológica**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JOUCLAS, V.M. **Análise da função do circulante de sala de operações de acordo com a metodologia sistêmica de organização de recursos humanos**. 1987. 214p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

JOUCLAS, V.M.G.; FERRAZ, E.R. A estrutura organizacional do Centro Cirúrgico. **Enfoque**, São Paulo, v.9,n. 5, p.19-22, 1989.

KERLINGER, F.N. **Foundations of behavioral research**. 3.ed. New York: Holt, 1986.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do Quality of Life Index de Ferrans & Powers**. 1999. (Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

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.

LACERDA, R.A.; CURSINO, L.C.; SILVA, P.B. Exposição ocupacional a substâncias orgânicas de pacientes em Centro Cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.5, n.5, p.24-29, jan./mar., 2001.

_____. **Controle de infecção em Centro Cirúrgico. Fatos, Mitos e Controvérsias**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.325-344.

LARSEN, U. Assepsia do Centro Cirúrgico. **Rev. Paul. Hosp.**, São Paulo, v.9, n.7, p.12-26, jul. 1961.

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

LIMA, M.A.D. **O Trabalho da enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. 1998. 216p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

LINO, M.M. **Satisfação profissional entre enfermeiros de UTI:** Adaptação transcultural do INDEX of Work Satisfaction (IWS). 1999. 221p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. **Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva.** 2004. 223p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Confiabilidade e validade. In: _____. **Pesquisa em Enfermagem.** Métodos, avaliação crítica e utilização. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. p.186-199.

LOPES, D.F.M. **Ser trabalhador da Unidade de Centro de Material:** uma abordagem fenomenológica. 2000. 164p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

LUNARDI FILHO, W.D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.50, n.1, p.77-92, jan./mar.1997.

MAGALHÃES, A.M.M.; JUCHEM, B.C. Primary Nursing: Adaptando um novo modelo de trabalho no serviço de enfermagem cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.21, n.2, p.5-18, jul. 2000.

MÄKINEN, A. et al. Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses. **J. Nursing Management**, n.11, p. 299-306, 2003.

MARCHESE, L.T. et al. Accidentes inadvertidos en equipos quirúrgicos. **Rev. Cirur. Infant.**, Buenos Aires, v.10, n.3, p.129-35, 2000.

MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A.I.B.B.; LATORRE, M.R.D.O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.1, fev. 2004.

MARTINS, J.J. Qualidade de Vida e trabalho: o cenário atual da enfermagem numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 8, n.3, p.128-146, set./dez., 1999.

MARZIALE, M.H.P. **Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem, em uma unidade de internação hospitalar.** 1995. 163p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

_____. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.3, p.1, maio, 2001.

_____. Subnotificações de acidentes com perfurocortantes na enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.56, n.2, p.164-168, mar./abr., 2003.

_____.; ROZESTRATEN, R.J.A. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. *Rev. Latinoam. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.3, n.1, p.59-78, jan., 1995.

MATOS, E. Refletindo sobre a qualidade de vida no trabalho da enfermagem no Hospital Universitário. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 27-43, 1999.

MATSUDA, L.M. **Satisfação profissional da equipe de enfermagem de uma UTI – adulto**; perspectiva de gestão para a qualidade da assistência. 2002. 244p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MCNEESE-SMITH, D.K. A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. **J. Adv. Nursing**, Oxford, v.29, n.6, p. 1332-1341, 1999.

MEERBERG, G. Quality of life: a conceptual analysis. **J. Adv. Nursing**, Oxford, v.18, p.32-38, 1993.

MEIRLLES, N.F.; ZEITOUNE, R.C.G. Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico oncológico. **Rev. Escola Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.78-88, abr. 2003.

MEYER, D.E. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiros? **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.55, n.2, p.189-195, mar./abr. 2002.

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

MOTZER, S.U.; STEWART, B.J. Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. **Res. Nurs. Health**, New York, v.19, p. 287-300, 1996.

MULLER, C.W.; McCLOSKEY, J.C. Nurse's job satisfaction: a proposed measure. **Nur.Res.**, New York, v.39, n.2, p.113-116, mar./abr. 1990.

MUNRO, B.H. **Statistical methods for health care research**. 4.ed. Philadelphia: Lippincott, 2001.

NASSAR, S.M.; GONÇALVES, L.H.T. **Teste de confiabilidade da EQV de Flanagan versão em português**. Florianópolis, 1998. Mimeografado.

NASSAR, S.M.; GONÇALVES, L.H.T. Avaliação de uma escala de medida de qualidade de vida. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 8, p.99-110, 1999.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

PADILHA, M.I.C.S.; SOUZA, L.N.A. Qualidade de Vida – reflexão de enfermeiras. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.8, n.3, p.11-26, set./dez. 1999.

PAFARO, R.C.; De MARTINO, M.M.F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho de um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.38, n.2, p.152-160, 2004.

