**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL
DE ENFERMEIRAS DE UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA**

MARGARETE MARQUES LINO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, como requisito para obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Prof^a Dr^a MIAKO KIMURA

São Paulo
2004

Ficha Catalográfica

Lino, Margarete Marques
Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras
de Unidades de Terapia Intensiva /
Margarete Marques Lino. – São Paulo: M. M. Lino, 2004.
223p.

Tese [Doutorado] - Escola de Enfermagem –
Universidade de São Paulo

I. Título. II. Qualidade de Vida. III. Satisfação no Trabalho.
IV. Enfermeiras. V. Unidades de Terapia Intensiva.

À minha mãe Suzana (Dadá), meu exemplo de vida, pelo amor incondicional e infinito.

Ao meu pai, "Seo" Lino (Dad), pelo amor e confiança que dedicou e depositou em mim, a vida inteira.

Ao Abílio, meu marido, companheiro, amigo e eterno namorado, pelo amor, carinho, dedicação e paciência.

Ao Marcos, meu "pedacinho de céu", minha vida.

À vocês, dedico meu amor, minha vida e compartilho a autoria deste trabalho.

Agradecimentos especiais

À Profª Drª Miako Kimura, por me conduzir e apoiar durante muitos anos, transmitindo ensinamentos, estimulando e partilhando do grande amor pelo cuidar em terapia intensiva, e, sobretudo, por acreditar em mim.

A todas enfermeiras e enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva que, ao dividirem comigo suas experiências, alegrias e expectativas, angústias e tristezas, conferiram essência e valor a este estudo.

À vocês, minha eterna gratidão.

Agradecimentos

Inúmeras pessoas contribuíram, de forma direta ou indireta, com a concretização deste estudo, dentre elas agradeço sincera e profundamente

À Profª Drª Dorisdaia Carvalho De Humerez, minha amiga Dóris, me faltam palavras para expressar o que tenho em meu coração.

À Profª Drª Terezinha Dalossi Gennari, por sua preciosa amizade, entusiasmo incansável e apoio.

À Profª Drª Katia Grillo Padilha, pelo estímulo constante e imprescindível em vários momentos da minha vida acadêmica.

À Profª Drª Ana Isabel Bruzzi Bezerra Paraguay, pelas valiosas sugestões no exame de qualificação.

Às enfermeiras Sarah Marília Bucchi, Joana Lech, Regina Maria Yatsue Conishi, Ivana Lucia Correa Pimentel de Siqueira, Edoília Maria Teixeira Mendes, Lígia Maria Dal Secco e Leda Maria Doccosse Pavani, pela disponibilidade e facilidades oferecidas para a realização deste estudo.

Às enfermeiras Chefes e Encarregadas das Unidades de Terapia Intensiva que, com muita disposição e presteza, me receberam.

À Profª Drª Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, pela compreensão e apoio, em um momento tão difícil da minha vida.

À equipe do Serviço de Biblioteca e Documentação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que durante anos me acolheu e auxiliou, tornando possível o levantamento bibliográfico e, em particular, à Nadir Aparecida Lopes, Elizabete Aparecida dos Santos, Betania Maria de Lima e Tereza Francisca de Oliveira Moreira, pela disposição, orientação, atenção e simpatia.

À equipe do Serviço de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela excelência no atendimento e, em especial, à Ieda Regina Stavarengo, pela disposição e atenção.

À todos aqueles que, mesmo não tendo sido citados, contribuíram de forma especial e única.

Muito obrigada!

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. O trabalho da enfermeira em Unidades de Terapia Intensiva	2
1.2. O problema e a relevância do estudo	8
1.3. Bases conceituais	10
1.3.1. Satisfação Profissional	11
1.3.2. Qualidade de Vida	16
2. OBJETIVOS	21
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	23
3.1. Locais de estudo	24
3.2. Aspectos éticos	24
3.3. Casuística	25
3.4. Instrumentos de coleta de dados	27
3.4.1. Caracterização da UTI	27
3.4.2. Percepções acerca da vida e do trabalho	28
3.4.3. Índice de Satisfação Profissional (ISP)	28
3.4.4. Índice de Qualidade de Vida (IQV)	31
3.4.5. Caracterização da enfermeira	32
3.5. Pré-teste	33
3.6. Período e operacionalização da coleta de dados	34
3.7. Tratamento dos dados e análise estatística	37
3.7.1. Procedimentos para determinação dos escores do ISP	38
3.7.2. Procedimentos para determinação dos escores do IQV	40
3.7.3. Avaliação da confiabilidade	40
3.7.4. Análise das relações	45
3.7.5. Análise de Componentes Principais (ACP)	46
3.7.6. Análise dos agrupamentos	47

4. RESULTADOS	49
4.1. Caracterização das UTIs	49
4.1.1. Organização da assistência de enfermagem	58
4.2. Caracterização das enfermeiras	63
4.3. Percepções acerca da vida e do trabalho	65
4.4. Satisfação Profissional	81
4.4.1. A importância atribuída aos componentes	81
4.4.2. A satisfação profissional percebida	82
4.4.3. O nível de satisfação profissional	89
4.5. Qualidade de Vida	91
4.6. Análise das Relações	101
4.6.1. Correlações entre o IQV e os Indicadores de Vida	102
4.6.2. Correlações entre o IQV e os Indicadores de Trabalho	103
4.6.3. Correlações entre o IQV e o ISP	104
4.6.4. Correlações entre o ISP e os Indicadores de Trabalho	106
4.6.5. Correlações entre o ISP e os Indicadores de Vida	107
4.6.6. Correlações entre os Indicadores de Vida e os Indicadores de Trabalho	107
4.7. Análise de Componentes Principais (ACP)	108
4.7.1. Domínios do IQV	108
4.7.2. Componentes do ISP	109
4.8. Análise dos Agrupamentos	111
4.8.1. Caracterização das enfermeiras e análise da sua influência sobre os grupos	117
5. DISCUSSÃO	139
6. CONCLUSÕES	172
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	176
8. ANEXOS	191
Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	192
Anexo 2 - Instrumento de caracterização da UTI	193
Anexo 3 - Instrumento de percepções acerca da vida e do trabalho	194
Anexo 4 - Índice de Satisfação Profissional (ISP)	196
Anexo 5 - Índice de Qualidade de Vida (IQV)	201
Anexo 6 - Instrumento de caracterização da enfermeira	205

Anexo 7 -	Matrizes utilizadas para o cálculo dos Coeficientes de Ponderação dos Componentes do ISP, calculadas através das Comparações Pareadas.	208
Anexo 8 -	Matriz de Correlação do IQV e seus domínios com os Indicadores de Vida, Positivos e Negativos, e com a questão “Você se sente satisfeita com a sua vida?”.	210
Anexo 9 -	Matriz de Correlação do IQV e seus domínios com os Indicadores de Trabalho, Positivos e Negativos, e com as questões “Você se sente satisfeita com o seu trabalho?”, “Seu trabalho dá sentido à sua vida?” e “Você se sente satisfeita por trabalhar em UTI?”.	212
Anexo 10 -	Matriz de Correlação do ISP e seus componentes com os Indicadores de Trabalho, Positivos e Negativos, e com as questões “Você se sente satisfeita com o seu trabalho?”, “Seu trabalho dá sentido à sua vida?” e “Você se sente satisfeita por trabalhar em UTI?”.	215
Anexo 11 -	Matriz de Correlação do ISP e seus componentes com os Indicadores de Vida, Positivos e Negativos, e com a questão “Você se sente satisfeita com a sua vida?”.	218
Anexo 12 -	Matriz de Correlação entre os Indicadores Positivos de Vida e os Indicadores Positivos de Trabalho	220

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Elementos e Domínios do Modelo Conceitual de Qualidade de Vida de Ferrans.	19
Quadro 2 –	Distribuição de itens do Índice de Satisfação Profissional (ISP), segundo componente e direção do item.	30
Quadro 3 –	Distribuição de itens do Índice de Qualidade de Vida (IQV), segundo domínio.	32
Quadro 4 –	Coeficientes de consistência interna dos indicadores de estados de vida pessoal e profissional.	42
Quadro 5 –	Coeficientes de consistência interna do IQV.	43
Quadro 6 –	Coeficientes de consistência interna do ISP.	43
Quadro 7 –	Distribuição das UTIs segundo hospital, designação, especialidade, número de leitos disponíveis e tipo de clientela atendida.	50
Quadro 8 –	Caracterização das UTIs, segundo número de leitos, composição média da equipe de enfermagem e organização da assistência de enfermagem.	61
Quadro 9 –	Distribuição das enfermeiras, segundo hospital e UTI.	64
Quadro 10 –	Temas emergentes às respostas afirmativas dadas à questão “A atividade que você realiza predominantemente, nesta UTI, é aquela que você gostaria de executar?”.	66
Quadro 11 –	Temas emergentes às respostas negativas dadas à questão “A atividade que você realiza predominantemente, nesta UTI, é aquela que você gostaria de executar?”.	69
Quadro 12 –	Temas emergentes às respostas afirmativas, de caráter positivo, dadas à questão “Seu trabalho influencia sua vida particular?”.	73
Quadro 13 –	Temas emergentes às respostas afirmativas, de caráter negativo, dadas à questão “Seu trabalho influencia sua vida particular?”.	75
Quadro 14 –	Temas emergentes às respostas afirmativas, de caráter negativo, dadas à questão “Sua vida particular influencia o seu trabalho?”.	79
Quadro 15 –	Coeficientes de Ponderação dos Componentes do ISP, obtidos através das respostas das Comparações Pareadas.	81
Quadro 16 –	Distribuição das enfermeiras segundo grau de concordância quanto aos itens do componente Autonomia.	82
Quadro 17 –	Distribuição das enfermeiras segundo grau de concordância quanto aos itens do sub-componente Interação com equipe médica.	83
Quadro 18 –	Distribuição das enfermeiras segundo grau de concordância quanto aos itens do sub-componente Interação com equipe de enfermagem.	84
Quadro 19 –	Distribuição das enfermeiras segundo grau de concordância quanto aos itens do componente Requisitos do Trabalho.	84

Quadro 20 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de concordância quanto aos itens do componente Remuneração.	85
Quadro 21 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de concordância quanto aos itens do componente Status Profissional.	86
Quadro 22 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de concordância quanto aos itens do componente Normas Organizacionais.	87
Quadro 23 – Escores dos componentes do ISP calculados através da Escala de Atitudes, em ordem decrescente.	88
Quadro 24 – Representação dos componentes do ISP, segundo nível de importância atribuída e nível de satisfação identificado, considerando-se os limites de variação dos escores.	90
Quadro 25 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de satisfação com os itens do domínio Saúde e Funcionamento.	91
Quadro 26 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de satisfação com os itens do domínio Social e Econômico.	93
Quadro 27 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de satisfação com os itens do domínio Psicológico e Espiritual.	94
Quadro 28 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de satisfação com os itens do domínio Família.	95
Quadro 29 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de importância atribuída aos itens do domínio Saúde e Funcionamento.	95
Quadro 30 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de importância atribuída aos itens do domínio Social e Econômico.	97
Quadro 31 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de importância atribuída aos itens do domínio Psicológico e Espiritual.	98
Quadro 32 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de importância atribuída aos itens do domínio Família.	99
Quadro 33 – Escores médios das respostas aos itens do IQV, por domínio, segundo categoria de medida.	100
Quadro 34 – Escores do IQV total e por domínio.	101
Quadro 35 – Correlações entre os domínios do IQV e os componentes do ISP	105
Quadro 36 – Descrição dos grupos de enfermeiras identificados através da Análise de Agrupamentos, segundo IQV e seus domínios.	112
Quadro 37 – Descrição dos grupos de enfermeiras identificados através da Análise de Agrupamentos, segundo ISP e seus componentes.	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos Hospitais segundo tipo, especialidade, número de UTIs e de enfermeiras da amostra.	26
Tabela 2 –	Distribuição das enfermeiras segundo resposta dada à questão “A atividade que você realiza predominantemente, nesta UTI, é aquela que você gostaria de executar?”.	65
Tabela 3 –	Distribuição das enfermeiras segundo resposta dada à questão “Seu trabalho influencia sua vida particular?”.	72
Tabela 4 –	Distribuição das enfermeiras segundo resposta dada à questão “Sua vida particular influencia o seu trabalho?”.	78
Tabela 5 –	Matriz de Correlação entre os domínios do IQV.	108
Tabela 6 –	Matriz de cargas obtida através da Análise de Componentes Principais dos domínios do IQV.	109
Tabela 7 –	Matriz de Correlação entre os componentes do ISP.	110
Tabela 8 –	Matriz de cargas obtida através da Análise de Componentes Principais dos componentes do ISP.	111
Tabela 9 –	Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo Hospital de origem.	118
Tabela 10 –	Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo dados sócio-demográficos.	118
Tabela 11 –	Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo dados sócio-econômicos.	121
Tabela 12 –	Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo dados relacionados à saúde.	122
Tabela 13 –	Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo dados de formação acadêmica.	126
Tabela 14 –	Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo dados relacionados ao trabalho.	127
Tabela 15 –	Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo percepções acerca da vida e do trabalho.	131
Tabela 16 –	Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo Indicadores Positivos de Vida.	133
Tabela 17 –	Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo Indicadores Negativos de Vida.	135
Tabela 18 –	Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo Indicadores Positivos de Trabalho.	136
Tabela 19 –	Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo Indicadores Negativos de Trabalho.	137

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Proporção entre as categorias profissionais que compõem o número médio das equipes de enfermagem, por UTI e turno.	62
Figura 2 –	Proporção entre o número médio de profissionais de enfermagem por turno e número de leitos, segundo UTI.	63
Figura 3 –	Representação dos componentes do ISP, segundo nível de importância atribuída e nível de satisfação identificado, considerando-se os limites de variação dos escores.	89
Figura 4 –	Classificação dos componentes do ISP, por ordem de satisfação.	90
Figura 5 –	Grupos de enfermeiras identificadas através da Análise de Agrupamentos, segundo domínios do IQV.	113
Figura 6 –	Grupos de enfermeiras identificadas através da Análise de Agrupamentos, segundo componentes do ISP.	116

RESUMO

Lino MM. Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.

Este estudo objetivou investigar a qualidade de vida e a satisfação profissional de enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e examinar suas relações. A amostra consistiu de 190 enfermeiras de 19 UTIs. Foi utilizado um questionário auto-aplicável para coletar os dados sociodemográficos, ocupacionais, de saúde, percepções e estados em relação à vida e ao trabalho. A versão genérica do Índice de Qualidade de Vida (IQV) foi utilizada para medir tanto a satisfação quanto a importância de quatro domínios da vida: saúde e funcionamento, psicológico e espiritual, social e econômico, e família. A qualidade de vida total também foi medida. O nível de satisfação profissional em relação a seis componentes do trabalho (autonomia, status profissional, remuneração, interação, requisitos do trabalho e normas organizacionais) foi medido através do Índice de Satisfação Profissional (ISP). Os dados foram analisados através da análise de conteúdo, Coeficiente de Correlação de Pearson, Qui-quadrado, Teste de Fisher, análise da variância, análise de agrupamentos e análise de componentes principais. Os resultados mostraram que as enfermeiras obtiveram escores mais elevados nos domínios família, psicológico e espiritual, social e econômico, saúde e funcionamento, respectivamente. Elas valorizaram os componentes do trabalho autonomia, interação e remuneração mais do que status profissional, requisitos do trabalho e normas organizacionais, e estavam mais satisfeitas com status profissional, interação, remuneração, requisitos do trabalho e normas organizacionais. Adicionalmente, foram encontradas correlações significativas entre os domínios da qualidade de vida e os componentes da satisfação profissional. Quanto à análise das percepções e estados de vida e trabalho, os resultados sugerem que eles são indicadores potenciais de qualidade de vida e satisfação profissional. Esses achados confirmam as relações entre os domínios da vida no trabalho e da vida fora do trabalho das enfermeiras, e demonstraram o significado das características do trabalho em UTI na discussão da qualidade de vida das enfermeiras.

DESCRITORES: Qualidade de Vida, Satisfação no Trabalho, Enfermeiras, Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Lino MM. Quality of life and job satisfaction of intensive care nurses. [PhD thesis] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.

This study aimed to investigate quality of life and job satisfaction among intensive care nurses and to examine its relationships. The sample consisted of 190 intensive care nurses, representing 19 Intensive Care Units (ICUs). A self-administered questionnaire was used to collect sociodemographic, occupational, health data, perceptions and states of life and work. The generic version of Quality of Life Index (QLI) was used to measure both satisfaction and importance of four domains of life: health and functioning, psychological and spiritual, social and economic, and family. The overall quality of life was also measured. The level of job satisfaction towards six job components (autonomy, professional status, pay, interaction, task requirements and organizational policies) was measured using the Index of Work Satisfaction (IWS). Data were analyzed using content analysis, Pearson product-moment correlation, Chi-Square, Fisher's Test, analysis of variance, cluster analysis and principal component analysis. Results showed that nurses had higher scores in family, psychological and spiritual, social and economic, health and functioning domains, respectively. They valued the job components of autonomy, interaction and pay more than professional status, task requirements and organizational policies, and were more satisfied with professional status, interaction, autonomy, pay, task requirements and organizational policies. Additionally, significant correlations were found among quality of life domains and job satisfaction components. Regarding the analysis of perceptions and states of life and work the results suggest that they were found to be significant potential indicators of quality of life and job satisfaction. These findings support the relationships between the work and nonwork domains of nurses' lives and demonstrated the significance of ICU' work characteristics in discussing the quality of life of nurses.

DESCRIPTORS: Quality of Life, Job Satisfaction, Nurses, Intensive Care Units.

1. INTRODUÇÃO

"(...) me realizo podendo oferecer ao doente todo o conforto, já que o dia-a-dia em cima de um colchão duro é muito difícil" (E 147)

1.1. O trabalho da enfermeira¹ em Unidades de Terapia Intensiva

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs)² são ambientes nos quais se desenvolve a assistência à “*pacientes acometidos por insuficiências orgânicas graves, sob potencial de desenvolvê-las ou sob condições críticas de desequilíbrios de saúde*” (Lino, 1999).

Caracterizam-se por áreas físicas delimitadas e pela concentração de recursos materiais e humanos, entendidos como facilitadores, atendendo a uma demanda assistencial de natureza altamente complexa.

A organização física e espacial das UTIs, com a finalidade de concentrar pacientes sob potenciais ou condições semelhantes de gravidade, objetiva a rapidez e a eficácia no atendimento. Esse entendimento vem a ser reforçado pela concentração de recursos materiais, cuja sofisticação mantém relação direta com a complexidade desse nível assistencial, instrumentalizando-o. Além disso, o seguimento de algoritmos, árvores decisórias e protocolos de atendimento a pacientes sob situações clínicas complexas caracterizam uma racionalização da assistência.

A despeito das características ambientais e do grande volume de equipamentos e procedimentos especializados, os processos assistenciais são

¹ No transcorrer do texto, será utilizado o gênero feminino na denominação do enfermeiro, em consideração ao grande número de profissionais do sexo feminino que compõem essa força de trabalho.

² Alguns autores consideram diferenças conceituais entre Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e Centros de Terapia Intensiva (CTIs). Durante o transcorrer do texto, será utilizada a terminologia *UTI*, já que correntemente ambos termos são utilizados com o mesmo significado.

centrados nos recursos humanos — enquanto função direta do alto nível de dependência de assistência à saúde da população assistida.

Particularizando esse cenário aos profissionais da enfermagem, a natureza e *locus* desses processos assistenciais geram diferentes níveis de influências e conseqüências sobre os atores envolvidos — *agentes* do cuidar.

É importante ressaltar que o trabalho da enfermeira de UTI caracteriza-se por incerteza, instabilidade, variabilidade e imediatismo (Mark; Hagenmueller, 1994), envolvendo níveis elevados de habilidades e competências nos domínios psicomotor, cognitivo e afetivo (Freeman et al, 1983). Especificamente, a sua prática profissional requer urgência e criatividade na seleção de prioridades, tomada de decisões e resolução de problemas; contínua reorganização do trabalho devido a interrupções freqüentes (Estry-Behar, 1996); tratamento simultâneo de um grande número de informações; e articulação do julgamento sob circunstâncias nas quais as intervenções são instantâneas, altamente dependentes e interpretáveis em termos do imediatismo e variabilidade nas condições clínicas dos pacientes, não permitindo margens de erros. Para tanto, a capacitação da enfermeira de UTI pressupõe a integração de conhecimentos experiencial e formalmente adquiridos, abrangendo

(...) uma visão integrada e articulada dos aspectos relevantes da sua prática, o equilíbrio entre desempenho técnico, cientificamente fundamentado, e a compreensão das relações entre saúde e estrutura social profundamente distorcida e injusta na qual atuamos (Ide, 1989).

Benner et al (1999, p.3) caracterizaram essa prática profissional através do *pensamento-em-ação* e *razão-em-transição*, relacionando alguns aspectos específicos, como: diagnóstico e manejo de funções fisiológicas instáveis, que envolvem riscos à vida; o *saber como fazer* competente; o gerenciamento de crises; a assistência à familiares; a prevenção de complicações relacionadas ao ambiente tecnológico; as múltiplas perspectivas que permeiam a comunicação e negociação; a vigilância na prevenção e reconhecimento precoce de complicações clínicas; e a liderança na condução de equipes.

Somando-se a isso, os contrastes dessa prática assistencial, o convívio diário com situações limítrofes de vida e sofrimento, a negação de condições que se confrontam com princípios pessoais, os dilemas éticos e morais daí advindos, a identificação com histórias de vida e a sublimação das próprias emoções, enquanto código internalizado, pressupõem que a enfermeira mobilize seus recursos pessoais na leitura e enfrentamento dessa realidade, não podendo ser avaliados sob a ótica da neutralidade emocional ou tecnicismo profissional.

Além disso, supõe-se que a enfermeira de UTI assuma não apenas a dimensão idealizada do cuidar direto à pacientes críticos (Lino, Silva, 2001) mas, também, a responsabilidade pelo trabalho executado por técnicos e auxiliares de enfermagem, além da organização do trabalho coletivo, do gerenciamento da unidade e da própria assistência de enfermagem. Ao serem legalmente responsabilizadas pela segurança dos pacientes, mesmo quando são diretamente assistidos por outros elementos da equipe de enfermagem, as enfermeiras vivenciam insegurança, estresse e angústia pela incorporação dessas

responsabilidades, gerando níveis elevados de exigências em relação às suas próprias atitudes e comportamentos (Padilha, 1994; Shimizu, 1996).

Takahashi (1991), Spindola (1993), Padilha (1994), Corrêa (1995), Mendes, Linhares (1996), Shimizu (1996) e Martins (2000) identificaram contradições nas percepções que as enfermeiras de UTI têm acerca do seu trabalho: “gratificante X penoso”, “prazer X sofrimento”, “sensibilidade X insensibilidade”, “dever X ser”, “fazer X sentir”, “gratificante X limitante”, “buscar sucesso X obter fracasso”, levando a sentimentos de onipotência (Corrêa, 1995), culpa, fracasso profissional e desgaste emocional (Shimizu, 1996). Acrescenta-se a esses estudos, o trabalho de Beck (2000), que apontou as estratégias comumente utilizadas pelas enfermeiras de áreas críticas frente às alterações emocionais decorrentes dos processos de trabalho, como: estado de alerta permanente, negação, sublimação e banalização do sofrimento no exercício profissional.

Isso explica, em parte, a expressão de humor intuitivamente adotada por enfermeiras de UTI, durante o seu trabalho. Thornton, White (1999) indicaram que o comportamento de humor, enquanto habilidade humana cognitiva, intelectual e emocional, é utilizado como um meio de enfrentamento, que permite que a enfermeira intensivista possa lidar com incongruências e pressões, assumindo a perspectiva de alívio do estresse e sobrevivência nesse ambiente de trabalho.

Além do controle de várias etapas da organização do trabalho de enfermagem na UTI, a enfermeira também tem a responsabilidade de reproduzir e manter as normas organizacionais e o poder institucionalizado. Esse requisito

profissional pode, sob algumas circunstâncias, levá-la a trair seus valores pessoais, gerando insatisfação e sofrimento.

Quando as exigências profissionais associam-se às exigências individuais, decorrentes da vida pessoal, cotidiana, como dupla ou tripla jornada de trabalho (segundo emprego, trabalho doméstico, exigências familiares), entre outros, o conflito entre os papéis desempenhados dentro e fora do trabalho pode gerar insatisfação em ambos papéis e é um dos grandes fatores determinantes de sofrimento psíquico entre enfermeiras (Kane, Kartha, 1992; Ross et al, 1994; Gottlieb et al, 1996; Burke, Greenglass, 1999; Araújo et al, 2003; Cimete et al, 2003; Demir et al, 2003).

Durante as duas últimas décadas diversos relatos da literatura vêm alertando para um problema cujas repercussões futuras são imprevisíveis: a escassez de enfermeiras, particularmente, na especialidade de cuidados intensivos (Hinshaw et al, 1987; Prescott, 1989; Cusack et al, 1990; Evans, Carlson, 1992; Yoshiya, Baik, 1997; Norrie, 1997; Turner, Ogle, 1999; Diehl-Oplinger, Kaminski, 2000; Robertson, 2000; Robinson, 2001; Harrison, Nixon, 2002; Stechmiller, 2002). Dentre as causas, têm sido apontadas tanto a perda de enfermeiras experientes para outras áreas profissionais, em decorrência das condições de trabalho nas UTIs; quanto a redução do ingresso de novas enfermeiras, devido à menor procura e opção pela enfermagem, como profissão. Algumas soluções encontradas para enfrentar o problema são de caráter pouco criativo e emergencial, como a utilização de pessoal com pouca ou nenhuma qualificação em cuidados críticos, nas UTIs (Kennerly, 1989; Cone et al, 1995; Wong, 2000; Morrison et al, 2001; Binnerkade et

al, 2003; Nibert, 2003), o fechamento de leitos (Allman, 1989) ou a recusa na admissão de pacientes críticos (Southgate, 1999) pela escassez de enfermeiras. Em nível nacional foram encontrados poucos relatos direcionados ao tema (Lautert, 1997; Angerami et al, 2000; Anselmi et al, 2001; Marziale, 2001), porém, esse fato não significa, necessariamente, a não-ocorrência do problema. Infere-se que esse aspecto esteja sendo sub-avaliado ou diluído na estratificação da equipe de enfermagem ou, mesmo, na carência de estudos que relacionem a organização do trabalho, a capacitação e o dimensionamento das enfermeiras nas UTIs com a qualidade e resolutividade da assistência prestada.

A despeito das possíveis influências negativas do trabalho em UTI, Le Blanc et al (2001) salientam que, recentemente, o significado positivo do trabalho está sendo (re)descoberto como um meio de prevenir e superar os efeitos negativos, numa linha — a *Psicologia Positiva* — que enfatiza o valor das experiências subjetivas positivas na melhoria da qualidade de vida e na prevenção de patologias (Seligman, Csikszentmihalyi, 2000). Chaboyer et al (2001) também ressaltam a importância de estudos que busquem uma maior compreensão dos componentes do trabalho que influenciem as enfermeiras positivamente, valorizando seu trabalho e aumentando sua satisfação em relação a ele.

1.2. O problema e a relevância do estudo

A motivação do presente estudo decorre do entendimento que a prática profissional da enfermeira de UTI envolve aspectos peculiares e únicos, pois implica em um ser humano cuidando de outro. O ser humano é, simultaneamente, objeto e agente do cuidar, e enquanto agente/humano é passível de ser influenciado — positiva ou negativamente — pelas características e elementos ocupacionais do trabalho em UTI, em seu bem-estar físico, mental e social. O principal enfoque é a investigação do (des)equilíbrio entre as demandas da experiência profissional em UTI e uma vida satisfatória, saudável e produtiva.

Acredita-se que a análise da relação homem-trabalho e das articulações entre os elementos que, direta e/ou indiretamente, interferem nas percepções e expectativas das enfermeiras acerca do seu trabalho e da qualidade de suas vidas possibilite uma maior compreensão do indivíduo e de sua realidade social, contribuindo com o desenvolvimento da ciência, teoria e prática de enfermagem e da cidadania, considerando a enfermeira como promotora, mantenedora e recuperadora da saúde e bem-estar. A escassez de pesquisas na área temática, que explorem as relações entre qualidade de vida e satisfação profissional justifica, também, a realização deste estudo.

As enfermeiras reconhecem que o trabalho é significativo e imprescindível para a qualidade de vida, não apenas pela percepção de utilidade produtiva mas, também, pela satisfação de necessidades e desejos. Assim, o trabalho não apenas é importante na concepção de qualidade de vida mas,

também, no quanto direciona crenças, valores e desejos na construção do cotidiano, sendo um fator interveniente na própria identidade pessoal (Padilha, Souza, 1999; Haddad, 2000). Esses dados corroboram o conhecimento tácito de que o trabalho não apenas é determinante do estilo de vida como, também, de mudanças na vida do homem.

Para Dejours (1994, p.24):

O trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas, que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais.

Martins (1999) interpreta a busca pelo prazer no trabalho como “*um instrumento de crescimento e serve de ligação entre a consciência e o mundo material*”, podendo ser considerado (o prazer no trabalho) como “*um estado de satisfação total ou quase total, particular em cada indivíduo*”.

Padilha, Souza (1999) identificaram que as enfermeiras não conseguem dissociar a compreensão de qualidade de vida do ambiente de trabalho, idéia que vem a ser reforçada por Haddad (2000), que julga a importância do trabalho como a maior determinante da qualidade de vida do homem.

1.3. Bases conceituais

O estudo das relações entre qualidade de vida e satisfação profissional é um campo amplo de pesquisa e notoriamente complexo, incorporando aspectos distintos que incluem a magnitude das relações, a direção de causalidades e os fatores mediadores. Coury (1993) relacionou os três principais modelos teórico-explicativos acerca dessas relações: o da **transferência**, o da **compensação** e o da **segmentação**. O modelo da transferência hipotetiza que os comportamentos assumidos no trabalho estendem-se à vida pessoal, e vice-versa, numa relação direta e linear. Por outro lado, o modelo da compensação infere na existência de uma relação inversa entre vida pessoal e profissional, sugerindo que a dimensão deficitária é compensada pela outra, como ponto de equilíbrio. O modelo da segmentação pressupõe a ausência de relações entre as dimensões profissionais e pessoais (Coury, 1993, p.138).

Um aspecto que se destaca nesses modelos é a compartimentalização das dimensões vida-trabalho, concebendo-as como entidades isoladas.

Para Tait et al (1989) a magnitude das relações entre as dimensões vida-trabalho é forte, porém, a causalidade das relações, assim como a direção dessas relações são questões a serem exploradas.

Mais recentemente, Judge et al (1997) teorizaram alguns mediadores dessas relações, integrando as dimensões através de traços fundamentais individuais que direcionam as avaliações (conclusões subconscientes) que os indivíduos têm,

acerca de si próprios, de outras pessoas, e do mundo e, posteriormente, testando a teoria na compreensão das fontes de satisfação profissional e em relação à vida (Judge et al, 1998).

1.3.1. Satisfação Profissional

Satisfação profissional ou satisfação no trabalho pode ser conceituada como um sentimento agradável ou estado emocionalmente positivo do trabalhador, resultante da percepção/avaliação de sua experiência de trabalho, conforme suas metas e valores pessoais perante a vida, podendo ser modificado ou influenciado por forças internas ou externas ao trabalho (Pérez-Ramos, 1980; Fraser, 1983; Harris, 1989; Cavanagh, 1992).

Dentre as forças internas e externas ao trabalho, aqui denominadas **componentes**, destacam-se atributos tanto da esfera individual — idade, tempo de experiência profissional, situação conjugal, nível de formação educacional, distância entre residência e local de trabalho, necessidades familiares, planos pessoais, traços de personalidade, comprometimento, integração social, expectativas quanto ao trabalho, significado do trabalho, responsabilidade pelos resultados do trabalho, conhecimento dos resultados do trabalho — como da esfera profissional — autonomia, interação, status profissional, requisitos e características do trabalho, normas organizacionais, remuneração, níveis de comunicação, equidade, profissionalismo, reconhecimento, rotinização, estresse e papel profissional desempenhado (Stamps, Piedmonte, 1986; Stechmiller, Yarandi, 1992; Blegen,

1993; Coury, 1993; Stamps, 1997; Decker, 1997; Lino, 1999; McNeese-Smith, 1999).

Os estudos sobre satisfação profissional remontam o início do século XX e um dos precursores é Frederick W. Taylor, fundador da *Escola de Administração Científica*. Um dos pressupostos de Taylor destacava as recompensas monetárias como *motivadores* de maior eficiência e produtividade, gerando satisfação no trabalho e melhoria da qualidade de vida do trabalhador (Pérez-Ramos, 1980; Stamps, Piedmonte, 1986).

O conceito de *motivação* foi incorporado às bases teóricas da satisfação profissional e diversos modelos conceituais desenvolveram-se enfocando suas inter-relações. Cabe ressaltar que *motivação* relaciona-se a comportamento e *satisfação* refere-se a sentimento. Alguns modelos hipotetizam que a motivação leva à satisfação, enquanto outros se baseiam na satisfação aumentando a motivação (Stamps, 1997). O interesse pelo tema aumentou e os estudos sofisticaram-se, explorando e sugerindo atributos do trabalhador e características do trabalho que levassem a níveis mais elevados de satisfação

Outros estudos de satisfação profissional, seqüenciais aos de Taylor, emergiram sobre outras bases, incluindo a humanístico-sociológica e a psicológica. Dentre esses, destacam-se os estudos de Elton Mayo (Interação Social), Abraham H. Maslow (Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas), Douglas McGregor (Teoria X – Teoria Y), Frederick Herzberg (Teoria dos Dois Fatores), David C. McClelland (Teoria das Necessidades Aprendidas), Victor H. Vroom (Teoria da Expectância), J. S. Adams (Teoria da Referência de Grupos Sociais), Chrys Argyris

(Teoria da Imaturidade-Maturidade) e, mais recentemente, Christophe Dejours (Psicopatologia do Trabalho) (Pérez-Ramos, 1980; Stamps Piedmonte, 1986; Licht, 1990; Lino, 1999; Martinez, 2002).

Diversos autores reconhecem a satisfação profissional como um fenômeno derivado da soma de componentes do trabalho, mesclando bases teóricas em sua exploração, e que essa divisão, tanto pelo aspecto teórico-conceitual, quanto pelo operacional, torna-o mais facilmente mensurável (Stamps, Piedmonte, 1986; Mueller, McCloskey, 1990; Stamps, 1997).

A interação do ser humano com o trabalho tem sido objeto de diversos estudos realizados no campo da enfermagem. Porém, em grande parte deles, a intencionalidade contempla mais intensamente as causas e efeitos dessa interação sobre a esfera organizacional do que, propriamente, sobre a esfera individual e humana. Grande parte deles objetiva aspectos organizacionais como: retenção, produtividade, rotatividade, absenteísmo, qualidade da assistência, entre outros, mesmo quando abordam aspectos subjetivos e individuais, como motivação, satisfação e bem-estar. Em contrapartida, os resultados encontrados são expressivos, permitindo reflexões acerca das atitudes das enfermeiras frente ao seu trabalho e às suas vidas.

Um modelo de avaliação da satisfação profissional de enfermeiras, que tem sido amplamente utilizado, é o que foi desenvolvido pela Dr^a Paula L. Stamps, professora e pesquisadora da Escola de Saúde Pública e Ciências da Saúde da Universidade de Massachusetts, em Amherst.

O modelo foi desenvolvido sobre bases que mesclam as *Teoria dos Dois Fatores*, *Teoria da Hierarquia de Necessidades*, *Teoria da Expectância* e *Teoria da Referência de Grupos Sociais*, de Herzberg, Maslow, Vroom e Adams (Stamps, 1997), respectivamente, e postula que a satisfação profissional é um fenômeno multifacetado, composto por partes componentes distintas, e que deve ser avaliada não apenas pela apreciação da situação momentânea de trabalho mas, também, pela medida das expectativas da enfermeira — a importância atribuída — em relação aos componentes distintos do trabalho, já que a avaliação da experiência de trabalho envolve não apenas o aspecto cognitivo — como alguém *pensa* o trabalho — mas, também, o aspecto afetivo — como alguém *sente* o trabalho (Zalewska, 1999). Isso implica que diferentes componentes do trabalho produzem diferentes níveis de satisfação, permitindo a exploração de facetas mais subjetivas do construto (Stamps, 1997).

Os componentes da satisfação profissional, segundo o modelo da Dr^a Stamps, são:

Autonomia – Grau de independência, iniciativa e liberdade, relacionadas ao trabalho, permitidas ou necessárias, nas atividades diárias de trabalho.

Interação – Oportunidades de contato social e profissional, formal e informal, durante o horário de trabalho.

Status profissional – Importância ou significância percebidas acerca do trabalho, tanto pelo ponto de vista individual como pelo ponto de vista de outros membros de um grupo social.

Requisitos do trabalho – Conteúdo do trabalho, incluindo as tarefas ou atividades que devem ser executadas como parte regular do trabalho.

Normas Organizacionais – Limites ou regras estabelecidas pelo gerenciamento organizacional sobre as atividades de trabalho.

Remuneração – Pagamento em dinheiro e benefícios adicionais recebidos pelo trabalho executado.

Em estudo prévio, a pesquisadora avaliou o nível de satisfação profissional de enfermeiras de UTIs (Lino, 1999), utilizando o Índice de Satisfação Profissional, desenvolvido pela Dr^a Stamps. Os resultados mostraram que as enfermeiras julgaram Autonomia e Remuneração como os componentes mais importantes e que, no entanto, Status Profissional e Interação foram os componentes com os quais se sentiam mais satisfeitas, compondo um quadro discrepante no nível de satisfação desse grupo profissional em relação ao seu trabalho.