- PASQUALI, L. Testes Referentes a Constructo: Teoria e Modelo de Construção. In: _____. **Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração.** São Paulo: Lab PAM/IBAPP, 1999. p. 37-71.
- PATRÍCIO, Z.M. Métodos Qualitativos de pesquisa e de educação participante como mediadores na construção da Qualidade de Vida novos paradigmas, outros desafios e compromissos sociais. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.8, n. 3, p. 44-52, set./dez., 1999.
- PELÁEZ, E.J.; MARTÍNEZ, E.P. Satisfacción laboral de la enfermera. **R. Enfermagem IMSS**, v.7, n.3, p.177-180, 1999.
- RIBEIRO, F.H. Regulamento do centro cirúrgico de um hospital de 500 leitos. **Rev. Paul. Hospitais**, São Paulo, v.17, n. 7, p.38-60, jul. 1969.
- RIBEIRO, R.C.N. et al . Tecnologia e humanização em CC e UTI. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.4, n.3, p.15-19, jul./set.1999.
- RODRIGUES, M.V.C. **Qualidade de Vida no Trabalho: evolução e análise no nível gerencial.** 9.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. 206p.
- SALZANO, S.D.T. A enfermeira de centro cirúrgico frente ao preparo e utilização do instrumental cirúrgico, com destaque para as lâminas e cabos de bisturi. **Rev. Paul. Enfermagem**, São Paulo, v.4, n.1, p.20-26, jan./fev./mar. 1984.
- _____.; SILVA, A.; WATANABE, E. O trabalho do enfermeiro no centro de material. **Rev. Paul. Enfermagem**, São Paulo, v.9, n.3, p.103-108, set./dez. 1990.
- SANTOS, M.S. **A (in) satisfação do enfermeiro no trabalho.** 1999. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- SANTOS, S.R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n. 6, p.757-64, nov./dez., 2002.
- _____.; RODRIGUES FILHO, J. Enfermagem: fatores de satisfação. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.48, n. 3, p. 242-250, jul./ ago./set. 1995.
- SAUPE, R. Qualidade de Vida de estudantes de enfermagem conforme a Escala de Flanagan. **Rev Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.1, n.2, p.287-293, 2002.
- SAWADA, N.O.; GALVÃO, C.M. A satisfação no trabalho do enfermeiro de Centro de Material. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, 2., 1995. **Anais...**, p. 1995. 148-50
- SHIMIZU, H.E.; CIAMPONE, M.H.T. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de Terapia Intensiva em um hospital escola. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.33, n.1, p.95-106, 1999.

_____.; CIAMPONE, M.H.T. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital-Escola. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.36, n.2, p. 148-155, 2002.

SILVA, A. Organização do trabalho na unidade centro de material. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.32, n.2, p.169-78, ago. 1998.

_____. Acidentes de trabalho na Unidade de Centro de Material. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.4, n.2, p.20-25, abr./jun. 1999.

_____.; BIANCHI, E.R.F. Central de Material e Esterilização. In: LACERDA, R.A. **Controle de Infecção em Centro Cirúrgico. Fatos, Mitos e Controvérsias**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2003. p.153-162.

SILVA, V.E.F.; MASSAROLO, M.C.K.B. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. **Mundo Saúde**, São Paulo, v.22, n.5, p. 283-286, set./out. 1998.

SPIKER, B.R. Taxonomy of Quality of life. In: _____. **Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials**. 2.ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. p. 25-31.

STACCIARINI, J.M.R.; TRÓCOLI, B.T. Occupational stress and constructive thinking: health and job satisfaction. **J. Adv. Nursing**, Oxford, v.46, n.5, p. 480-487, 2004.

STAMPS, P.L. **Nurses and work satisfaction: an index for measurement**. 2.ed. Chicago: Health Administration Press, 1997a.

_____. **Scoring workbook for the index of work satisfaction**. Northampton. Market Research, 1997b. 33p.

THORPE, K.; LOO, R. Balancing professional and personal of nurse managers: current and future perspectives in a changing health care system. **J. Nursing Management**, n.11, p. 321-370, 2003.

THORWALD, J. **O século cirurgiões: conforme documentos do meu avô, o cirurgião H. E. Hartmann**. São Paulo: Hemus, 1976.

TOVEY, E.J.; ADAMS, A.E. The changing nature of nurses' job satisfaction: an exploration of sources of satisfaction in the 1990s. **J. Adv. Nursing**, Oxford, v.30, n.1, p.150-158, 1999.

TRAMONTINI, C.C. et al. Repensando a formação do gerente do processo de trabalho do enfermeiro de Centro Cirúrgico e Centro de Material. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.7, n.1, p.11-15, jan./mar. 2002.

TRAYNOR, M.; WADE, B. The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four Trusts. **J. Adv. Nursing**, Oxford, v.18, p.127-136, 1993.