A satisfação ou insatisfação no trabalho depende do sucesso ou fracasso dos indivíduos, como das possibilidades oferecidas a este, e ainda do grau de importância atribuída ao trabalho (Martins, 1999).

1.3.2. Qualidade de Vida

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define *qualidade de vida* como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995). É um conceito amplo, influenciado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e características ambientais.

Na literatura, a concepção de qualidade de vida permanece controversa e não existe, ainda, uma definição que seja comumente aceita pelos estudiosos do tema, assim como não há consenso sobre os atributos que compõem o conceito. Vários termos igualam qualidade de vida a atributos como: satisfação com a vida, bem-estar, saúde, felicidade, auto-estima, adaptação, valor da vida, significado da vida e estado funcional. Conseqüentemente, as dimensões do conceito variam de estudo a estudo.

Zhan (1992) define qualidade de vida como “o grau no qual as experiências de vida de alguém são satisfatórias”. De acordo com a autora, a história pessoal, a situação social, cultura, ambiente e idade influenciam a percepção de uma pessoa sobre o significado de qualidade de vida. Portanto, a qualidade de vida não pode ser medida, puramente, por indicadores objetivos, como: funcionamento físico e estado socioeconômico, entre outros; mas, também, pela percepção subjetiva e individual de bem-estar. Cumpre salientar que os indicadores objetivos de qualidade de vida medem recursos ou estados que *influenciam* a

qualidade de vida, enquanto os indicadores subjetivos avaliam *diretamente* a experiência de vida (Ferrans, Powers, 1985).

Para Oleson (1990), a conceituação subjetiva de qualidade de vida, baseia-se na percepção do significado que os indivíduos dão às suas experiências de vida. O julgamento subjetivo dos indivíduos de sua qualidade de vida global vem a ser determinado, principalmente, por sua *percepção do nível de satisfação e/ou felicidade* relativas a vários domínios de importância para eles. Zhan (1992) discorda da utilização dos termos *satisfação com a vida e felicidade*, de forma intercambiável já que *felicidade* é um estado afetivo transitório, refletindo como alguém se sente, e *satisfação com a vida* é um julgamento cognitivo baseado em fatos circunstanciais de uma pessoa e derivada de uma comparação entre a aspiração e o alcance atual. Cabe ressaltar que o conceito de *satisfação com a vida* tem sido amplamente utilizado na avaliação da qualidade de vida e é considerado seu mais importante indicador (Ferrans, Powers, 1985).

Para Zhan (1992), a satisfação com a vida é responsiva a mudanças nas condições externas e influenciada por história pessoal, características, ambiente e estado funcional de saúde. Afirma, também, a inexistência de clareza na extensão pela qual o conceito de satisfação com a vida poderia ser visto como uma dimensão relativamente estável ou como um produto reativo a condições objetivas.

Um modelo conceitual de qualidade de vida que vem sendo amplamente utilizado em estudos especializados é o que foi desenvolvido pela Dr^a Carol Estwing Ferrans, pesquisadora e professora da Escola de Enfermagem da Universidade de Illinois, Chicago. Em sua conceitualização, o modelo uniu várias

abordagens ideológicas e metodológicas, tendo como enfoque central a visão individualista, na qual a essência da qualidade de vida reside na percepção dos próprios indivíduos e em suas experiências de vida, considerando-a um conceito subjetivo e que, portanto, depende da perspectiva individual. Para isso, incorpora o conceito de satisfação com a vida, implicando numa experiência cognitiva que resulta de julgamentos sobre as condições de vida, enfocando a satisfação em relação a diferentes áreas da vida que são importantes para o indivíduo.

Outro conceito utilizado na visão de qualidade de vida da Dr^a Ferrans é a *importância* que as pessoas atribuem à diferentes aspectos da vida, que contribuem com a qualidade de vida, acreditando que a avaliação das variações individuais entre *satisfação percebida* e *importância atribuída* levam a uma representação mais acurada da qualidade de vida, tendo em vista que os conceitos operam-se diferentemente (Ferrans, Powers, 1985; Ferrans, 1990; Ferrans, Powers, 1992; Ferrans, 1996).

Nesse modelo conceitual, qualidade de vida é definida como “a *sensação de bem-estar de uma pessoa que deriva da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ela*” (Ferrans, 1992) e pode ser avaliada por diversos elementos que determinam o quanto a vida pode ser (in)satisfatória. Esses elementos estão agrupados em quatro grandes domínios inter-relacionados, como podem ser observados através do Quadro 1.

Quadro 1 – Elementos e Domínios do Modelo Conceitual de Qualidade de Vida de Ferrans³. São Paulo, 2004.

Domínio Saúde e Funcionamento

Saúde
Cuidado com a saúde
Dor
Energia
Capacidade para cuidar-se sem auxílio
Controle sobre a própria vida
Possibilidades de viver tanto quanto gostaria
Vida sexual
Capacidade para responsabilizar-se pela família
Utilidade para outros
Preocupações
Atividades de lazer
Possibilidades de um futuro feliz

Domínio Social e Econômico

Amigos
Apoio emocional de outras pessoas que não são da família
Vizinhança
Moradia
Trabalho/Não ter trabalho
Educação
Necessidades financeiras

Domínio Psicológico e Espiritual

Paz de espírito
Fé em Deus
Realização de objetivos pessoais
Felicidade em geral
Satisfação com a vida em geral
Aparência pessoal
Satisfação consigo próprio

Domínio Família

Saúde da família
Filhos
Felicidade da família
Relações com cônjuge/companheiro
Suporte emocional que recebe da família

O modelo conceitual de qualidade de vida da Dr^a Ferrans têm sido amplamente utilizado em estudos no campo clínico, para avaliar a qualidade de vida entre diferentes populações portadoras de afecções, submetidas à tratamentos, procedimentos ou sob condições clínicas específicas, em outros

³ Ferrans (2002).

países⁴ e na nossa realidade, por Kimura (1999), Yamada (2001) e Meneguini (2001). Também foi utilizado em grupos e sub-grupos da população geral, em outros países (Liu, 1993; Theis et al, 1994; Warnecke et al, 1996; Rustoen et al, 1999; Schwartz, Sendor, 1999; Nesbitt, Heidrich, 2000; Verrill et al, 2001), e em nossa realidade (Machado, 2000; Kawakame, 2001; Iglesias, 2002). Até o presente momento não foi utilizado para avaliar a qualidade de vida do sub-grupo profissional de enfermeiras de UTIs.

Ao refletir sobre como pode ser possível a implementação da capacidade dos indivíduos e comunidades em criar um nível ótimo de qualidade de vida, Clark (2000) comenta:

(....) qualidade de vida depende tanto do reconhecimento de necessidades pessoais e sociais como da ação individual e coletiva em resposta a ou em antecipação àquelas necessidades. Os indivíduos devem desenvolver perspectivas, valores e habilidades necessárias à manutenção da qualidade de suas vidas de forma apropriada e desejada em sua comunidade e cultura, e eles devem ser envolvidos por uma sociedade que seja socialmente integrada, coesiva, e que dê suporte moral e material quando necessário.

⁴ A lista atualizada contendo todos os estudos encontra-se disponível em:
<<http://www.uic.edu/orgs/qli/index.htm>>

2. OBJETIVOS

“Tenho um papel, tenho uma ocupação, exerço a profissão que escolhi. É através do meu trabalho que realizo meus objetivos pessoais, materiais e realização como ser humano” (E 60)

Partindo da premissa que a percepção de satisfação em relação ao trabalho em UTI e a qualidade de vida da enfermeira que ali atua, são conceitos inter-relacionados, e visando a compreensão dessas associações, o foco do presente estudo é:

- Identificar o nível de satisfação percebida e o grau de importância atribuída pelas enfermeiras de UTIs aos componentes da satisfação profissional: autonomia, interação, status profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração;
- Identificar o grau de satisfação percebido e importância atribuída pelas enfermeiras de UTIs aos domínios da qualidade de vida: saúde e funcionamento; social e econômico; psicológico e espiritual; e família;
- Identificar os estados e percepções predominantes das enfermeiras de UTIs acerca da vida e do trabalho;
- Analisar as relações entre os componentes da satisfação profissional e os domínios da qualidade de vida das enfermeiras de UTIs;
- Identificar padrões de comportamentos das enfermeiras de UTI em relação à satisfação profissional e à qualidade de vida;
- Identificar as características das enfermeiras de UTI que influenciam sua satisfação profissional e sua qualidade de vida; e
- Identificar os estados e percepções das enfermeiras de UTI , em relação á vida e ao trabalho, que influenciam sua satisfação profissional e sua qualidade de vida.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

“A cada dia sinto que os meus problemas se tornam
tão pequenos em vista das pessoas que lutam pela
vida, e me sinto cada vez mais forte para enfrentar
as dificuldades” (E 124)

3.1. Locais de estudo

O estudo foi conduzido em 19 UTIs pertencentes a dois hospitais governamentais e a dois hospitais privados do Município de São Paulo (SP).

Os dois hospitais governamentais fazem parte de um complexo hospitalar, de porte especial (extra-grande), associado à uma Universidade Estadual e à Secretaria de Estado da Saúde. O primeiro, doravante denominado Hospital 1, é um instituto especializado em Cardiologia Clínica e Cirurgia Torácica e Cardiovascular. O Hospital 2 é um instituto geral, quanto à especialidade de atendimento. Ambos atendem, predominantemente, pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os Hospitais 3 e 4, privados, de grande porte, prestam atendimento geral, clínico e cirúrgico, sob o ponto de vista de especialidade. A clientela atendida é composta por pacientes beneficiários de convênios e seguros médicos, e particulares.

Os hospitais foram selecionados por conveniência, por se destacarem no atendimento a pacientes com alto grau de complexidade, segundo critérios de avaliação da pesquisadora.

3.2. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi previamente avaliado pelas Diretoras ou Gerentes de Enfermagem das instituições envolvidas e, após suas aprovações, foi submetido à análise pelas respectivas Comissões de Ética em Pesquisa, obtendo-se

a aprovação por todas, sem restrições. Os documentos comprobatórios de autorização não foram aqui anexados devido ao compromisso assumido de manutenção do anonimato das instituições porém, encontram-se em poder da pesquisadora.

3.3. Casuística

Participaram deste estudo as enfermeiras pertencentes as UTIs anteriormente referidas, que atenderam aos seguintes critérios:

- concordar em participar do estudo;
- ter, no mínimo, seis meses de trabalho na UTI onde encontrava-se alocada no período de coleta de dados, considerando-se este o tempo mínimo de adaptação na unidade; e
- ter como principal função exercida a assistência direta a pacientes.

Foi considerado indicativo de concordância de participação voluntária a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1).

Foram excluídas do estudo as enfermeiras que ocupavam cargos de gerência, chefias e encarregaturas, mesmo quando exerciam assistência direta a pacientes, considerando-se as distinções em posições hierárquicas e funcionais dentro das instituições. Também foram excluídas as enfermeiras que, durante o

período de coleta de dados em cada UTI, se encontravam afastadas das atividades, devido a dias consecutivos de folgas, afastamentos prolongados, férias e licenças.

Ressalta-se que, das enfermeiras elegíveis ($N = 203$), apenas três se recusaram a participar. Três enfermeiras foram excluídas porque não preencheram completamente partes consideradas fundamentais do instrumento de coleta de dados e sete enfermeiras, apesar de haverem concordado em participar, não devolveram os instrumentos.

A amostra foi, portanto, constituída por 190 enfermeiras.

A Tabela 1, apresentada a seguir, sumariza os hospitais e as UTIs onde o estudo foi realizado, e a distribuição das enfermeiras incluídas na amostra.

Tabela 1 – Distribuição dos Hospitais segundo tipo, especialidade, número de UTIs e de enfermeiras da amostra. São Paulo, 2004.

Hospital	Tipo	Especialidade	Número de UTIs	Número de enfermeiras da amostra
1	Governamental	Cardiologia	5	66
2	Governamental	Geral	11	83
3	Privado	Geral	2	22
4	Privado	Geral	1	19
Total			19	190

3.4. Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados cinco instrumentos, a saber: Caracterização da UTI; Percepções acerca da vida pessoal e do trabalho; Índice de Satisfação Profissional (ISP); Índice de Qualidade de Vida (IQV); e Caracterização da Enfermeira.

Esses instrumentos foram apresentados às enfermeiras na mesma ordem anteriormente descrita, como um único questionário, auto-aplicável, com nove páginas, denominado **Questionário de Qualidade de Vida e Satisfação Profissional**.

Estão detalhadas, a seguir, as características e a composição de cada um dos instrumentos.

3.4.1. Caracterização da UTI

Instrumento que teve por finalidade levantar dados que possibilitaram caracterizar as UTIs, segundo: instituição a qual pertencia, especialidade de atendimento, disponibilidade de leitos, tipo de clientela atendida e número de leitos destinados, composição da equipe de enfermagem, por cargo e categoria profissional, horário de trabalho, número médio de folgas mensais, média de profissionais por turno e organização da assistência de enfermagem (ANEXO 2).

3.4.2. Percepções acerca da vida e do trabalho

Instrumento destinado a explorar percepções e estados de vida pessoal e profissional das enfermeiras, relacionados aos fenômenos estudados, por meio de dez questões semi-abertas e fechadas, dicotômicas e de múltipla escolha. Incluiu itens derivados dos estudos de Licht (1990) e Beck (2000) (ANEXO 3).

3.4.3. Índice de Satisfação Profissional (ISP)

Instrumento utilizado para avaliar o nível de satisfação das enfermeiras em relação a seis componentes profissionais — autonomia, interação, status profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais, remuneração — e identificar a importância relativa que elas atribuíam a esses componentes. A premissa do ISP postula a satisfação profissional como um fenômeno multifacetado, composto por partes componentes distintas, portanto, devendo ser avaliada não apenas pela apreciação da situação momentânea de trabalho, mas também pela medida das expectativas da enfermeira em relação aos componentes distintos do trabalho.

O ISP (Stamps, 1997), foi adaptado para a língua portuguesa e para a cultura de enfermeiras brasileiras de UTIs por Lino (1999) (ANEXO 4). A tradução, adaptação e utilização da versão brasileira do ISP foram autorizadas pela Dr^a Paula L. Stamps, em estudo prévio da pesquisadora (Lino, 1999).

Trata-se de um instrumento composto por duas partes, que utiliza o método de medidas de atitudes, relacionando a medida da situação atual de trabalho com a medida de expectativas em relação ao trabalho.

A primeira parte (Parte A) consiste do método de Comparações Pareadas, baseada na técnica de julgamentos comparativos, de Allen L. Edwards (Edwards, 1957). Contém uma lista de quinze pares que combinam os seis componentes da satisfação profissional entre si. A enfermeira deveria escolher, de cada par, qual dos dois componentes ela considerava mais importante, em termos de influência sobre sua satisfação. Essa parte do instrumento permitiu a medida da importância atribuída a cada componente. A segunda parte (Parte B) consiste de uma escala de atitudes, do tipo Likert de sete pontos, que varia entre *discorda inteiramente* (7) e *concorda inteiramente* (1). Composta por 44 enunciados — itens — que abrangeram os seis componentes da satisfação profissional e avaliaram o quanto a enfermeira encontrava-se satisfeita em relação a cada componente. Respeitando o método Likert, 22 itens são sentenciados positivamente e 22 itens negativamente. Esses itens estão dispostos aleatoriamente no instrumento, conforme mostrado no Quadro 2, de forma que a enfermeira respondente não sabia qual componente estava sendo medido. Um ponto importante a ser destacado é que a direção da escala é *positiva*, isto é, ela mede o nível de *satisfação*, ao invés do nível de *insatisfação*.

Quadro 2 – Distribuição de itens do Índice de Satisfação Profissional (ISP), segundo componente e direção do item. São Paulo, 2004.

Componente	Enunciados positivos	Enunciados negativos
Autonomia	13, 26, 43	7, 17, 20, 30, 31
Interação (Geral)	3, 6, 16, 19, 37	10, 23, 28, 35, 39
<i>Com a equipe de enfermagem</i>	3, 16	10, 23, 28
<i>Com a equipe médica</i>	6, 19, 37	35, 39
Status Profissional	9, 11, 34, 38	2, 27, 41
Requisitos do Trabalho	22, 24, 29	4, 15, 36
Normas Organizacionais	5, 25, 40, 42	12, 18, 33
Remuneração	1, 14, 32	8, 21, 44

Nessa parte do instrumento, é possível dividir o componente *Interação* em sub-domínios distintos: *Interação com a Equipe de Enfermagem* e *Interação com a Equipe Médica*, que permitem uma avaliação mais precisa e significativa das relações interpessoais no trabalho.

O Índice de Satisfação Profissional, tecnicamente, é a ponderação de ambas partes do instrumento.

Ao avaliar as propriedades psicométricas do ISP em uma amostra de enfermeiras de UTI, a pesquisadora encontrou uma versão reduzida da parte B, com a exclusão de cinco itens considerados inconsistentes, na avaliação da confiabilidade pelo Coeficiente Alfa de Cronbach (Lino, 1999). No referido estudo, a consistência interna foi estimada através dos Coeficientes Alfa de Cronbach e Tau de Kendall, com os valores 0.74 e 0.98, respectivamente.

No presente estudo, o ISP foi aplicado em sua íntegra já que as propriedades psicométricas de um instrumento têm natureza empírica e instável,

podendo variar entre diferentes aplicações, não sendo generalizável para outras situações (Waltz, Bausell, 1981, p.66; Lynn, 1999, p.236-8).

3.4.4. Índice de Qualidade de Vida (IQV)

Instrumento genérico de medida de qualidade de vida que foi desenvolvido por Ferrans, Powers (1985). A tradução, validação e utilização da versão brasileira do IQV foram autorizadas pela Dr^a Carol Estwing Ferrans, em estudo prévio (Kimura, 1999). A versão original do IQV foi revisada em 1998 pelas autoras que o desenvolveram, sendo atualizada em português por Silva, Kimura (2002)⁵. Essa foi a versão utilizada no presente estudo.

O IQV consiste de duas partes: a primeira mede a satisfação em relação a quatro diferentes domínios da vida — saúde e funcionamento; social e econômico; psicológico e espiritual; e família — a segunda, mede e importância de cada um desses domínios para o respondente.

Consiste de 33 itens, todos positivos, aos quais a enfermeira atribuiu valores em uma escala de seis pontos. Na primeira parte, a escala varia entre *muito insatisfeita* (1) a *muito satisfeita* (6). Na segunda parte, a escala varia entre *sem nenhuma importância* (1) a *muito importante* (6). O Quadro 3 mostra a distribuição dos itens segundo os domínios.

⁵ Silva JV, Kimura M. Atualização 2002 do IQV de Ferrans e Powers. Não publicado.

Quadro 3 – Distribuição de itens do Índice de Qualidade de Vida (IQV), segundo domínio. São Paulo, 2004.

Domínio	Itens
Saúde e funcionamento	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 16, 17, 18, 25, 26
Sócio-econômico	13, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 24
Psicológico e espiritual	27, 28, 29, 30, 31, 32, 33
Família	8, 9, 10, 12, 14

Neste estudo, o item 22 “*não ter um trabalho*” foi excluído *a priori*, considerando a sua inadequação para uma amostra de enfermeiras em atividade profissional. Conseqüentemente, os itens seqüenciais foram re-numerados. (ANEXO 5).

3.4.5. Caracterização da enfermeira

Instrumento composto por 32 questões semi-abertas e fechadas, dicotômicas e de múltipla escolha, que teve por finalidade caracterizar as enfermeiras respondentes, segundo dados demográficos, sociais, econômicos, profissionais e outros dados, relacionados à saúde, considerados relevantes ao presente estudo: gênero, idade, situação conjugal, número e idade dos filhos, religião, tempo de formada, nível e área de formação acadêmica, tempo de trabalho em UTIs, tempo de trabalho na UTI atual, outros empregos, meios de transporte, tempo que leva para chegar no trabalho, horário de trabalho na UTI atual, rodízio de turnos, satisfação em relação ao horário de trabalho, motivo que levou a trabalhar nessa unidade, principal atividade exercida, salário atual, renda mensal,

benefícios adicionais, tempo sem férias, problemas de saúde, faltas no trabalho, tabagismo, uso de álcool, uso de medicamentos, qualidade e quantidade de sono, tratamentos (ANEXO 6).

3.5. Pré-teste

○ Questionário de Qualidade de Vida e Satisfação Profissional

foi aplicado num grupo de cinco enfermeiras atuantes em UTIs, com o objetivo de verificar a compreensão, clareza, legibilidade, forma de apresentação, objetividade e avaliar o tempo de preenchimento.

Essa etapa foi realizada em agosto de 2003 e as enfermeiras foram pessoalmente convidadas a participar do estudo e orientadas quanto aos objetivos e à etapa do estudo na qual encontravam-se inseridas. Foram orientadas a marcar o horário de início e do final do preenchimento e a registrar possíveis dúvidas e dificuldades ou comentários e sugestões, segundo os critérios acima citados.

O tempo médio de preenchimento foi 35 minutos. Através da análise dos critérios estabelecidos, o questionário foi considerado adequado à aplicação, apesar do destaque à sua extensão (nove páginas) e tempo de preenchimento.

3.6. Período e operacionalização da coleta de dados

Após aprovação das Comissões de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas no estudo, deu-se início a coleta de dados, que foi conduzida exclusivamente pela pesquisadora, durante o período de 30 de outubro a 25 de novembro de 2003.

O detalhamento, apresentado a seguir, é essencial para a compreensão das etapas e procedimentos adotados na coleta de dados, que considerou as ressalvas ao instrumento, destacadas no pré-teste, a disponibilidade de tempo e dinâmica do trabalho das enfermeiras das UTIs.

A pesquisadora contatou pessoalmente as enfermeiras responsáveis pelas UTIs e:

- expôs, detalhadamente, os objetivos e procedimentos do estudo;
- entregou uma cópia resumida do protocolo da pesquisa, por UTI, para que ficasse disponível para consulta, pelas enfermeiras;
- levantou os dados de caracterização das UTIs, através de instrumento próprio;
- solicitou listagens, relacionando os nomes e turnos de trabalho das enfermeiras alocadas em cada UTI; e
- agendou o início da distribuição dos questionários.

Essa etapa ocorreu em diferentes momentos, segundo hospital e disponibilidade das enfermeiras responsáveis.

Devido ao grande número de UTIs e às localizações geográficas distintas dos hospitais, foi elaborado um cronograma de coleta, que previu um período médio de quatro dias, por UTI, possibilitando incluir as enfermeiras com regime de trabalho de 12 X 36 horas. Nos hospitais 1 e 2, as UTIs foram agrupadas de três a quatro, dependendo do número de enfermeiras alocadas e proximidade das Unidades, para viabilizar a coleta simultânea.

De posse das listagens, iniciou-se a distribuição dos questionários, durante os diversos turnos e dias de trabalho, incluindo finais de semana.

No início de cada turno de trabalho (manhã, tarde, noturno) a pesquisadora procurava pelas enfermeiras escaladas e, individualmente, se apresentava, convidando-as para participar do estudo, explicando, sumariamente, os objetivos, orientando quanto ao caráter voluntário da participação, esclarecendo a forma de participação, o tempo de preenchimento do questionário e enfatizando a manutenção do anonimato das participantes. Na concordância, solicitava a leitura e assinatura da enfermeira em uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deixando a outra cópia com a participante. Entregava o questionário em envelope de papel, acompanhado por etiqueta auto-adesiva. Nesse momento, orientava as enfermeiras quanto:

- à importância do preenchimento completo dos questionários;

- à importância do uso da etiqueta auto-adesiva para lacre do envelope, após preenchimento, como garantia da manutenção do anonimato das respostas;
- ao preenchimento dos questionários durante o horário de trabalho, evitando-se retirá-los das UTIs;
- à devolução dos questionários à pesquisadora, ao final do turno de trabalho; e
- à disponibilidade de uma cópia resumida do projeto, para consulta, na própria unidade.

Ao final do turno de trabalho, a pesquisadora passava pelas UTIs, recolhendo, pessoalmente, os questionários distribuídos. Nos casos esporádicos, em que a enfermeira não havia conseguido preencher o questionário e solicitava outro prazo para devolução, foi firmado que ela devolvesse ao final do turno do próximo dia de trabalho, sendo re-afirmada a importância de preenchimento do instrumento durante o horário de trabalho.

Durante a aplicação dos questionários no primeiro grupo de UTIs, grande parte das enfermeiras acrescentou a informação que o tempo médio de preenchimento foi de 25 minutos. Esse novo dado levou à alteração na orientação prévia às demais enfermeiras, dos grupos sequenciais.

A sistematização dos procedimentos de distribuição e recolhimento dos questionários favoreceu a alta taxa de resposta (95,0%).

Nos hospitais 3 e 4, a devolução foi centralizada, respectivamente, no funcionário responsável pela recepção da UTI e na sala da chefia de enfermagem, por sugestão das enfermeiras. Apesar disso, a pesquisadora continuou a passar pelas UTIs nos dias e horários combinados. Essa alteração no plano de coleta foi incorporada ao plano original, tendo em vista tratar-se de iniciativa das enfermeiras e não demonstrou influência negativa sobre a uniformidade na aplicação do teste e no de retorno dos questionários.

3.7. Tratamento dos dados e análise estatística

Os dados obtidos por meio dos questionários foram organizados, categorizados, codificados e digitados em planilha eletrônica (Microsoft® Excel 2002), sob a forma de banco de dados, e, posteriormente tratados através do SPSS® 11.0. for Windows® (*Statistical Package For The Social Sciences*).

As percepções acerca da vida e do trabalho, assim como os dados de caracterização foram tratados através da estatística descritiva.

Para o tratamento dos dados obtidos através das questões semi-abertas foi utilizada a análise de conteúdo que, segundo Bardin (1977, p.42) é

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

As respostas foram organizadas e transcritas. A seguir, foi realizada a Análise Temática, segundo as etapas descritas por Minayo (1992, p.209): leitura flutuante; organização do material, considerando a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; explicitação das unidades; recortes; contagens das frequências; agregação; inferência e identificação dos temas.

3.7.1. Procedimentos para determinação dos escores do ISP

Para os escores da Parte A (Comparações Pareadas) foi criada uma matriz de frequência, que relacionou quantas vezes cada componente foi escolhido, em relação aos outros componentes. As frequências de respostas foram, então, convertidas em matriz de proporção (divisão dos valores absolutos pelo tamanho da amostra total) e matriz-Z (conversão das proporções em desvios-padrão), gerando Coeficientes de Ponderação dos Componentes, cuja variação numérica possível é entre 0,9 a 5,3. Vale lembrar que, nessa etapa de análise, o componente Interação somente pode ser estimado em sua totalidade, não permitindo a avaliação de suas sub-divisões.

Para os escores da Escala de Atitudes, os itens foram agrupados por componentes e foram criadas matrizes de distribuição das frequências de respostas. Essas matrizes permitiram uma análise situacional prévia, segundo os padrões de respostas das enfermeiras aos itens.

A próxima etapa foi, então, a inversão dos escores positivos, para a determinação do escore total da escala. Foram criadas matrizes de distribuição de frequências de respostas, por componente, e os valores atribuídos aos itens foram somados, gerando o Escore Total do Componente. Os valores do Escore Total do Componente variam, de acordo com cada componente, pois dependem do número de itens por componente. Através de somatórias, foram calculados o Escore Total da Escala e o Escore Médio da Escala, cujas possíveis variações são, respectivamente, 44 a 308 e 1 a 7. Nessa etapa, o componente Interação foi calculado em sua unicidade e em suas sub-divisões: *Interação com a Equipe de Enfermagem* e *Interação com a Equipe Médica*.

O Índice de Satisfação Profissional foi calculado multiplicando-se os Coeficientes de Ponderação dos Componentes (Parte A) pelos Escores Médios de cada componente (Parte B). Com a soma dos escores ajustados dos seis componentes e a sua divisão por seis foi obtido o ISP propriamente dito, cuja variação é de 0.9 a 37.1, indicando o nível mais elevado de satisfação profissional. Devido à premissa de ponderação, o componente Interação foi calculado como único.

Como o cálculo dos escores ajustados dos componentes e do ISP exige que ambas partes do instrumento estejam completamente preenchidas, foram considerados apenas 187 questionários, pois três enfermeiras deixaram de responder às Comparações Pareadas.

3.7.2. Procedimento para determinação dos escores do IQV

Para a obtenção dos escores do IQV, primeiramente as pontuações dos itens de satisfação (Parte I) foram recodificadas, subtraindo-se 3,5 de cada escore, com a finalidade de centralizar o zero da escala. A subtração gerou escores com variação entre $- 2,5$ a $+ 2,5$. A seguir, esses escores de satisfação foram ponderados pelos seus correspondentes de importância (Parte II), multiplicando-se o valor recodificado de cada item, pelo valor da resposta à importância. Os valores ponderados de todos os itens respondidos foram, então, somados e divididos pelo total de itens respondidos. Essa técnica visa prevenir possíveis tendências geradas por itens não respondidos (*missing data*). Para eliminar os valores negativos (que ficaram entre $- 15$ a $+ 15$), houve a adição do fator de correção 15, gerando o escore total, que é o IQV propriamente dito.

Os escores, por domínio, foram calculados seguindo o mesmo procedimento, considerando-se o total de itens que compõem cada domínio. Os escores dos quatro domínios foram considerados de forma independente e em conjunto. Sua variação possível é de 0 a 30, sendo os valores mais altos indicativos de melhor qualidade de vida.

3.7.3. Avaliação da Confiabilidade

Considerando as recomendações de Waltz, Bausell (1981, p.66) e Lynn (1999, p.236-8), os estados de vida pessoal e profissional (Questões 1 e 10,

respectivamente), derivados do instrumento Percepções Acerca da Vida e do Trabalho, assim como o IQV e o ISP, foram testados quanto à sua confiabilidade.

A confiabilidade de um instrumento indica que os resultados são reprodutíveis e consistentes, estimando sua qualidade de mensuração. A análise da consistência interna é um dos aspectos da avaliação da confiabilidade e indica o quanto todas as subpartes (itens ou variáveis) do instrumento estão mensurando a mesma característica, numa composição linear (Ferketich, 1990; Polit, Hungler, 1995, p.205).

Para a avaliação da consistência interna, foi utilizado o Coeficiente Alfa de Cronbach. O Coeficiente Alfa de Cronbach é um índice de estimativa de homogeneidade (consistência interna) que utiliza todas as informações sobre a variância e covariância dos itens através da concentração de fatores-comuns (Cronbach, 1951). Essas propriedades tornam esse coeficiente adequado para avaliar a confiabilidade de instrumentos de múltiplos itens. Tem uma variação entre 0.00 a 1.00, indicando baixa (ou nula) e alta correlação entre os itens (variáveis), respectivamente (Ferketich, 1990).

A premissa do Alfa de Cronbach é que todas as correlações entre as variáveis sejam positivas e, por isso, as variáveis que apresentem correlações negativas devem ser excluídas, por violarem o modelo (Pereira, 2001, p.87-9), assim como as que mantenham baixas correlações (Ferketich, 1990; Pereira, 2001, p.87-9). Após a exclusão dos itens inconsistentes, o Alfa foi recalculado, por item, considerando-se a verificação do peso que cada item exercia sobre o valor do Alfa

total do componente, considerando-se a exclusão do item como um indicador de variação do valor do coeficiente.

Para o cálculo da consistência interna dos estados de vida pessoal e de vida profissional, estes foram separados em quatro grupos, compostos por treze itens cada um, denominados **Indicadores de Vida** e **Indicadores de Trabalho, Positivos e Negativos**.

Na matriz de correlação entre os itens, o item “*insegura*”, pertencente aos Indicadores Negativos de Trabalho foi excluído por apresentar correlações negativas com os demais do mesmo grupo. O Quadro 4, a seguir, mostra os resultados encontrados na estimativa da consistência interna.

Quadro 4 – Coeficientes de consistência interna dos indicadores de estados de vida pessoal e profissional. São Paulo, 2004.

Indicador	Coeficiente Alfa de Cronbach
Indicadores Positivos de Vida (n = 190)	0,842
Indicadores Negativos de Vida (n = 190)	0,759
Indicadores Positivos de Trabalho (n = 190)	0,878
Indicadores Negativos de Trabalho (n = 190)	0,770*

* após a exclusão do item “*insegura*”.

Pelo Quadro 4, pode-se interpretar que os Indicadores acima citados apresentaram altos índices de consistência interna.

A seguir foram calculados os Alfas do IQV, através das pontuações da escala inteira e das sub-escalas dos domínios, já ponderadas. Optou-se por calcular o Alfa das variáveis já ponderadas porque resultaram em uma nova escala.

Os resultados obtidos são apresentados no Quadro 5. Ressalta-se que não houve exclusão de itens, e os altos valores obtidos demonstram alta consistência interna.

Quadro 5 – Coeficientes de consistência interna do IQV. São Paulo, 2004.

Domínio	Coeficiente Alfa de Cronbach
Saúde e Funcionamento (n = 151)	0,908
Social e Econômico (n = 175)	0,783
Psicológico e Espiritual (n = 187)	0,937
Família (n = 92)	0,729
IQV Total (n = 78)	0,954

O Alfa do ISP foi calculado através dos resultados da escala de atitudes, com os escores invertidos, em etapa prévia ao cálculo total do ISP propriamente dito. Foi realizado o cálculo para a escala inteira e para os componentes (sub-escalas), como pode ser observado através do Quadro 6.

Quadro 6 – Coeficientes de consistência interna do ISP. São Paulo, 2004.

Componente	Coeficiente Alfa de Cronbach
Autonomia (n = 187)	0,576*
Interação (n = 187)	0,680**
Status Profissional (n = 187)	0,601***
Requisitos do Trabalho (n = 187)	0,640
Normas Organizacionais (n = 187)	0,603
Remuneração (n = 187)	0,786
Escala Total (n = 187)	0,837****

* Após a exclusão do item 7

** Após a exclusão dos itens 10, 28 e 35

*** Após a exclusão dos itens 2 e 9

**** Com a exclusão dos itens já citados

O cálculo do Alfa da escala, considerada no todo, assim como das sub-escalas dos componentes mostrou itens inconsistentes, que mantinham correlações negativas com os demais, sendo, portanto, excluídos. Foram eles: 7 (Autonomia), 28 (Interação) e 2 (Status Profissional). Outros itens demonstraram impacto de redução sobre o alfa das escalas e, ao serem analisados, também foram excluídos. Foram eles: 10 (Interação) e 9 (Status Profissional). É importante ressaltar que os itens 2, 7, 10 e 28 já haviam apresentado comportamento semelhante em estudo prévio da pesquisadora (Lino, 1999). Esses dados corroboram a necessidade da estimativa da confiabilidade de um instrumento a cada aplicação, mesmo ao se tratar de instrumentos com ampla utilização e aceitação. Os valores do alfa obtidos em uma aplicação não são generalizáveis para outras (Waltz, Bausell, 1981, p.66).

Stamps (1997, p.173, 233) já havia alertado quanto a tendências que alguns componentes podem apresentar frente ao Alfa de Cronbach. O componente Remuneração destaca-se como o mais forte quanto à magnitude do Alfa e isso pode ser explicado por tratar-se do componente mais facilmente mensurável e definível, sob o aspecto conceitual. Pelo mesmo motivo, porém, em trajetória inversa, Autonomia além de ser um componente de difícil conceituação, também pode ser fortemente influenciado por Normas Organizacionais.

Ao se comparar os valores do presente estudo com os obtidos numa amostra de enfermeiras de UTI, de um estudo prévio (Lino, 1999), conclui-se que os únicos componentes que apresentaram valores mais baixos no estudo atual foram Autonomia e Interação (respectivamente 0.647 e 0.805, em 1999).

Os valores do Alfa, obtidos nas sub-escalas, são considerados moderados, com exceção de Remuneração e da escala tomada em sua totalidade, que apresentaram valores elevados para consistência interna.

3.7.4. Análise das Relações

Considerando-se um dos objetivos do estudo — explorar as relações entre qualidade de vida e satisfação profissional — as associações entre os fenômenos foram verificadas através do Coeficiente de Correlação de Pearson (r), que é o método mais utilizado para avaliar relações entre duas variáveis, medidas em escalas ordinais (Munro, Page, 1993, p.175).

A utilização do r de Pearson pressupõe que os escores das variáveis apresentem distribuição próxima à curva normal (Munro, Page, 1993, p.175). Com base nessa premissa, a verificação da distribuição foi realizada através do teste de Kolmogorov-Smirnov, aplicado para os valores totais dos Indicadores de Vida e Trabalho e, também, nos valores totais e parciais (sub-escalas) do IQV e ISP. O teste indicou distribuição normal, para todas as variáveis testadas.

As correlações foram, então, calculadas através do r de Pearson, com níveis de significância de 0,05 e 0,01 (*two-tailed test*) entre os Indicadores de Vida, Indicadores de Trabalho, IQV e ISP. A adoção de dois níveis de significância atendeu o critério de Munro, Page (1993, p.179), considerando o objetivo de explorar as relações entre os fenômenos em estudo.

3.7.5. Análise de Componentes Principais (ACP)

A Análise de Componentes Principais (ACP) é uma técnica estatística de análise multivariada que visa facilitar a interpretação quando existem muitas variáveis quantitativas, com o objetivo de reduzir a dimensão da análise. A ACP transforma linearmente um conjunto original de variáveis num conjunto substancialmente menor de variáveis não correlacionadas que contêm a maior parte da informação do conjunto original, tendo como princípio a explicação da variação total das variáveis observadas, baseando-se nas propriedades da variância máxima dos componentes principais (Hair et al, 1995, p.375; Fleck, Bourdel, 1998).

A ACP baseia-se no modelo matemático da álgebra de matrizes, partindo de matrizes de correlações, e do método de extração. No presente estudo, a extração obedeceu ao critério de autovalores (*eigenvalues*) maiores que 1, presumindo sua capacidade de resumir as variáveis. O autovalor representa a quantidade total de variância explicada pelo fator (Munro, Page, 1993, p.255).