VANE, L.A. et al. Efeitos de subdoses de halotano e óxido nitroso em ratos. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Rio de Janeiro, v.45, n.2, p.101-112, 1995.

_____. et al. O efeito do sistema Venturi na prevenção de poluição na sala cirúrgica. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Rio de Janeiro, v.40, n.3, p.159-16, 1990.

VERDOLIN, B.A.; VILLAS BOAS, W.W.; GOMEZ, R.S. Alergia ao látex: diagnóstico accidental após procedimento urológico. Relato de caso. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, p.496-500, jul./ ago. 2003.

XELEGATI, R.; ROBAZZI, M.L.C.C. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.3, p.350-356, mai./jun. 2003.

WEST, A.A.A.; LISBOA, M.A.P.L.P. Satisfação no trabalho e perfil dos funcionários do Centro de Material e Esterilização. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.6, n.4, p.17-21, out./dez. 2001.

WANDERLEY, N.B.; SANTOS, I.B.C. Lombalgia em auxiliares de enfermagem no CME. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.4, n.3, p.27-30, jul./set. 1999.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci Med.**, Oxford, v.41, n.10, p. 1403-1409, 1995.

APÊNDICE A

Londrina, ____ de ____ de ____.

Ao

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

Prezado Senhor,

Sou enfermeira do Hospital Universitário Regional Norte do Paraná, docente da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) e aluna do curso de Pós Graduação da Escola de Enfermagem – USP – Ribeirão Preto – COREN - PR 42738, venho desta solicitar a apreciação do Projeto de Pesquisa intitulado **“Qualidade de Vida e Qualidade de Vida no Trabalho entre profissionais de enfermagem atuantes em unidades do Bloco Cirúrgico”** (em anexo). O desenvolvimento deste projeto é de minha responsabilidade, tendo como orientadora a Prof^a Dra Rosana Aparecida Spadoti Dantas, docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem – USP – Ribeirão Preto.

A pesquisa tem como objetivo avaliar e correlacionar a satisfação no trabalho e a qualidade de vida entre os profissionais de enfermagem atuantes em Bloco Cirúrgico;

Os profissionais que concordarem em participar do estudo não serão identificados, assim como as instituições envolvidas na pesquisa.

Aguardamos sua resposta e nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos,

Atenciosamente,

DENISE RODRIGUES COSTA SCHMIDT – 42738

APÊNDICE B

SATISFAÇÃO COM O TRABALHO NO BLOCO CIRÚRGICO

Prezados funcionários e colegas, este instrumento faz parte da pesquisa que tem como objetivo identificar a Qualidade de Vida e a Qualidade de Vida no Trabalho através da satisfação com aspectos da vida e aspectos profissionais entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes no Bloco Cirúrgico. Na primeira e segunda página encontram-se itens que fornecerão dados para melhor caracterização dos sujeitos da pesquisa. Por favor, leia e responda **todos** os itens. Sua resposta é muito importante.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

1. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino 2. Data de Nascimento: ____/____/____

3. Estado civil: ☐ solteiro(a) ☐ casado(a) ☐ separado(a) ☐ viúvo(a)

4. Tem filhos? ☐ sim ☐ não (neste caso vá para o item 7)

5. Quantos filhos você tem? _____

6. Qual a idade deles? _____

7. Formação:

☐ 1º grau completo ☐ 2º grau completo ☐ 2º grau incompleto
☐ superior completo _____ ☐ superior incompleto

8. Assinale a categoria profissional que você pertence:

☐ Auxiliar de Enfermagem ☐ Técnico de Enfermagem ☐ Enfermeiro

8.1 Assinale a categoria profissional que você foi contratado nesta instituição.

☐ Atendente ☐ Auxiliar de Enfermagem ☐ Técnico de Enfermagem ☐ Enfermeiro

9. Tempo de formado (a): _____ anos _____ meses

10. Data de admissão na instituição: ____/____/____

10.1. Tempo de atuação no Bloco Cirúrgico: _____ anos _____ meses

11. Qual área do Bloco Cirúrgico você atua?

☐ Centro Cirúrgico   ☐ Centro de Materiais

12. Seu horário de trabalho é fixo? ☐ sim   ☐ não

13. Tem outro emprego?   ☐ sim   ☐ não

14. Horário de trabalho atual: das _____ às _____

15. Você trabalha no Bloco Cirúrgico porque:

- ☐ escolheu essa área
- ☐ não haviam vagas nos demais setores
- ☐ foi remanejado (a) por necessidade do serviço
- ☐ outros: _____

16. Você gosta de trabalhar no Bloco Cirúrgico? ☐ sim   ☐ não

17. Você se sente satisfeito (a) por trabalhar no Bloco Cirúrgico? ☐ sim   ☐ não

18. Assinale a atividade que você predominantemente faz no Bloco Cirúrgico, isto é, aquela que você faz em maior volume, marque somente uma alternativa:

☐ Circular sala cirúrgica	☐ Montagem de caixas
☐ Instrumentação cirúrgica	☐ Montagem de materiais para cirurgias
☐ Assistência na SRA	☐ Esterilização
☐ Limpeza e preparo de materiais	☐ Outros: _____

19. Benefícios que recebe:

☐ convênio médico	☐ estacionamento
☐ convênio com farmácias	☐ assistência jurídica
☐ assistência odontológica	☐ financiamentos e empréstimos
☐ auxílio – educação	☐ creche
☐ Outros: _____	

20. Seu salário líquido mensal é: _____

APÊNDICE C

ÍNDICE DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Parte A

Abaixo estão listados e brevemente definidos 6 termos ou fatores que estão envolvidos em como as pessoas se sentem em relação a situação de trabalho. Cada fator tem algo a ver com a **satisfação profissional** ou **satisfação no trabalho**. Estou interessada em determinar qual desses fatores é o mais importante para você em relação aos demais. Por favor, leia cuidadosamente as definições de cada termo a seguir, pois as mesmas auxiliarão na escolha das alternativas que serão apresentadas posteriormente.

Atenção! Apenas leia estas definições para responder as 15 alternativas a seguir.

1. **Autonomia**- grau de independência, iniciativa e liberdade, tanto permitido quanto necessário, nas atividades diárias de seu trabalho.
2. **Interação**- oportunidades de contato social profissional, formal e informal, durante o horário de trabalho.
3. **Status profissional** – importância ou significado percebido acerca de seu trabalho, tanto no seu ponto de vista como no de outros.
4. **Requisitos do trabalho** – tarefas ou atividades que devem ser executadas como parte regular do trabalho.
5. **Normas organizacionais** – normas administrativas e procedimentos propostos pelo hospital e administração do serviço de enfermagem.
6. **Remuneração** – pagamento em dinheiro e benefícios adicionais recebidos pelo trabalho executado.

Instruções: Estes fatores estão apresentados em pares a seguir. Um total de 15 pares são apresentados. Nenhum par está repetido ou invertido. Para cada par de termos, decida qual é o mais importante para a sua satisfação profissional e marque com (X) no espaço apropriado. Por exemplo, se você sente que Remuneração (como definida acima) é mais importante que Autonomia (como definida acima), cheque no campo de Remuneração, como no exemplo abaixo:

☒ Remuneração   ou   ☐ Autonomia

Se for o contrário, isto é, se você sente que Autonomia (como definida acima) é mais importante que Remuneração (como definida acima), cheque no campo da Autonomia:

☐ Remuneração   ou   ☒ Autonomia

Faça este procedimento para os 15 pares de itens abaixo. Em alguns casos poderá ser difícil para você fazer escolhas. No entanto, por favor, tente selecionar o fator que é mais importante para você. Faça um esforço para responder todos os itens, não volte atrás para mudar nenhuma de suas respostas.

Não deixe nenhum item sem resposta!

1. ☐ <i>Status</i> profissional	ou	☐ Normas organizacionais
2. ☐ Remuneração	ou	☐ Requisitos do trabalho
3. ☐ Normas Organizacionais	ou	☐ Interação
4. ☐ Requisitos do trabalho	ou	☐ Normas organizacionais
5. ☐ <i>Status</i> profissional	ou	☐ Requisitos do trabalho
6. ☐ Remuneração	ou	☐ Autonomia
7. ☐ <i>Status</i> profissional	ou	☐ Interação
8. ☐ <i>Status</i> profissional	ou	☐ Autonomia
9. ☐ Interação	ou	☐ Requisitos do Trabalho
10. ☐ Interação	ou	☐ Remuneração
11. ☐ Autonomia	ou	☐ Requisitos do trabalho
12. ☐ Normas Organizacionais	ou	☐ <i>Status</i> Profissional
13. ☐ Remuneração	ou	☐ Autonomia
14. ☐ Interação	ou	☐ Autonomia
15. ☐ Normas organizacionais	ou	☐ Remuneração

APÊNDICE D

NOME DA PESQUISA:
**QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ATUANTES EM UNIDADES DO BLOCO
CIRÚRGICO**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Enfa. Denise Rodrigues Costa Schmidt . COREN: 42738

ORIENTADOR:

Prof^aDr^a Rosana Aparecida Spadoti Dantas. COREN Nº: 44148.

PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

ESCLARECIMENTOS AO SUJEITO DA PESQUISA

Nós desejamos saber mais sobre a qualidade de vida e sobre a qualidade de vida no trabalho entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes no Centro Cirúrgico e Centro de Materiais. Muitas coisas podem influenciar a nossa qualidade de vida tais como: a idade, os problemas de saúde, o trabalho, o apoio da família e dos amigos e nosso jeito de ser e de encarar os problemas que enfrentamos no dia a dia. Por isso, desejamos conhecer como está sua qualidade de vida e qual a influência da mesma para a satisfação no trabalho.