A ACP possibilita, ainda, discutir a capacidade discriminatória das variáveis no processo de formação dos grupos, indicado pelo peso da variável (coeficiente de correlação) na combinação que resultou o componente principal (Curi, 1993).

Quando a extração de componentes pôde ser interpretada em seu valor original, não foi aplicado método de rotação. Nos casos em que, após a extração de componentes, houve dificuldade de interpretação, utilizou-se a estratégia de rotação ortogonal de variância maximizada (*Varimax*), objetivando a maximização da interpretação (Munro, Page, 1993, p.259).

3.7.6. Análise dos Agrupamentos

A análise de agrupamentos (*cluster analysis*) é uma estratégia de análise multivariada cujo principal objetivo é agrupar objetos (neste estudo, enfermeiras) baseando-se nas características que eles possuem e classificando-os, de modo que cada agrupamento possui objetos com características muito similares, em relação a critérios pré-determinados (Hair et al, 1995). No presente estudo utilizou-se a técnica de reconhecimento de grupos por interações sucessivas (*Quick Cluster*), examinando-se proximidades na forma de distâncias Euclidianas (Hair et al, 1995), para a identificação a existência de grupos homogêneos dentro da amostra e explicar a variância das enfermeiras em resposta as variáveis estudadas.

Os grupos de enfermeiras foram identificados através do reconhecimento de padrões similares de comportamento em relação aos escores do IQV e ISP, em suas totalidades e em suas dimensões/componentes, tomados como fenômenos isolados e como fenômenos inter-relacionados, e foram caracterizados segundo esses padrões.

Os grupos identificados tiveram suas diferenças avaliadas através da análise da variância, pela técnica *One-Way ANOVA*, que examinou a variâncias inter e intra-grupos. No presente estudo, a *One-Way ANOVA*, através do teste *post hoc* Bonferroni com nível de significância (α) menor que 0.05, confirmou que os grupos identificados eram distintos.

As características dos grupos foram, então, examinadas em relação às variáveis descritoras das enfermeiras, pertinentes aos fenômenos estudados, e suas diferenças foram avaliadas. As variáveis quantitativas foram analisadas através da

One-Way ANOVA, após confirmação da normalidade de distribuição, pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. As demais variáveis foram testadas através dos testes Qui-quadrado (χ^2) e Exato de Fisher e as diferenciações entre os grupos foram examinadas através da análise de resíduos padronizados, considerando-se os valores maiores que 1,96 e menores que -1,96 (Pereira, 2001, p.94-7). O teste Qui-quadrado foi aplicado para avaliar a homogeneidade entre as proporções e o Exato de Fisher na comparação de proporções quando células de respostas apresentaram frequências menores que cinco (Siegel, 1975, p.124). Para todos os testes foi admitido $\alpha < 0.05$.

4. RESULTADOS

"Fico chateada com os Óbitos. Com o excesso de trabalho, me sinto cansada e sugada pelo Hospital. Ao chegar em casa não me sinto viva..." (E 121)

4.1. Caracterização das UTIs

As UTIs de origem das enfermeiras participantes do estudo apresentaram distinções importantes, que são descritas, na seqüência. No Quadro 7, a seguir, são apresentados alguns dados sumários de caracterização dessas UTIs.

Quadro 7 – Distribuição das UTIs segundo hospital, designação, especialidade, número de leitos disponíveis e tipo de clientela atendida. São Paulo, 2004.

Hospital	UTI	Especialidade	Disponibilidade de leitos (ativos)			
			Neonato	Pediátrico	Adulto	Total
1	1	Cirurgia cardiovascular e torácica			9	9
	2	Cirurgia cardiovascular e torácica		*	16	16
	3	Cirurgia cardiovascular e torácica		10	19	29
	4	Cardiologia clínica		*	18	18
	5	Coronariopatias agudas			18	18
	6	Gastrocirurgia, predominantemente			14	14
	7	Emergências clínicas, cirúrgicas e politraumas		*	23	23
	8	Clínica médica, choque e pneumologia		*	11	11
	9	Recuperação anestésica, até 72 horas		*	11	11
	10	Hepatologia		*	5	5
2	11	Neonatologia	8			8
	12	Hematologia		*	2	2
	13	Queimados		*	4	4
	14	Nefrologia			5	5
	15	Neuroclínica e neurocirurgia		*	11	11
	16	Moléstias infecciosas e parasitárias		*	6	6

Hospital	UTI	Especialidade	Disponibilidade de leitos (ativos)			
			Neonato	Pediátrico	Adulto	Total
3	17	Geral, predominantemente clínica**			10	10
		Geral, predominantemente cirúrgica**		*	12	12
4	18	Geral, clínica e cirúrgica		*	24	24

* Essas UTIs atendem, predominantemente pacientes adultos porém, também podem receber pacientes pediátricos, não havendo número fixo de leitos destinados a essa clientela.

** Foi dada uma designação única para as duas UTIs, considerando que partilham o mesmo quadro de pessoal de enfermagem e uma única enfermeira chefe.

As UTIs 1, 2 e 3 se destinam, predominantemente, a pacientes em pós-operatório (PO) de cirurgias cardiovasculares e torácicas. Dentre essas, a preponderância é de cirurgias cardíacas. Também atendem, em menor número, a pacientes de gastro ou nefrocirurgias. O gerenciamento de enfermagem das três UTIs é realizado por uma enfermeira chefe e duas enfermeiras encarregadas, que trabalham no período diurno. Cada UTI tem um quadro fixo de pessoal de enfermagem, porém, este pode ser remanejado para as demais UTIs do grupo, de acordo com a necessidade. Apesar de terem as mesmas especialidades, têm distinções importantes nas características dos pacientes assistidos.

A UTI 3, com maior número de leitos, localiza-se num pavimento diferente das demais, atende pacientes até, aproximadamente, o 1º/2º PO e tem áreas distintas para pacientes adultos e pediátricos. Caracteriza-se por alta rotatividade dos pacientes adultos. Na área destinada ao atendimento de pacientes pediátricos a escala de pessoal é relativamente fixa e consiste de enfermeiras e, preferencialmente, técnicos de enfermagem. Por turno, existe uma enfermeira que,

apesar de ter as mesmas atribuições assistenciais das demais, também se responsabiliza pela coordenação da unidade. Essa atribuição é fixa para determinadas enfermeiras, não havendo rodízio.

A UTI 2 atende, dentro das especialidades já comentadas, pacientes que necessitem de cuidados intensivos após o 1º/2º PO de cirurgias cardíacas. Também pode atender pacientes em pós-operatório imediato (POI) de outras especialidades. Não há leitos destinados ao atendimento exclusivo de pacientes pediátricos, porém, pode recebê-los.

A UTI 1, com menor número de leitos, caracteriza-se pelo atendimento a pacientes com tempo prolongado de permanência, que necessitem de cuidados intensivos, em caráter crônico.

As UTIs 4 e 5, localizam-se no mesmo pavimento, possuem áreas físicas distintas, e corredor de ligação entre elas. Têm, em comum, uma enfermeira chefe e uma enfermeira encarregada, porém, as equipes de enfermagem são fixas e específicas de cada UTI. A UTI 4 pode prestar atendimento a pacientes pediátricos, acima de sete anos, porém as internações são esporádicas. Em cada UTI, existe uma enfermeira, por turno, com rodízio diário, que tem atribuições de coordenadora, responsabilizando-se pelo gerenciamento da unidade, como um todo.

Nas cinco UTIs, pertencentes ao mesmo hospital, as enfermeiras têm uma jornada diária de trabalho de seis horas, nos turnos da manhã e da tarde; e doze horas, nos noturnos, em regime de 12 X 36 horas, segundo escala mensal. Como a carga horária semanal é de 40 horas, as enfermeiras do diurno realizam complementação de carga horária através de jornadas de doze horas (“dobras”)

em alguns dias do mês. O número de folgas nos turnos diurnos é variável, de acordo com os dias úteis do mês. As enfermeiras folgam um final de semana completo (sábado e domingo) e nos demais fazem plantões de 12 horas, de forma que, quem faz plantão no sábado, não faz no domingo e vice-versa. As demais folgas são distribuídas nos outros dias da semana. As enfermeiras do turno noturno têm duas folgas mensais, em número fixo, independentemente do número de dias úteis do mês.

Nas UTIs anteriormente descritas, existe o técnico de enfermagem no quadro de pessoal, porém, em menor número, não havendo uniformidade em sua distribuição por turnos de trabalho ou por UTI.

A UTI 6 atende, predominantemente, pacientes em pós-operatório de gastroenterologia. Também destina-se ao atendimento de pacientes cirúrgicos nas especialidades de urologia, cirurgia vascular, ginecologia, cirurgia geral, cirurgia plástica e cirurgia de cabeça e pescoço. Raramente recebe pacientes pediátricos. Na época da coleta de dados, oito leitos encontravam-se inativos. A área original desses leitos estava destinada ao funcionamento de outra UTI, com especialidade distinta, atividades e equipes independentes. Tem uma enfermeira chefe e uma enfermeira encarregada, no período diurno.

A UTI 7 funciona como retaguarda do Pronto Socorro e ocupa duas áreas físicas distintas, localizadas no mesmo pavimento. Uma, destinada ao atendimento a pacientes em emergências clínicas, e outra, a emergências cirúrgicas e politraumas. Do total de leitos disponíveis, nove encontravam-se inativos, por motivo de reforma. A área cirúrgica tem dois leitos destinados ao atendimento a

pacientes doadores de órgãos. Tem uma enfermeira chefe, no período diurno, e quatro enfermeiras encarregadas, uma por turno de trabalho (manhã, tarde, noturnos par e ímpar). A equipe de enfermagem é exclusiva da UTI e rodizia-se entre as áreas, segundo escala diária.

A UTI 8 destina-se ao atendimento de pacientes nas especialidades de Clínica Médica (quatro leitos), Pneumologia (quatro leitos) e Choque (três leitos). Eventualmente atende pacientes pediátricos. Tem uma enfermeira chefe e duas enfermeiras encarregadas, no período diurno.

A UTI 9 ocupa a área de recuperação anestésica (RA), oferecendo suporte a esse serviço. Seu atendimento é, portanto, a pacientes cirúrgicos, porém, que necessitem até 72 horas de cuidados intensivos. A equipe de enfermagem é a mesma para a unidade inteira (UTI e RA), não havendo um quadro exclusivo da UTI. O rodízio é diário. Tem uma enfermeira chefe e uma enfermeira encarregada, ambas no período diurno.

A UTI 10 é destinada ao atendimento a pacientes portadores de hepatopatias graves e transplantados hepáticos. Raramente admite pacientes pediátricos. Situa-se dentro da enfermaria da mesma especialidade, oferecendo suporte a esta. Tem uma enfermeira chefe e uma enfermeira encarregada, ambas no período diurno.

A UTI 11 é destinada ao atendimento da especialidade de Neonatologia, recebendo recém-nascidos a termo e pré-termo, em estado crítico. Ocupa uma área física dentro da unidade de Neonatologia (Berçário). A unidade

tem uma enfermeira chefe e uma enfermeira encarregada, também no período diurno.

A UTI 12 ocupa uma área física dentro na unidade de Hematologia, fornecendo suporte a esta. Destina-se o atendimento de pacientes críticos, portadores de doenças hematológicas. Tem uma enfermeira chefe e uma enfermeira encarregada, ambas no período diurno.

A UTI 13 é especializada no atendimento a pacientes com queimaduras causadas por agentes térmicos, químicos, elétricos ou por radiação, em estado crítico. Pode atender pacientes pediátricos. Ocupa uma área física dentro da unidade de queimaduras (enfermaria). Tem uma enfermeira chefe e uma enfermeira encarregada, no período diurno.

A UTI 14, do serviço de Nefrologia, destina-se ao atendimento à pacientes nessa especialidade, funcionando dentro da área física da enfermaria. Tem uma enfermeira chefe e uma enfermeira encarregada, no período diurno.

A UTI 15 destina-se ao atendimento a pacientes neurológicos, clínicos e cirúrgicos. À semelhança das UTIs anteriormente comentadas, também funciona dentro da enfermaria da especialidade. Atende pacientes adultos, porém, pode receber crianças acima de cinco anos. É gerenciada por uma enfermeira chefe e uma enfermeira encarregada, ambas no período diurno.

A UTI 16 presta atendimento a pacientes portadores de doenças infecciosas e parasitárias, em estado crítico, e é referência estadual para o atendimento a pacientes com tétano. Funciona como retaguarda para a enfermaria

de doenças infecciosas e, na época da coleta de dados, encontrava-se localizada em pavimento distinto da enfermaria, por motivo de reforma do local original. Apesar disso, a equipe de enfermagem é a mesma para a cobertura da enfermaria e UTI. Atende, predominantemente, pacientes adultos. Porém, pode atender crianças, somente em casos de tétano.

As UTIs 6, 7 e 8 têm um quadro fixo de pessoal de enfermagem. Isto é, a escala de pessoal é exclusiva de cada UTI.

Nas UTIs de 9 a 16, por funcionarem como sub-divisões de Unidades especializadas, não têm um quadro fixo de enfermeiras que sejam exclusivas das UTIs. A lotação de pessoal é da unidade e, não, da UTI. O rodízio é realizado numa base diária. Destaca-se que em algumas UTIs, dependendo do número de pessoal por turno, além da UTI, a enfermeira também se responsabiliza pela enfermaria, caracterizando o trabalho do tipo “cobertura”, isto é, quando o *locus* e modo de atuação da enfermeira varia. Ainda em referência a essas UTIs, foram encontrados alguns casos de enfermeiras lotadas nas Unidades, que não trabalhavam nas respectivas UTIs, por restrições de saúde. Essas enfermeiras não participaram do estudo, por não atenderem aos critérios de inclusão.

Nas UTIs de 6 a 16, pertencentes ao mesmo hospital, a jornada semanal de trabalho das enfermeiras pode ser de 30 ou 40 horas. Como a jornada diária de trabalho é de seis horas, existe um sistema de complementação de carga horária, no qual existem as “dobras”, isto é, em alguns dias do mês a jornada é de doze horas. Além dos turnos manhã e tarde, também existe o diurno, em sistema de 12 X 36 horas (diurnos par e ímpar). A jornada de trabalho do período noturno

é de 12 X 36 horas. O número de folgas não é fixo, depende do número de dias úteis do mês. A escala de folgas nos finais de semana não tem esquema pré-estabelecido. Varia de acordo com a carga horária da enfermeira e disponibilidade para realizar plantões de doze horas ou não. Procura-se obedecer ao número médio diário de pessoal, por turno.

As UTIs denominadas 17 funcionam em pavimentos distintos. Têm a mesma enfermeira coordenadora e o quadro de pessoal de enfermagem, exclusivo das UTIs, rodizia-se entre elas a cada 2 a 3 meses. A equipe de enfermagem assistencial é composta por enfermeiras e, apenas, técnicos de enfermagem. Não existe o auxiliar de enfermagem no quadro de pessoal. Existem profissionais exclusivos para o transporte de pacientes, encaminhamentos e limpeza e processamento de material. A carga horária semanal das enfermeiras é de 33 horas, com turnos de seis horas (manhã e tarde) e 12 X 36 horas (noturnos par e ímpar). O número de folgas é variável, dependendo do número de dias úteis do mês. As enfermeiras não fazem “dobras” de plantões. A escala de pessoal, aos finais de semana e feriados, procura obedecer à média diária.

A UTI 18 subdivide-se em três áreas ou “postos de enfermagem”. Tem uma enfermeira responsável pelo gerenciamento e duas enfermeiras encarregadas, no período diurno e parte do noturno. Existem profissionais exclusivos para encaminhamentos, limpeza e processamento de material. À semelhança da UTI 17, a assistência aos pacientes é realizada por enfermeiras e técnicos de enfermagem. As jornadas de trabalho, semanal e diária, são as mesmas descritas na UTI 17. O diferencial vem a ser a jornada de trabalho das enfermeiras

aos finais de semana. Existe o sistema de “plantões”, que significa jornada de doze horas. O objetivo dos plantões, aos finais de semana, é aumentar o número de finais de semana livres. As enfermeiras têm, no mínimo, um final de semana inteiro livre (sábado e domingo), porém, nos demais, têm esquema de plantões de 12 horas, que podem ser isolados (sábado ou domingo) ou em dobro (sábado e domingo). As demais folgas são distribuídas ao longo dos outros dias do mês.

No que concerne ao trabalho em finais de semana e feriados, é importante assinalar que a coleta de dados ocorreu, em seu maior volume, durante o mês de novembro, considerado período crítico do ano, quando ocorre a programação da escala de folgas do mês de dezembro, que inclui os feriados de Natal e Ano Novo. Diante da possibilidade ou mesmo da certeza de trabalhar nesses feriados, um número significativo de enfermeiras verbalizou, em conversas informais com a pesquisadora, o descontentamento com esse aspecto da profissão, considerando as dificuldades que gera na vida particular e na vida profissional influenciando, principalmente, as relações familiares e as relações interpessoais no trabalho.

4.1.1. Organização da assistência de enfermagem

Esse tópico foi desenvolvido devido às especificidades e distinções na organização da assistência de enfermagem nas UTIs e considerou os dados levantados pela pesquisadora junto as enfermeiras gerentes das UTIs, através de instrumento próprio, já citado.

A assistência de enfermagem nas UTIs organiza-se obedecendo ao modelo clínico e curativo, hegemônico, a despeito de outros modelos assistenciais subjacentes (por exemplo, Necessidades Humanas Básicas, Padrões Funcionais de Saúde, e outros). Devido à diversificação na organização do trabalho de enfermagem e, conseqüentemente, da assistência de enfermagem nas UTIs de origem das enfermeiras estudadas, considerou-se necessária a criação de uma classificação, com objetivo ilustrativo, segundo critérios e experiência prévia da pesquisadora, a seguir descrita:

Tipo I – uma enfermeira e um grupo de auxiliares e/ou técnicos de enfermagem assumem, formalmente, em conjunto, a assistência a um determinado número de pacientes. Cabe à enfermeira a prestação de cuidados diretos aos pacientes, supervisão do trabalho dos técnicos/auxiliares e o planejamento da assistência de enfermagem para esse grupo de pacientes. O que se destaca nesse tipo de organização é que as UTIs podem ter um ou vários grupos assistenciais, por turno. Quando a assistência se organiza com, apenas, um grupo, a enfermeira tem, além das atribuições assistenciais, as atribuições gerenciais da UTI, comumente denominadas *administrativas*. Outro aspecto diversificado nessa organização é o volume e tipo de cuidados diretos prestados pela enfermeira.

Tipo II – uma enfermeira assume, formalmente, a prestação de *cuidados integrais*⁶ para um determinado número de pacientes. O auxiliar/técnico

⁶ Considere-se a expressão *cuidados integrais* como o conjunto de intervenções de enfermagem que objetivam a assistência ao paciente em sua totalidade, não discriminando intervenções ditas *básicas* (exemplo: cuidados de higiene e conforto) ou *complexas* (exemplo: medida de débito cardíaco, manejo de drogas vasoativas).

de enfermagem assume, formalmente, cuidados integrais para outro grupo de pacientes. A enfermeira, além dos pacientes formalmente designados, assume, a supervisão do trabalho de técnicos/auxiliares, dando suporte à prestação de cuidados diretos aos pacientes. O planejamento da assistência de enfermagem aos pacientes que são assistidos pelos auxiliares/técnicos de enfermagem é atribuição de outra enfermeira, fora do grupo. Essa outra enfermeira tem as atribuições gerenciais da UTI, no turno.

Tipo III – a enfermeira assume, formalmente, a prestação de cuidados integrais e planejamento da assistência para um determinado número de pacientes (pode ser um único paciente). O técnico/auxiliar de enfermagem assume, formalmente, cuidados integrais para outro grupo de pacientes. A enfermeira não tem a atribuição formal de supervisão do trabalho de técnicos/auxiliares ou de planejamento da assistência para os pacientes assistidos por esses profissionais. Não assume atribuições administrativas, presumindo a existência de outra enfermeira com essas atribuições.

Tipo IV – um grupo de enfermeiras e um grupo de auxiliares/técnicos de enfermagem assumem, formalmente, em conjunto, a assistência a um determinado grupo de pacientes. Uma das enfermeiras assume a função de *enfermeira-referência*, e responde, formalmente, pela assistência àquele grupo de pacientes. A organização do trabalho de enfermagem é flexível e realizada de acordo com as diretrizes do grupo, denominado *célula*. Essa organização pode incorporar um ou mais tipos de assistência, anteriormente descritos, e pressupõe que cada célula tenha mais que uma enfermeira. A organização da assistência de

enfermagem na UTI baseia-se em várias células e o rodízio da equipe entre as diferentes células realiza-se numa base mensal.

O Quadro 8 a seguir, mostra, sumariamente a caracterização das UTIs, segundo a organização da assistência de enfermagem.

Quadro 8 – Caracterização das UTIs, segundo número de leitos, composição média da equipe de enfermagem e organização da assistência de enfermagem. São Paulo, 2004.

UTI	Número de leitos	Composição média da equipe de enfermagem (por turno)		Organização da assistência de enfermagem (por tipo)*			
		Enfermeira	Técnico/Auxiliar de Enfermagem	I	II	III	IV
1	9	2	3				
2	16	3	4				
3	29	8	10				
4	18	3	5				
5	18	3	5				
6	14	3	6				
7	23	5	10				
8	11	2	5				
9	11	1	5				
10	5	1	3				
11	8	3	1				
12	2	1	1				
13	4	1	4				
14	5	1	2				
15	11	1	5				
16	6	1	3				
17	22	7	15				
18	24	8	8				

*As células hachuradas correspondem ao tipo de organização da assistência de enfermagem prestada nas UTIs.

Como pode ser observado pelo Quadro 8, algumas UTIs têm formas mistas de organização da assistência de enfermagem.

Quanto à composição média das equipes de enfermagem que prestam assistência nas UTIs, por turno, também foram encontradas características distintas, como pode ser observado pela Figura 1.

Figura 1 – Proporção entre as categorias profissionais que compõem o número médio das equipes de enfermagem, por UTI e turno. São Paulo, 2004.

Verifica-se, pela Figura 1, que o percentual de enfermeiras, comparando-se ao quadro total da equipe de enfermagem, apresentou-se maior nas UTIs 11 (75,0% enfermeiras) e 12 (50,0% enfermeiras); e menor, nas UTIs 9 e 15 (16,7% enfermeiras, cada uma); com uma média de 35,3% de enfermeiras compondo as equipes assistenciais das UTIs.

Um outro aspecto importante, que deve ser considerado na análise da organização da assistência de enfermagem é o quantitativo total de enfermagem

que presta assistência, perante o número de leitos da UTI. A Figura 2 ilustra essa proporção.

Figura 2 – Proporção entre o número médio de profissionais de enfermagem por turno e número de leitos, segundo UTI. São Paulo, 2004.

Pela Figura 2 e pelos dados apresentados no Quadro 8, pode-se concluir que as melhores proporções entre profissionais por número de leitos foram encontradas nas UTIs 13 (1:0,8), 12 e 17 (1:1 ambas). Inversamente, as UTIs que apresentaram maior número de leitos por profissionais foram as UTIs 2, 4 e 5 (1:2,3), ficando a média de 1:1,6 no total das UTIs.

4.2. Caracterização das enfermeiras

A distribuição das enfermeiras que participaram do estudo, segundo UTI e hospital, é mostrada através do Quadro 9.

Quadro 9 – Distribuição das enfermeiras, segundo hospital e UTI.

Hospital	Distribuição por hospital		UTI	Distribuição por UTI	
	n	%		n	%
1	66	34,7	1	5	2,6
			2	12	6,3
			3	24	12,6
			4	14	7,4
			5	11	5,8
			6	10	5,3
2	83	43,7	7	11	5,8
			8	6	3,2
			9	8	4,2
			10	6	3,2
			11	7	3,7
			12	10	5,3
			13	6	3,2
			14	4	2,1
			15	10	5,3
			16	5	2,6
3	22	11,6	17	22	11,6
4	19	10,0	18	19	10,0
Total	190	100	Total	190	100

Pelos dados apresentados no Quadro 9 pode-se verificar que as enfermeiras do Hospital 2 compuseram a maior parte da amostra. Isso é justificável, considerando-se o porte do hospital e número de UTIs que possuía. Também é importante destacar que as UTIs 3, 17 e 18 contribuíram com 34,2% das enfermeiras que compuseram o estudo.

Os demais dados sócio-demográficos, sócio-econômicos, relacionados à saúde, de formação acadêmica e relacionados ao trabalho, que

permitiram a caracterização da amostra do estudo, são apresentados no tópico 4.8 “Análise dos Agrupamentos”. A opção por essa estratégia objetivou contextualizar a apresentação frente aos fenômenos estudados e a não repetição das informações.

4.3. Percepções acerca da vida e do trabalho

Os resultados a seguir apresentados referem-se às respostas às questões semi-abertas, que foram tratadas por meio da análise de conteúdo, previamente descrita.

Referindo-se a questão **“A atividade que você realiza predominantemente, nesta UTI, é aquela que você gostaria de executar?”**, a Tabela 2 evidencia, através da distribuição das respostas das enfermeiras que, embora a maioria delas (60,8%) tenha revelado gostar das atividades que realiza, um número expressivo não gosta do que faz na UTI em que trabalha (33,4%). Ressalta-se que um pequeno número de enfermeiras (5,8%) têm sentimentos ambivalentes sobre o trabalho que realiza.

Tabela 2 – Distribuição das enfermeiras segundo resposta dada à questão “A atividade que você realiza predominantemente, nesta UTI, é aquela que você gostaria de executar?” São Paulo, 2004.

Respostas	n	%
Sim	115	60,8
Não	63	33,4
Sim e Não	11	5,8
Total	189	100

Das enfermeiras que responderam afirmativamente, destaca-se que 113 (98,3%) justificaram a resposta. O mesmo ocorreu com 96,8% (n = 61), que responderam negativamente; e com todas que responderam ambivalentemente (100%). A partir das explicações das enfermeiras, os principais temas que emergiram são apresentados nos Quadros 10 e 11. Também são apresentados alguns discursos selecionados, que permitiram a identificação dos temas. Cumpre destacar que foram omitidos alguns dados que, embora significativos, pudessem comprometer o anonimato das enfermeiras. Por esse motivo, as enfermeiras receberam designações numéricas e não foram indicadas as UTIs de origem.

Quadro 10 – Temas emergentes às respostas afirmativas dadas à questão “A atividade que você realiza predominantemente, nesta UTI, é aquela que você gostaria de executar?” São Paulo, 2004.

“A atividade que você realiza predominantemente, nesta UTI, é aquela que você gostaria de executar?” Sim, porque... (n = 124*)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestar assistência e estar próxima do paciente são fontes de satisfação e prazer (n = 77) <ul style="list-style-type: none"> “Sou assistencial, gosto de estar junto com o paciente.” (E 44) “Tenho oportunidade de estar em contato direto com o paciente.” (E 135) “A assistência direta me trouxe muito mais conhecimento e me deu mais confiança como enfermeira. A assistência direta é, para mim, ser enfermeira.” (E 187) “Amo prestar assistência direta aos doentes, é o que me satisfaz.” (E 195) “Adoro a assistência integral ao paciente, e poder estar mais perto do paciente, atendendo-o em todas as suas necessidades, me deixa realizada como profissional.” (E 199) ▪ Identifica-se com pacientes críticos (n = 18) <ul style="list-style-type: none"> “Gosto de pacientes com cuidados mais intensos, mais graves.” (E 27) “Dou assistência direta de enfermagem aos pacientes graves e eles necessitam de um atendimento profissional qualificado, sinto-me realizada em poder ajudar num período tão crítico.” (E 84) 	

“A atividade que você realiza predominantemente, nesta UTI, é aquela que você gostaria de executar?”

Sim, porque... (n = 124*)

“Cuidar de paciente grave é trazê-lo à vida, com ou sem sequelas, é muito gratificante, quando acontece o contrário é angustiante porém, nós tentamos de todas as formas possíveis e impossíveis.” (E 95)

“Gosto de prestar cuidados diretos ao cliente; em ambientes fechados isso é possível, conheço melhor meus clientes; número menor de pacientes, mesmo requerendo maiores cuidados.” (E 97)

▪ **As atividades estimulam/promovem o crescimento profissional e pessoal** (n = 16)

“Dar assistência de enfermagem ao cliente me realiza profissionalmente, atualiza meus conhecimentos técnico, científico e cultural.” (E 77)

“Me sinto satisfeita quando trabalho em UTI geral, com diversas patologias; me sinto mais disposta, útil e meus conhecimentos ampliados.” (E 88)

“É uma UTI com muitos leitos, diversas patologias e muitos casos diversificados, na qual se aprende muito.” (E 151)

“Me satisfaz como pessoa e como profissional, me evoluindo nestes dois.” (E 191)

“Associo a assistência oferecida aos conhecimentos científicos, o que proporciona crescimento profissional e, em muitos aspectos, pessoal.” (E 196)

▪ **Pode acompanhar os resultados do trabalho** (n = 7)

“Na minha visão holística acompanhar o paciente como um todo é saber o que acontece com o mesmo, podendo atuar de forma sistemática e direcionando os cuidados.” (E 98)

“Quando atendo PCR⁷ ou EAP⁸ e o cliente sai bem para casa, eu me sinto realizada...” (E 143)

“Gosto de cuidar de pacientes graves. Consigo acompanhar de perto a evolução de cada paciente (nem sempre positiva). Gosto de ser o ponto de apoio/referência para os familiares.” (E 178)

▪ **As atividades assistenciais predominam sobre as atividades administrativas** (n = 6)

“Faço a parte assistencial da enfermagem e não estritamente burocrática.” (E 6)

“Realizo assistência direta ao paciente, ou seja, sou assistencial. Não gosto de me envolver com problemas administrativos embora muitas vezes sou

⁷ Parada cardio-respiratória

⁸ Edema agudo pulmonar

"A atividade que você realiza predominantemente, nesta UTI, é aquela que você gostaria de executar?" Sim, porque... (n = 124*)	
	<p>escalada para ficar na coordenação da unidade." (E 26)</p> <p>"Atividade em que atuo diretamente com o paciente sem tantas atividades burocráticas e mais assistencial." (E 175)</p> <p>"O trabalho é assistencial, direto com paciente/família, sem sobrecarga administrativa." (E 184)</p> <p>▪ O ambiente e as atividades que realiza são dinâmicas (n = 6)</p> <p>"... os pacientes são interessantes, a unidade é muito dinâmica..." (E 38)</p> <p>"É unidade dinâmica, de raciocínio rápido, faz você trabalhar com prazer." (E 45)</p> <p>"... exige de nós enfermeiras raciocínio e ação rápida." (E 75)</p> <p>"É dinâmico, você tem que ficar de olho no seu paciente, procurar detectar alterações, interferir em problemas que podem aparecer." (E 117)</p> <p>▪ É a opção profissional (n = 5)</p> <p>"Sempre me imaginei trabalhando em UTI e assim, fiz o aprimoramento em UTI e realmente é o que eu quero." (E 15)</p> <p>"Sempre gostei de trabalhar em UTI, não gosto de enfermaria." (E 86)</p> <p>"Estou em uma UTI de Nefrologia e é uma área que eu queria muito me aprofundar." (E 102)</p>

* As respostas ambivalentes também foram somadas

Nota: o n total não é o mesmo que os n parciais porque algumas respostas geraram mais de um tema

O Quadro 11, apresentado a seguir, relaciona os temas emergentes às respostas negativas e destaca alguns discursos significativos.

Quadro 11 – Temas emergentes às respostas negativas dadas à questão “A atividade que você realiza predominantemente, nesta UTI, é aquela que você gostaria de executar?” São Paulo, 2004.

“A atividade que você realiza predominantemente, nesta UTI, é aquela que você gostaria de executar?” Não, porque... (n = 72*)	
▪ Ocorrem desvios e/ou incompatibilidade de funções (n = 20)	<p>“... a enfermeira é obrigada além de sua função complementar déficits de outros profissionais (médicos, fisio⁹, equipe de limpeza, exames complementares, etc).” (E 35)</p> <p>“Acredito que a realização do banho no leito deveria ficar como atividade somente do A.E ¹⁰, apesar de que também é neste momento que ocorre com mais facilidade a realização do exame físico.” (E 58)</p> <p>“Muitas vezes o meu papel como enfermeira é confundido com o do auxiliar de enfermagem e a minha atividade como Enfermeira fica prejudicada. Assumimos paciente de forma integral igual ao auxiliar de enfermagem e muitas vezes não tenho tempo para avaliar e supervisionar o trabalho dos auxiliares de enfermagem.” (E 60)</p> <p>“Tenho que ficar corrigindo erros médicos e correr atrás de auxiliares, quando se trabalha com alguém na equipe que não é confiável, principalmente, pois estamos lidando com vidas.” (E 105)</p> <p>“Nem sempre, nós enfermeiras, podemos fazer o nosso serviço e nós fazemos o de outros profissionais. Eles não podem fazer a nossa parte...” (E 148)</p>
▪ A demanda de trabalho é grande e sente-se sobrecarregada (n = 14)	<p>“A sobrecarga de trabalho dificulta o relacionamento com os funcionários e diminui a qualidade do serviço e cuidado ao paciente.” (E 34)</p> <p>“... a demanda de serviço é exaustiva.” (E 55)</p> <p>“... no momento nossa sobrecarga de trabalho é grande o quê não dá tempo para estudarmos ou até mesmo para o lazer.” (E 65)</p> <p>“A atividade com os pacientes continua me realizando e me motivando, por outro lado, a quantidade de trabalho aumentou e isto tornou-se cansativo.” (E 172)</p> <p>“Atualmente estamos acumulando trabalho. Só corremos atrás do relógio e muitas vezes não conseguimos dar conta de realizar as evoluções, anotações e verificar exames.” (E 173)</p>

⁹ Fisioterapeuta

¹⁰ Auxiliar de Enfermagem

"A atividade que você realiza predominantemente, nesta UTI, é aquela que você gostaria de executar?"

Não, porque... (n = 72*)

▪ **Falta autonomia e tem campo de atuação limitado** (n = 11)

"Gostaria de poder realizar como rotina alguns procedimentos que nesta UTI são os médicos que fazem, ex: medir débito cardíaco, colher gasometria. Às vezes me sinto realizando apenas cuidados básicos." (E 41)

"Gostaria de ter mais autonomia, mais participação nas decisões em relação à terapêutica dos pacientes ." (E 125)

"Gostaria de ter mais autonomia, principalmente na resolução dos problemas de enfermagem, que muitas vezes ficam dependentes da autorização da equipe médica para sua resolução." (E 179)

"... gostaria que tivesse mais autonomia para decisão, por parte da chefia." (E 197)

▪ **O déficit de pessoal prejudica a qualidade da assistência e gera sobrecarga de trabalho** (n = 11)

"Muitas vezes não temos pessoal suficiente para as atividades, deixando de dar ao paciente o atendimento não só de rotina mas, psicológico..." (E 59)

"As vezes me sinto impotente pela falta de funcionários para realizar boa assistência." (E 83)

"Devido a falta de funcionários e a política da instituição, o trabalho torna-se sobrecarregado e difícil de ser executado." (E 89)

"Falta de pessoal, sobrecarga de tarefas." (E 111)

"... Há falta de funcionários, me sinto sobrecarregada em outro tipo de atividade. Quanto ao paciente, mesmo, deixa muito a desejar." (E 148)

▪ **Crescimento profissional limitado** (n = 10)

"Há rodízio de unidades, você não consegue especializar-se em determinada área..." (E 33)

"Acho que deveriam investir mais no desenvolvimento dos funcionários." (E 71)

"Gostaria de ter mais tempo e possibilidade de aprender mais, aprimorar conhecimentos." (E 85)

"... gostaria que a instituição fornecesse um programa de educação continuada atuante." (E 94)

"Gostaria de poder estudar mais, aprimorar mais, participar de congressos e mais incentivo por parte da chefia." (E 116)

"A atividade que você realiza predominantemente, nesta UTI, é aquela que você gostaria de executar?"

Não, porque... (n = 72*)

- **Falta reconhecimento e respeito pelo trabalho que executa** (n = 7)

"... os funcionários não nos respeitam e não se reportam à gente perante as condutas." (E 62)

"É exaustivo, estressante, com acúmulo de responsabilidade, sem autonomia, não é reconhecido pela equipe." (E 185)
- **Excesso de burocracia** (n = 7)

"... Há muita burocracia, muitos papéis a serem preenchidos, tomando parte do tempo disponível." (E 31)

"A parte burocrática toma muito tempo e não se consegue dar assistência direta ao paciente." (E 156)
- **Não se identifica com o tipo de pacientes e/ou com a especialidade** (n = 6)

"Me identifico mais com pacientes comunicativos e, não, sedados." (E 79)

"Me sinto satisfeita quando trabalho em UTI geral com diversas patologias; me sinto mais disposta, útil e meus conhecimentos ampliados." (E 88)

"Gostaria de trabalhar em qualquer outra UTI em que os pacientes não morressem tanto." (E 91)

"Gostaria de trabalhar com paciente cardiológico." (E 114)

"Quando o paciente entra em nossa UTI, normalmente não tem muito o quê fazer (fase final)." (E 115)
- **O trabalho é automatizado e fragmentado** (n = 6)

"Só muito de vez em quando você consegue dar assistência de enfermagem como se deve, na maioria das vezes é como se fosse trabalhar apenas por produção." (E 51)

"Às vezes o enfermeiro não tem como demonstrar seu conhecimento e autonomia, se tornando um profissional tarefeiro, sem tempo mesmo entre nós, de discutirmos um artigo e/ou algum problema científico passível de reflexão." (E 52)

"Nesta UTI "toca-se serviço", dificilmente participa-se da discussão do caso, a demanda de serviço é exaustiva." (E 55)

"Dificilmente consigo raciocinar clinicamente antes de realizar o cuidado, trabalha-se automaticamente..." (E 64)

"As atividades são direcionadas para execução de tarefas, devido a demanda e a necessidade de priorizar, muitos aspectos ficam superficiais como

<p>“A atividade que você realiza predominantemente, nesta UTI, é aquela que você gostaria de executar?”</p> <p>Não, porque... (n = 72*)</p> <p>treinamento, atenção em geral, falha na comunicação, a supervisão das tarefas executadas.” (E 66)</p>
--

* As respostas ambivalentes também foram somadas

Nota: o *n* total não é o mesmo que os *n* parciais porque algumas respostas geraram mais de um tema

Um aspecto que deve ser destacado, em relação às respostas, é que pôde ser percebida uma maior objetividade ao serem apontados os aspectos negativos, em relação aos positivos.

Em resposta à questão **“Seu trabalho influencia sua vida particular?”**, um número expressivo apontou as influências negativas, como pode ser observado pela Tabela 3. Outro dado que se destaca é o percentual de expressões de ambivalência (12,7%) em relação às influências do trabalho.

Tabela 3 – Distribuição das enfermeiras segundo resposta dada à questão “Seu trabalho influencia sua vida particular?” São Paulo, 2004.

Respostas	n	%
Não	45	23,8
Sim, positivamente	51	27,0
Sim, negativamente	69	36,5
Sim, positiva e negativamente	24	12,7
Total	189	100

A despeito de não ter sido aberto espaço para justificar as respostas que negam a influência do trabalho sobre a vida pessoal, quatro enfermeiras assim se expressaram:

"Não misturo trabalho com vida pessoal." (E 63)

"O meu trabalho eu deixo no ambiente de trabalho, não levo problemas para dentro de casa." (E 122)

"Porque eu me programo para tudo." (E 78)

"Procuro separar as coisas. Até hoje, no decorrer da minha vida, não tive nada que me abalasse." (E 143)

Das enfermeiras que apontaram que o trabalho influencia a vida particular positivamente, 50 (98,0%) justificaram suas respostas. Das que apontaram influências negativas, 68 (98,5%) explicaram porquê; e todas enfermeiras que apontaram que o trabalho influencia a vida particular positiva e negativamente justificaram suas respostas. A partir dos discursos explicativos, os temas que emergiram e alguns discursos mais significativos estão relacionados nos Quadros 12 e 13.

Quadro 12 – Temas emergentes às respostas afirmativas, de caráter positivo, dadas à questão "Seu trabalho influencia sua vida particular?" São Paulo, 2004.

<p>"Seu trabalho influencia sua vida particular?"</p> <p>Sim, positivamente porque... (n = 74*)</p>	
<p>▪ As experiências profissionais geram equilíbrio pessoal e valorização da vida (n = 27)</p> <p>"Tiro muitos exemplos de vida." (E 74)</p> <p>"A cada dia que passa, a cada caso novo que eu venho a conhecer, percebo o quanto é importante estar com a família, valorizar os momentos felizes e infelizes que vivemos." (E 51)</p> <p>"A cada dia sinto que os meus problemas se tornam tão pequenos em vista das pessoas que lutam pela vida, e me sinto cada vez mais forte para enfrentar as dificuldades." (E 124)</p> <p>"A vida em toda sua plenitude se torna muito mais importante e vivê-la bem a cada minuto é uma dádiva, e aqui nós presenciamos muita gente lutando pela vida." (E 95)</p> <p>"Encaro essa experiência como uma lição de valorização do que tive e não sabia dar valor." (E 132)</p>	

"Seu trabalho influencia sua vida particular?"**Sim, positivamente porque... (n = 74*)**

"Damos mais valor à coisas simples (como o simples fato de poder comer)." (E 111)

"Costumo ter mais paciência ao enfrentar problemas insolúveis, sou mais obstinado por preferir a "vida" do que a "morte" (trabalho com potencial forte de tentativas de suicídio)." (E 103)

"Conseguimos ver o "ser humano", no que uma pessoa se transforma adquirindo uma doença que necessite de UTI. Nos tornamos mais humanas. Aproveito mais a minha vida agora. CARPE DIEM." (E 178)

▪ **O trabalho é fonte de realização e satisfação (n = 19)**

"Eu adoro trabalhar na UTI, estou realmente satisfeita, não consigo me ver em outro local ou setor." (E 16)

"Tenho um papel, tenho uma ocupação, exerço a profissão que escolhi. É através do meu trabalho que realizo meus objetivos pessoais, materiais e realização como ser humano." (E 60)

"...É positivo porque gosto do que faço, ou seja, gosto de ser enfermeira de UTI." (E 129)

"Neste momento, meu trabalho é a única realização pessoal que já tive, apesar das dificuldades que existem nesta instituição." (E 163)

"Gosto muito do que faço, me sinto realizada como enfermeira de UTI." (E 199)

▪ **Aspecto financeiro (n = 16)**

"Faz com que a remuneração seja próxima ao ideal para os trabalhadores brasileiros e, em tempos de crise (quase sempre) temos que nos sentir felizes por poder trabalhar e ser remunerado adequadamente." (E 162)

"Apesar do salário ser menor que outros hospitais, tem sido benção para o meu sustento e dou graças à Deus por ele." (E 59)

"Preciso trabalhar para o meu próprio sustento e me dá uma qualidade de vida melhor." (E 77)

"Me proporciona estabilidade financeira." (E 193)

▪ **Aplica experiências da vida profissional na vida pessoal e no meio social (n = 7)**

"Pois já tive que atuar em minha vizinhança e com familiares." (E 105)

"Adquiro conhecimentos que me ajudam a beneficiar amigos e familiares, e a mim própria..." (E 113)

"Através dos conhecimentos adquiridos nesta UTI, consigo orientar familiares e pessoas próximas para prevenção de acidentes domésticos

“Seu trabalho influencia sua vida particular?” Sim, positivamente porque... (n = 74*)	
	relacionados com queimaduras.” (E 145)
▪	O trabalho estimula o desenvolvimento acadêmico (n = 3) “... Como aqui é um hospital-escola me facilita no estudo, estou sempre buscando e aprendendo e isso particularmente me preenche.” (E 28) “Apesar das dificuldades enfrentadas no ambiente de trabalho, o fato de estar trabalhando naquilo que gosto, em uma instituição que favorece o ensino e é reconhecida, é muito gratificante.” (E 75) “Me estimula a estudar.” (E 165)
▪	Partilha vivências profissionais na vida conjugal (n = 2) “Meu marido também é da área e podemos discutir vários aspectos.” (E 15) “O meu esposo está ingressando na área de saúde e então sinto-me motivada a discutir novos conceitos, a ensinar e a aprender mais a cada dia.” (E 94)

* As respostas ambivalentes também foram somadas

Nota: o *n* total não é o mesmo que os *n* parciais porque algumas respostas geraram mais de um tema

Os temas que emergiram das respostas que apontaram as influências negativas do trabalho sobre a vida particular são apresentados a seguir, no Quadro 13.

Quadro 13 – Temas emergentes às respostas afirmativas, de caráter negativo, dadas à questão “Seu trabalho influencia sua vida particular?” São Paulo, 2004.

“Seu trabalho influencia sua vida particular?” Sim, negativamente porque... (n = 92*)	
▪	Sente cansaço, falta de energia física, mental e emocional (n = 30) “Pela sobrecarga de trabalho ao final do dia você fica exausto e deixa de fazer algumas coisas que poderiam ser feitas pela sua família.” (E 35) “A sobrecarga de trabalho é grande e isso causa um cansaço físico e emocional, fazendo com que eu não sinta vontade de fazer nada, somente descansar no tempo livre (folga).” (E 65)

"Seu trabalho influencia sua vida particular?"**Sim, negativamente porque... (n = 92*)**

"Ultimamente ando muito cansada. Se eu pudesse, gostaria de me aposentar, mas ainda não tenho tempo para isso." (E 86)

"Devido à falta de funcionários na instituição, acaba sobrecarregando nós e com tudo nos leva a ter uma vida atribulada, cansadas e sem ânimo para desfrutar de nossas particularidades." (E 93)

▪ **A jornada e os turnos de trabalho determinam dificuldades na vida particular e insatisfação** (n = 28)

"Demasiados plantões aos finais de semana, carga horária semanal pesada (45 hs/semana), remuneração defasada." (E 12)

"Nem sempre você consegue folgar quando tem um programa legal." (E 7)

"Na maioria das vezes, deixamos de ter nossas folgas no dia em que necessitamos para resolvermos nossos problemas pessoais." (E 53)

"Os horários são muito complicados." (E 162)

"Acho pouco nº de folgas, isso me priva de poder viver mais próxima da minha família e a minha vida." (E 169)

"Tenho 1 filho pequeno e não tenho "babá" para os finais de semana, quando estou de plantão, gerando uma certa angústia." (E 186)

▪ **Não consegue se "desligar" dos problemas e dificuldades vivenciados no trabalho, transfere para a vida pessoal** (n = 23)

"Quando ocorrem situações desagradáveis, nem sempre conseguimos deixar isso no trabalho." (E 2)

"... Não consigo me desligar dos problemas e dificuldades vividos no trabalho." (E 3)

"Devido ser uma unidade estressante, você acaba irritado no final do plantão, tornando sua vida particular uma continuidade dos problemas vivenciados no hospital." (E 30)

"Os eventos adversos repetitivos provocam desgastes que são transferidos para a vida pessoal, geram desmotivação para outras atividades e/ou desequilíbrios na vida pessoal." (E 50)

"Fico chateada com os óbitos. Com o excesso de trabalho, me sinto cansada e sugada pelo Hospital. Ao chegar em casa não me sinto viva..." (E 121)

▪ **O trabalho gera tensão e estresse** (n = 14)

"Estou muito nervosa ultimamente, não consigo mais lidar com as pessoas fora da UTI, fiquei mais intolerante, tenho tido dores pelo corpo e fiquei

"Seu trabalho influencia sua vida particular?"**Sim, negativamente porque... (n = 92*)**

com a saúde mais abalada." (E 64)

"Chego em casa tensa e exausta." (E 144)

"Me deixa tensa, frustrada e irrequieta com o atual descontentamento que sinto." (E 179)

▪ **Falta tempo para as atividades pessoais** (n = 12)

"Às vezes não tenho tempo para assistir minha família, amigos, etc." (E 10)

"Não tenho tempo e disposição para atividades sociais comuns..." (E 17)

"Não consigo tempo para realizar outras atividades e lazer..." (E 47)

"Em relação ao tempo para estudar." (E 49)

"Trabalho em 2 hospitais portanto não tenho tempo com "qualidade" para minha família, tenho 3 filhos." (E 103)

"O lado negativo é que nunca temos tempo para nós mesmas." (E 129)

▪ **O desempenho está abaixo das próprias expectativas** (n = 3)

"Porque tenho a impressão de que não executo minha função como gostaria de fazê-la." (E 1)

"Quando saio do trabalho, depois de uma jornada de plantão sobrecarregada, fico preocupada, com receio de ter deixado algo para trás." (E 135)

"Após o trabalho vem aquela sensação que você só apagou o fogo e não conseguiu desempenhar adequadamente a função..." (E 173)

▪ **O trabalho pode desencadear tristeza e depressão** (n = 2)

"O dia a dia da UTI pode nos deixar deprimidas, vivenciando tristezas todos os dias." (E 52)

"... apesar de muitos anos já trabalhando aqui, ainda me surpreendo quando acontece óbito daquele determinado paciente que eu gostava, e acabo ficando triste várias horas do dia." (E 91)

* As respostas ambivalentes também foram somadas

Nota: o n total não é o mesmo que os n parciais porque algumas respostas geraram mais de um tema

A maioria das respostas à questão **"Sua vida particular influencia o seu trabalho?"** foram negativas (59,3%) e justificadas, como:

"Na maioria das vezes porém, algumas vezes ocorrem cobranças por parte da família (presença, participação)." (E 35)

"Distrai, descansa, dá ânimo e sentido para a atividade que desempenho." (E 20)

"Eu procuro me desligar, somente quando estou com problema financeiro." (E 124)

"Porque procuro me programar para tudo." (E 78)

"Eu procuro separar os problemas familiares do profissional." (E 143)

As distribuições das respostas estão sumarizadas na Tabela 4, a seguir.

Tabela 4 – Distribuição das enfermeiras segundo resposta dada à questão "Sua vida particular influencia o seu trabalho?" São Paulo, 2004.

Respostas	n	%
Não	112	59,3
Sim, positivamente	47	24,9
Sim, negativamente	22	11,6
Sim, positiva e negativamente	8	4,2
Total	189	100

A análise dessa questão foi realizada através das respostas que justificaram a opção das enfermeiras: 6 justificaram que a vida particular não influencia o trabalho, 46 reconheceram influências positivas, 22 apontaram as influências negativas e 8 apontaram influências positivas e negativas.

Na análise das respostas afirmativas, de conteúdo positivo, um grande tema emergiu: **O equilíbrio na vida particular gera equilíbrio no trabalho** (n = 44, 81,5%). A seguir, são relacionados alguns discursos que caracterizaram esse tema:

"A alegria que trago de casa muitas vezes me ajuda a superar momentos difíceis no trabalho." (E 5)

"Eu trago educação e religiosidade para a convivência com a equipe de trabalho." (E43)

"Me sinto feliz, o que faz o meu dia a dia mais fácil." (E52)

"Quando a vida particular está satisfatória, o trabalho torna-se prazeroso, com melhor qualidade e rendimento." (E145)

"Por estar estabilizada na vida pessoal, me dedico melhor a minha vida profissional. Mesmo quando estou com problemas evito associa-los ao meu serviço. Na realidade, enquanto profissional tento e, muitas vezes consigo, esquecer os fatos negativos." (E 196)

Uma das enfermeiras expressou uma experiência particular que aplicou na vida profissional:

"Recentemente tive a oportunidade de trocar os papéis, de enfermeira passei a ser um familiar aflito, inseguro, carente, que assistia a morte de um ente querido sem poder fazer nada. Fiquei muito mais sensível às questões familiares na UTI." (E 178).

Das respostas que apontaram a vida particular influenciando negativamente o trabalho, três temas emergiram, evidenciados no Quadro 14.

Quadro 14 – Temas emergentes às respostas afirmativas, de caráter negativo, dadas à questão "Sua vida particular influencia o seu trabalho?" São Paulo, 2004.

"Sua vida particular influencia o seu trabalho?" "Sim, negativamente porque..." (n = 30*)	
▪	Os problemas pessoais geram dificuldades no trabalho (n = 26)
	"Quando temos problemas pessoais nem sempre conseguimos deixá-los em casa." (E 2)
	"Quando algo de ruim me acontece muitas vezes é difícil não trazer os problemas para o trabalho." (E 55)

"Sua vida particular influencia o seu trabalho?"**"Sim, negativamente porque..." (n = 30*)**

"Porque é recíproco, se não estou satisfeita com a vida, passo a negatividade para minha vida produtiva." (E 79)

"Quando estamos com algum problema difícil, querendo ou não ficamos com o pensamento dividido." (E 80)

"Existe uma dificuldade real de separar as coisas, o cruzar de preocupações atrapalha." (E 103)

"Pois quando estou triste, devido a algum desentendimento familiar, isto não é controlável, acho difícil que alguém separe problemas de casa com o trabalho, a gente tenta." (E 105)

"Sou um todo, se algo não vai bem na minha casa, como posso ficar bem no serviço?" (E 121)

- **Chega ao trabalho cansada** (n = 2)

"Também chego ao serviço cansada devido ao "2º turno em casa": mãe, esposa, companheira, dona de casa." (E147)

"Cansaço físico. Muitas atividades, vida social noturna por vezes torna o plantão mais cansativo." (E 178)

- **Algumas dificuldades da vida particular impedem maior envolvimento profissional** (n = 2)

"Quando meus filhos adoecem preciso pegar licença; também não tenho tempo extra para disponibilizar para o hospital para cursos, reuniões, dobrar plantão, etc." (E 21)

"O morar longe faz com que eu não me dedique como gostaria ao estudo e a mais participações no hospital (atividades, grupos de estudo, aulas)." (E 182)

* As respostas ambivalentes também foram somadas

Nota: o n total não é o mesmo que os n parciais porque algumas respostas geraram mais de um tema

4.4. Satisfação Profissional

4.4.1. A importância atribuída aos componentes

As matrizes utilizadas para o cálculo dos Coeficientes de Ponderação dos Componentes, que estimam o nível de importância atribuída a cada componente, são apresentados no ANEXO 7.

Os resultados obtidos através dessa análise são apresentados no Quadro 15, que relaciona os componentes por ordem de importância atribuída.

Quadro 15 – Coeficientes de Ponderação dos Componentes do ISP, obtidos através das respostas das Comparações Pareadas. São Paulo, 2004.

Componente	Coeficiente de Ponderação do Componente
Autonomia	3,222
Interação	2,835
Remuneração	2,661
Status Profissional	2,222
Requisitos do Trabalho	2,160
Normas Organizacionais	1,899

Através do Quadro 15, verifica-se que o componente considerado mais importante pelas enfermeiras, na sua satisfação profissional, foi Autonomia. Inversamente, o componente Normas organizacionais destacou-se como aquele ao qual foi atribuída menor importância.

4.4.2. A satisfação profissional percebida

Previamente à apresentação dos níveis de satisfação, calculados através da escala de atitudes, julgou-se oportuna a apresentação da distribuição das respostas aos itens, por domínios, objetivando uma análise situacional dos padrões de respostas das enfermeiras. Ressalta-se que as frequências de respostas aos diferentes níveis de concordância ou discordância foram agrupadas em duas categorias: **concordo** e **discordo**, com vistas a uma melhor compreensão dos resultados. As respostas **neutras** foram assim mantidas. Os Quadros 16 a 22, apresentados na sequência, mostram as distribuições das respostas.

Quadro 16 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de concordância quanto aos itens do componente Autonomia. São Paulo, 2004.

AUTONOMIA		Concordo	Neutra	Discordo	total
7. Eu sinto que sou supervisionada(o) mais diretamente ("de perto") do que é necessário.	n	49	25	116	190
	%	25,79	13,16	61,06	100
13. Eu sinto que tenho participação suficiente no planejamento da assistência para cada um dos meus pacientes.	n	143	8	39	190
	%	75,26	4,21	20,52	100
17. Eu tenho muitas responsabilidades e pouca autoridade.	n	129	22	39	190
	%	67,89	11,58	20,52	100
20. Em meu serviço, minha(s) chefia(s) toma(m) todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre meu próprio trabalho.	n	117	12	61	190
	%	61,58	6,32	32,11	100
26. No meu trabalho, uma grande dose de independência é permitida ou exigida de mim.	n	49	60	81	190
	%	25,79	31,58	42,63	100
30. Algumas vezes sinto-me frustrada(o) porque todas as minhas atividades parecem ser pré-programadas para mim.	n	86	26	78	190
	%	42,57	13,68	41,05	100
31. No meu trabalho, algumas vezes tenho que fazer algumas coisas que vão contra meu melhor julgamento profissional.	n	117	11	62	190
	%	61,58	5,79	32,63	100

AUTONOMIA		Concordo	Neutra	Discordo	total
43. Em meu trabalho, tenho liberdade para tomar decisões importantes, que considero apropriadas, e conto com minha(s) chefia(s) para me apoiar.	n	65	20	105	190
	%	34,21	10,53	55,26	100

Através do Quadro 16 verifica-se que o item 26 apresentou um número expressivo de respostas neutras (31,58%) e o item 30 apresentou uma distribuição relativamente eqüitativa entre *concordo* e *discordo*. Também se destaca a elevada concordância (75,26%) ao item 13. Os demais itens apresentaram padrões de respostas predominantes de concordância ou discordância de 55,0 a 70,0%.

Quadro 17 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de concordância quanto aos itens do sub-componente Interação com equipe médica. São Paulo, 2004.

INTERAÇÃO COM EQUIPE MÉDICA		Concordo	Neutra	Discordo	total
6. Em minha unidade, os médicos geralmente cooperam com a equipe de enfermagem.	n	84	23	83	190
	%	44,21	12,11	43,69	100
19. Em minha unidade, há muito trabalho em equipe entre enfermeira(o)s e médicos.	n	83	19	88	190
	%	43,68	10	46,31	100
35. Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem.	n	159	9	22	190
	%	83,68	4,74	11,58	100
37. Os médicos deste hospital geralmente compreendem e apreciam o que a equipe de enfermagem faz.	n	85	10	95	190
	%	44,74	5,26	50	100
39. Os médicos desse hospital subestimam demais a equipe de enfermagem.	n	115	13	62	190
	%	60,52	6,84	32,63	100

Pelos dados apresentados no Quadro 17, observa-se que os itens 6, 19 e 37 apresentaram freqüências de respostas semelhantes nos pólos opostos e o item 35 apresentou concordância elevada (83,68%).

Segue-se a apresentação dos resultados referentes ao sub-componente Interação com a Equipe de Enfermagem, pelo Quadro 18.

Quadro 18 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de concordância quanto aos itens do sub-componente Interação com equipe de enfermagem. São Paulo, 2004.

INTERAÇÃO COM EQUIPE DE ENFERMAGEM			Concordo	Neutra	Discordo	total
3.	Em meu serviço, o pessoal da enfermagem se dispõe, e se ajudam uns aos outros, quando “as coisas estão corridas”.	n	129	14	47	190
		%	67,89	7,37	24,74	100
10.	Em minha unidade, é difícil para a(o)s enfermeira(o)s nova(o)s sentirem-se “à vontade”.	n	118	10	62	190
		%	62,1	5,26	32,63	100
16.	Em meu serviço, existe muito trabalho em equipe e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem.	n	107	11	72	190
		%	56,31	5,79	37,9	100
23.	Em meu serviço, o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria.	n	75	20	95	190
		%	39,48	10,53	50,0	100
28.	Em minha unidade há muita “distinção de posições”: a(o)s enfermeira(o)s raramente “misturam-se” com aqueles de menor experiência ou diferentes tipos de formação educacional.	n	33	11	146	190
		%	17,37	5,79	76,84	100

Verifica-se, pelo Quadro 18, que o item 28 apresentou elevado grau de discordância (76,84%). Os demais itens tiveram respostas predominantes (de 50,0 a 70,0%) em algum dos pólos.

Quadro 19 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de concordância quanto aos itens do componente Requisitos do Trabalho. São Paulo, 2004.

REQUISITOS DO TRABALHO			Concordo	Neutra	Discordo	total
4.	Neste hospital, o pessoal da enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático.	n	115	10	60	190
		%	60,52	5,26	31,57	100
15.	Eu acho que poderia realizar um trabalho melhor se não tivesse tanto o quê fazer, o tempo todo.	n	149	14	32	190
		%	78,42	7,37	16,85	100
22.	Eu estou satisfeita(o) com os tipos de atividades que realizo no meu trabalho.	n	117	14	59	190
		%	61,58	7,37	31,06	100

REQUISITOS DO TRABALHO		Concordo	Neutra	Discordo	total
24. Eu tenho tempo suficiente e oportunidades para discutir os problemas da assistência ao paciente com outros membros da equipe de enfermagem.	n	42	6	142	190
	%	22,1	3,16	74,74	100
29. Eu tenho tempo suficiente para a assistência direta ao paciente.	n	82	4	104	190
	%	43,17	2,11	54,73	100
36. Eu poderia prestar uma assistência muito melhor se tivesse mais tempo com cada paciente.	n	171	6	13	190
	%	90,0	3,16	6,84	100

Pela observação do Quadro 19, destacam-se as elevadas frequências de respostas aos itens 15 (78,42%), 24 (74,74%) e 36 (90,0%), que tratam, principalmente, do dimensionamento de tempo e de atividades.

Quadro 20 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de concordância quanto aos itens do componente Remuneração. São Paulo, 2004.

REMUNERAÇÃO		Concordo	Neutra	Discordo	total
1. Meu salário atual é satisfatório	n	87	7	96	190
	%	45,79	3,68	50,53	100
8. Tenho a impressão que grande parte do pessoal de enfermagem desse hospital está insatisfeito com seu salário.	n	111	11	68	190
	%	58,42	5,79	35,79	100
14. Considerando o que é esperado do pessoal do serviço de enfermagem, neste hospital o salário que recebemos é razoável.	n	63	12	115	190
	%	33,16	6,32	60,53	100
21. Neste hospital, o índice atual de reajuste salarial do pessoal de enfermagem não é satisfatório.	n	149	17	24	190
	%	78,43	8,95	12,63	100
32. Do que eu ouço sobre o pessoal de enfermagem de outros hospitais, neste hospital nossa remuneração é justa.	n	73	16	101	190
	%	38,42	8,42	53,16	100
44. Neste hospital, se faz necessário um reajuste de salários para o pessoal de enfermagem.	n	151	18	21	190
	%	79,47	9,47	11,06	100

Pelos dados apresentados no Quadro 20, observa-se que o item 1 apresentou uma distribuição relativamente equitativa entre os opostos e que os itens 21 e 44 apresentaram elevados graus de concordância (78,43% e 79,47%, respectivamente).

Quadro 21 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de concordância quanto aos itens do componente Status Profissional. São Paulo, 2004.

STATUS PROFISSIONAL		Concordo	Neutra	Discordo	total
2. A Enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante.	n	129	10	51	190
	%	67,9	5,26	26,84	100
9. A maioria das pessoas reconhece a importância da assistência de enfermagem aos pacientes hospitalizados.	n	103	7	80	190
	%	54,21	3,68	42,1	100
11. Em minha mente, não tenho dúvidas: o que eu faço em meu trabalho é realmente importante.	n	178	6	6	190
	%	93,68	3,16	3,16	100
27. O que eu faço em meu trabalho realmente não acrescenta nada significativo.	n	17	9	164	190
	%	8,95	4,74	86,32	100
34. Eu me sinto orgulhosa(o) quando falo com outras pessoas sobre o que eu faço no meu trabalho.	n	148	13	29	190
	%	77,89	6,84	15,26	100
38. Se eu tivesse que decidir tudo outra vez, ainda assim eu entraria na Enfermagem.	n	126	17	47	190
	%	66,32	8,95	24,73	100
41. Meu trabalho, em particular, realmente não requer muita habilidade ou conhecimento específico.	n	8	2	180	190
	%	4,21	1,05	94,73	100

Verifica-se pelo Quadro 21 que os itens 11, 27, 34 e 41 apresentaram percentual elevado de respostas (> 75,0%) em um dos pólos. Esse comportamento de predomínio de respostas também ficou evidente em relação ao componente Normas Organizacionais, como pode ser observado pelo Quadro 22, a seguir.

Quadro 22 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de concordância quanto aos itens do componente Normas Organizacionais. São Paulo, 2004.

NORMAS ORGANIZACIONAIS		Concordo	Neutra	Discordo	total
5. Em meu hospital, a equipe de enfermagem tem controle suficiente sobre a programação de seu próprio turno de trabalho.	n	95	19	76	190
	%	50,0	10,0	40,0	100
12. Existe uma grande lacuna entre a administração deste hospital e os problemas diários do serviço de enfermagem.	n	131	23	36	190
	%	68,95	12,11	18,95	100
18. Neste hospital não existem oportunidades suficientes de promoção para o pessoal de enfermagem.	n	141	13	36	190
	%	74,21	6,84	18,95	100
25. Existem muitas oportunidades para a equipe de enfermagem participar do processo de tomada de decisões administrativas.	n	27	10	153	190
	%	14,21	5,26	80,53	100
33. Neste hospital, as decisões administrativas interferem muito na assistência ao paciente.	n	102	20	68	190
	%	53,68	10,53	35,79	100
40. Eu tenho todo o poder que quero no planejamento de normas e procedimentos deste hospital e da minha unidade.	n	21	14	155	190
	%	11,05	7,37	81,57	100
42. A(s) chefia(s) de enfermagem geralmente consulta(m) a equipe nos problemas diários e procedimentos.	n	71	12	107	190
	%	37,37	6,32	56,31	100

Através dos dados apresentados no Quadro 22, destaca-se a elevada frequência de respostas (> 74,0%) aos itens 18, 25 e 40.

Segundo os procedimentos já descritos no Capítulo “Casuística e Método”, após a exclusão dos itens considerados inconsistentes, na análise da confiabilidade, os resultados encontrados a partir da escala de atitudes do ISP, que identifica o nível de satisfação percebido, são apresentados no Quadro 23, em ordem decrescente.

Quadro 23 – Escores dos componentes do ISP calculados através da Escala de Atitudes, em ordem decrescente. São Paulo, 2004.

Componente	Escore Total do Componente	Escore Médio do Componente
Status Profissional	29,90	5,98
<i>Interação com a Equipe de Enfermagem</i>	13,49	4,50
Interação (Geral)	28,36	4,05
Autonomia	25,91	3,70
<i>Interação com a Equipe Médica</i>	16,96	3,39
Remuneração	18,57	3,09
Requisitos do Trabalho	18,28	3,05
Normas Organizacionais	20,87	2,98
Escore Total da Escala: 141,89	Escore Médio da Escala: 3,76	

Ao se comparar a ordem hierárquica dos componentes, quanto aos níveis de importância e satisfação, percebe-se que existem incongruências e estas têm impacto sobre o nível de satisfação dito real. A Figura 3 ilustra as diferenças identificadas.

Figura 3 – Representação dos componentes do ISP, segundo nível de importância atribuída e nível de satisfação identificado, considerando-se os limites de variação dos escores. São Paulo, 2004.

4.4.3. O nível de satisfação profissional

O nível real de satisfação profissional é uma medida ponderada entre o quanto de importância a enfermeira atribuiu aos componentes e o quanto ela percebeu-se satisfeita em relação a eles.

Os escores obtidos para o cálculo do ISP propriamente dito são apresentados no Quadro 24.

Quadro 24 – Escores numéricos utilizados para o cálculo do ISP e variações possíveis. São Paulo, 2004.

Componente	Coefficiente de Ponderação de Componente	Escore do Componente da Escala	Escore Médio do Componente da Escala	Escore de Componente Ajustado
Autonomia	3,222	25,91	3,70	11,920
Interação	2,835	28,36	4,05	11,505
Normas Organizacionais	1,899	20,87	2,98	5,662
Remuneração	2,661	18,57	3,09	8,231
Requisitos do Trabalho	2,160	18,28	3,05	6,580
Status Profissional	2,222	29,9	5,98	13,277
Escore Total da Escala: 141,89 (variação: 44 – 308)				
Escore Médio da Escala: 3,81 (variação: 1 – 7)				
Índice de Satisfação Profissional: 9,53 (variação: 0,9 – 37,1)				

A interpretação dos escores apresentados no Quadro 24 permitiu a classificação dos componentes, segundo nível real de satisfação, conforme a Figura 4 ilustra.

Figura 4 – Classificação dos componentes do ISP, por ordem de satisfação. São Paulo, 2004.

4.5. Qualidade de Vida

Como o IQV total é uma medida ponderada entre a satisfação percebida e a importância atribuída aos diferentes domínios da vida, considerou-se relevante a apresentação das frequências de respostas, por itens, e das médias, por domínio, antes do cálculo do IQV propriamente dito. Os Quadros 25 a 32 resumizam esses resultados.

Quadro 25 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de satisfação com os itens do domínio Saúde e Funcionamento. São Paulo, 2004.

QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITA(O) COM:		Muito insatisfeita(o)	Moderadamente insatisfeita(o)	Pouco insatisfeita(o)	Pouco satisfeita(o)	Moderadamente satisfeita(o)	Muito satisfeita(o)	Sem resposta	
		1	2	3	4	5	6		total
1. Sua saúde?	n	12	27	13	24	60	54		190
	%	6,3	14,2	6,8	12,6	31,6	28,4		100
2. O cuidado que você tem com a sua saúde?	n	25	18	19	44	60	23	1	190
	%	13,2	9,5	10,0	23,2	31,6	12,1	0,5	100
3. A intensidade de dor que você sente?	n	22	22	23	35	45	34	9	190
	%	11,6	11,6	12,1	18,4	23,7	17,9	4,7	100
4. A energia que você tem para as atividades diárias?	n	19	14	19	37	55	42	4	190
	%	10,0	7,4	10,0	19,5	28,9	22,1	2,1	100
5. Sua capacidade para se cuidar sem ajuda de outra pessoa?	n	6	10	13	19	49	89	4	190
	%	3,2	5,3	6,8	10,0	25,8	46,8	2,1	100
6. O controle que você tem sobre sua vida?	n	13	10	10	24	51	79	3	190
	%	6,8	5,3	5,3	12,6	26,8	41,6	1,6	100
7. Sua possibilidade de viver tanto quanto você gostaria?	n	16	16	17	32	65	43	1	190
	%	8,4	8,4	8,9	16,8	34,2	22,6	0,5	100
11. Sua vida sexual?	n	29	8	14	22	52	54	11	190
	%	15,3	4,2	7,4	11,6	27,4	28,4	5,8	100
16. Sua capacidade para se responsabilizar pela família?	n	12	8	7	21	65	75	2	190
	%	6,3	4,2	3,7	11,1	34,2	39,5	1,1	100

QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITA(O) COM:		Muito insatisfeita(o)	Moderadamente insatisfeita(o)	Pouco insatisfeita(o)	Pouco satisfeita(o)	Moderadamente satisfeita(o)	Muito satisfeita(o)	Sem resposta	
		1	2	3	4	5	6		total
17. O quanto você é útil para os outros?	n	6	8	11	23	75	66	1	190
	%	3,2	4,2	5,8	12,1	39,5	34,7	0,5	100
18. A quantidade de preocupações em sua vida?	n	27	19	29	32	59	23	1	190
	%	14,2	10,0	15,3	16,8	31,1	12,1	0,5	100
24. As suas atividades de lazer, de diversão?	n	39	19	23	38	44	26	1	190
	%	20,5	10,0	12,1	20,0	23,2	13,7	0,5	100
25. Suas possibilidades de ter um futuro feliz?	n	14	12	10	33	60	59	2	190
	%	7,4	6,3	5,3	17,4	31,6	31,1	1,1	100

Pelo Quadro 25 podem ser observados dados significativos no domínio Saúde e Funcionamento: 42,6% das enfermeiras apontaram níveis de *insatisfação* em relação às atividades de lazer e 15,3% consideraram-se *muito insatisfeitas* em relação à vida sexual. Outros dados relevantes referem-se ao cuidado com a própria saúde, com um número significativo de respostas nos níveis de *insatisfação* (32,7%) e *pouca satisfação* (23,2%); e com a quantidade de preocupações na vida, totalizando 39,5% nos níveis de *insatisfação* e 16,8% em *pouca satisfação*. Os aspectos que foram apontados como *muito satisfatórios*, por um número expressivo de enfermeiras, foram: capacidade para se cuidar sem ajuda de outros (46,8%) e o controle sobre a própria vida (41,6%).

Os resultados encontrados no domínio Social e Econômico foram relativamente uniformes, predominando nos níveis de *satisfação*, como pode ser observado no Quadro 26.

Quadro 26 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de satisfação com os itens do domínio Social e Econômico. São Paulo, 2004.

QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITA(O) COM:		Muito insatisfeita(o)	Moderadamente insatisfeita(o)	Pouco insatisfeita(o)	Pouco satisfeita(o)	Moderadamente satisfeita(o)	Muito satisfeita(o)	Sem resposta	
		1	2	3	4	5	6		total
13. Seus amigos?	n	6	8	11	26	67	67	5	190
	%	3,2	4,2	5,8	13,7	35,3	35,3	2,6	100
15. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	n	12	5	15	25	76	56	1	190
	%	6,3	2,6	7,9	13,2	40,0	29,5	0,5	100
19. Sua vizinhança?	n	14	13	21	36	65	36	5	190
	%	7,4	6,8	11,1	18,9	34,2	18,9	2,6	100
20. Sua casa, seu apartamento ou com o local onde você mora?	n	13	8	16	16	61	74	2	190
	%	6,8	4,2	8,4	8,4	32,1	38,9	1,1	100
21. Seu trabalho?	n	18	13	12	30	73	44		190
	%	9,5	6,8	6,3	15,8	38,4	23,2		100
22. Seu nível de escolaridade?	n	6	5	8	18	79	71	3	190
	%	3,2	2,6	4,2	9,5	41,6	37,4	1,6	100
23. A maneira como você administra o seu dinheiro?	n	23	5	15	33	66	46	2	190
	%	12,1	2,6	7,9	17,4	34,7	24,2	1,1	100

Dos resultados encontrados na escala de satisfação do domínio Psicológico e Espiritual, apresentados no Quadro 27, a seguir, destaca-se a frequência de respostas *muito satisfeita* no item fé em Deus (59,5%). As demais respostas concentraram-se, predominantemente, nos níveis de satisfação.

Quadro 27 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de satisfação com os itens do domínio Psicológico e Espiritual. São Paulo, 2004.

QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITA(O) COM:		Muito insatisfeita(o)	Moderadamente insatisfeita(o)	Pouco insatisfeita(o)	Pouco satisfeita(o)	Moderadamente satisfeita(o)	Muito satisfeita(o)	Sem resposta	
		1	2	3	4	5	6		total
26. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	n	19	9	18	28	59	57		190
	%	10,0	4,7	9,5	14,7	31,1	30,0		100
27. Sua fé em Deus?	n	7	6	6	20	38	113		190
	%	3,7	3,2	3,2	10,5	20,0	59,5		100
28. A realização de seus objetivos pessoais?	n	14	10	14	40	68	44		190
	%	7,4	5,3	7,4	21,1	35,8	23,2		100
29. Sua felicidade de modo geral?	n	9	11	14	32	72	52		190
	%	4,7	5,8	7,4	16,8	37,9	27,4		100
30. Sua vida de modo geral?	n	10	6	12	39	80	43		190
	%	5,3	3,2	6,3	20,5	42,1	22,6		100
31. Sua aparência pessoal?	n	17	13	16	42	65	37		190
	%	8,9	6,8	8,4	22,1	34,2	19,5		100
32. Você mesmo(a) de modo geral?	n	12	9	13	34	74	48		190
	%	6,3	4,7	6,8	17,9	38,9	25,3		100

Quanto à satisfação em relação ao domínio Família, apresentada no Quadro 28, um dado importante deve ser assinalado: o número de enfermeiras que não respondeu aos itens 9 e 12, que referem-se, respectivamente, à filhos (43,2%) e à cônjuge, namorado ou companheiro (12,6%). Também deve ser ressaltada a elevada frequência de respostas *muito satisfeita* quanto ao apoio emocional que recebe da família (46,3%).