Estas informações são importantes para nós, profissionais da saúde, pois nos farão compreender melhor as questões relacionadas ao trabalho dos profissionais de enfermagem, contribuindo para a gestão de recursos humanos.

Sua participação neste estudo é voluntária e consiste em responder a três questionários, o primeiro relacionado à caracterização sócio demográfica, o segundo relacionado à Qualidade de Vida e o terceiro diz respeito à Satisfação Profissional. Você deverá ler e preencher o questionário sozinho, desta forma você poderá levá-los para casa e entregá-los no prazo de 3 dias, colocando-os em uma pasta, ou em outro local combinado com o pesquisador. Embora você não receba benefícios diretos por sua participação, servindo como participante desta pesquisa, suas informações poderão contribuir para obtermos maiores informações sobre o tema e conseqüentemente trazer benefícios para a profissão e gestão de pessoal.

Este estudo não oferece qualquer risco ou desconforto para você e asseguramos que você não será identificado após responder às nossas perguntas.

Caso necessite de maiores informações, mesmo após a conclusão da sua participação, você poderá entrar em contato conosco, através do endereço abaixo.

Muito obrigado pela sua atenção.

Denise Rodrigues Costa Schmidt

Enfermeira HURNPr e Docente da disciplina de Enfermagem Cirúrgica da UNOPAR

Endereço para contato: Rua: Ciro Sperandio, 326 - Telefone: (0XX43-3342-4813)

e-mail: denisebeto@aol.com

APÊNDICE E**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

EU, _____, abaixo assinado, tendo sido devidamente esclarecido sobre todas as condições que constam no documento, "ESCLARECIMENTOS AO SUJEITO DA PESQUISA", de que se trata o Projeto de Pesquisa intitulado " **Qualidade de Vida e Qualidade de Vida no Trabalho de profissionais de Enfermagem atuantes em unidades do Bloco Cirúrgico**" que tem como pesquisador responsável a enfermeira Denise Rodrigues Costa Schmidt, aluna do curso de Pós graduação da Escola de Enfermagem – USP – Ribeirão Preto, sob orientação da Prof^a Dra Rosana Aparecida Spadoti Dantas, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos riscos e aos benefícios, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, a seguir relacionados:

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso me traga prejuízo no meu ambiente de trabalho;
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade;
4. O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar dele participando;

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade de participar do referido projeto.

Londrina, _____de _____de _____

Assinatura do funcionário

APÊNDICE F**ESCALA DE ATITUDE DO ÍNDICE DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL**

Os próximos 44 itens, apresentados nas próximas páginas, representam afirmações sobre como você está satisfeito (a) com seu trabalho atual. Por favor, responda todos os itens. Pode ser muito difícil adequar suas respostas em 7 categorias, neste caso selecione a categoria que mais se aproxima de sua resposta à afirmação. É muito importante que você dê sua resposta honestamente. Por favor, não volte atrás e mude qualquer uma de suas respostas.

Instruções: Circule o número que mais indica como você se sente sobre cada afirmação de acordo com a seguinte escala:

Concordo inteiramente	Concordo	Concordo Moderadamente	Neutro ou indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo inteiramente
1	2	3	4	5	6	7

Atenção! Não deixe nenhuma resposta em branco. Sua informação é muito importante!

	Concordo				Discordo		
1. Meu salário atual é satisfatório	1	2	3	4	5	6	7
2. A enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante.	1	2	3	4	5	6	7
3. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem se dispõe, e se ajudam uns aos outros, quando as "coisas estão corridas".	1	2	3	4	5	6	7
4. Neste hospital o pessoal de enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático.	1	2	3	4	5	6	7
5. Em meu hospital a equipe de enfermagem tem controle suficiente sobre a programação de seu próprio turno de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
6. Em minha unidade, os médicos normalmente cooperam com a equipe de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu sinto que sou supervisionado (a) mais diretamente ("de perto") do que necessário.	1	2	3	4	5	6	7
8. Tenho a impressão que grande parte do pessoal de enfermagem deste hospital está insatisfeito com seu salário.	1	2	3	4	5	6	7
9. A maioria das pessoas reconhece a importância da assistência de enfermagem aos pacientes hospitalizados.	1	2	3	4	5	6	7
10. Em minha unidade é difícil para os funcionários (a)s novo(a)s se sentirem "à vontade".	1	2	3	4	5	6	7