Quadro 28 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de satisfação com os itens do domínio Família. São Paulo, 2004.

QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITA(O) COM:		Muito insatisfeita(o)	Moderadamente insatisfeita(o)	Pouco insatisfeita(o)	Pouco satisfeita(o)	Moderadamente satisfeita(o)	Muito satisfeita(o)	Sem resposta	
		1	2	3	4	5	6		total
8. A saúde de sua família?	n	16	11	13	29	58	58	5	190
	%	8,4	5,8	6,8	15,3	30,5	30,5	2,6	100
9. Seus filhos?	n	9	2	6	13	15	63	82	190
	%	4,7	1,1	3,2	6,8	7,9	33,2	43,2	100
10. A felicidade de sua família?	n	9	10	13	24	69	57	8	190
	%	4,7	5,3	6,8	12,6	36,3	30,0	4,2	100
12. Seu (sua) esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)?	n	19	11	12	16	47	61	24	190
	%	10,0	5,8	6,3	8,4	24,7	32,1	12,6	100
14. O apoio emocional que você recebe da sua família?	n	12	8	10	18	53	88	1	190
	%	6,3	4,2	5,3	9,5	27,9	46,3	0,5	100

Os Quadros 29 a 32, apresentados na sequência, mostram os resultados referentes às sub-escalas de importância do IQV.

Quadro 29 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de importância atribuída aos itens do domínio Saúde e Funcionamento. São Paulo, 2004.

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:		Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Sem resposta	
		1	2	3	4	5	6		total
1. Sua saúde?	n		2	2	4	18	164		190
	%		1,1	1,1	2,1	9,5	86,3		100
2. O cuidado que você tem com a sua saúde?	n	2	3	6	13	52	114		190
	%	1,1	1,6	3,2	6,8	27,4	60,0		100
3. Não ter dor?	n	1	3	5	12	15	153	1	190
	%	0,5	1,6	2,6	6,3	7,9	80,5	0,5	100
4. Ter energia suficiente para as atividades diárias?	n	1	2	1	3	30	153		190
	%	0,5	1,1	0,5	1,6	15,8	80,5		100

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:		Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Sem resposta	
		1	2	3	4	5	6		total
5. Cuidar-se sem ajuda de outra pessoa?	n			4	6	42	138		190
	%			2,1	3,2	22,1	72,6		100
6. Ter controle sobre sua vida?	n				3	18	168	1	190
	%				1,6	9,5	88,4	0,5	100
7. Viver tanto quanto você gostaria?	n				8	27	154	1	190
	%				4,2	14,2	81,1	0,5	100
11. Sua vida sexual?	n	6	1	2	8	31	134	8	190
	%	3,2	0,5	1,1	4,2	16,3	70,5	4,2	100
16. Responsabilizar-se pela família?	n	1	1	2	15	46	125		190
	%	0,5	0,5	1,1	7,9	24,2	65,8		100
17. Ser útil às outras pessoas?	n		1	1	5	60	123		190
	%		0,5	0,5	2,6	31,6	64,7		100
18. Não ter preocupações?	n	1	1	6	14	43	125		190
	%	0,5	0,5	3,2	7,4	22,6	65,8		100
24. Ter atividades de lazer, de diversão?	n		1	4	4	30	151		190
	%		0,5	2,1	2,1	15,8	79,5		100
25. Ter um futuro feliz?	n				5	10	175		190
	%				2,6	5,3	92,1		100

Pelo Quadro 29, pode-se verificar que as respostas predominaram em *muito importante*. Ressalta-se que o item que apresentou a maior frequência de respostas nesse nível de importância foi o que se refere a um futuro feliz (92,1%). Inversamente, o item que apresentou a menor frequência de respostas no nível *muito importante*, foi o item “cuidado com a saúde” (60,0%).

O Quadro 30 apresenta os resultados obtidos no domínio Social e Econômico.

Quadro 30 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de importância atribuída aos itens do domínio Social e Econômico. São Paulo, 2004.

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:		Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Sem resposta	
		1	2	3	4	5	6		total
13. Seus amigos?	n	1		2	9	58	119	1	190
	%	0,5		1,1	4,7	30,5	62,6	0,5	100
15. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	n	3	3	2	19	76	87		190
	%	1,6	1,6	1,1	10,0	40,0	45,8		100
19. Sua vizinhança?	n	13	15	22	37	53	48	2	190
	%	6,8	7,9	11,6	19,5	27,9	25,3	1,1	100
20. Sua casa, seu apartamento ou o local onde você mora?	n	2	1	4	8	49	126		190
	%	1,1	0,5	2,1	4,2	25,8	66,3		100
21. Seu trabalho?	n			1	5	31	153		190
	%			0,5	2,6	16,3	80,5		100
22. Seu nível de escolaridade?	n				4	30	156		190
	%				2,1	15,8	82,1		100
23. Ser capaz de administrar o seu dinheiro?	n		1	1	4	34	150		190
	%		0,5	0,5	2,1	17,9	78,9		100

Através do Quadro 30, verifica-se que as respostas não apresentaram uniformidade. Destaca-se que os níveis de importância atribuída ao item “vizinhança” foram os mais divergentes em relação aos demais. Outro dado relevante é a frequência de respostas ao item “nível de escolaridade”, considerado *muito importante* por 82,1% das enfermeiras.

Observa-se, pelo Quadro 31, que no domínio Psicológico e Espiritual, a paz de espírito e tranquilidade foram considerados os aspectos *mais importantes* por 94,2% das enfermeiras.

Quadro 31 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de importância atribuída aos itens do domínio Psicológico e Espiritual. São Paulo, 2004.

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:		Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Sem resposta	
		1	2	3	4	5	6		total
26. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	n			2	3	5	179	1	190
	%			1,1	1,58	2,6	94,2	0,5	100
27. Sua fé em Deus?	n		1		4	9	176		190
	%		0,5		2,1	4,7	92,6		100
28. Realizar seus objetivos pessoais?	n			3	2	18	167		190
	%			1,6	1,1	9,5	87,9		100
29. Sua felicidade de modo geral?	n				2	15	172		190
	%				1,1	7,9	90,5		100
30. Estar satisfeita(o) com a vida?	n	1	1	1	5	21	161		190
	%	0,5	0,5	0,5	2,6	11,1	84,7		100
31. Sua aparência pessoal?	n			2	7	49	131	1	190
	%			1,1	3,7	25,8	68,9	0,5	100
32. Ser você mesma(o)?	n			2	4	11	173		190
	%			1,1	2,1	5,8	91,1		100

O Quadro 31 também evidencia que o aspecto que apresentou menor frequência de respostas no nível *muito importante* foi aparência pessoal (68,9%).

As respostas de importância no domínio Família são apresentadas no Quadro 32, na sequência.

Quadro 32 – Distribuição das enfermeiras segundo grau de importância atribuída aos itens do domínio Família. São Paulo, 2004.

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:		Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Sem resposta	
		1	2	3	4	5	6		total
8. A saúde de sua família?	n	1	1		5	8	175		190
	%	0,5	0,5		2,6	4,2	92,1		100
9. Seus filhos?	n				4	4	107	75	190
	%				2,1	2,1	56,3	39,5	100
10. A felicidade de sua família?	n				1	13	175	1	190
	%				0,5	6,8	92,1	0,5	100
12. Seu (sua) esposo(a), namorado(a), ou companheiro (a)?	n	3	3	3	7	23	138	13	190
	%	1,6	1,6	1,6	3,7	12,1	76,6	6,8	100
14. O apoio emocional que você recebe da sua família?	n	1	1	2	7	40	138	1	190
	%	0,5	0,5	1,1	3,7	21,1	76,6	0,5	100

Destaca-se, pelo Quadro 32, que as maiores frequências de respostas concentraram-se no nível *muito importante* e que os aspectos saúde e felicidade da família foram considerados os mais importantes, com 92,1% de respostas, cada um. Evidencia-se, também, a quantidade de respostas ausentes aos itens 9 (filhos) e 12 (esposo, namorado ou companheiro): 39,5% e 6,8%, respectivamente.

O Quadro 33 sumariza os resultados obtidos através das sub-escalas do IQV, quanto aos domínios.

Quadro 33 – Escores médios das respostas aos itens do IQV, por domínio, segundo categoria de medida. São Paulo, 2004.

Domínio	Categoria de Medida	Média	E.P.M.
Saúde e Funcionamento	Satisfação	4,32	0,11
	Importância	5,66	0,05
Social e Econômico	Satisfação	4,60	0,10
	Importância	5,44	0,08
Psicológico e Espiritual	Satisfação	4,58	0,10
	Importância	5,83	0,03
Família	Satisfação	4,69	0,12
	Importância	5,78	0,04

Pelo Quadro 33, pode-se verificar que os escores de importância atribuída aos domínios do IQV foram mais elevados que os escores de satisfação percebida concluindo-se, portanto, que os níveis de satisfação não foram congruentes aos níveis de importância. Também pode-se verificar que o domínio que gerou maior satisfação foi o da Família assim como aquele, ao qual se atribuiu maior importância, foi o Psicológico e Espiritual. É importante retomar-se que, nessa etapa prévia ao cálculo, a variação possível de escores é 0 a 6, o último indicando maior satisfação ou maior importância.

Após os cálculos, previamente descritos, os resultados pertinentes ao Índice de Qualidade de Vida das enfermeiras são apresentados no Quadro 34.

Quadro 34 – Escores do IQV total e por domínio. São Paulo, 2004.

Domínio	Média	E.P.M.	Mínimo	Máximo
Saúde e Funcionamento	19,80	0,44	0,00	29,54
Social e Econômico	21,34	0,37	0,00	30,00
Psicológico e Espiritual	21,34	0,51	0,00	30,00
Família	21,96	0,47	0,00	30,00
IQV	20,82	0,40	0,00	29,61

Como pode-se verificar pelo Quadro 34, o domínio Saúde e Funcionamento foi o que apresentou a média mais baixa e o da Família, por outro lado, a média mais alta. Como a variação possível de escores é de 0 a 30, indicando menor e maior qualidade de vida, respectivamente, destaca-se que a média final do IQV ficou próxima a 75% do valor máximo (22,5).

4.6. Análise das Relações

A análise das associações entre os fenômenos de interesse foi um dos objetivos do presente estudo. Todas as associações foram calculadas através do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). As matrizes de correlação, devido à extensão, são apresentadas no Capítulo “Anexos”. A interpretação dos valores encontrados seguiu as diretrizes de Munro, Page (1993, p.181), no que se refere à análise da magnitude das correlações, assim especificadas:

0,00 — 0,25	muito baixa
0,26 — 0,49	baixa
0,50 — 0,69	moderada
0,70 — 0,89	alta
0,90 — 1,00	muito alta

4.6.1. Correlações entre o IQV e os Indicadores de Vida

O IQV total e seus domínios foram comparados aos Indicadores de Vida, Positivos e Negativos, isoladamente e em conjunto, e com as respostas à questão dois do instrumento de Percepções acerca da Vida e do Trabalho: “*Você se sente satisfeita com a sua vida?*” (ANEXO 8).

Os Indicadores Negativos de Vida apresentaram, sem exceção, correlações negativas com o IQV total e seus domínios e todos os Indicadores Positivos de Vida apresentaram correlações positivas, tomados isoladamente e como índice único.

As correlações moderadas ocorreram entre:

- IQV Total com os Indicadores de Vida, Positivos ($r = 0.518$, $p = 0.000$) e Negativos ($r = -0.513$, $p = 0.000$), quando tomados como índices únicos; e
- Domínio Psicológico e Espiritual com o índice dos Indicadores Negativos de Vida ($r = -0.512$, $p = 0.000$).

A maioria das correlações, mesmo com significância estatística, foram de baixa ou muito baixa magnitudes ($r < 0.400$). Ressaltam-se os Indicadores que apresentaram correlações no limite de baixas a moderadas ($r > 0.400$, $p = 0.000$):

- IQV Total com Satisfeita ($r = 0.458$, $p = 0.000$), Confiante ($r = 0.471$, $p = 0.000$) e Tranquila ($r = 0.409$, $p = 0.000$), assim como com a questão “Você se sente satisfeita com a sua vida?” ($r = 0.453$, $p = 0.000$);
- Domínio Saúde e Funcionamento com Satisfeita ($r = 0.427$, $p = 0.000$), Confiante ($r = 0.457$, $p = 0.000$) e com a questão “Você se sente satisfeita com a sua vida?” ($r = 0.411$, $p = 0.000$);
- Domínio Psicológico e Espiritual com Satisfeita ($r = 0.423$, $p = 0.000$), Confiante ($r = 0.461$, $p = 0.000$) e com a questão “Você se sente satisfeita com a sua vida?” ($r = 0.492$, $p = 0.000$);
- Indicadores Positivos de Vida (índice) com os domínios Saúde e Funcionamento ($r = 0.498$, $p = 0.000$), Social e Econômico ($r = 0.426$, $p = 0.000$), Psicológico e Espiritual ($r = 0.470$, $p = 0.000$), e Família ($r = 0.433$, $p = 0.000$); e
- Indicadores Negativos de Vida (índice) com os domínios Saúde e Funcionamento ($r = -0.474$, $p = 0.000$) e Família ($r = -0.440$, $p = 0.000$)

4.6.2. Correlações entre o IQV e os Indicadores de Trabalho

O IQV total e seus domínios foram comparados aos Indicadores de Trabalho, Positivos e Negativos, tomados isoladamente e como índices, e com as respostas às questões três, quatro e cinco do instrumento de Percepções acerca

da Vida e do Trabalho: “*Você se sente satisfeita com o seu trabalho?*”, “*Seu trabalho dá sentido à sua vida?*” e “*Você se sente satisfeita por trabalhar em UTI?*” (ANEXO 9).

Os Indicadores Negativos de Trabalho apresentaram correlações negativas com o IQV total e seus domínios, com exceção do indicador Desequilibrada que apresentou correlação, praticamente, nula.

Todas as correlações, mesmo com significância estatística, foram de baixa ou muito baixa magnitudes. As correlações próximas ao limite de moderadas ocorreram entre o índice dos Indicadores Negativos de Trabalho com o IQV ($r = -0.404$, $p = 0.000$) e com o domínio Saúde e Funcionamento ($r = -0.423$, $p = 0.000$).

4.6.3. Correlações entre o IQV e o ISP

O IQV total e seus domínios foram comparados ao ISP total e seus componentes e os resultados evidenciaram que as correlações, apesar de estatisticamente significativas, em grande parte, foram de baixa ou muito baixa magnitudes, como pode ser observado pelo Quadro 35, a seguir.

Quadro 35 – Correlações entre os domínios do IQV e os componentes do ISP. São Paulo, 2004.

		IQV total	Saúde e Funcionamento	Social e Econômico	Psicológico e Espiritual	Família
ISP total	Pearson	0,342	0,377	0,292	0,274	0,197
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,007
Autonomia	Pearson	0,289	0,327	0,214	0,237	0,171
	p-valor	0,000	0,000	0,003	0,001	0,019
Interação (Geral)	Pearson	0,371	0,383	0,313	0,324	0,249
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
Status Profissional	Pearson	0,313	0,325	0,271	0,296	0,163
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,025
Requisitos do Trabalho	Pearson	0,156	0,185	0,078	0,128	0,092
	p-valor	0,033	0,011	0,288	0,082	0,212
Normas Organizacionais	Pearson	0,169	0,198	0,212	0,085	0,074
	p-valor	0,021	0,007	0,004	0,248	0,316
Remuneração	Pearson	0,054	0,067	0,058	0,028	0,026
	p-valor	0,465	0,359	0,427	0,709	0,724

* Correlação significativa ao nível 0.01 (*2-tailed*).

** Correlação significativa ao nível 0.05 (*2-tailed*).

Todos os componentes do ISP apresentaram correlações estatisticamente significativas com os domínios do IQV, com exceção de:

- Componente Requisitos do Trabalho com domínio Social Econômico;
- Componente Normas Organizacionais com o domínio Psicológico e Espiritual; e
- Componente Remuneração em relação a todos os domínios do IQV.

4.6.4. Correlações entre o ISP e os Indicadores de Trabalho

O ISP total e seus componentes foram comparados aos Indicadores de Trabalho, Positivos e Negativos, tomados isoladamente e como índices, e com as respostas às questões três, quatro e cinco do instrumento de Percepções acerca da Vida e do Trabalho: “*Você se sente satisfeita com o seu trabalho?*”, “*Seu trabalho dá sentido à sua vida?*” e “*Você se sente satisfeita por trabalhar em UTI?*”. A matriz de correlação é apresentada no ANEXO 11.

A maioria das correlações apresentaram significância estatística porém, de baixa magnitude. Destaca-se que a única correlação moderada ocorreu entre o ISP e a questão “*Você se sente satisfeita com o seu trabalho?*” ($r = 0.523$, $p = 0.000$).

As correlações que ficaram no limite de baixas a moderadas ocorreram entre:

- ISP com índice dos Indicadores Positivos de Trabalho ($r = 0.446$, $p = 0.000$), indicador Feliz com o trabalho ($r = 0.425$, $p = 0.000$) e com o índice dos Indicadores Negativos de Trabalho ($r = -0.414$, $p = 0.000$);
- Componente Autonomia com a questão “*Você se sente satisfeita com o seu trabalho?*” ($r = 0.437$, $p = 0.000$); e
- Componente Normas Organizacionais com o indicador Feliz com o trabalho ($r = 0.411$, $p = 0.000$).

4.6.5. Correlações entre o ISP e os Indicadores de Vida

O ISP total e seus componentes foram comparados aos Indicadores de Vida, Positivos e Negativos, isoladamente e em conjunto, e com as respostas à questão dois do instrumento de Percepções acerca da Vida e do Trabalho: “*Você se sente satisfeita com a sua vida?*” (ANEXO 12).

Os resultados evidenciaram um número inexpressivo de correlações estatisticamente significativas, de baixa ou muito baixa magnitudes.

4.6.6. Correlações entre os Indicadores de Vida e os Indicadores de Trabalho

Os Indicadores de Vida e os Indicadores de Trabalho, Positivos e Negativos, foram comparados entre si, isoladamente e em conjunto (ANEXO 13) e as correlações foram, em sua maioria, estatisticamente significativas mesmo com baixa magnitude. As maiores ocorrências de correlações moderadas ou limítrofes de baixas a moderadas foram entre os conjuntos de indicadores positivos. Destacaram-se as correlações entre:

- Índice de Indicadores Positivos de Vida com índice de Indicadores Positivos de Trabalho ($r = 0.705$, $p = 0.000$); e
- Índice de Indicadores Negativos de Vida com índice de Indicadores Negativos de Trabalho ($r = 0.629$, $p = 0.000$).

4.7. Análise de Componentes Principais (ACP)

A ACP foi realizada através de dois procedimentos, que consideraram diferentes dimensões de dados, a seguir descritas.

4.7.1. Domínios do IQV

Para essa análise, consideraram-se os dados relativos aos domínios do IQV.

Os quatro domínios do IQV mostraram-se altamente correlacionados entre si, como pode ser observado na Tabela 5, abaixo.

Tabela 5 – Matriz de Correlação entre os domínios do IQV. São Paulo, 2004.

Domínios	Saúde e Funcionamento	Social e Econômico	Psicológico e Espiritual	Família
Saúde e Funcionamento		0,752** (p = 0,000)	0,804** (p = 0,000)	0,652** (p = 0,000)
Social e Econômico	0,752** (p = 0,000)		0,705** (p = 0,000)	0,607** (p = 0,000)
Psicológico e Espiritual	0,804** (p = 0,000)	0,705** (p = 0,000)		0,725** (p = 0,000)
Família	0,652** (p = 0,000)	0,607** (p = 0,000)	0,725** (p = 0,000)	

** Correlação significativa ao nível 0,01

Na ACP apenas um componente (fator) representou os quatro domínios, ponderando-os como mostram os dados da Tabela 6. Salienta-se que

não houve a necessidade de rotação de componentes, considerando-se que a matriz permitiu a interpretação dos dados, com um único componente.

Tabela 6 – Matriz de cargas obtida através da Análise de Componentes Principais dos domínios do IQV. São Paulo, 2004.

Domínios	Componente (fator)
	1
Saúde e Funcionamento	0,911
Social e Econômico	0,869
Psicológico e Espiritual	0,920
Família	0,840
Autovalor (<i>eigenvalue</i>)	3,139
Variância explicada	78,468%

Como pode-se verificar pela Tabela 6, o domínio Psicológico e Espiritual apresentou uma carga maior que os demais, permitindo inferir que é o domínio que mais discriminou as enfermeiras apesar de ter ficado muito próximo ao domínio Saúde e Funcionamento.

Também verifica-se pela Tabela 6 que esse único componente extraído correspondeu à 78,47% da variância total.

4.7.2. Componentes do ISP

Para essa análise, consideraram-se os dados relativos aos seis componentes do ISP, já ponderados.

Os seis componentes do ISP apresentaram correlações estatisticamente significativas entre si, porém, essas variaram de muito baixa a moderada magnitudes, como pode ser observado pela Tabela 7.

Tabela 7 – Matriz de Correlação entre os componentes do ISP. São Paulo, 2004.

Componentes	Autonomia	Interação	Status profissional	Requisitos do trabalho	Normas Organizacionais	Remuneração
Autonomia		0,536** (p = 0,000)	0,261** (p = 0,000)	0,375** (p = 0,000)	0,581** (p = 0,000)	0,081 (p = 0,268)
Interação	0,536** (p = 0,000)		0,312** (p = 0,000)	0,210** (p = 0,004)	0,393** (p = 0,000)	0,177* (p = 0,016)
Status profissional	0,261** (p = 0,000)	0,312** (p = 0,000)		0,117 (p = 0,109)	0,225** (p = 0,002)	0,141 (p = 0,054)
Requisitos do trabalho	0,375** (p = 0,000)	0,210** (p = 0,004)	0,117 (p = 0,109)		0,370** (p = 0,000)	0,219** (p = 0,003)
Normas Organizacionais	0,581** (p = 0,000)	0,393** (p = 0,000)	0,225** (p = 0,002)	0,370** (p = 0,000)		0,246** (p = 0,001)
Remuneração	0,081 (p = 0,268)	0,177* (p = 0,16)	0,141 (p = 0,054)	0,219** (p = 0,003)	0,246** (p = 0,001)	

** Correlação significativa ao nível 0,01

* Correlação significativa ao nível 0,05

Em relação aos escores do ISP, um componente (fator) não foi suficiente para discriminar as enfermeiras e foi necessário utilizar dois fatores, como mostram os dados da Tabela 8.

Tabela 8 – Matriz de cargas obtida através da Análise de Componentes Principais dos componentes do ISP. São Paulo, 2004.

Componentes	Componente (fator)	
	1	2
Autonomia	0,826	0,191
Interação	0,768	0,114
Status profissional	0,574	-0,012
Requisitos do trabalho	0,302	0,641
Normas Organizacionais	0,641	0,447
Remuneração	-0,056	0,848
Autovalor (<i>eigenvalue</i>)	2,507	0,980
Variância explicada	41,776%	16,327%

Método de Extração: Análise dos Componentes Principais

Método de Rotação: *Varimax* com Normalização Kaiser

Como pode-se verificar pela Tabela 8, na formação do primeiro fator, que é aquele que mais discrimina as enfermeiras, o componente Autonomia apresentou uma carga maior que os demais, permitindo inferir que é o componente que mais discriminou as enfermeiras. Destaca-se que apenas o segundo fator pôde discriminar Remuneração.

Também pode-se observar, pela Tabela 8, que os dois componentes extraídos corresponderam à 58,10% da variância total.

4.8. Análise dos Agrupamentos

Como previamente descrito, os grupos de enfermeiras foram identificados através de similaridades de comportamentos, simultaneamente, em

relação aos componentes do ISP e aos domínios do IQV. Essa análise resultou na identificação de quatro grupos.

O Quadro 36 sumariza os principais resultados obtidos através da análise dos escores do IQV e seus domínios, segundo grupos de enfermeiras identificados.

Quadro 36 – Descrição dos grupos de enfermeiras identificados através da Análise de Agrupamentos, segundo IQV e seus domínios. São Paulo, 2004.

Grupos IQV		Mínimo	Média	Máximo	Média Geral	E.P.M.	n
1	IQV	11,67	15,56	19,73	20,82	0,33	34
	Saúde e Funcionamento	4,62	14,67	23,50	19,80	0,67	
	Social e Econômico	11,14	16,78	25,00	21,34	0,52	
	Psicológico e Espiritual	5,14	15,10	23,07	21,34	0,71	
	Família	2,50	16,67	26,00	21,96	0,89	
2	IQV	15,10	20,08	24,31	20,82	0,22	54
	Saúde e Funcionamento	7,12	18,60	25,50	19,80	0,44	
	Social e Econômico	13,50	20,64	26,14	21,34	0,39	
	Psicológico e Espiritual	12,86	20,88	27,43	21,34	0,43	
	Família	10,00	22,07	28,13	21,96	0,53	
3	IQV	0,00	8,03	12,70	20,82	1,00	13
	Saúde e Funcionamento	0,00	7,40	14,65	19,80	1,26	
	Social e Econômico	0,00	12,35	18,86	21,34	1,84	
	Psicológico e Espiritual	0,00	4,56	9,64	21,34	0,84	
	Família	0,00	8,57	15,60	21,96	1,37	
4	IQV	22,26	25,29	29,61	20,82	0,20	86
	Saúde e Funcionamento	19,85	24,47	29,54	19,80	0,26	
	Social e Econômico	18,50	24,95	30,00	21,34	0,28	
	Psicológico e Espiritual	19,71	26,64	30,00	21,34	0,26	
	Família	12,00	26,01	30,00	21,96	0,37	

Os quatro grupos identificados se distinguiram em relação aos escores dos domínios do IQV, como pode ser observado pela Figura 5.

Figura 5 – Grupos de enfermeiras identificadas através da Análise de Agrupamentos, segundo domínios do IQV. São Paulo, 2004.

Observa-se, pelo Quadro 36 e pela Figura 5, que os quatro grupos se distinguiram não apenas pelos escores, mas também pela posição hierárquica dos domínios. O Grupo 4, o maior grupo (46,0% da amostra), apresentou os valores mais elevados dos domínios do IQV, diferenciando-se dos demais por apresentar os escores mais elevados no domínio Psicológico e Espiritual, enquanto os demais grupos tiveram escores mais elevados no domínio Social e Econômico (Grupos 1 e 3) e Família (Grupo 2). Através das médias dos escores, apresentadas no Quadro 35, verifica-se que esse grupo ficou acima da média geral, indicando

melhor qualidade de vida. Inversamente, o Grupo 3, o menor grupo (7,0% da amostra), apresentou os escores mais baixos nos quatro domínios, destacando-se o domínio Psicológico e Espiritual, que apresentou a média mais baixa perante os domínios. Os Grupos 1 e 2 também se diferenciaram, com escores moderados, abaixo da média geral (exceção: domínio Família, Grupo 2). Vale ressaltar que a diferenciação dos grupos foi confirmada pela análise da variância, com $p = 0,000$ para todos os grupos, em todos os domínios do IQV.

O Quadro 37 sumariza os principais resultados obtidos através da análise dos escores do ISP e seus componentes, segundo grupos de enfermeiras identificados.

Quadro 37 – Descrição dos grupos de enfermeiras identificados através da Análise de Agrupamentos, segundo ISP e seus componentes. São Paulo, 2004.

Grupos IQV		Mínimo	Média	Máximo	Média Geral	E.P.M.	n
1	ISP	4,92	9,56	14,17	9,53	0,31	34
	Autonomia	3,68	11,92	18,86	11,92	0,58	
	Interação	3,25	11,19	17,04	11,51	0,62	
	Status Profissional	6,66	12,52	15,54	13,28	0,42	
	Requisitos do Trabalho	2,16	6,78	13,68	6,58	0,49	
	Normas Organizacionais	1,90	5,82	9,22	5,66	0,29	
	Remuneração	2,66	9,11	16,85	8,23	0,59	
2	ISP	4,91	8,61	11,69	9,53	0,20	54
	Autonomia	5,06	10,56	16,56	11,92	0,36	
	Interação	4,46	10,07	15,82	11,51	0,39	
	Status Profissional	7,55	12,66	15,54	13,28	0,28	
	Requisitos do Trabalho	2,16	5,95	12,60	6,58	0,31	
	Normas Organizacionais	1,90	4,94	8,68	5,66	0,24	
	Remuneração	2,66	7,46	15,07	8,23	0,48	

Grupos IQV		Mínimo	Média	Máximo	Média Geral	E.P.M.	n
3	ISP	4,49	8,20	11,35	9,53	0,48	13
	Autonomia	5,06	10,23	15,64	11,92	0,80	
	Interação	2,84	8,99	12,98	11,51	0,76	
	Status Profissional	2,22	12,06	15,54	13,28	0,95	
	Requisitos do Trabalho	2,16	5,90	11,52	6,58	0,72	
	Normas Organizacionais	2,98	5,07	7,05	5,66	0,33	
	Remuneração	2,66	6,96	15,07	8,23	1,05	
4	ISP	6,61	10,30	14,71	9,53	0,17	86
	Autonomia	5,98	13,04	20,24	11,92	0,35	
	Interação	7,71	12,91	19,47	11,51	0,27	
	Status Profissional	9,77	14,15	15,54	13,28	0,16	
	Requisitos do Trabalho	2,16	7,00	12,96	6,58	0,24	
	Normas Organizacionais	2,17	6,14	12,48	5,66	0,22	
	Remuneração	2,66	8,56	18,62	8,23	0,44	

A diferenciação dos quatro grupos, segundo escores dos componentes do ISP, pode ser melhor observada pela Figura 6.

Figura 6 – Grupos de enfermeiras identificadas através da Análise de Agrupamentos, segundo componentes do ISP. São Paulo, 2004.

Todos os grupos apresentaram a mesma ordem hierárquica de satisfação em relação aos componentes do ISP (Status Profissional, em primeira posição; e Normas Organizacionais, em última posição). O Grupo 4 distinguiu-se dos demais por apresentar os valores mais elevados, com exceção do componente Remuneração, onde apresentou média mais baixa que o Grupo 1, que apresentou valores moderados em todos os componentes. O Grupo 2, que também apresentou valores moderados se distinguiu na média do componente Status Profissional.

A análise das médias dos grupos, através do Quadro 37, confirma que o Grupo 4 também apresentou comportamento acima da média em relação ao ISP e seus componentes e que o Grupo 3 apresentou os piores escores,

permitindo a inferência que foram os grupos com melhor e com pior nível de satisfação profissional, respectivamente

A diferenciação dos grupos, através da análise da variância, evidenciou que os grupos foram distintos no ISP e nos componentes Autonomia, Interação e Status Profissional, com $p = 0,000$ nesses componentes; $p = 0,002$ em Normas Organizacionais. Nos componentes Requisitos do Trabalho e Remuneração não se distinguiram ($p = 0,056$; $p = 0,102$, respectivamente).

4.8.1. Caracterização das enfermeiras e análise da sua influência sobre os grupos

As Tabelas, a seguir, apresentam os dados de caracterização dos grupos de enfermeiras, assim como a caracterização da amostra.

A Tabela 9 apresenta a origem das enfermeiras que compuseram os grupos, segundo hospital, com o objetivo de situar os grupos no contexto de trabalho. Optou-se pela apresentação por hospital, considerando-se que, por UTI, os grupos se dispersaram, não tendo havido indícios de que a UTI de origem tenha influenciado o comportamento das enfermeiras perante os fenômenos estudados.

Tabela 9 – Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo Hospital de origem. São Paulo, 2004.

Hospital	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
1	9 (26,5%)	15 (27,8%)	4 (30,8%)	38 (44,2%)	66 (35,3%)
2	16 (47,1%)	24 (44,4%)	6 (46,2%)	34 (39,5%)	80 (42,8%)
3	6 (17,6%)	9 (16,7%)	2 (15,4%)	5 (5,8%)	22 (11,8%)
4	3 (8,8%)	6 (11,1%)	1 (7,7%)	9 (10,5%)	19 (10,2%)
Total	34 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	86 (100%)	187 (100%)
p = 0,355 (Exato de Fisher)					

Como pode ser observado, a distribuição das enfermeiras dentro dos grupos concentrou-se nos hospitais 2 e 1 que, como já apontado anteriormente, originaram a maior parte da amostra. A despeito das variações na distribuição dos grupos, segundo hospital de origem, os grupos não se mostraram distintos estatisticamente.

As características sócio-demográficas das enfermeiras são apresentadas na Tabela 10, a seguir.

Tabela 10 – Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo dados sócio-demográficos. São Paulo, 2004.

Dados sócio-demográficos	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
Sexo					
Feminino	31 (91,2%)	50 (92,6%)	13 (100%)	75 (87,2%)	169 (90,4%)
Masculino	3 (8,8%)	4 (7,4%)	—	11 (12,8%)	18 (9,6%)
Total	34 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	86 (100%)	187 (100%)
p = 0,355 (Exato de Fisher)					

Dados sócio-demográficos	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
Idade, em anos					
Média	33,7	32,7	35,3	34,9	34,0
EPM	1,5	1,0	1,9	0,9	0,6
Mínimo	24,0	22,0	27,0	21,0	21,0
Máximo	56,0	59,0	51,0	54,0	59,0
p = 0,391 (ANOVA)					
Situação conjugal					
Solteira	18 (52,9%)	27 (50,0%)	7 (53,8%)	46 (54,8%)	98 (53,0%)
Casada ou com companheiro	11 (32,4%)	18 (33,3%)	6 (46,2%)	31 (36,9%)	66 (35,7%)
Separada ou divorciada	5 (14,7%)	7 (13,0%)	—	6 (7,1%)	18 (9,7%)
Viúva	—	2 (3,7%)	—	1 (1,2%)	3 (1,6%)
Total	34 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	84 (100%)	185 (100%)
p = 0,778 (Exato de Fisher)					
Filhos					
Não tem	24 (70,6%)	36 (66,7%)	8 (61,5%)	61 (70,9%)	129 (69,0%)
1 filho	5 (14,7%)	11 (20,4%)	4 (30,8%)	12 (14,0%)	32 (17,1%)
2 filhos	3 (8,8%)	6 (11,1%)	1 (7,7%)	9 (10,5%)	19 (10,2%)
3 filhos	2 (5,9%)	1 (1,9%)	—	3 (3,5%)	6 (3,2%)
4 filhos	—	—	—	1 (1,2%)	1 (0,5%)
Total	34 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	86 (100%)	187 (100%)
p = 0,948 (Exato de Fisher)					
Religião					
Praticante	20 (62,5%)	20 (43,5%)	3 (33,3%)	41 (51,9%)	84 (50,6%)
Não-praticante	12 (37,5%)	26 (56,5%)	6 (66,7%)	38 (48,1%)	82 (49,4%)
Total	32 (100%)	46 (100%)	9 (100%)	79 (100%)	166 (100%)
p = 0,281 (Exato de Fisher)					

Pela Tabela 10, verifica-se que a maioria das enfermeiras era do sexo feminino, solteira e sem filhos. Nota-se que o Grupo 3 foi composto, em sua totalidade, pelo sexo feminino e apresentou média de idade ligeiramente acima da média geral.

Das enfermeiras que expressaram ter filhos, a faixa etária que predominou foi entre 10 e 15 anos (21,5%), seguida por: entre 2 e 5 anos e entre 15 e 21 anos (17,2%, cada uma), entre 1 e 2 anos e entre 5 e 10 anos (12,9%, cada uma), maiores de 21 anos (11,8%) e menores de 1 ano (3,2%). Ressalta-se que, na época em que os dados foram coletados, três enfermeiras (1,6%) encontravam-se grávidas.

No aspecto prática religiosa, a distribuição foi uniforme na amostra total e apresentou algumas variações entre os grupos. Ressalta-se que o Grupo 3 foi o Grupo que apresentou o menor percentual de prática religiosa.

Dentre as religiões apontadas pelas enfermeiras, a maioria delas era católica (62,6%), seguida por espírita (11,8%) e evangélica (11,2%). Outras religiões foram apontadas, porém, em frequências menores que 10,0%.

Destaca-se que, apesar das variações apresentadas pelos grupos, perante as variáveis sócio-demográficas, não houve diferenciação estatística.

Tabela 11 – Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo dados sócio-econômicos. São Paulo, 2004.

Dados sócio-econômicos	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
Número de empregos					
Apenas o atual	20 (58,8%)	35 (64,8%)	12 (92,3%)	51 (59,3%)	118 (63,1%)
Mais 1 emprego	10 (29,4%)	17 (31,5%)	—	29 (33,7%)	56 (29,9%)
Mais 2 empregos	3 (8,8%)	1 (1,9%)	1 (7,7%)	3 (3,5%)	8 (4,3%)
Mais 3 empregos	1 (2,9%)	1 (1,9%)	—	3 (3,5%)	5 (2,7%)
Total	34 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	86 (100%)	187 (100%)
p = 0,102 (Exato de Fisher)					
Número de transportes que utiliza até o trabalho					
1	19 (55,9%)	25 (46,3%)	8 (61,5%)	51 (59,3%)	103 (55,1%)
2	13 (38,2%)	24 (44,4%)	4 (30,8%)	25 (29,1%)	66 (35,3%)
3	2 (5,9%)	4 (7,4%)	1 (7,7%)	9 (10,5%)	16 (8,6%)
4	—	1 (1,9%)	—	1 (1,2%)	2 (1,1%)
Total	34 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	86 (100%)	187 (100%)
p = 0,791 (Exato de Fisher)					
Tempo que leva para chegar no trabalho, em minutos					
Média	62,6	55,8	55,0	54,9	56,6
Erro padrão da média (EPM)	7,5	5,1	7,0	4,1	2,8
Mínimo	10,0	5,0	20,0	5,0	5,0
Máximo	150,0	190,0	100,0	150,0	190,0
p = 0,782 (ANOVA)					
Renda mensal total, em Reais					
Média	3.606,9	3.702,1	4.066,7	4.425,7	4.037,62
Erro padrão da média (EPM)	236,8	330,5	491,2	275,5	168,12
Mínimo	945,00	800,00	1.400,00	830,00	800,00
Máximo	6.000,00	14.000,00	8.000,00	15.000,00	15.000,00
p = 0,188 (ANOVA)					

A Tabela 11 evidencia que a maioria das enfermeiras trabalhava apenas nos hospitais de origem, porém, um número expressivo tinha mais de um emprego (36,9%). Os grupos apresentaram-se uniformes quanto a esse aspecto, com exceção do Grupo 3, que apresentou o maior percentual de enfermeiras com um único emprego porém, não se distinguiu dos demais estatisticamente.

Quanto ao número de transportes que as enfermeiras utilizavam para chegar no trabalho, 55,1% apontaram um único meio de transporte. Destaca-se, também, que um número expressivo de enfermeiras (44,9%) utilizava dois ou mais meios de transporte. Quanto aos meios de transporte utilizados, o metrô foi o mais apontado (32,4%), seguido por: ônibus (30,7%), automóvel (26,6%), caminhar (7,6%) e trem e lotação (2,9%). Outro dado importante quanto à transportes que pode ser observado pela Tabela 11, foi o tempo médio utilizado para chegar ao trabalho — próximo a uma hora — para a amostra total e entre os grupos.

A renda mensal total apresentou distribuição uniforme entre os grupos.

Segue-se a caracterização das enfermeiras, através da apresentação dos dados relacionados a saúde, através da Tabela 12.

Tabela 12 – Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo dados relacionados à saúde. São Paulo, 2004.

Dados relacionados à saúde	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
Tempo sem férias, em meses					
Média	9,9	9,3	8,2	7,3	8,4
Erro padrão da média (EPM)	2,4	1,1	2,4	0,7	0,7
Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Máximo	72,0	48,0	34,0	48,0	72,0
p = 0,432 (ANOVA)					

Dados relacionados à saúde	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
Faltas por problemas de saúde, nos últimos 6 meses					
Não	17 (50,0%)	27 (50,0%)	4 (30,8%)	54 (62,8%)	102 (54,5%)
Sim	17 (50,0%)	27 (50,0%)	9 (69,2%)	32 (37,2%)	85 (45,5%)
Total	34 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	86 (100%)	187 (100%)
p = 0,859 (Exato de Fisher)					
Faltas por problemas de saúde, em dias					
Média	8,2	5,7	15,9	6,4	7,6
Erro padrão da média (EPM)	2,0	0,9	13,0	1,5	1,5
Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Máximo	30,3	15,0	120,0	40,0	120,0
p = 0,287 (ANOVA)					
Tabagismo					
Não fuma	29 (85,3%)	50 (92,6%)	11 (91,7%)	74 (88,1%)	164 (89,1%)
De 1 a 5 cigarros/dia	1 (2,9%)	2 (3,7%)	1 (8,3%)	1 (1,2%)	5 (2,7%)
De 6 a 10 cigarros/dia	3 (8,8%)	1 (1,9%)	—	3 (3,6%)	7 (3,8%)
De 11 a 20 cigarros/dia	1 (2,9%)	1 (1,9%)	—	6 (7,1%)	8 (4,3%)
Total	34 (100%)	54 (100%)	12 (100%)	84 (100%)	184 (100%)
p = 0,464 (Exato de Fisher)					
Consumo de álcool					
Nunca	18 (52,9%)	22 (42,3%)	9 (69,2%)	43 (51,2%)	92 (50,3%)
Menos de 1 vez/semana	14 (41,2%)	26 (50,0%)	3 (23,1%)	36 (42,9%)	79 (43,2%)
1 a 2 vezes/semana	1 (2,9%)	3 (5,8%)	1 (7,7%)	5 (6,0%)	10 (5,5%)
Mais de 2 vezes/semana	1 (2,9%)	1 (1,9%)	—	—	2 (1,1%)
Total	34 (100%)	52 (100%)	13 (100%)	84 (100%)	183 (100%)
p = 0,548 (Exato de Fisher)					

Dados relacionados à saúde	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
Dorme bem					
Não	21* (61,8%)	23 (42,6%)	8 (61,5%)	16 (19,5%)	68 (37,2%)
Sim	13 (38,2%)	31 (57,4%)	5 (38,5%)	66* (80,5%)	115 (62,8%)
Total	34 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	82 (100%)	183 (100%)
p = 0,000 (Exato de Fisher)					
Horas de sono, por período					
Média	6,3	6,4	6,8	6,9	6,6
Erro padrão da média (EPM)	0,3	0,2	0,7	0,2	0,1
Mínimo	3,0	3,0	4,0	2,0	2,0
Máximo	10,0	9,0	12,0	12,0	12,0
p = 0,211 (ANOVA)					
Período de sono					
Noite	19 (57,6%)	37 (68,5%)	7 (53,8%)	55 (65,5%)	118 (64,1%)
Dia	11 (33,3%)	13 (24,1%)	1 (7,7%)	20 (23,8%)	45 (24,5%)
Noite e dia, alternadamente	3 (9,1%)	4 (7,4%)	5 (38,5%)	9 (10,7%)	21 (11,4%)
Total	33 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	84 (100%)	184 (100%)
p = 0,125 (Exato de Fisher)					
Uso contínuo de medicamentos					
Não	24 (70,6%)	27 (50,9%)	9 (69,2%)	57 (67,9%)	117 (63,6%)
Sim	10 (29,4%)	26 (49,1%)	4 (30,8%)	27 (32,1%)	67 (36,4%)
Total	34 (100%)	53 (100%)	13 (100%)	84 (100%)	184 (100%)
p = 0,170 (Exato de Fisher)					
Tratamento não-medicamentoso					
Não	27 (81,8%)	49 (90,7%)	12 (92,3%)	76 (88,4%)	164 (88,2%)
Sim	6 (18,2%)	5 (9,3%)	1 (7,7%)	10 (11,6%)	22 (11,8%)
Total	33 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	86 (100%)	186 (100%)
p = 0,659 (Exato de Fisher)					

* Estatisticamente distintos.

Observa-se, pela Tabela 12, que as enfermeiras apresentaram um intervalo médio entre as últimas férias e o período da coleta de dados menor que um ano.

Quanto à faltas ocasionadas por problemas de saúde, durante os seis meses que antecederam a coleta dos dados, é importante assinalar que quase 50,0% das enfermeiras expressaram ter faltado e foram apontados diversos motivos. Os de maior frequência foram os problemas respiratórios (30,6%), incluindo resfriados, sinusites e pneumonias; problemas ortopédicos (21,2%), que incluíram problemas de coluna vertebral, articulações e musculares; e problemas gástricos (gastrites e úlceras), com 14,1% de ocorrências.

Também verifica-se pela Tabela 12 a pequena ocorrência de hábitos nocivos à saúde, como tabagismo e consumo de álcool, com distribuição relativamente simétrica entre os grupos.

Outros dados de saúde relevantes, apresentados, referem-se à qualidade de sono das enfermeiras. Um número expressivo apontou não dormir bem (37,2%) e dormir em períodos irregulares (dia ou noite e dia, alternadamente, 35,9%). Ressalta-se que o Grupo 4 diferenciou-se por apontar melhor qualidade de sono (80,5%) em relação aos demais grupos e à amostra total, contrariamente, o Grupo 1 também se distinguiu pela pior qualidade de sono, em relação aos demais grupos e à amostra total.

Quanto ao uso contínuo de medicamentos, também é significativa a frequência de 36,4% da amostra. Dentre os motivos apontados para o uso contínuo de medicamentos, destacaram-se problemas ortopédicos (17,9%), hipotireoidismo

(16,4%), hipertensão arterial (14,9%) e contracepção (14,9%). O uso contínuo de medicamentos apresentou variações na distribuição entre os grupos, porém, estas não se mostraram estatisticamente significativas.

Outros dados importantes referem-se a tratamentos não-medicamentosos. Apesar do pequeno número de enfermeiras apontarem esses tratamentos (11,8%), destacam-se os tipos de tratamentos e motivos: psicoterapia (59,1%), devido, principalmente, a depressão (18,4%), ansiedade e síndrome do pânico (18,4%); fisioterapia (13,6%) e acupuntura (9,1%), devido a problemas ortopédicos.

Tabela 13 – Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo dados de formação acadêmica. São Paulo, 2004.

Dados de formação acadêmica	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
Tempo de formada, em anos					
Média	7,1	6,5	7,1	7,8	7,3
Erro padrão da média (EPM)	0,9	0,6	1,1	0,7	0,4
Mínimo	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0
Máximo	23,0	22,0	15,0	30,0	30,0
p = 0,611 (ANOVA)					
Pós-graduação					
Não tem	9 (26,5%)	14 (25,9%)	1 (7,7%)	15 (17,4%)	39 (20,9%)
Especialização	24 (70,6%)	37 (68,5%)	12 (92,3%)	65 (75,6%)	138 (73,8%)
Mestrado	—	—	—	2 (2,3%)	2 (1,1%)
Doutorado	—	—	—	1 (1,2%)	1 (0,5%)
Especialização e Mestrado	—	2 (3,7%)	—	3 (3,5%)	5 (2,7%)
Especialização e Mestrado e Doutorado	1 (2,9%)	1 (1,9%)	—	—	2 (1,1%)
Total	34 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	86 (100%)	187 (100%)
p = 0,867 (Exato de Fisher)					

Os dados da Tabela 13 evidenciam que os grupos se distribuíram uniformemente quanto ao tempo médio de formada.

Outros dados relevantes à amostra estudada provêm do número de enfermeiras que possuíam cursos de pós-graduação (79,1%): em sua maioria, apenas no nível *lato sensu* (93,2%). Dentre as áreas de especialização apontadas, destacaram-se: terapia intensiva (37,2%); cardiologia (28,4%) e administração hospitalar (11,5%). Também ressalta-se que 20,9% das enfermeiras apontaram possuir mais de um curso de especialização.

Ressalta-se que os grupos não se distinguiram em relação aos dados de formação acadêmica.

A caracterização das enfermeiras prossegue através da apresentação dos dados relacionados ao trabalho, pela Tabela 14.

Tabela 14 – Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo dados relacionados ao trabalho. São Paulo, 2004.

Dados relacionados ao trabalho	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
Tempo de trabalho na UTI atual, em anos					
Média	4,4	4,1	6,7	6,0	5,2
Erro padrão da média (EPM)	0,6	0,4	1,6	0,6	0,3
Mínimo	0,5	0,5	0,7	0,5	0,5
Máximo	16,0	15,0	19,4	28,0	28,0
p = 0,058 (ANOVA)					
Tempo de trabalho em UTIs, em anos					
Média	6,8	5,7	8,8	7,2	6,8
Erro padrão da média (EPM)	0,8	0,5	1,4	0,7	0,4
Mínimo	0,5	0,6	1,3	0,6	0,5
Máximo	22,5	20,0	19,4	28,0	28,0
p = 0,219 (ANOVA)					

Dados relacionados ao trabalho	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
Turno de trabalho atual					
Manhã	10 (29,4%)	14 (25,9%)	4 (30,8%)	21 (24,4%)	49 (26,2%)
Tarde	6 (17,6%)	13 (24,1%)	—	21 (24,4%)	40 (21,4%)
Noturno 12 X 36 horas	15 (44,1%)	23 (42,6%)	8 (61,5%)	38 (44,2%)	84 (44,9%)
Diurno 12 X 36 horas	3 (8,8%)	4 (7,4%)	1 (7,7%)	6 (7,0%)	14 (7,5%)
Total	34 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	86 (100%)	187 (100%)
p = 0,770 (Exato de Fisher)					
Turno de trabalho fixo					
Não	13 (38,2%)	18 (34,0%)	2 (16,7%)	23 (27,4%)	56 (30,6%)
Sim	21 (61,8%)	35 (66,0%)	10 (83,3%)	61 (72,6%)	127 (69,4%)
Total	34 (100%)	53 (100%)	12 (100%)	84 (100%)	183 (100%)
p = 0,462 (Exato de Fisher)					
Satisfeita com o turno atual de trabalho					
Não	4 (12,1%)	15 (27,8%)	2 (15,4%)	11 (12,8%)	32 (17,2%)
Sim	29 (87,9%)	39 (72,2%)	11 (84,6%)	75 (87,2%)	154 (82,8%)
Total	33 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	86 (100%)	186 (100%)
p = 0,110 (Qui-quadrado)					
Porque trabalha em UTI					
Escolheu essa área	23 (74,2%)	40 (75,5%)	8 (61,5%)	64 (74,4%)	135 (73,8%)
Não haviam vagas em outro setor	6 (19,4%)	6 (11,3%)	2 (15,4%)	10 (11,6%)	24 (13,1%)
Foi remanejada por necessidade do serviço	2 (6,5%)	6 (11,3%)	3 (23,1%)	12 (14,0%)	23 (12,6%)
Foi remanejada por necessidade pessoal de horário	—	1 (1,9%)	—	—	1 (0,5%)
Total	31 (100%)	53 (100%)	13 (100%)	86 (100%)	183 (100%)
p = 0,753 (Exato de Fisher)					

Dados relacionados ao trabalho	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
Atividades que realiza na UTI, predominantemente					
Cuidados diretos aos pacientes	22 (68,8%)	21 (44,7%)	5 (41,7%)	55 (68,8%)	103 (60,2%)
Supervisão da equipe de enfermagem	2 (6,3%)	8 (17,0%)	2 (16,7%)	6 (7,5%)	18 (10,5%)
Atividades administrativas e de gerenciamento da UTI	3 (9,4%)	4 (8,5%)	2* (16,7%)	—*	9 (5,3%)
Planejamento da assistência de enfermagem	5 (15,6%)	14 (29,8%)	3 (25,0%)	19 (23,8%)	41 (24,0%)
Total	32 (100%)	47 (100%)	12 (100%)	80 (100%)	171 (100%)
p = 0,009 (Exato de Fisher)					
Salário líquido mensal, em Reais					
Média	2.351,70	2.360,00	2.425,00	2.381,40	2.374,33
Erro padrão da média (EPM)	126,20	95,40	204,50	73,30	50,24
Mínimo	945,00	800,00	1.400,00	800,00	800,00
Máximo	3.760,00	3.800,00	3.500,00	4.000,00	4.000,00
p = 0,988 (ANOVA)					

* Estatisticamente distintos.

Evidencia-se, pela Tabela 14 que o tempo de trabalho em UTIs, assim como o tempo de trabalho na UTI de origem apresentaram variações entre os grupos porém, estas não foram de significância estatística.

Quanto ao turno de trabalho, observa-se que a distribuição da amostra entre diurno (55,1%) e noturno (44,9%) teve pequena variação. Sob esse aspecto, é importante retomar os dados acerca do período de sono das enfermeiras, apresentados na Tabela 12: 35,9% haviam apontado dormir predominantemente durante o dia ou noite e dia, alternadamente porém, o turno de trabalho não confirma esses resultado, considerando-se que 44,9% trabalhavam no período noturno.

No que concerne à rodízio de horários, 30,6% das enfermeiras apontaram não trabalhar em horário fixo e 17,2% não se sentiam satisfeitas com o turno de trabalho.

Pela Tabela 14 verifica-se, também, que 12,6% das enfermeiras trabalhavam em UTIs porque foram remanejadas por necessidade do serviço. Apesar do número ser pequeno, é um dado significativo com vistas aos fenômenos estudados.

Em relação às atividades realizadas nas UTIs, em maior volume, a maioria das enfermeiras apontou a prestação de cuidados diretos aos pacientes (60,2%). Sob esse aspecto, o Grupo 4 se mostrou estatisticamente distinto dos demais, já que nenhuma enfermeira apontou as atividades administrativas e gerenciais como as que predominantemente realiza. O Grupo 3 também se distinguiu dos demais, por apresentar o maior percentual em atividades administrativas e de gerenciamento da UTI.

Quanto ao salário líquido mensal, os grupos apresentaram distribuição uniforme. Outros dados relevantes, relacionados ao trabalho, são os benefícios recebidos. As enfermeiras apontaram os benefícios: cesta-alimentação (94,7%), ticket-refeição (78,1%), vale-transporte (65,2%), convênio médico (38,0%), estacionamento (35,8%), creche (16,6%), convênio com farmácias (12,3%), financiamentos e empréstimos (11,2%), assistência odontológica (6,4%), auxílio-educação (5,9%), previdência privada (5,3%) e assistência jurídica (2,1%).

Como já apresentado anteriormente, na Tabela 11, 36,9% das enfermeiras têm outros empregos. Destes, é importante ressaltar que 26,4% são em

outras UTIs, 36,8% em outras unidades hospitalares, 20,7% são no ensino em saúde e 16,1% são em outras unidades de saúde (clínicas geriátricas, postos de saúde, atendimento domiciliar) e outros locais fora da área de saúde (comércio, limpeza).

Quanto às ocorrências de faltas por outros motivos além de problemas de saúde, durante os seis meses que antecederam o período de coleta de dados, 17 enfermeiras (9,1%) relataram que faltaram, principalmente, por: doença dos filhos (52,9%) e doença de familiares (17,6%). Outros motivos apontados (29,5%) incluíram doação de sangue, greve de ônibus, morte de familiares e problemas pessoais não especificados.

Quanto às demais variáveis descritoras, os grupos não apresentaram distinções significativas.

A Tabela 15, a seguir, apresenta os resultados derivados das percepções acerca da vida e do trabalho.

Tabela 15 – Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo percepções acerca da vida e do trabalho. São Paulo, 2004.

Percepções acerca da vida e do trabalho	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
Satisfação em relação a vida					
Não	19* (55,9%)	19 (35,2%)	7 (53,8%)	4 (4,7%)	49 (26,2%)
Sim	15 (44,1%)	35 (64,8%)	6 (46,2%)	82* (95,3%)	138 (73,8%)
Total	34 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	86 (100%)	187 (100%)
p = 0,000 (Exato de Fisher)					
Satisfação em relação ao trabalho					
Não	15 (44,1%)	36* (66,7%)	8 (61,5%)	19 (22,4%)	78 (41,9%)
Sim	19 (55,9%)	18 (33,3%)	5 (38,5%)	66* (77,6%)	108 (58,1%)
Total	34 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	85 (100%)	186 (100%)
p = 0,000 (Exato de Fisher)					

Percepções acerca da vida e do trabalho	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
O trabalho dá sentido a vida					
Não	15* (44,1%)	16 (29,6%)	7* (53,8%)	12 (14,0%)	50 (26,7%)
Sim	19 (55,9%)	38 (70,4%)	6 (46,2%)	74* (86,0%)	137 (73,3%)
Total	34 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	86 (100%)	187 (100%)
p = 0,000 (Exato de Fisher)					
Satisfação por trabalhar em UTI					
Não	8 (23,5%)	9 (16,7%)	3 (23,1%)	7 (8,1%)	27 (14,4%)
Sim	26 (76,5%)	45 (83,3%)	10 (76,9%)	79 (91,9%)	160 (85,6%)
Total	34 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	86 (100%)	187 (100%)
p = 0,075 (Exato de Fisher)					
Gostaria de trabalhar em outra unidade					
Não	27 (79,4%)	44 (81,5%)	10 (76,9%)	75 (87,2%)	156 (83,4%)
Sim	7 (20,6%)	10 (18,5%)	3 (23,1%)	11 (12,8%)	31 (16,6%)
Total	34 (100%)	54 (100%)	13 (100%)	86 (100%)	187 (100%)
p = 0,532 (Exato de Fisher)					

* Estatisticamente distintos.

Pela Tabela 15 verifica-se que a maioria das enfermeiras (73,8%) sentia-se satisfeita em relação à vida. É importante notar que o grupo 4 apresentou maior percentual de satisfação em relação a vida e o grupo 1, os menores percentuais. Sob esse aspecto, esses grupos distinguiram-se, estatisticamente, dos demais.

Os grupos também apresentaram distinções quanto à satisfação em relação ao trabalho. O Grupo 4, mais uma vez, apresentou o maior percentual e o grupo 2, os menores percentuais em relação aos demais grupos e à amostra total, com significância estatística. O padrão apresentado pelo Grupo 4 repete-se no

aspecto do sentido do trabalho à vida. O Grupo 3 apresentou o menor percentual em relação a esse aspecto e ambos grupos mostraram-se estatisticamente distintos

Trabalhar em UTI gerou satisfação em 85,6% das enfermeiras porém, os grupos não se distinguiram sob esse aspecto.

Dos dados apresentados na Tabela 15, destaca-se que 16,6% das enfermeiras gostaria de trabalhar em outra unidade. Dessas, 20,0% gostariam de trabalhar em Pronto-Socorros ou Atendimento Pré Hospitalar (APH); 13,3%, em Ambulatório e 13,3% em Pesquisa.

Os dados apresentados nas Tabelas 16 a 19, a seguir, expressam percepções e estados de vida pessoal e profissional das enfermeiras.

Tabela 16 – Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo Indicadores Positivos de Vida. São Paulo, 2004.

Indicadores Positivos de Vida	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
Satisfeita	5* (14,7%)	18 (33,3%)	3 (23,1%)	64* (74,4%)	90 (48,1%)
p = 0,000 (Exato de Fisher)					
Confiante	4* (11,8%)	17 (31,5%)	1* (7,7%)	60* (69,8%)	82 (43,9%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Tranqüila	1* (2,9%)	5* (9,3%)	—	42* (48,8%)	48 (25,7%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Adequada	1* (2,9%)	6 (11,1%)	3 (23,1%)	30* (34,9%)	40 (21,4%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Equilibrada	4* (11,8%)	16 (29,6%)	1 (7,7%)	48* (55,8%)	69 (36,9%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Sem problemas familiares	5* (14,7%)	17 (31,5%)	3 (23,1%)	39* (45,3%)	64 (34,2%)
p = 0,009 (Exato de Fisher)					
Facilidade de concentração	3 (8,8%)	8 (14,8%)	1 (7,7%)	30* (34,9%)	42 (22,5%)
p = 0,002 (Qui-quadrado)					
Facilidade de relacionar-se	8* (23,5%)	23 (42,6%)	6 (46,2%)	54* (62,8%)	91 (48,7%)
p = 0,001 (Qui-quadrado)					

Indicadores Positivos de Vida	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
Animada	3* (8,8%)	10 (18,5%)	— *	36* (41,9%)	49 (26,2%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Realizada	— *	7 (13,0%)	3 (23,1%)	29* (33,7%)	39 (20,9%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Excitada	1 (2,9%)	5 (9,3%)	1 (7,7%)	11 (12,8%)	18 (9,6%)
p = 0,439 (Exato de Fisher)					
Em paz	1* (2,9%)	12 (22,2%)	3 (23,1%)	43* (50,0%)	59 (31,6%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Cheia de energia	1 (2,9%)	4 (7,4%)	2 (15,4%)	21* (24,4%)	28 (15,0%)
p = 0,005 (Exato de Fisher)					

* Estatisticamente distintos.

Pela Tabela 16, verifica-se que as enfermeiras apontaram, com maior frequência, sentirem facilidade de relacionar-se, satisfação, confiança e equilíbrio, em relação a vida. É importante notar que o Grupo 1 distinguiu-se dos demais grupos por apresentar os menores percentuais nos Indicadores Positivos de Vida. Por outro lado, o Grupo 4 apresentou os maiores percentuais, em todos os indicadores, posicionando-se acima da média geral e, também, distinguindo-se dos demais grupos e da amostra total.

Ressalta-se que o único indicador que não diferenciou os grupos de enfermeiras foi *excitada*.

Tabela 17 – Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo Indicadores Negativos de Vida. São Paulo, 2004.

Indicadores Negativos de Vida	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
Insatisfeita	16* (47,1%)	17 (31,5%)	5 (38,5%)	4* (4,7%)	42 (22,5%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Insegura	10* (29,4%)	10 (18,5%)	6* (46,2%)	1* (1,2%)	27 (14,4%)
p = 0,000 (Exato de Fisher)					
Tensa	21 (61,8%)	26 (48,1%)	10* (76,9%)	26* (30,2%)	83 (44,4%)
p = 0,001 (Qui-quadrado)					
Inadequada	6* (17,6%)	4 (7,4%)	2 (15,4%)	2* (2,3%)	14 (7,5%)
p = 0,013 (Exato de Fisher)					
Desequilibrada	6* (17,6%)	1 (1,9%)	1 (7,7%)	—* (0,0%)	8 (4,3%)
p = 0,000 (Exato de Fisher)					
Com problemas familiares	19* (55,9%)	16 (29,6%)	6 (46,2%)	14* (16,3%)	55 (29,4%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Dificuldade de concentração	12 (35,3%)	19 (35,2%)	7* (53,8%)	13* (15,1%)	51 (27,3%)
p = 0,003 (Qui-quadrado)					
Dificuldade de relacionar-se	3 (8,8%)	8* (14,8%)	— (0,0%)	2* (2,3%)	13 (7,0%)
p = 0,029 (Exato de Fisher)					
Angustiado	16* (47,1%)	10 (18,5%)	5 (38,5%)	9* (10,5%)	40 (21,4%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Frustrada	11* (32,4%)	13 (24,1%)	6* (46,2%)	4* (4,7%)	34 (18,2%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Impotente	7* (20,6%)	7 (13,0%)	1 (7,7%)	3* (3,5%)	18 (9,6%)
p = 0,018 (Exato de Fisher)					
Irritada	15* (44,1%)	10 (18,5%)	8* (61,5%)	11* (12,8%)	44 (23,5%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Exausta	18* (52,9%)	21 (38,9%)	6 (46,2%)	20* (23,3%)	65 (34,8%)
p = 0,010 (Qui-quadrado)					

* Estatisticamente distintos.

Verifica-se, pela Tabela 17, que as enfermeiras expressaram sentirem-se tensas, exaustas, com problemas familiares, com dificuldade de concentração e irritadas, em maior frequência. Nota-se, também, que o Grupo 4 apresentou os

menores percentuais em todos os Indicadores Negativos de Vida e que o Grupo 1 apresentou os maiores percentuais nesses indicadores.

Tabela 18 – Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo Indicadores Positivos de Trabalho. São Paulo, 2004.

Indicadores Positivos de Trabalho	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
Satisfeita	7 (20,6%)	10* (18,5%)	4 (30,8%)	48* (55,8%)	69 (36,9%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Confiante	5* (14,7%)	14 (25,9%)	3 (23,1%)	48* (55,8%)	70 (37,4%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Tranquila	2* (5,9%)	10 (18,5%)	3 (23,1%)	34* (39,5%)	49 (26,2%)
p = 0,001 (Qui-quadrado)					
Adequada	8 (23,5%)	5* (9,3%)	3 (23,1%)	37* (43,0%)	53 (28,3%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Equilibrada	9 (26,5%)	13 (24,1%)	3 (23,1%)	43* (50,0%)	68 (36,4%)
p = 0,005 (Qui-quadrado)					
Feliz com o trabalho	5* (14,7%)	10 (18,5%)	3 (23,1%)	40* (46,5%)	58 (31,0%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Facilidade de concentração	7 (20,6%)	5* (9,3%)	3 (23,1%)	31* (36,0%)	46 (24,6%)
p = 0,004 (Qui-quadrado)					
Facilidade de relacionar-se	11 (32,4%)	22 (40,7%)	4 (30,8%)	53* (61,6%)	90 (48,1%)
p = 0,005 (Qui-quadrado)					
Animada	4 (11,8%)	5* (9,3%)	2 (15,4%)	31* (36,0%)	42 (22,5%)
p = 0,001 (Qui-quadrado)					
Realizada	3 (8,8%)	3* (5,6%)	4 (30,8%)	22* (25,6%)	32 (17,1%)
p = 0,005 (Qui-quadrado)					
Excitada	—	5 (9,3%)	1 (7,7%)	11 (12,8%)	17 (9,1%)
p = 0,128 (Exato de Fisher)					
Em paz	6 (17,6%)	10 (18,5%)	2 (15,4%)	33* (38,4%)	51 (27,3%)
p = 0,018 (Qui-quadrado)					
Cheia de energia	2 (5,9%)	3 (5,6%)	2 (15,4%)	16 (18,6%)	23 (12,3%)
p = 0,071 (Exato de Fisher)					

* Estatisticamente distintos.

Nota-se, pela Tabela 18, que os Indicadores Positivos de Trabalho apontados em maior frequência foram: facilidade de relacionar-se, confiante, satisfeita, equilibrada e feliz com o trabalho. Mais uma vez, o Grupo 4 distinguiu-se dos demais, com significância estatística, ao apresentar os maiores percentuais, posicionando-se acima da média geral.

Tabela 19 – Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo Indicadores Negativos de Trabalho. São Paulo, 2004.

Indicadores Negativos de Trabalho	Grupo 1 (n = 34)	Grupo 2 (n = 54)	Grupo 3 (n = 13)	Grupo 4 (n = 86)	Total (n = 187)
Insatisfeita	15 (44,1%)	30* (55,6%)	8 (61,5%)	16* (18,6%)	69 (36,9%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Tensa	18 (52,9%)	26 (48,1%)	7 (53,8%)	24* (27,9%)	75 (40,1%)
p = 0,017 (Qui-quadrado)					
Inadequada	6 (17,6%)	5 (9,3%)	1 (7,7%)	3 (3,5%)	15 (8,0%)
p = 0,065 (Exato de Fisher)					
Desequilibrada	5* (14,7%)	1 (1,9%)	—	1* (1,2%)	7 (3,7%)
p = 0,012 (Exato de Fisher)					
Desejando largar o trabalho	9 (26,5%)	16* (29,6%)	3 (23,1%)	5* (5,8%)	33 (17,6%)
p = 0,001 (Qui-quadrado)					
Dificuldade de concentração	6 (17,6%)	16* (29,6%)	5 (38,5%)	7* (8,1%)	34 (18,2%)
p = 0,003 (Qui-quadrado)					
Dificuldade de relacionar-se	2 (5,9%)	2 (3,7%)	1 (7,7%)	2 (2,3%)	7 (3,7%)
p = 0,415 (Exato de Fisher)					
Angustiada	11 (32,4%)	14 (25,9%)	6* (46,2%)	6* (7,0%)	37 (19,8%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Frustrada	11 (32,4%)	23* (42,6%)	6 (46,2%)	12* (14,0%)	52 (27,8%)
p = 0,001 (Qui-quadrado)					
Impotente	13* (38,2%)	13 (24,1%)	5 (38,5%)	13* (15,1%)	44 (23,5%)
p = 0,026 (Qui-quadrado)					
Irritada	8 (23,5%)	18 (33,3%)	8* (61,5%)	11* (12,8%)	45 (24,1%)
p = 0,000 (Qui-quadrado)					
Exausta	16 (47,1%)	32* (59,3%)	5 (38,5%)	24* (27,9%)	77 (41,2%)
p = 0,002 (Qui-quadrado)					

* Estatisticamente distintos.

Os Indicadores Negativos de Trabalho, apontados com maior frequência, foram: exausta, tensa, insatisfeita e frustrada. O Grupo 4 apresentou os menores percentuais, em todos os indicadores, posicionando-se abaixo da média geral, sem exceções e distinguindo-se, com significância estatística dos demais grupos de enfermeiras.

A caracterização dos grupos de enfermeiras encerra a apresentação dos resultados do estudo.

5. DISCUSSÃO

“Faço o máximo para meu trabalho não influenciar minha vida, mas acredito que o envolvimento com outras pessoas faz parte do meu trabalho e da minha vida, me transformando em alguém melhor” (E 124)

A apresentação das principais características das UTIs de origem das enfermeiras objetivou, exclusivamente, ilustrar e contextualizar alguns aspectos referentes à situação de trabalho, frente à amostra e aos fenômenos estudados. Embora seja conhecida a influência que características ambientais e assistenciais das UTIs têm sobre a percepção da situação de trabalho pelas enfermeiras (Barroso Diaz et al, 2001), não foi objeto deste estudo esse nível de análise.

Deve ser destacado que as diversas especialidades de atendimento encontradas, assim como a diversidade quanto ao número de leitos e faixa etária da clientela atendida, estão estritamente relacionadas ao tipo e porte dos hospitais de origem, objetivando otimizar as necessidades de atendimento da clientela. Considerando esse aspecto, o atendimento especializado a pacientes críticos potencializa os resultados da assistência porque presume uma maior uniformidade nas condutas e maior acesso e alocação de recursos, favorecendo o desenvolvimento de habilidades clínicas, através da mobilização de pontos de referência e conhecimento experiencial (Benner et al, 1992).

Dados importantes que confrontam essa relação entre resultados da assistência com o contexto organizacional são os achados objetivos da falta de número fixo de leitos pediátricos e a baixa frequência de atendimento a essa clientela, na maioria das UTIs. Tradicionalmente, a Terapia Intensiva Pediátrica é considerada uma sub-especialidade que demanda, além da qualificação, opção e vocação profissionais. Fundamentando-se nessa ótica, esses dados são sugestivos de que a falta de familiaridade ou de identificação com essa população de pacientes seja percebida pelas enfermeiras como uma ruptura no padrão

assistencial habitual, fragilizando a segurança no desempenho profissional e sendo potencialmente geradora de sentimentos e comportamentos conflitantes. Essa idéia veio a ser reforçada pelas observações da pesquisadora e por comentários informais de algumas enfermeiras, durante a coleta dos dados.

Outra dimensão originada da caracterização das UTIs, de relevância face aos fenômenos estudados, é a organização do trabalho de enfermagem nas unidades. Na concepção de Pires (1999, p.29), o processo de trabalho em saúde no espaço institucional

(....) se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade,

Partilhando dessa concepção e, considerando o reducionismo e a verticalização da assistência, calcada no modelo clínico e curativo hegemônico nas UTIs, que privilegia o saber médico, subordinando o trabalho de enfermagem, prossegue-se na análise dos resultados.

Ainda que os resultados tenham apontado para diferenciações na divisão do trabalho de enfermagem, entre as UTIs, contemplando o *cuidado integral* e a possibilidade de um trabalho mais criativo (Pires, 1999, p.46), ficou evidente o predomínio de um processo assistencial dissociado, nas dimensões intelectual e manual do trabalho. Histórica e socialmente explicada, a dimensão intelectual da assistência de enfermagem — o *saber* — é instrumental da enfermeira, enquanto a dimensão manual — o *fazer* — é instrumental do técnico/auxiliar de enfermagem (Capella et al, 1988).

No trabalho da enfermeira de UTI, pressupõe-se que ela assuma, privativamente, não apenas “*cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida*”; e “*cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas*” (Brasil, 1987), mas também, a responsabilidade pelo trabalho executado por técnicos e auxiliares de enfermagem, além da organização do trabalho coletivo, do gerenciamento da unidade e da própria assistência de enfermagem.

Apesar da legislação vigente e do ideal transmitido na formação acadêmica das enfermeiras, alguns fatores que mediam a determinação do volume e complexidade das atividades assistenciais por ela prestadas são: a política e filosofia assistenciais da instituição; o dimensionamento e a disponibilidade da equipe de enfermagem da UTI; e como ela interpreta as suas responsabilidades pelos *cuidados diretos* e pelos *cuidados de maior complexidade*. Esses pontos podem ser ilustrados através dos discursos:

“Sou enfermeiro assistencial o quê, por intuição, me aproxima do paciente, o envolvimento me fascina...” (E 103)

“Acredito que a realização do banho no leito deveria ficar como atividade somente do A.E, apesar de que também é neste momento que ocorre com mais facilidade a realização do exame físico.” (E 58)

“(....) gostaria sim de exercer as funções de enfermeira, passar junto visita médica e realizar alguns procedimentos de enfermeira que aqui são feitos pelo residente.” (E 40)

Acreditou-se oportuna a apresentação desses discursos já que direcionam alguns questionamentos fundamentais para a compreensão do trabalho

da enfermeira de UTI: *por que é a intuição e, não, o papel profissionalmente estabelecido que a aproxima do paciente? Qual é o papel específico da enfermeira nas UTI? Quais são os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas?* Esses questionamentos corroboram a contradição entre o ideal e o real, gerada pelo enfrentamento com a situação de trabalho, cuja demanda pode incompatibilizar o encontro de sua identidade profissional (Lino, Silva, 2001).

Outro aspecto que se destacou nas UTIs foi a composição da equipe de enfermagem. Ainda que a Lei que dispõe sobre o Exercício Profissional de Enfermagem determine que a assistência ao paciente crítico seja privativa das enfermeiras, e que o Art. 5º da Resolução COFEN-189/1996, que trata dos parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde, estabeleça que a distribuição percentual de profissionais de enfermagem para assistência intensiva¹¹ seja “(...) 55,6% de Enfermeiros e 44,4% de Técnicos de Enfermagem” (COREN-SP, 2001, p.147), reconhece-se que essa não é a realidade vigente. O Técnico de Enfermagem é um profissional de nível médio que tem formação e regulamentação do exercício profissional diferenciadas do Auxiliar de Enfermagem, no entanto, o mercado de trabalho impõe limites a sua atuação, absorvendo-o como Auxiliar de Enfermagem e não legitimando as distinções profissionais.

¹¹ Segundo entendimento do COFEN é o nível de complexidade assistencial que caracteriza a categoria de “(...) *pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, requerendo assistência de Enfermagem e médica permanente e especializada*” (COREN-SP, 2001, p.151).