	Concordo					Discordo	
11. Em minha mente não tenho dúvidas: o que eu faço no meu trabalho é realmente importante.	1	2	3	4	5	6	7
12. Existe uma grande lacuna entre administração deste hospital e os problemas da enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu sinto que tenho participação suficiente no planejamento da assistência de enfermagem do paciente cirúrgico.	1	2	3	4	5	6	7
14. Considerando o que é esperado do pessoal do serviço de enfermagem, neste hospital o salário que recebemos é razoável.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu acho que poderia realizar um trabalho melhor se não tivesse tanto o que fazer, o tempo todo.	1	2	3	4	5	6	7
16. Em meu serviço, existe muito trabalho em equipe e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
17. Eu tenho muitas responsabilidades e pouca autonomia.	1	2	3	4	5	6	7
18. Neste hospital não existem oportunidades suficientes de promoção para o pessoal de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
19. Em minha unidade, há muito trabalho em equipe entre auxiliares e enfermeiros.	1	2	3	4	5	6	7
20. Em meu serviço, minha chefia toma todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre meu próprio trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
21. Neste hospital o índice atual de reajuste salarial do pessoal de enfermagem não é satisfatório.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu estou satisfeito (a) com os tipos de atividades que realizo em meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
23. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho tempo suficiente e oportunidades para discutir os problemas da assistência ao paciente com outros membros da equipe de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
25. Há grande oportunidade para a equipe de enfermagem de participar do processo de tomada de decisões administrativas.	1	2	3	4	5	6	7
26. Uma grande dose de independência é permitida, se não requerida de mim.	1	2	3	4	5	6	7
27. O que eu faço em meu trabalho realmente não acrescenta nada significativo.	1	2	3	4	5	6	7

	Concordo				Discordo			
28. Em minha unidade há muita “distinção de posições”: os(as) enfermeiros(as) raramente “misturam-se” com aqueles de menor experiência ou diferentes tipos de formação educacional.	1	2	3	4	5	6	7	
29. Eu tenho tempo suficiente para a assistência ao paciente.	1	2	3	4	5	6	7	
30. Algumas vezes me sinto frustrado (a) porque todas as minhas atividades parecem ser pré-programadas para mim.	1	2	3	4	5	6	7	
31. No meu trabalho, às vezes tenho que fazer algumas coisas que vão contra meu melhor julgamento profissional.	1	2	3	4	5	6	7	
32. Do que eu ouço do pessoal de enfermagem de outros hospitais, neste hospital nossa remuneração é justa.	1	2	3	4	5	6	7	
33. Neste hospital, as decisões administrativas interferem muito na assistência ao paciente.	1	2	3	4	5	6	7	
34. Eu me sinto orgulhoso (a) quando falo com outras pessoas sobre o que faço no meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7	
35. Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7	
36. Eu poderia prestar uma assistência muito melhor se tivesse mais tempo com cada paciente.	1	2	3	4	5	6	7	
37. Os médicos deste hospital geralmente apreciam e compreendem o que a equipe de enfermagem faz.	1	2	3	4	5	6	7	
38. Se eu tivesse que decidir tudo outra vez, ainda assim estaria na Enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7	
39. Os médicos deste hospital subestimam demais a equipe de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7	
40. Eu tenho todo o poder que quero no planejamento das atividades que exerço.	1	2	3	4	5	6	7	
41. Meu trabalho, em particular não requer muita habilidade nem conhecimento específico.	1	2	3	4	5	6	7	
42. A(s) chefia (s) de enfermagem geralmente consulta(m) a equipe nos problemas diários e procedimentos.	1	2	3	4	5	6	7	
43. Em meu trabalho, tenho liberdade para tomar decisões importantes, que considero apropriadas, e conto com minha(s) chefia (s) para me apoiar.	1	2	3	4	5	6	7	
44. Neste hospital, se faz necessário um reajuste de salários para o pessoal de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7	

ANEXO D**ESCALA ADAPTADA DE QUALIDADE DE VIDA DE FLANAGAN**

Estes 16 itens estão relacionados à satisfação com aspectos da nossa vida. Por favor, circule o número que melhor descreve a sua satisfação com cada item usando a seguinte escala.

Procure não deixar nenhuma resposta em branco.

Extrema- mente insatisfeito	Bastante Insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Bastante satisfeito	Extrema- mente Satisfeito
1	2	3	4	5	6	7

Qual a sua satisfação em relação a:

1. Conforto material: moradia, alimentação, situação financeira.	1	2	3	4	5	6	7
2. Saúde: sentir-se fisicamente bem e cheio de energia	1	2	3	4	5	6	7
3. Relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: conviver e ajudar.	1	2	3	4	5	6	7
4. Ter e criar filhos	1	2	3	4	5	6	7
5. Relacionamento com esposo (a) ou parceiro (a)	1	2	3	4	5	6	7
6. Relacionamento com amigos	1	2	3	4	5	6	7
7. Ajudar e apoiar outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7
8. Participação em associações comunitárias e atividades de interesse público	1	2	3	4	5	6	7
9. Aprendizado: poder aumentar seus conhecimentos gerais	1	2	3	4	5	6	7
10. Autoconhecimento: saber sobre suas forças e suas limitações, saber onde quer chegar, quais os objetivos importantes para sua vida	1	2	3	4	5	6	7
11. Trabalho no emprego ou em casa	1	2	3	4	5	6	7
12. Conseguir se comunicar	1	2	3	4	5	6	7
13. Participar de atividades recreacionais e esportivas	1	2	3	4	5	6	7
14. Ouvir música, ler, assistir TV ou ir ao cinema	1	2	3	4	5	6	7
15. Encontrar-se com outras pessoas e fazer coisas juntas	1	2	3	4	5	6	7
16. Independência: sentir-se capaz de fazer as coisas por si mesmo.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO E