A reflexão de Capella et al (1988) parece pertinente e atual na análise da situação de trabalho da enfermagem nas UTIs brasileiras

(....) a conquista de uma legislação do exercício da enfermagem não é condição suficiente à garantia da autonomia profissional, haja visto, as inúmeras leis existentes e que simplesmente são ignoradas.

Os dados de caracterização sócio-demográfica das enfermeiras participantes (Tabela 10) confirmaram que a enfermagem ainda é uma profissão predominante e essencialmente feminina. Segundo dados obtidos junto ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2004), em janeiro de 2004, sobre o contingente de enfermeiras em atividade nos hospitais do município de São Paulo, 92,5% eram do sexo feminino, sendo esse percentual ligeiramente superior à amostra estudada (90,4%). Esse dado é importante ao se considerar as relações de gênero e poder nos hospitais, organizações tradicionalmente patriarcais, onde as posições hierárquicas mais elevadas são, em geral, ocupadas por médicos, homens; e as posições intermediárias e mais baixas, por mulheres, predominantemente da equipe da enfermagem (Sebrant, 1999; Farias, Vaitsman, 2002).

A idade média das enfermeiras apontou para um grupo adulto jovem, porém com parâmetros suficientes de avaliação da sua profissão, trabalho e emprego atual, considerando os tempos médios de formada, de trabalho em UTIs e de trabalho na UTI incluída no estudo (Tabelas 13 e 14). Adicionalmente, a formação acadêmica das enfermeiras confirma a demanda de qualificação profissional da assistência em UTI (73,8% possuíam cursos de especialização).

Salienta-se, ainda, que a maioria das enfermeiras era solteira e sem filhos. Esse dado é significativo com vistas à análise do domínio Família do IQV (Quadros 28 e 32). O percentual de ausência de respostas ao item *filhos* (satisfação: 43,2%; importância: 39,5%), para o qual a maioria das não-respondentes indicou “*não tenho*”. Ainda sob essa análise, 12,6% das enfermeiras não responderam o quanto se sentiam satisfeitas em relação ao esposo, namorado ou companheiro (Quadro 28) e a maioria das não-respondentes apontou, na frente do item: “*não tenho*”. Esses dados demonstram a necessidade de adequação dessa medida, de forma que contemple todas as possibilidades. Outra interpretação derivada desses dados é a suposição de que, na sociedade atual, existe uma ênfase no desenvolvimento profissional das mulheres, o que implicou num aumento da idade média para o estabelecimento de relações conjugais e para a maternidade.

Outro dado de destaque foi o percentual de enfermeiras que possuía mais de um emprego (36,9%). Esses dados aproximam-se aos achados de Beck (2000), em cujo estudo encontrou que 40,0% das enfermeiras de áreas críticas trabalhavam em outros empregos. O que se destaca no presente estudo, com vistas aos fenômenos estudados, é que duplas ou triplas jornadas de trabalho remunerado e formal (não incluindo o trabalho informal, doméstico) relacionam-se diretamente a horários irregulares de atividades de vida diária, mediadores potenciais de desequilíbrios na saúde física e mental, além de desajustes na vida social e familiar.

Ainda na análise da situação sócio-econômica das enfermeiras (Tabela 11), verificou-se que elas gastavam, em média, uma hora para chegar ao hospital. Este é um achado condizente com as dimensões territoriais do município de São Paulo que, ao ser associado ao número e meios de transportes utilizados (66,0% utilizavam transporte coletivo), sugerem impacto sobre a dimensão física e mental, além do consumo de tempo indireto dedicado ao trabalho.

A renda média mensal total das enfermeiras mostrou-se substancialmente maior que o salário líquido mensal (Tabelas 11 e 14), indicando que o salário que recebiam no hospital participante do estudo não era o único suporte econômico. Quanto ao salário líquido mensal, esse grupo inseriu-se nos 25,3% apontados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2002) na classe de rendimento mensal acima de cinco salário-mínimos, na região metropolitana de São Paulo, em 2001.

Nos resultados relativos à saúde das enfermeiras (Tabela 12), verificou-se que um número expressivo de enfermeiras (45,5%) havia faltado nos seis meses que antecederam a coleta de dados, em média 7,6 dias, ligeiramente menor que os dados apontados por Dos Reis et al (2003), que foi de 9,8 dias entre enfermeiras. No estudo de Barboza, Soler (2003), as autoras encontraram que os afastamentos da equipe de enfermagem por problemas de saúde acometem principalmente as áreas mais complexas (incluindo UTI), onde os trabalhadores “(...) *são alvos para um grande número de transtornos de ordem física, química e psicológica.*” (Barboza, Soler, 2003). Os motivos de afastamentos apontados pelas enfermeiras (30,6% problemas respiratórios, 21,2% problemas ortopédicos) são

consoantes aos achados de Dos Reis et al (2003). No estudo de Tonhom (1997), a autora apontou que, das equipes que atuam em UTIs, as queixas mais importantes são de ordem mental, como angústia, ansiedade, cansaço mental, irritabilidade, desânimo e depressão, seguidas das queixas de problemas osteomusculares.

Quanto aos resultados relativos ao uso contínuo de medicamentos e tratamentos não-medicamentos, sugere-se a importância de outros estudos que objetivem analisar esses dados sob a perspectiva de *estresse e burnout*.

Os dados relativos à qualidade do sono das enfermeiras devem ser interpretados em conjunto com os dados relacionados aos turnos de trabalho (Tabela 14). Verificou-se que 37,2% das enfermeiras referiram não dormir bem, com uma média de 6,6 horas por período de sono, achado consistente com o de Marziale, Rozestraten (1995), que foi de 6,5 horas de sono.

"Fisicamente fico muito cansada e mentalmente também. Acabo relembrando o dia todo durante meu período de sono e durmo mal." (E 81)

"Apesar de amar o que faço, tenho 1 folga ao mês e por não ter quem faça minhas coisas particulares, tenho que fazê-las durante o dia, me faltando tempo para descansar. Sou viúva e sustento só minha casa com 3 filhos." (E 59)

"Devido aos baixos salários sou obrigada a ter mais de um emprego, portanto, interfere na minha vida particular pois não é fácil trabalhar todas as noites. Aqui só tenho uma folga por mês. Como ser humano, é impossível ter 2 a 3 empregos. Tomo conta da casa, dos pais, sou pai e mãe ao mesmo tempo." (E 148)

"Pelo grau de stress, cansaço, falta de energia para atividades fora do trabalho. A falta de regularidade no horário de trabalho dificulta a realização e alcance de outros objetivos." (E 65)

O trabalho em turnos, como garantia de manutenção da assistência durante 24 horas, é uma característica do trabalho de enfermagem em instituições hospitalares. Afeta um contingente expressivo de trabalhadores e pode ser operacionalizado nas modalidades de turnos fixos de trabalho ou turnos alternantes (rodízio de horários de trabalho), segundo determinação institucional.

No presente estudo, verificou-se que um número expressivo de enfermeiras (30,6%) trabalhava em turnos alternantes. Ainda que não tenham sido investigadas as frequências de revezamento nas escalas de turnos, as influências do rodízio de horários de trabalho sobre a enfermeira já haviam sido apontadas em estudos prévios.

No estudo de Marziale, Rozestraten (1995), 91,7% das enfermeiras apontaram que a modalidade de rodízio de horários interferia negativamente sobre o sono, e que este não era de boa qualidade, devido a interrupções e dificuldades de dormir durante o dia.

O rodízio de horários reduz o tempo de sono devido a não adaptação dos ritmos biológicos na inversão de horários. O sono diurno possui características diferentes do sono noturno devido a elementos sociais, ambientais e fatores intrínsecos como as variações cíclicas do organismo. Prejuízos na qualidade do sono impedem o bom rendimento físico, diminui o nível de atenção e perturba sensivelmente a coordenação motora e o ritmo mental (Marziale, Rozestraten, 1995).

Estudos sobre o trabalho noturno (Chaves, 1994; Grossman, 1997; Rotenberg et al, 2001; Fischer et al, 2002) apontam que a violação do ritmo circadiano e tem influências não apenas sobre os ritmos biológicos mas, também, sobre padrões sociais, podendo gerar fadiga física e mental, alterações dos padrões de sono, irritabilidade, apatia, consumo de álcool e/ou drogas (frequentemente relacionadas à auto-tratamento de insônia), alterações do humor, depressão, e problemas gastrointestinais. Adicionalmente, provoca um aumento do risco de doença coronariana, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, hiperglicemia, hiperuricemia, dismenorréia e prematuridade no parto (Grossman, 1997). Um aspecto importante que se destaca no trabalho noturno, considerando os trabalho da enfermeira na UTI, é a redução do nível de alerta.

As dificuldades geradas pelos turnos de trabalho podem ocorrer dentro e fora do trabalho. Nessa questão, estão implicados elementos legais e organizacionais tradicionalmente pouco flexíveis. Rodízio de turnos, escalas de folgas e férias podem ser, em vários momentos, utilizados como instrumentos de efetivação do exercício do poder gerencial. Mesmo quando existe maior flexibilidade organizacional, contemplando a opção pessoal da enfermeira, os horários e dias de trabalho não-coincidentes com os da maior parte da sociedade podem gerar efeitos negativos nas dimensões física, mental e social:

"Sou casada e com 1 filha pequena e meu marido não compreende até hoje nesses longos 15 anos que eu tenho que trabalhar quase todo final de semana. Não tenho programações familiares. Só nas férias, se caírem juntas." (E 101)

“Não consigo tempo para realizar outras atividades e lazer. É muito cansativo, principalmente em finais de semana, quando trabalho 12 horas.” (E 47)

“Trabalho no período noturno e não consigo produzir nada no dia seguinte. Estou sempre cansada.” (E 197)

No estudo de Makowiec-Dabrowska et al (2000), sobre os turnos de 12 horas, os autores afirmam que nessas jornadas existe um aumento do volume de trabalho, da fadiga e queda no desempenho, mesmo quando favorece melhor ajuste de folgas. Ugrovics, Wright (1990) não encontraram relações entre a jornada de trabalho de 12 horas com manifestações de fadiga e níveis de desempenho; e concluíram que, sob esse regime de trabalho, existe maior satisfação devido ao melhor ajuste da vida pessoal, social e familiar. No estudo de Richardson et al (2003) os resultados também sugeriram maior satisfação em relação a jornada de trabalho de 12 horas. Uma questão importante que deve ser destacada é a limitação desses estudos que, por terem sido realizados em outros países, não contemplam as especificidades das leis trabalhistas vigentes em nosso país, nem as diferenças culturais entre os grupos de enfermeiras, considerando-se os discursos:

“Os plantões de 12 horas de final de semana faz com que fiquemos distantes dos nossos familiares” (E 32)

“Às vezes tenho que abster-me nos finais de semana do convívio familiar, devido aos plantões.” (E 68)

“Tenho 1 filho e não tenho “babá” para os finais de semana, quando estou de plantão, gerando uma certa angústia” (E 186)

“O horário de trabalho, principalmente de final de semana, acaba limitando sua vida particular” (E 187)

“Restringe a vida social devido aos plantões de fim de semana e poucas folgas” (E 193)

Escribà-Agüir (1992) salientou que o trabalho em turnos deve ser avaliado sob a perspectiva da adaptabilidade e satisfação. Dentre os principais efeitos sobre a vida social e familiar, a autora destaca: dificuldades na participação de atividades sócio-culturais e na manutenção de amizades fora do ambiente de trabalho, contribuindo com sentimentos de isolamento social; e dificuldades de organização da vida doméstica, devido a não coincidência com os horários do cônjuge ou companheiro e a incompatibilidade para o acompanhamento dos filhos.

Marziale, Rozestraten (1995) também apontaram os efeitos negativos do rodízio de turnos sobre o relacionamento familiar, social, lazer e sono. Os autores investigaram os indícios subjetivos e objetivos de fadiga mental, conseqüentes ao rodízio de turnos, sob os indicadores: inabilidade de concentração, embotamento, distúrbios do sono, desconforto físico, frequência crítica de fusão à luz e reação simples à estímulo auditivo. Concluíram que as enfermeiras do turno da noite são as mais afetadas, apresentando maior percentual de indícios subjetivos e objetivos de fadiga mental, seguidas das do turno da manhã e, em menor proporção, pelas do turno da tarde.

Estudo recente (Costa et al, 2000) apontou resultados semelhantes: mudanças no desempenho físico, distúrbios mentais, neurológicos e psiquiátricos, distúrbios gastrointestinais, interferências no relacionamento pessoal e familiar, restrições à atividades sociais e dificuldades no planejamento da vida.

Rotenberg et al (2001) analisaram o trabalho noturno sob a ótica das relações de gênero, que são altamente pertinentes ao presente estudo. Segundo os autores, a adaptação das mulheres ao turno noturno opera-se diferentemente do que com os homens, não apenas pela opção do turno de trabalho (acomodação de necessidades familiares) mas, também, pela organização da vida cotidiana, fora do trabalho.

Ao serem questionadas quanto ao motivo que as levou a trabalhar em UTI (Tabela 14) a maioria das enfermeiras respondeu ter sido escolha pessoal.

"Profissionalmente, amo o que faço e é o que escolhi (...)"(E 59)

"Sempre gostei de trabalhar em UTI, não gosto de enfermagem" (E 86)

"Após ter experimentado outra área percebi que foi na UTI que me identifiquei tanto com a equipe quanto com pacientes e familiares" (E 119)

Esse achado é importante pois implica na motivação no trabalho da enfermeira. Pereira, Fávero (2001) pesquisaram as situações motivadoras no trabalho de enfermagem, que são pertinentes ao presente estudo: trabalho em si, resultado do trabalho, reconhecimento pelo trabalho, desenvolvimento profissional/pessoal, relacionamento interpessoal, salário, organização do trabalho, desempenho profissional, percepções e expectativas em relação à chefia.

Ainda que não tenham sido investigados os motivos pela escolha profissional, a discussão que se segue aponta e sugere diversas possibilidades.

As respostas dadas à questão **“A atividade que você realiza predominantemente, nesta UTI, é aquela que você gostaria de executar?”** permitiram a identificação de fatores geradores de satisfação e insatisfação no trabalho, assim como uma maior caracterização do trabalho da enfermeira de UTI.

Numa análise geral, os temas que emergiram das respostas afirmativas foram, predominantemente, de conteúdo subjetivo, sugerindo que as experiências do trabalho na UTI são consoantes às expectativas e necessidades individuais de envolvimento humano, altruísmo, utilidade social, reconhecimento e superação de desafios. As respostas negativas, ainda que em menor proporção, traduziram o desencontro entre o ideal imaginário e a real imposição social da institucionalização, pouco instrumentalizada.

Com base nos dados levantados na análise dos discursos, concebe-se o trabalho da enfermeira na UTI marcado pelo prazer e satisfação gerados pelo cuidar direto e pela aproximação humana, caracterizando um processo predominantemente assistencial que, a despeito da dimensão técnica, é intensamente permeado por subjetividade e simbolismo. Esses dados são congruentes com o contingente de enfermeiras (60,2%) que apontaram o cuidado direto como atividade predominante (Tabela 14) e com o total de 85,6% que apontaram sentirem-se satisfeitas por trabalhar em UTI (Tabela 15).

Gostar e amar foram expressões utilizadas enfaticamente, pelas enfermeiras, ao serem questionadas quanto ao trabalho que realizavam nas UTIs.

Embora não tenha sido objeto do presente estudo a exploração de facetas subjetivas do cuidar em UTI, verificou-se que este é um importante gerador

de satisfação e realização. Sob esse aspecto, alguns discursos foram permeados pelo ideal vocacional-humanístico da enfermagem, de concepção historicamente religiosa:

"(...) a vida é uma dádiva e cuidar de vidas é um dom" (E 5)

"(...) o cuidado direto ao doente é minha vida" (E 38)

"(...) É muito gratificante servir ao próximo, fazer o Bem sem saber a quem (...)" (E 118)

Considerou-se oportuno o resgate do tema *afeto e trabalho* desenvolvido por Codo et al (1998), ao discorrerem sobre a universalização e transcendência do indivíduo que *"conquista a existência na medida em que imanta o mundo com os seus afetos"* (p.188). Os comportamentos de cuidar, além de carregarem as histórias individuais, valores e princípios também são permeados pelos conteúdos inconscientes e simbólicos que poderão ou não ser atendidos e satisfeitos em seu exercício.

Padilha (1994) concebe as manifestações de prazer e satisfação pelo cuidado direto como a congruência existente entre o *"imaginário social"* e as atividades profissionais. Tal premissa é apoiada por Martins (2000), quando aponta que o cuidado transcende o executar, por contemplar humanidade e desenvolvimento de potencialidades, alcançando a subjetividade.

A discussão sobre o cuidar em UTI torna-se mais consistente quando se avalia a consonância entre o desejável e o real, considerando as percepções individuais na construção do coletivo. A reflexão de Paganini (2000) acerca do

cuidar em unidades críticas, enquanto meio de mobilização individual e mediador de auto-conhecimento do ser cuidador, é re-afirmada por discursos como:

“Presto assistência integral a pacientes em condições críticas, dessa forma posso trabalhar e explorar meu lado profissional e humano” (E 37)

“Fico diretamente na assistência a pacientes graves, e isso me fornece crescimento pessoal e profissional” (E 11)

Outros aspectos que emergiram também contribuíram com a caracterização das dimensões do trabalho da enfermeira na UTI.

A identificação pessoal e individual com a assistência a pacientes críticos envolve, além dos componentes humanísticos, elementos de capacitação profissional específicos desse nível assistencial, que geram satisfação na medida em que são desafiadores e que conferem status profissional diferenciado, historicamente constituído (Lino, Silva, 2001).

A complexidade clínica dos pacientes e o crescente desenvolvimento no campo terapêutico e diagnóstico privilegiam qualificação e atualização profissionais constantes que, se por um lado atendem à demanda de um modelo assistencial, por outro, elitizam a prática de enfermagem pelo poder explicitamente conferido ao saber científico e ao domínio tecnológico. A isso somam-se os mitos e estereótipos de auto-suficiência e fria eficiência atribuídos às enfermeiras de UTIs (Levine et al, 1988; Bastos, 2002).

“Dentro da área de enfermagem é a que me faz sentir prazer em executar, não gosto de ficar parada, acho que UTI proporciona bastante atividade.” (E 162)

"Presto assistência direta aos pacientes, adquiero visão clínica, sabendo executar com tranqüilidade procedimentos complexos" (E 17)

"(...) tenho facilidade para qualquer emergência, atuar de maneira mais rápida e eficaz" (E 72)

"Cuido de pacientes graves, lido com aparelhos" (E 121)

"Não é rotineiro, é uma atividade dinâmica, eu gosto de resolver problemas." (E 110)

Esses discursos são consistentes com o pensamento de Manojlovich, Spence Laschinger (2002) e Judge et al (2000) que concebem que pessoas que preferem e buscam por atividades desafiantes e novas oportunidades de aprendizado tendem a alcançar resultados e a vivenciar experiências, positivamente, tanto em nível pessoal quanto em nível profissional.

O conhecimento e a responsabilidade pelos resultados do trabalho são elementos postulados como mediadores positivos de motivação e satisfação profissional elevadas (Hackman, Oldham, 1980). Algumas expressões das enfermeiras confirmam essa concepção:

"Consigo prestar uma boa assistência ao cliente, planejando e assistindo sua evolução" (E 163)

"Gosto muito de cuidar e acompanhar os pacientes" (E 73)

"Eu gosto do que faço, fico feliz com o resultado, digo, com a melhora dos pacientes" (E 82)

Reiterando as características de dinamismo, peculiares ao trabalho em UTI, verificou-se que o volume de atividades burocráticas, consideradas tediosas e pouco flexíveis, foi fator de (in)satisfação nesse grupo de enfermeiras:

"Sou enfermeira assistencial, fico diretamente ao lado do paciente, não é tão marcado por serviços burocráticos." (E 16)

"A atividade burocrática as vezes toma o tempo que eu gostaria de ter dado ao paciente." (E 133)

"Trabalho muito com papéis. Tenho mais fascínio pelo assistencial, pela parte técnica e científica, que acaba ficando esquecida." (E 138)

Destacou-se, também, no trabalho da enfermeira na UTI, o paradoxo gerado pela divisão técnica da assistência e pela inadequação no delineamento da identidade profissional:

"Não gosto de ser contada como mais um auxiliar para poder dar conta do trabalho com os pacientes, gostaria sim de exercer as funções de enfermeira" (E 40)

"Perdemos muito tempo com atividades que os auxiliares bem treinados poderiam fazer" (E 112)

"Nesta UTI você desempenha a maioria das atividades do técnico de enfermagem" (E 202)

"Às vezes realizamos procedimentos que são cabíveis a outros funcionários (ex: auxiliares de enfermagem) e não fazemos o nosso trabalho (a nossa parte) ficando defasada e muitas vezes mal feita" (E 53)

Os discursos sugerem terem sido motivados por um dos aspectos relatados no trabalho de Rossi (1994), que afirma que o cuidado direto "*braçal, serviçal*" é causador de incômodo. Questiona-se quais procedimentos e atividades, sob a ótica das enfermeiras, não fazem parte do seu repertório profissional. Infere-se que a execução de alguns cuidados diretos implica em falta de prestígio

profissional e anulação da dimensão do saber, perpetuando e pactuando com a ambigüidade cuidar X administrar e com a fragmentação da assistência.

"Às vezes o enfermeiro se torna um profissional tarefeiro" (E 52)

"Nesta UTI "toca-se serviço" (E 55)

"As atividades são direcionadas para execução de tarefas (...)" (E 66)

"Você acaba preenchendo o seu tempo com cuidados, não tendo tempo para raciocinar e avaliar adequadamente" (E 132)

"Prestando assistência de forma integral como os Auxiliares de Enfermagem, algumas vezes não somos diferenciadas" (E 62)

"Muitas vezes o meu papel como enfermeira é confundido com o do auxiliar de enfermagem e a minha atividade como Enfermeira fica prejudicada. Assumimos paciente de forma integral igual ao auxiliar de enfermagem e muitas vezes não tenho tempo para avaliar e supervisionar o trabalho dos auxiliares de enfermagem" (E 60)

Com vistas aos discursos acima apresentados, julgou-se pertinente o resgate da reflexão de Rodrigues (2001) quanto à formação da enfermeira numa concepção idealizada que "(...) *pode contribuir para aumentar sua dificuldade de inserção no trabalho (...)*".

A demanda de trabalho foi apontada como um dos aspectos que mais afeta, negativamente, a percepção da enfermeira acerca do seu contexto de trabalho e associa-se direta e intensamente ao déficit de pessoal. Esse resultado não é inédito, porém, alarmante considerado como um importante causador de deterioração da qualidade da assistência de enfermagem (Marziale, 2001; Aiken et al, 2003; Pronovost et al, 2001); de ansiedade (Barros et al, 2003); sofrimento

psíquico (Beck, 2000); estresse ocupacional, compreendido como o desequilíbrio entre a percepção da exigência do trabalho e a capacidade da enfermeira para atendê-la (Paraguay, 1990); e de desgaste profissional — Síndrome de *Burnout* (Lautert, 1997).

“A falta de funcionários, muitas vezes nos obriga a prestar cuidados básicos para a sobrevivência do cliente, o que por muitas vezes diminui a qualidade do serviço.” (E 9)

“... Às vezes me sinto realizando apenas cuidados básicos devido à escala de pessoal muito reduzida.” (E 41)

“Há falta de funcionários, me sinto sobrecarregada em outro tipo de atividade. Quanto ao paciente, mesmo, deixa muito a desejar” (E 148)

Estudos internacionais apontaram que o déficit de enfermeiras é responsável pelo aumento da mortalidade de pacientes cirúrgicos (Aiken et al, 2002) e pelo aumento de complicações cardíacas, respiratórias e infecciosas em pacientes críticos (Amaravadi et al, 2000; Pronovost et al, 2001; Dang et al, 2002)

A falta de autonomia e limitação do âmbito de ação, também emergentes como aspectos negativos do trabalho em UTI, sugerem, nesse nível de análise, ser conseqüentes à vinculação entre os hospitais de origem da maioria das enfermeiras (hospitais 1 e 2) e uma faculdade de Medicina, privilegiando, portanto, o ensino e aprendizado médicos:

“(....) gostaria sim de exercer as funções de enfermeira, passar junto visita médica e realizar alguns procedimentos de enfermeira que aqui são feitos pelo residente” (E 40)

A falta de reconhecimento e respeito pelo trabalho que executa nas UTIs foi outro tema que emergiu dos discursos, tendo profundo impacto sobre a imagem profissional da enfermeira e, conseqüentemente, sobre suas percepções acerca do trabalho, da profissão, da auto-estima, auto-conceito e auto-imagem (Takase et al, 2001, 2002).

"... não há respeito da própria equipe de enfermagem por você e muito menos das outras equipes (médicos, fisioterapeutas, etc)." (E 64)

"Gostaria de realizar menos trabalhos burocráticos e ser mais respeitada pelos médicos, com relação às condutas que são necessárias aos pacientes (condutas de enfermagem)." (E 81)

No estudo de Sousa, Silva (2001) sobre o prestígio das profissões de nível universitário, os autores encontraram que a enfermeira ocupa o 7º lugar, ficando abaixo do médico (1º), psicólogo (4º), fisioterapeuta (5º) e farmacêutico (6º), na ordenação de prestígio profissional. O que se percebe, a partir desses resultados, é que as profissões estudadas, tradicionalmente, caracterizam-se por maior autonomia no exercício e pela não-estratificação funcional, como ocorre na Enfermagem.

Chaboyer et al (2001) concluíram que, a despeito da percepção de status profissional diferenciado, pelas enfermeiras de UTIs, o maior fator que influencia a (des)valorização do seu papel profissional é a relação com equipe médica. A natureza dessa relação foi historicamente constituída pela concepção patriarcal, que incorpora as relações de poder fundamentadas em gênero, e é socialmente mantida pelo modelo biomédico de assistência á saúde, no qual "(....)

somente o médico sabe o que é importante para a saúde do indivíduo, e só ele pode fazer qualquer coisa a respeito disso (....)” e, [os médicos] “(....) desempenham um papel ímpar e decisivo nas equipes que se encarregam das tarefas de assistência aos pacientes.” (Capra, 1982, p.150), influenciando, numa relação inversa, a autonomia do exercício profissional das enfermeiras.

As respostas dadas à questão **“Seu trabalho influencia sua vida particular?”** revelou que um número expressivo de enfermeiras (23,6%) dissocia (ou não concebe a associação entre) a vida no trabalho (d)a vida fora do trabalho. Oportuno é o resgate da concepção de Beck (2000) sobre o reforço do *“esfacelamento”* do trabalhador em duas pessoas diferentes, na efetivação de medidas de proteção quanto ao sofrimento no trabalho. Pertinente, também, é a reflexão de Codo et al (1998, p.63): *“(....) A vida dos homens sem dúvida não se reduz ao trabalho, mas também não pode ser compreendida na sua ausência”*.

A maioria das enfermeiras que reconheceu as influências positivas apontou as experiências com pacientes críticos como um aprendizado que atribui valor e contribui com a valorização de sua vida. Esse resultado é significativo pois simultaneamente confirma as influências exercidas pelo convívio com situações de dor, sofrimento e morte sobre o aparato afetivo e emocional, e se confronta com as teorias que postulam essas situações como potenciais fontes geradoras de estresse. Essa percepção pode ser interpretada como uma estratégia defensiva de enfrentamento de situações emocionalmente excedentes — extrair valores positivos de eventos negativos (Lazarus, Folkman, 1984, p.152), ou ser interpretada pela

perspectiva que contempla a apropriação da experiência intersubjetiva, através da atribuição de sentido e significados, na avaliação pessoal reflexiva.

Outro aspecto relevante, que apóia a relação entre satisfação profissional e satisfação em relação à vida, foi encontrado no tema trabalho como fonte de realização e satisfação:

"Atribuo setenta por cento de minha satisfação pessoal ao meu trabalho. Tenho como eixo referencial meu trabalho." (E 26)

"O trabalho me traz realização pessoal, trabalhando me faz sentir realizada profissionalmente." (E 72)

A percepção da influência positiva que o aspecto econômico vinculado ao trabalho exerce sobre a manutenção e atendimento das necessidades de vida foi outro achado não surpreendente. Sua análise implica na concepção da dupla convivência do trabalho enquanto valor de uso, entendido como *"ato de depositar significado humano à natureza, construção de significado pessoal e intransferível, individual"* (Codo et al,1992, p.98), e enquanto valor de troca que *"equaliza o desigual, indiferencia tudo o que era distinto"*, (Codo et al,1992, p.99) e foi abstraída de discursos como:

"É dele que tiro meu sustento, que me faz sentir ajustada à sociedade..." (E 28)

"É ele que me gera dinheiro para poder utilizar em meu dia-a-dia, me dá confiança por estar sendo produtiva e útil." (E 175)

Outros pontos que se destacaram, quanto aos aspectos positivos do trabalho em relação à vida, foram o exercício profissional das enfermeiras, em seu

meio social, configurando os diferentes níveis de atuação da enfermagem e o exercício da cidadania; e o estabelecimento de pontos profissionais comuns em seu meio familiar.

As respostas que expressaram as influências negativas do trabalho sobre a vida fora do trabalho foram preocupantes, mesmo sendo previsíveis.

O cansaço e a exaustão física, apontados pelas enfermeiras, relacionam-se às situações de esforço que realizam na UTI, como manipulação excessiva de peso (pacientes, equipamentos), posições inadequadas na realização de procedimentos e atendimentos de emergência, e trabalho em pé na maior parte do turno (Shimizu, 1996; Maia, 1999). Porém, a sensação de cansaço incorpora outros fatores, que inclui os sociais, psicológicos e fisiológicos (Parse, 2003).

A associação entre fadiga com turnos de 12 horas, turnos alternantes e com trabalho noturno é significativa, como apontada pela literatura (Magnusson et al, 1996; Grossman, 1997; Makowiec-Dabrowska et al, 2000; Rotenberg et al, 2001; Fischer et al, 2002) e anteriormente discutida.

A percepção de falta de energia mental e emocional sugere estar relacionada às características da assistência de enfermagem em UTI, como: atenção constante, ritmo acelerado de trabalho, imprevisibilidade, entre outras; e a fatores organizacionais, como falta de pessoal e divisão do trabalho. Salienta-se que, das expressões que geraram esse tema, diversas são sugestivas de sinais de exaustão emocional, principal fator do desgaste profissional (Síndrome do *Burnout*), caracterizando-se por sentimentos de desgaste físico e emocional (Lautert, 1997; Tamayo, Tróccoli, 2002).

"(...) Com o excesso de trabalho, me sinto cansada e sugada pelo Hospital. Ao chegar em casa não me sinto viva..." (E 121)

"Existem certas formas de coordenar o trabalho que acabam gerando desgaste e refletem no meu estado emocional e isso porque a demanda de trabalho X dimensão de pessoal X tempo não estão ajustadas." (E 28)

Esses dados indicam a necessidade de medidas mais precisas e eficientes de diagnóstico e suporte profissional para esse grupo de enfermeiras e reafirmam a necessidade de outros estudos, anteriormente apontada.

Outros dados encontrados remetem ao sofrimento gerado por não conseguirem se desligar dos problemas e dificuldades vivenciados no trabalho, transferindo-os para a vida pessoal:

"Às vezes os problemas não resolvidos são transferidos para casa envolvendo os familiares em frustrações acumuladas." (E 37)

"Quando estou estressada pelo dia a dia, acabo descontando, muitas vezes, nos amigos e familiares, que não têm culpa." (E 142)

Com vistas às influências do trabalho sobre a vida particular, tão marcadamente apontadas pelas enfermeiras (76,2%), e considerando que a maioria (59,3%) respondeu que a vida fora do trabalho não influencia a vida profissional, conclui-se que essa relação, ainda que bidirecional, não pode ser equacionada de modo direto e linear. Esses dados são consistentes com o pensamento de O'Driscoll et al (1992) que afirmam que a relação entre o papel profissional e os demais papéis, de outras esferas da vida, media os efeitos que as demandas sociais têm sobre as respostas afetivas e comportamentais do indivíduo. Corroboram essa

premissa, o achado dos temas *equilíbrio na vida particular gerando equilíbrio no trabalho e problemas pessoais gerando dificuldades no trabalho*.

O cenário discutido até o momento favoreceu a compreensão dos resultados encontrados através das medidas objetivas de satisfação profissional e qualidade de vida.

Na análise da satisfação profissional, através do ISP, a estimativa da importância atribuída aos diferentes componentes da satisfação profissional resultou em dados coincidentes e discordantes de outros estudos.

O componente Autonomia foi considerado pelas enfermeiras como o mais importante para sua satisfação profissional (Quadro 15), no entanto, não foi o componente com o qual sentiram-se mais satisfeitas. Esse achado é consistente com estudo prévio da pesquisadora (Lino, 1999), também realizado com enfermeiras de UTI, e com outros estudos (Finn, 2001; Fung-kam, 1998), podendo ser interpretado sob várias perspectivas.

Primeiramente, infere-se que a autonomia é um dos elementos que confere maior profissionalização e prestígio a uma ocupação, atendendo a demandas individuais de inserção social que, no caso da enfermeira, é introduzida ou reforçada na sua formação educacional (Lino, 1999).

Segundo, a organização da assistência hospitalar não favorece a afirmação de um campo de ação mais autônomo para a enfermeira em virtude das desigualdades na distribuição do poder. Como discutido anteriormente, o modelo vigente de assistência à saúde monopoliza o poder/saber médico, limitando a ação

da enfermeira (e de outros profissionais) nas decisões e condutas na assistência aos pacientes. Essa premissa é apoiada por Bowler, Mallik (1998) que afirmam que as enfermeiras de UTI sentem-se mais autônomas e independentes quando tomam parte das decisões relacionadas à assistência ao paciente, que são diretamente influenciadas pelas relações com a equipe médica.

O estudo de Manias, Street (2001) indica que existe uma interdependência entre a tomada de decisões relacionadas à assistência ao paciente e o nível de conhecimento da enfermeira de UTI; e que enfermeiras e médicos têm concepções distintas e divergentes na valorização do conhecimento das enfermeiras.

Sob outra ótica, Bowler, Mallik (1998) concebem a relação entre a autonomia da enfermeira e o *papel avançado* que ela desempenha, ao realizar atividades consideradas exclusivas do domínio médico, na UTI. Outros estudos apóiam essa premissa (Goldman, 1999; Chaboyer et al, 2001; Darvas, Hawkins, 2002; Coombs, 2003). Os achados do presente estudo são discordantes.

A realização de algumas atividades tradicionalmente médicas, pelas enfermeiras, é uma realidade nas UTIs brasileiras. Porém, contradiz os estudos citados pois isso é percebido pelas enfermeiras como um status profissional diferenciado, uma valorização do seu conhecimento, justificando parcialmente ter sido esse o componente com o qual sentiam-se mais satisfeitas. Entretanto, essa percepção fundamenta-se em bases frágeis pois não é uniforme entre as UTIs, tem limitações e implicações ético-legais, e não supõe que as enfermeiras tenham maior

poder, já que a autonomia do trabalho médico é o que confere poder de autoridade sobre o trabalho de enfermagem (Lino, 1999).

A Interação também foi considerada um dos componentes mais importantes na satisfação profissional das enfermeiras (Quadro 15). Entretanto foi apenas com o sub-componente *interação com a equipe de enfermagem* que elas sentiram-se mais satisfeitas. O sub-componente *interação com a equipe médica* não foi percebido de forma satisfatória. Para interpretar esses resultados, além da discussão acima, devem ser consideradas as respostas aos itens da escala de satisfação (Quadro 17): as enfermeiras, em sua maioria não se sentem respeitadas pelos médicos quanto aos seus conhecimentos. Esse achado é consistente com outros estudos (Taylor, 1996; Sundin-Huard, 2001; Rosenstein, 2002; Rosenstein et al, 2002; Coombs, 2003; Thomas et al, 2003).

Os achados relativos aos componentes com os quais as enfermeiras sentiram-se menos satisfeitas (remuneração, requisitos do trabalho, normas organizacionais) são congruentes aos encontrados anteriormente pela pesquisadora (Lino, 1999), e demonstram que é o poder organizacional verticalizado que estabelece as políticas salariais e é responsável pelas políticas de desenvolvimento e de provimento de recursos humanos na instituição (Quadro 22), retomando a discussão sobre a falta de pessoal nas UTIs.

A Análise de Componentes Principais (ACP) corroborou os achados da medida do ISP, pelo maior peso encontrado no componente Autonomia, apontado como o mais importante pelas enfermeiras.

Os achados quanto à qualidade de vida das enfermeiras, medida através do IQV, apresentaram concordâncias e discordâncias em relação a outros estudos realizados em nosso meio (Machado, 2000; Kawakame, 2001; Iglesias, 2002).

As enfermeiras das UTIs apresentaram melhor qualidade de vida em relação aos domínios Família, Psicológico e Espiritual, Social e Econômico e Saúde e Funcionamento, em ordem decrescente, ressaltando-se que Psicológico e Espiritual; e Social e Econômico tiveram os mesmos valores.

A melhor qualidade de vida em relação ao domínio Família pode ser interpretada pelo papel que a família exerce na sociedade, sendo considerada como *“ pilar fundamental da vida social ”* (Setién, 1993). O valor conferido à família pôde ser demonstrado pelos discursos anteriormente apresentados, que indicavam o sofrimento das enfermeiras por terem seu tempo de dedicação à família tolhido pelas exigências do trabalho, e indicado pela literatura (Kane, Kartha, 1992; O’Driscoll et al, 1992; Gottlieb et al, 1996; Burke, Greenglass, 1999; Spindola, Santos, 2003). Essa idéia é consoante à Setién (1993) que considera a qualidade da interação familiar mais importante do que a quantidade de contato.