ÍNDICE DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Parte A

Abaixo e na próxima página estão listados e brevemente definidos 6 termos ou fatores que estão envolvidos em como as pessoas se sentem acerca de sua situação de trabalho. Cada fator tem algo a ver com a **satisfação profissional** ou **satisfação no trabalho**. Estou interessada em determinar qual desses fatores é o mais importante para você em relação aos demais.

Por favor, leia cuidadosamente as definições de cada fator dadas a seguir:

1. **Autonomia**- grau de independência, iniciativa e liberdade, tanto permitido quanto necessário, nas atividades diárias de seu trabalho..
2. **Interação**- oportunidades de contato social profissional, formal e informal, durante o horário de trabalho.
3. **Status profissional** – importância ou significado percebido acerca de seu trabalho, tanto no seu ponto de vista como no de outros.
4. **Requisitos do trabalho** – tarefas ou atividades que devem ser executadas como parte regular do trabalho.
5. **Normas organizacionais** – normas administrativas e procedimentos propostos pelo hospital e administração do serviço de enfermagem.
6. **Remuneração** – pagamento em dinheiro e benefícios adicionais recebidos pelo trabalho executado.

Instruções: Estes fatores estão apresentados em pares a seguir. Um total de 15 pares são apresentados: esse é todo o conjunto de combinações. Nenhum par está repetido ou invertido. Para cada par de termos, decida qual é o mais importante para a sua satisfação profissional e cheque com ☒ no espaço ☐ apropriado. Por exemplo, se você sente que Remuneração (como definida acima) é mais importante que Autonomia (como definida acima), cheque no campo de Remuneração.

Em alguns casos poderá ser difícil para você fazer escolhas. No entanto, por favor, tente selecionar o fator que é mais importante para você. Faça um esforço para responder todos os itens, não volte atrás para mudar nenhuma de suas respostas.

Por favor, de cada par, escolha o fator que é **mais importante** para você.

1. ☐ <i>Status</i> profissional	ou	☐ Normas organizacionais
2. ☐ Remuneração	ou	☐ Requisitos do trabalho
3. ☐ Normas Organizacionais	ou	☐ Interação
4. ☐ Requisitos do trabalho	ou	☐ Normas organizacionais
5. ☐ <i>Status</i> profissional	ou	☐ Requisitos do trabalho
6. ☐ Remuneração	ou	☐ Autonomia
7. ☐ <i>Status</i> profissional	ou	☐ Interação
8. ☐ <i>Status</i> profissional	ou	☐ Autonomia
9. ☐ Interação	ou	☐ Requisitos do Trabalho
10. ☐ Interação	ou	☐ Remuneração
11. ☐ Autonomia	ou	☐ Requisitos do trabalho
12. ☐ Normas Organizacionais	ou	☐ Autonomia
13. ☐ Remuneração	ou	☐ <i>Status</i> Profissional
14. ☐ Interação	ou	☐ Autonomia
15. ☐ Normas organizacionais	ou	☐ Remuneração

Parte B

Os próximos itens representam afirmações sobre como você está satisfeito (a) com seu trabalho atual. Por favor, responda cada item. Pode ser muito difícil adequar suas respostas em 7 categorias, neste caso selecione a categoria que **mais se aproxima** de sua resposta à afirmação. É muito importante que você dê sua opinião honesta. Por favor, não volte atrás e mude qualquer uma de suas respostas.

Instruções: Por favor, circule o número que mais indica como você se sente sobre cada afirmação. O conjunto de números da esquerda indica graus de concordância. O conjunto de números da direita indica graus de discordância. Se você **concorda inteiramente** com a afirmação, circule (1); se você **concorda** com a afirmação, circule (2); se você **concorda moderadamente** (mais ou menos), com a afirmação circule (3); o número central (4) é reservado para **sentimento neutro** ou indeciso, por favor, utilize-o o mínimo possível; se você **discorda moderadamente** (mais ou menos), você deve circular (5); para **discordar**, circule (6) e para **discordar inteiramente**, circule (7).

Atenção! Não deixe nenhuma resposta em branco. Sua informação é muito importante!

Lembre-se quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, mas distante do centro, você deve circular. Tente utilizar o número (4) o mínimo possível.

Concordo				Discordo			
1. Meu salário atual é satisfatório	1	2	3	4	5	6	7
2. A enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante.	1	2	3	4	5	6	7
3. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem se dispõe, e se ajudam uns aos outros, quando as "coisas estão corridas".	1	2	3	4	5	6	7
4. Neste hospital o pessoal de enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático.	1	2	3	4	5	6	7
5. Em meu hospital a equipe de enfermagem tem controle suficiente sobre a programação de seu próprio turno de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
6. Em minha unidade, os médicos normalmente cooperam com a equipe de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu sinto que sou supervisionado (a) mais diretamente ("de perto") do que necessário.	1	2	3	4	5	6	7
8. Tenho a impressão que grande parte do pessoal de enfermagem deste hospital está insatisfeito com seu salário.	1	2	3	4	5	6	7
9. A maioria das pessoas reconhece a importância da assistência de enfermagem aos pacientes hospitalizados.	1	2	3	4	5	6	7
10. Em minha unidade é difícil para os funcionário(a)s novo(a)s se sentirem "a vontade".	1	2	3	4	5	6	7
11. Em minha mente não tenho dúvidas: o que eu faço no meu trabalho é realmente importante.	1	2	3	4	5	6	7
12. Existe uma grande lacuna entre administração deste hospital e os problemas da enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu sinto que tenho participação suficiente no planejamento da assistência de enfermagem do paciente cirúrgico.	1	2	3	4	5	6	7
14. Considerando o que é esperado do pessoal do serviço de enfermagem, neste hospital o salário que recebemos é razoável.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu acho que poderia realizar um trabalho melhor se não tivesse tanto o que fazer, o tempo todo.	1	2	3	4	5	6	7
16. Em meu serviço, existe muito trabalho em equipe e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7

Concordo				Discordo			
17. Eu tenho muitas responsabilidades e pouca autonomia.	1	2	3	4	5	6	7
18. Neste hospital não existem oportunidades suficientes de promoção para o pessoal de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
19. Em minha unidade, há muito trabalho em equipe entre auxiliares e enfermeiros.	1	2	3	4	5	6	7
20. Em meu serviço, minha chefia toma todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre meu próprio trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
21. Neste hospital o índice atual de reajuste salarial do pessoal de enfermagem não é satisfatório.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu estou satisfeito (a) com os tipos de atividades que realizo em meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
23. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho tempo suficiente e oportunidades para discutir os problemas da assistência ao paciente com outros membros da equipe de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
25. Há grande oportunidade para a equipe de enfermagem de participar do processo de tomada de decisões administrativas.	1	2	3	4	5	6	7
26. Uma grande dose de independência é permitida, se não requerida de mim.	1	2	3	4	5	6	7
27. O que eu faço em meu trabalho realmente não acrescenta nada significativo.	1	2	3	4	5	6	7
28. Em minha unidade há muita "distinção de posições": os (as) enfermeiros (as) raramente "misturam-se" com aqueles de menor experiência ou diferentes tipos de formação educacional.	1	2	3	4	5	6	7
29. Eu tenho tempo suficiente para a assistência ao paciente.	1	2	3	4	5	6	7
30. Algumas vezes me sinto frustrado (a) porque todas as minhas atividades parecem ser pré programadas para mim.	1	2	3	4	5	6	7
31. No meu trabalho, às vezes tenho que fazer algumas coisas que vão contra meu melhor julgamento profissional.	1	2	3	4	5	6	7
32. Do que eu ouço do pessoal de enfermagem de outros hospitais, neste hospital nossa remuneração é justa.	1	2	3	4	5	6	7
33. Neste hospital, as decisões administrativas interferem muito na assistência ao paciente.	1	2	3	4	5	6	7

Concordo				Discordo			
34. Eu me sinto orgulhoso (a) Quando falo com outras pessoas sobre o que faço no meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
35. Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
36. Eu poderia prestar uma assistência muito melhor se tivesse mais tempo com cada paciente.	1	2	3	4	5	6	7
37. Os médicos deste hospital geralmente apreciam e compreendem o que a equipe de enfermagem faz.	1	2	3	4	5	6	7
38. Se eu tivesse que decidir tudo outra vez, ainda assim estaria na Enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
39. Os médicos deste hospital subestimam demais a equipe de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
40. Eu tenho todo o poder que quero no planejamento das atividades que exerço.	1	2	3	4	5	6	7
41. Meu trabalho, em particular não requer muita habilidade nem conhecimento específico.	1	2	3	4	5	6	7
42. A(s) chefia (s) de enfermagem geralmente consulta(m) a equipe nos problemas diários e procedimentos.	1	2	3	4	5	6	7
43. Em meu trabalho, tenho liberdade para tomar decisões importantes, que considero apropriadas, e conto com minha(s) chefia (s) para me apoiar.	1	2	3	4	5	6	7
44. Neste hospital, se faz necessário um reajuste de salários para o pessoal de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7