O domínio psicológico e espiritual incorpora aspectos subjetivos de bem-estar, felicidade, contentamento, esperança, otimismo, espiritualidade, alcance de objetivos e significado da vida, preditores do valor da vida, inerente à condição humana (King, Napa, 1998; Seligman, Csikszentmihalyi, 2000). Infere-se, ainda, que as enfermeiras apresentaram o mesmo nível de qualidade de vida em relação ao

domínio social e econômico porque este também incorpora experiências subjetivas de relacionamento e inserção social.

O aspecto econômico, deve ser analisado não apenas pela objetividade que lhe é conferida, por tratar-se de uma área relativa à vida material (Setién, 1993), mas, também, pela subjetividade da avaliação individual; que, ao contrário de excludentes, são complementares.

A pior qualidade de vida no domínio Saúde e Funcionamento, é indicativa das influências da vida profissional, não apenas considerando-se o potencial de agravos à saúde associado ao trabalho em UTIs mas, também, incluindo a insatisfação quanto às atividades de lazer e diversão, à vida sexual, ao cuidado com a própria saúde e às preocupações, de modo geral.

Os resultados obtidos através da Análise de Componentes Principais (Tabela 6) corroboram os achados de qualidade de vida das enfermeiras, em relação aos domínios. Primeiramente, o domínio Psicológico e Espiritual e Saúde e Funcionamento foram os domínios que mais discriminaram as enfermeiras.

Quanto aos aspectos psicológico e espiritual, Infere-se que isso decorre do caráter subjetivo de bem-estar e valorização da vida, que pôde ser evidenciado através da análise das associações com os indicadores de vida, positivos e negativos, confirmada pela análise dos agrupamentos de enfermeiras.

O menor peso encontrado na ACP foi no domínio Família, indicando que foi o que menos discriminou as enfermeiras. Isso é justificável, considerando-se o valor atribuído à relação familiar, previamente discutida.

A análise das correlações entre os componentes do ISP e os domínios do IQV confirmou o quanto esses fenômenos encontram-se relacionados e pode ser melhor compreendida pelos resultados encontrados na análise dos grupos de enfermeiras.

O Grupo 4, que apresentou os maiores valores de qualidade de vida (Quadro 36) também apresentou os maiores valores de satisfação profissional (Quadro 37), diferenciando-se dos demais grupos na quase totalidade dos indicadores de vida e trabalho (Tabelas 16, 17, 18 e 19). Outro aspecto que se destacou na análise desse grupo de enfermeiras foi a relação direta que apresentou quanto aos indicadores positivos e pela relação inversa, quanto aos indicadores negativos, de vida e trabalho. Quanto ao aspecto da saúde, foi o grupo que se diferenciou pela melhor qualidade de sono (Tabela 12) e, no aspecto de atividades de trabalho também se diferenciou por não ter apontado as atividades administrativas e de gerenciamento (Tabela 14).

Os grupos que apresentaram níveis mais baixos de qualidade de vida e de satisfação profissional confirmaram as relações acima discutidas.

Através da interpretação do comportamento que as enfermeiras do grupo 4 apresentaram quanto à qualidade de vida, puderam ser, assim, caracterizadas em relação à sua percepção perante a vida: satisfeitas, confiantes, tranqüilas, equilibradas, sem problemas familiares, com facilidade de relacionar-se, animadas e em paz. Também apresentaram o melhor nível de satisfação profissional e, quanto ao trabalho, podem ser consideradas: satisfeitas, confiantes, adequadas, equilibradas, com facilidade de relacionar-se e felizes em relação ao seu trabalho.

Cabe salientar que todos os dados levantados, que incluíram as percepções e estados de vida pessoal e profissional — indicadores de vida e trabalho, positivos e negativos — resultaram em achados surpreendentes, considerando-se o poder de discriminação e as evidentes relações que apresentaram com qualidade de vida e satisfação profissional. Conclui-se, portanto, que podem ser aplicados como preditores de ambos os fenômenos e que demandam uma análise mais detalhada, fora dos limites do presente estudo.

Acredita-se que o estudo das relações entre qualidade de vida e satisfação profissional das enfermeiras de UTI tenha contribuído para uma maior compreensão acerca do trabalho em UTI. Ao elucidar inúmeros aspectos de vida pessoal e profissional dessas enfermeiras, demonstrou que a vida no trabalho e a vida fora do trabalho são dimensões inter-relacionadas de um mesmo fenômeno, de grande magnitude, e cuja compreensão não foi esgotada no presente estudo, indicando a necessidade de investigações futuras direcionadas a esses temas.

6. CONCLUSÕES

"A cada dia que passa, a cada caso novo que eu venho a conhecer, percebo o quanto é importante estar com a família, valorizar os momentos felizes e infelizes que vivemos" (E 51)

Considerando os objetivos propostos para este estudo, os resultados encontrados permitiram as seguintes conclusões:

- Quanto ao nível de satisfação em relação aos componentes da satisfação profissional, verificou-se que as enfermeiras das UTIs estudadas estavam mais satisfeitas com o componente Status Profissional, seguido dos componentes Interação, Autonomia, Remuneração, Requisitos do Trabalho e Normas Organizacionais;
- Quanto ao nível de importância atribuída aos componentes da satisfação profissional, verificou-se que as enfermeiras das UTIs estudadas consideraram Autonomia como o componente mais importante, seguido do componente Interação, Remuneração, Status Profissional, Requisitos do Trabalho e Normas Organizacionais;
- Quanto ao nível de satisfação em relação aos domínios da qualidade de vida, verificou-se que as enfermeiras das UTIs estudadas estavam mais satisfeitas com o domínio Família, seguido do Social e Econômico, Psicológico e Espiritual, e Saúde e Funcionamento;
- Em relação ao nível de importância atribuída aos domínios da qualidade de vida, verificou-se que as enfermeiras das UTIs estudadas consideraram o domínio Psicológico e Espiritual como o mais importante, seguido do domínio Família, Saúde e Funcionamento, e Social e Econômico;
- Na avaliação da qualidade de vida das enfermeiras, o domínio Saúde e Funcionamento destacou-se como o mais comprometido entre todos. A

dimensão Família foi a que obteve a melhor avaliação, com pequena diferença em relação aos domínios Psicológico e Espiritual, e Social e Econômico;

- Os estados e percepções acerca da vida predominantes entre as enfermeiras foram: facilidade de relacionar-se, satisfeita, tensa e confiante;

- Em relação ao trabalho, os estados e percepções predominantes entre as enfermeiras foram: facilidade de relacionar-se, exausta, tensa e confiante;

- De modo geral, os componentes da satisfação profissional e os domínios da qualidade de vida apresentaram correlações estatisticamente significativas. O componente Remuneração não se correlacionou com nenhum dos domínios da qualidade de vida. Os componentes Requisitos do Trabalho e Normas Organizacionais não se correlacionaram com os domínios Social e Econômico, e Psicológico e Espiritual, respectivamente.

- Quanto aos padrões de comportamento em relação à satisfação profissional e à qualidade de vida, verificou-se que as enfermeiras que apresentaram os melhores níveis de satisfação profissional também apresentaram os melhores níveis de qualidade de vida, assim como as que apresentaram os piores níveis de satisfação profissional apresentaram os piores níveis de qualidade de vida;

- As características das enfermeiras de UTIs que influenciaram a satisfação profissional e a qualidade de vida foram a qualidade do sono e as atividades que realizavam predominantemente nas UTIs; as enfermeiras com maior nível de satisfação profissional e qualidade de vida tinham melhor qualidade do

sono e nenhuma delas exercia, predominantemente, atividades administrativas e gerenciais. As diferenças observadas entre os grupos, em relação a essas características, foram estatisticamente significativas;

- O grupo das enfermeiras com maior nível de satisfação profissional e qualidade de vida concentrou o maior número de enfermeiras com indicadores positivos de vida e trabalho. Houve associação estatisticamente significativa entre esses indicadores e maior nível de satisfação profissional e qualidade de vida das enfermeiras; e

- No grupo com maior nível de satisfação profissional e qualidade de vida observou-se uma menor proporção de enfermeiras com indicadores negativos de vida e trabalho, distinguindo-se dos outros grupos de forma estatisticamente significativa.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288(16): 1987-93.

Allman C. Retention technique #2. Closing critical care beds. *Dimens Crit Care Nurs* 1989; 8(1): 38-43.

Amaravadi RK, Dimick JB, Pronovost PJ, Lipsett PA. ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. *Intensive Care Med* 2000; 26(12): 1857-62.

Angerami EL, Gomes DL, Mendes IJ. Estudo da permanência dos enfermeiros no trabalho. *Rev Lat Am Enfermagem* 2000; 8(5): 52-7.

Anselmi ML, Duarte GG, Angerami EL. Sobrevivência no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. *Rev Lat Am Enfermagem* 2001; 9(4): 13-8.

Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(4): 424-33.

Barboza DB, Soler ZA. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev Lat Am Enfermagem* 2003; 11(2): 177-83.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições 70; 1977.

Barros ALBL, Humerez DC, Fakh FT, Michel JLM. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. *Rev Lat Am Enfermagem* 2003; 11(5): 585-92.

Barroso Diaz A, Fuente Juarez AI, Lopez Cid JJ, Millan Vazquez FJ, Rosado Munoz N, Simon Garcia MJ, Blesa Malpica AL. Análisis del uso de los recursos humanos enfermeros en una unidad de cuidados intensivos polivalente. Situación con el resto de UCIs europeas. *Enferm Intensiva* 2001; 12(3): 127-34.

Bastos MAR. O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. *Rev Lat Am Enfermagem* 2002; 10(2): 131-6.

Beck CLC. Da banalização do sofrimento à sua re-significação ética na organização do trabalho. [tese] Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFSC; 2000.

Benner P, Hooper-Kyriakidis P, Stannard D. Clinical wisdom and interventions in critical care: a thinking-in-action approach. Philadelphia (PA): W.B. Saunders; 1999.

Benner P, Tanner C, Chesla C. From beginner to expert: gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *Adv Nurs Sci* 1992; 14(3): 13-28.

Binnekade JM, Vroom MB, de Mol BA, de Haan RJ. The quality of Intensive Care nursing before, during, and after the introduction of nurses without ICU-training. *Heart Lung* 2003; 32(3): 190-6.

Blegen MA. Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nurs Res* 1993; 42(1): 36-41.

Bowler S, Mallik M. Role extension or expansion: a qualitative investigation of the perceptions of senior medical and nursing staff in an adult intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 1998; 14(1): 11-20.

Brasil. Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 9 jun. 1987. Seção I, p. 8.853-5.

Burke RJ, Greenglass ER. Work-family congruence and work-family concerns among nursing staff. *Can J Nurs Leadersh* 1999; 12(2): 21-9.

Capella BB, Faria EM, Gelbcke FL, Spricigo JS. Profissionalização da enfermagem: uma necessidade social. *Rev Bras Enferm* 1988; 41(2): 161-8.

Capra F. O ponto de mutação. A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 1982.

Cavanagh SJ. Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *J Adv Nurs* 1992; 17(6): 704-11.

Chaboyer W, Najman J, Dunn S. Factors influencing job valuation: a comparative study of critical care and non-critical care nurses. *Int J Nurs Stud* 2001; 38(2): 153-61.

Chaves EC. Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno. [tese] São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da USP; 1994.

Cimete G, Gencalp NS, Keskin GK. Quality of life and job satisfaction of nurses. *J Nurs Care Qual* 2003; 18(2): 151-8.

Clark NM. Understanding individual and collective capacity to enhance quality of life. *Health Educ Behav* 2000; 27(6): 699-707.

Codo W, Sampaio JJC, Hitomi AH. Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.

Cone M, Conner McGovern C, Barnard K, Riegel B. Satisfaction with a new model of professional practice in critical care. *Crit Care Nurs Q* 1995; 18(3): 67-74.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Dados estatísticos dos profissionais Enfermeiros em atividade no município de São Paulo, por sexo. <dpd1@corensp.org.br> [mensagem pessoal]. E-mail para a Sra. Presidente. (2 fev 2004)

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares. 1ª ed. São Paulo: COREN-SP; 2001.

Coombs M. Power and conflict in intensive care clinical decision making. *Intensive Crit Care Nurs* 2003; 19(3): 125-35.

Corrêa AK. Sendo enfermeira no Centro de Terapia Intensiva. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1995.

Costa ES, Morita I, Martinez MAR. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(2): 553-5.

Coury HJCG. Satisfação no trabalho e satisfação na vida: questões teóricas e metodológicas. In: Néri AL, organizador. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papirus; 1993. p.137-56.

Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 19(1): 297-334.

Curi PR. Agrupamento de países segundo indicadores de padrão de vida. *Rev Saude Publica* 1993; 27(2): 127-34.

Cusack JM, Joos LJ, Simenc GL. Cooperative education. An innovative recruitment technique. *Dimens Crit Care Nurs* 1990; 9(2): 119-25.

Dang D, Johantgen ME, Pronovost PJ, Jenckes MW, Bass EB. Postoperative complications: does intensive care unit staff nursing make a difference? *Heart Lung* 2002; 31(3): 219-28.

Darvas JA, Hawkins LG. What makes a good intensive care unit: a nursing perspective. *Aust Crit Care* 2002; 15(2): 77-82.

Decker FH. Occupational and nonoccupational factors in job satisfaction and psychological distress among nurses. *Res Nurs Health* 1997; 20(5): 453-64.

Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. 1.ed. São Paulo: Atlas; 1994.

Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *Int J Nurs Stud* 2003; 40(8): 807-27.

Diehl-Oplinger L, Kaminski MF. Need critical care nurses? Inquire within. *Nurs Manage* 2000; 31(3): 44, 6.

Dos Reis RJ, La Rocca Pde F, Silveira AM, Lopez Bonilla IM, Navarro i Gine A, Martin M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saude Publica* 2003; 37(5): 616-23.

Edwards AL. *Techniques of attitude scale construction*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1957.

Escriba-Aguir V. Nurses' attitudes towards shiftwork and quality of life. *Scand J Soc Med* 1992; 20(2): 115-8.

Estryn-Behar M. Ergonomia hospitalar. *Rev Enfermagem UERJ* 1996; 4(2): 247-56.

Evans SA, Carlson R. Nurse-physician collaboration: solving the nursing shortage crisis. *J Am Coll Cardiol* 1992; 20(7): 1669-73.

Farias LO, Vaitsman J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cad Saude Publica* 2002; 18(5): 1229-41.

Ferketich S. Internal consistency estimates of reliability. *Res Nurs Health* 1990; 6(3): 437-40.

Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res Nurs Health* 1992; 15(1): 29-38.

Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. *ANS Adv Nurs Sci* 1985; 8(1): 15-24.

Ferrans CE. Development of a conceptual model of quality of life. *Sch Inq Nurs Pract* 1996; 10(3): 293-304.

Ferrans CE. Ferrans and Powers Quality of Life Index (QLI). [online] Chicago (IL): Department of Medical Surgical Nursing College of Nursing. University of Illinois. Disponível em: <<http://www.uic.edu/orgs/qli/index.htm>> (18 set 2002)

Ferrans CE. Quality of life: conceptual issues. *Semin Oncol Nurs* 1990; 6(4): 248-54.

Finn CP. Autonomy: an important component for nurses' job satisfaction. *Int J Nurs Stud* 2001; 38(3): 349-57.

Fischer FM, Teixeira LR, Borges FN, Gonçalves MB, Ferreira RM. Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem. *Cad Saude Publica* 2002; 18(5): 1261-9.

Fleck MPA, Bourdel MC. Método de simulação e escolha de fatores na análise dos principais componentes. *Rev Saúde Pública* 1998; 32(3): 267-72.

Fraser TM. Human stress, work and job satisfaction: a critical approach. Geneva: International Labour Office, 1983. (Occupational Safety and Health Series, 50).

Freeman A, McMaster D, Hamilton L. Staff development program for critical care nurses. *Crit Care Nurse* 1983; 3(2): 86-92.

Fung-kam L. Job satisfaction and autonomy of Hong Kong registered nurses. *J Adv Nurs* 1998; 27(2): 355-63.

Goldman HG. Role expansion in intensive care: survey of nurses' views. *Intensive Crit Care Nurs* 1999; 15(6): 313-23.

Gottlieb BH, Kelloway EK, Martin-Matthews A. Predictors of work-family conflict, stress, and job satisfaction among nurses. *Can J Nurs Res* 1996; 28(2): 99-117.

Grossman VG. Defying circadian rhythm: the emergency nurse and the night shift. *J Emerg Nurs* 1997; 23(6): 602-7.

Hackman JR, Oldham GR. *Work redesign*. Reading (MA): Addison-Wesley; 1980.

Haddad MCL. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. *Revista Espaço para a Saúde* 2000; 1(2): 75-88.

Hair JF Jr, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate data analysis: with readings*. 4th ed. New Jersey (NY): Prentice-Hall; 1995.

Harris RB. Reviewing nursing stress according to a proposed coping-adaptation framework. *ANS Adv Nurs Sci* 1989; 11(2): 12-28.

Harrison L, Nixon G. Nursing activity in general intensive care. *J Clin Nurs* 2002; 11(2): 158-67.

Hinshaw AS, Smeltzer CH, Atwood JR. Innovative retention strategies for nursing staff. *J Nurs Adm* 1987; 17(6): 8-16.

Ide CAC. Prática de enfermagem em UTI e contexto de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 1989; 23(1): 91-8.

Iglesias RB. Qualidade de vida de alunos-trabalhadores que cursam a graduação em enfermagem. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais 2002 [online]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/indic_sociais2002.pdf> (12 jan 2004)

Judge TA, Bono JE, Locke EA. Personality and job satisfaction: the mediating role of job characteristics. *J Appl Psychol* 2000; 85(2): 237-49.

Judge TA, Locke EA, Durham CC, Kluger AN. Dispositional effects on job and life satisfaction: the role of core evaluations. *J Appl Psychol* 1998; 83(1): 17-34.

Judge TA, Locke EA, Durham CC. The dispositional causes of job satisfaction: a core evaluations approach. *Res Org Behav* 1997; 19: 151-88.

Kane D, Kartha, A. Job sharing: impact on the general well-being of female nurses. *Can J Nurs Adm* 1992; 5(1): 6-10.

Kawakame PMG. Validação do Quality of Life Index de Ferrans e Powers para estudantes de graduação em enfermagem. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Kennerly SM. Implications of the use of unlicensed personnel: a nursing perspective. *Focus Crit Care* 1989; 16(5): 364-8.

Kimura M. Tradução para o português e validação do "Quality of Life Index", de Ferrans e Powers. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.

King LA, Napa CK. What makes a life good? *J Pers Soc Psychol* 1998; 75(1): 156-65.

Lautert L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Rev Gauch Enf* 1997; 18(2): 133-44.

Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.

Le Blanc PM, de Jonge J, de Rijk AE, Schaufeli WB. Well-being of intensive care nurses (WEBIC): a job analytic approach. *J Adv Nurs* 2001; 36(3): 460-70.

Levine CD, Wilson SF, Guido GW. Personality factors of critical care nurses. *Heart Lung* 1988; 17(4): 392-8.

Licht RH. Satisfação, responsabilidade e sentido no trabalho: um estudo preliminar de associação. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Economia e Administração da USP; 1990.

Lino MM, Silva SC. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. *Nursing* 2001; 4(41): 25-9. (edição brasileira)

Lino MM. Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI. Adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Liu H. An exploration of the psychometrics of the Quality of Life Index with Chinese families. *Nurs Res* 1993; 1(2): 127-36.

Lynn MR. Reliability estimates: use and disuse. In: Downs F. editor. Readings in research methodology. 2nded. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins; 1999.

Machado RCBR. Validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers para a população geral do município de Londrina. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.

Magnusson AE, Nias DK, White PD. Is perfectionism associated with fatigue? *J Psychosom Res* 1996; 41(4): 377-83.

Maia SC. Análise ergonômica do trabalho do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva: proposta para a minimização do estresse e melhoria da qualidade de vida no trabalho. [dissertação] Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da UFSC; 1999.

Makowiec-Dabrowska T, Krawczyk-Adamus P, Sprusinska E, Jozwiak ZW. Can nurses be employed in 12-hour shift systems? *Int J Occup Saf Ergon* 2000; 6(3): 393-403.

Manias E, Street A. The interplay of knowledge and decision making between nurses and doctors in critical care. *Int J Nurs Stud* 2001; 38(2): 129-40.

Manojlovich M, Spence Laschinger HK. The relationship of empowerment and selected personality characteristics to nursing job satisfaction. *J Nurs Adm* 2002; 32(11): 586-95.

Mark BA, Hagenmueller AC. Technological and environmental characteristics of intensive care units: implications for job redesign. *J Nurs Adm* 1994; 24(45): 65-71.

Martinez MC. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.

Martins JJ. O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI: prazer ou sofrimento? [dissertação] Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFSC; 2000.

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

Marziale MHP, Rozestraten RJA. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem* 1995; 3(1): 59-78.

Marziale MHP. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. [editorial]. Rev Lat Am Enfermagem 2001; 9(3): 1.

McNeese-Smith DK. A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. J Adv Nurs 1999; 29(6): 1332-1341.

Mendes AM, Linhares, NJR. A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica. Rev Bras Enferm 1996; 49(2): 267-80.

Meneguim S. Qualidade de vida de pacientes com cardiopatias valvares. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

Morrison AL, Beckmann U, Durie M, Carless R, Gillies DM. The effects of nursing staff inexperience (NSI) on the occurrence of adverse patient experiences in ICUs. Aust Crit Care 2001; 14(3): 116-21.

Mueller CW, McCloskey JC. Nurses' job satisfaction: a proposed measure. Nurs Res 1990; 39(2): 113-6.

Munro BH, Page EB. Statistical methods for health care research. 2nd ed. Philadelphia (PA): Lippincott; 1993.

Nesbitt B, Heidrich S. Sense of coherence and illness appraisal in older women's quality of life. Res Nurs Health 2000; 23(1): 25-34.

Nibert AT. New graduates a precious critical care resource. Crit Care Nurse 2003; 23(5): 47-50.

Norrie P. Nurses' time management in intensive care. Nurs Crit Care 1997; 2(3): 121-5.

O'Driscoll MP, Ilgen DR, Hildreth K. Time devoted to job and off-job activities, interrole conflict, and affective experiences. J Appl Psychol 1992; 77(3): 272-9.

Oleson M. Subjectively perceived quality of life. Image J Nurs Sch 1990; 22(3): 187-90.

Padilha KG. Des-cuidar: as representações sociais dos enfermeiros de UTI sobre as ocorrências iatrogênicas de enfermagem. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1994.

Padilha MICS, Souza LNA. Qualidade de vida – reflexão de enfermeiras. *Texto Contexto Enferm* 1999; 8(3): 11-26.

Paganini MC. Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas. *Cogitare Enferm* 2000; 5(nº esp): 73-82.

Paraguay AIBB. Estresse, conteúdo e organização do trabalho: contribuições da ergonomia para melhoria das condições de trabalho. *Rev Bras Saúde Ocup* 1990; 18(70): 40-3.

Parse RR. The lived experience of feeling very tired: a study using the Parse research method. *Nurs Sci Q* 2003; 16(4): 319-25.

Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais. 3ª ed. São Paulo: Edusp; 2001.

Pereira MC, Favero N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem* 2001; 9(4): 7-12.

Pérez-Ramos J. Satisfação no trabalho: metas e tendências. [tese] Assis (SP): Instituto de Letras, História e Psicologia da Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho; 1980.

Pires D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: Leopardi MT, organizador. *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papalivros; 1999. p.25-48.

Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Prescott PA. Shortage of professional nursing practice: a reframing of the shortage problem. *Heart Lung* 1989; 18(5): 436-43.

Pronovost PJ, Dang D, Dorman T, Lipsett PA, Garrett E, Jenckes M, Bass EB. Intensive care unit nurse staffing and the risk for complications after abdominal aortic surgery. *Eff Clin Pract* 2001; 4(5): 199-206.

Richardson A, Dabner N, Curtis S. Twelve-hour shift on ITU: a nursing evaluation. *Nurs Crit Care* 2003; 8(3): 103-8.

Robertson KA. Clinical major option: a model for implementing critical care nursing into baccalaureate preparation. *Dynamics* 2000; 11(3): 22-4.

Robinson CA. Magnet nursing services recognition: transforming the critical care environment. *AACN Clin Issues* 2001; 12(3): 411-23.

Rodrigues RM. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. *Rev Lat Am Enfermagem* 2001; 9(6): 76-82.

Rosenstein AH, Russell H, Lauve R. Disruptive physician behavior contributes to nursing shortage. Study links bad behavior by doctors to nurses leaving the profession. *Physician Exec* 2002; 28(6): 8-11.

Rosenstein AH. Original research: nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs* 2002; 102(6): 26-34.

Ross MM, Rideout E, Carson M. Nurses' work: balancing personal and professional caregiving careers. *Can J Nurs Res* 1994; 26(4): 43-59.

Rossi LA.. A pratica de enfermagem em uma unidade de queimados: analise dos discursos dos enfermeiros. *Rev Bras Enfermagem* 1994; 47 (2): 100-7.

Rotenberg L, Portela LF, Marcondes WB, Moreno C, Nascimento CP. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. *Cad Saude Publica* 2001; 17(3): 639-49.

Rustoen T, Wiklund I, Hanestad B, Burckhardt C. Validity and reliability of the Norwegian version of the Ferrans and Powers Quality of Life Index. *Scan J Caring Sci* 1999; 13(2): 96-101.

Schwartz C, Sendor M. Helping others helps oneself: response shift effects in peer support. *Soc Sci Med* 1999; 28(11): 1563-75.

Sebrant U. Being female in a health care hierarchy. On the social construction of gender and leader identity in a work organization having a predominance of women. *Scand J Caring Sci* 1999; 13(3): 153-8.

Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *Am Psychol* 2000; 55(1): 5-14.

Setién ML. Indicadores sociales de calidad de vida. Un sistema de medición aplicado al País Vasco. Madrid: CIS; 1993.

Shimizu HE. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado por enfermeiras que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital-escola. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1996.

Siegel S. Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento. São Paulo: McGraw-Hill; 1975.

Sousa FAEF, Silva JA. Prestígio profissional do enfermeiro: estimação de magnitudes e de categorias expandidas. *Rev Lat Am Enfermagem* 2001; 9(6): 19-24.

Southgate HM. Critical analysis of access to and availability of intensive care. *Intensive Crit Care Nurs* 1999; 15(4): 204-9.

Spindola T, Santos RS. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003; 11(5): 593-600.

Spindola T. O CTI sob a ótica da enfermagem. *R Enferm UERJ* 1993; 1(2): 56-67.

Stamps PL, Piedmonte EB. Nurses and work satisfaction: an index for measurement. Ann Arbor: Health Administration Press Perspectives; 1986.

Stamps PL. Nurses and work satisfaction: an index for measurement. 2nd ed. Chicago: Health Administration Press; 1997.

Stechmiller JK, Yarandi HN. Job satisfaction among critical care nurses. *Am J Crit Care* 1992; 1(3): 37-44.

Stechmiller JK. The nursing shortage in acute and critical care settings. *AACN Clin Issues* 2002; 13(4): 577-84.

Sundin-Huard D. Subject positions theory -- its application to understanding collaboration (and confrontation) in critical care. *J Adv Nurs* 2001; 34(3): 376-82.

Tait M, Padgett MY, Baldwin TT. Job and life satisfaction: a reevaluation of the strength of the relationship and gender effects as a function of the date of the study. *J Appl Psychol* 1989; 74(3): 502-7.

Takahashi EIU. A emoção na prática de enfermagem: relatos por enfermeiros de UTI e UI. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1991.

Takase M, Kershaw E, Burt L. Does public image of nurses matter? *J Prof Nurs* 2002; 18(4): 196-205.

Takase M, Kershaw E, Burt L. Nurse-environment misfit and nursing practice. *J Adv Nurs* 2001; 35(6): 819-26.

Tamayo MR, Tróccoli BT. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estud psicol (Natal)* 2002; 7(1): 37-46.

Taylor JS. Collaborative practice within the intensive care unit: a deconstruction. *Intensive Crit Care Nurs* 1996; 12(2): 64-70.

Theis S, Moss J, Pearson M. Respite for caregivers: an evaluation study. *J Community Health Nurs* 1994; 11(1): 31-44.

Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med* 2003; 31(3): 956-9.

Thornton J, White A. A Heideggerian investigation into the lived humour by nurses in an intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 1999; 15(5): 266-78.

Tonhom SFR. Queixas de mal-estar entre os trabalhadores da equipe de enfermagem de um hospital geral público. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1997.

Turner S, Ogle KR. A qualitative study of the Victorian critical care nurse labour force. *Aust Crit Care* 1999; 12(1): 6-10.

Ugrovics A, Wright J. 12-hour shifts: does fatigue undermine ICU nursing judgments? *Nurs Manage* 1990; 21(1): 64A, 64D, 64F-64G.

Verrill D, Barton C, Beasley W, Brennan M, Lippard M, King C. Quality of life measures and gender comparisons in North Carolina cardiac rehabilitation programs. *J Cardiopulm Rehabil* 2001; 21(1): 37-46.

Waltz CF, Bausell RB. Nursing research: design, statistics and computer analysis. Philadelphia (PA): F.A. Davis; 1981.

Warnecke RB, Ferrans CE, Johnson TP, Chapa-Resendez G, O'Rourke DP, Chavez N, Dudas S, Smith ED, Martinez Schallmoser L, Hand RP, Lad T. Measuring quality of life in culturally diverse populations. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1996; (20): 29-38.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10): 1403-9.

Wong FW. Learning group: facilitating the adaptation of new nurses to the specialty unit. *J Contin Educ Nurs* 2000; 31(5): 209-12.

Yamada BFA. Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

Yoshiya I, Baik SW. Critical care in Japan and Korea. The market of excellence. *Crit Care Clin* 1997; 13(2): 267-85.

Zalewska AM. Job satisfaction and importance of work aspects related to predominant values and reactivity. *Int J Occup Saf Ergon* 1999; 5(4): 485-511.

Zhan L. Quality of Life: conceptual and measurement issues. *J Adv Nurs* 1992; 17(7): 795-800.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada(o) Colega(o):

Após muitos anos atuando como enfermeira de Unidade de Terapia Intensiva, reconheço o quanto é difícil a utilização do seu tempo em outras atividades que não sejam exclusivas ao trabalho. Por isso, peço apenas alguns minutos de sua atenção.

Na tentativa de obter um conhecimento mais preciso sobre a situação da(o)s enfermeira(o)s que trabalham em UTIs, estou desenvolvendo um estudo para investigar a qualidade de vida e a satisfação no trabalho dessa(e)s enfermeira(o)s, assim como, as possíveis correlações entre ambos.

A sua participação no estudo envolve o preenchimento do questionário, em anexo, durante o horário de trabalho.

Se você concorda em participar do estudo, por favor, leia atentamente as instruções e os itens dos questionários e preencha-os, em sua íntegra. Se em algum momento você necessitar de mais esclarecimentos relacionados à pesquisa, coloco-me ao seu inteiro dispor. Para isso, basta contatar-me pessoalmente ou nos telefones informados a seguir.

Sua participação será estritamente voluntária e, desde já esclareço que todas as informações contidas na pesquisa serão confidenciais e tratadas de forma anônima e sigilosa, mantendo sua privacidade.

Este estudo não oferece riscos ou desconfortos para você porém, caso isso ocorra, asseguro sua liberdade de retirar seu consentimento. A qualquer momento você poderá retirar seu consentimento, deixando de participar no estudo sem que isso acarrete em sanção ou prejuízo das suas atividades.

Uma vez preenchido o questionário, solicito que o mesmo seja colocado no respectivo envelope. Retornarei para buscá-lo conforme combinado.

Sua participação é de suma importância para a continuidade desse trabalho.

Contando com sua valiosa colaboração, agradeço pelo empenho, atenção e tempo dispensados.

Sinceramente,

Margarete Marques Lino

Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Telefones: 6948-4179 (residência) e 9625-1367 (celular)

Declaro que, após convenientemente esclarecida(o) pela pesquisadora e ter compreendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Nome da(o) enfermeira(o): _____ COREN _____

São Paulo, _____ de _____ de 2003.

assinatura da(o) enfermeira(o)

MARGARETE MARQUES LINO
COREN-SP 34.386

ANEXO 2

CARACTERIZAÇÃO DA UTI

1. Tipo de instituição: ☐ pública ☐ privada

2. Tipo de atendimento da UTI:

☐ geral ☐ especializado _____

3. Número de leitos da UTI: Total _____ Ativos _____

4. Tipo de clientela atendida na UTI e número de leitos:

☐ neonato _____ leitos

☐ pediátrica _____ leitos

☐ adultos _____ leitos

5. Equipe de Enfermagem:

Categoria Profissional	Jornada diária (hs.)	Nº folgas/mês

6. Equipe Assistencial: número médio e categorias profissionais, por turno

7. Organização/Divisão do trabalho de enfermagem:

ANEXO 3

PERCEPÇÕES ACERCA DA VIDA E DO TRABALHO

Nesta página e na próxima encontram-se itens que fornecerão informações para identificação de algumas percepções e sentimentos acerca de sua vida e seu trabalho. Por favor, leia atentamente e responda a **todos** os itens. Sua resposta é extremamente importante!

1. Pense bem sobre como você tem se sentido ultimamente, em relação à sua vida: *(Assinale quantos itens considerar necessários)*

☐ satisfeita (o)	☐ insatisfeita (o)	☐ animada (o)	☐ angustiada (o)
☐ confiante	☐ insegura (o)	☐ realizada (o)	☐ frustrada (o)
☐ tranquila (o)	☐ tensa (o)	☐ excitada (o)	☐ impotente
☐ adequada (o)	☐ inadequada (o)	☐ em paz	☐ irritada (o)
☐ equilibrada (o)	☐ desequilibrada (o)	☐ cheia(o) de energia	☐ exausta (o)
☐ com problemas familiares	☐ sem problemas familiares		
☐ facilidade de concentração	☐ dificuldade de concentração		
☐ facilidade de relacionar-se	☐ dificuldade de relacionar-se		

2. Você se sente satisfeita(o) com a sua vida? ☐ sim ☐ não

3. Você se sente satisfeita(o) com o seu trabalho? ☐ sim ☐ não

4. Seu trabalho dá sentido à sua vida? ☐ sim ☐ não

5. Você se sente satisfeita(o) por trabalhar em UTI? ☐ sim ☐ não

6. Você se sentiria mais satisfeita(o) se trabalhasse em outra unidade do hospital?

☐ não ☐ sim. Qual? _____

7. A atividade que você realiza predominantemente, nesta UTI, é aquela que você gostaria de executar?

☐ sim, porque _____

☐ não, porque _____

8. Seu trabalho influencia sua vida particular?

☐ Não.

☐ Sim, influencia positivamente porque _____

☐ Sim, influencia negativamente porque _____

9. Sua vida particular influencia o seu trabalho?

☐ Não.

☐ Sim, influencia positivamente porque _____

☐ Sim, influencia negativamente porque _____

10. Pense bem sobre como você tem se sentido ultimamente, em relação ao seu trabalho:
(Assinale quantos itens considerar necessários)

☐ satisfeita (o) ☐ insatisfeita (o) ☐ animada (o) ☐ angustiada (o)

☐ confiante ☐ insegura (o) ☐ realizada (o) ☐ frustrada (o)

☐ tranquila (o) ☐ tensa (o) ☐ excitada (o) ☐ impotente

☐ adequada (o) ☐ inadequada (o) ☐ em paz ☐ irritada

☐ equilibrada (o) ☐ desequilibrada (o) ☐ cheia(o) de energia ☐ exausta (o)

☐ feliz com o trabalho ☐ desejando "largar" o trabalho

☐ facilidade de concentração ☐ dificuldade de concentração

☐ facilidade de relacionar-se ☐ dificuldade de relacionar-se

ANEXO 4

ÍNDICE DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Abaixo 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 **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 abaixo:

- ♦ **Autonomia** – grau de independência, iniciativa e liberdade, tanto permitido quanto necessário, nas atividades diárias de trabalho.
- ♦ **Interação** – oportunidades de contato social e profissional, formal e informal, durante o horário de trabalho.
- ♦ **Status profissional** – importância ou significância percebidos acerca do seu trabalho, tanto no seu ponto de vista como no de outros.
- ♦ **Requisitos do trabalho** – tarefas ou atividades que devem ser executadas como parte regular do trabalho.
- ♦ **Normas Organizacionais** – normas administrativas e procedimentos propostos pelo hospital e administração do serviço de enfermagem.
- ♦ **Remuneração** – pagamento em dinheiro e benefícios adicionais recebidos pelo trabalho executado.

Instruções: Esses fatores estão apresentados em pares. 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 sua satisfação profissional, e cheque (✓ ou 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.

Em alguns casos, poderá ser difícil para você fazer escolhas. No entanto, tente selecionar o fator que é **mais importante para você**. Faça um esforço para responder todos os itens: não volte atrás para mudar qualquer uma de suas respostas.

Por favor, de cada par, escolha o fator que é **mais importante** para você.

1. ☐ Status Profissional	ou ☐ Normas Organizacionais
2. ☐ Remuneração	ou ☐ Requisitos do Trabalho
3. ☐ Normas Organizacionais	ou ☐ Interação
4. ☐ Requisitos do Trabalho	ou ☐ Normas Organizacionais
5. ☐ Status Profissional	ou ☐ Requisitos do Trabalho
6. ☐ Remuneração	ou ☐ Autonomia
7. ☐ Status Profissional	ou ☐ Interação
8. ☐ Status 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 ☐ Status Profissional
14. ☐ Interação	ou ☐ Autonomia
15. ☐ Normas Organizacionais	ou ☐ Remuneração

Os itens das próximas páginas representam afirmações sobre como você está satisfeita (o) com seu trabalho atual. Por favor, responda a cada item. Pode ser muito difícil adequar suas respostas em 7 categorias: nesse caso, selecione a categoria que **mais se aproxima** de sua resposta à afirmação. É muito importante que você dê sua opinião **honestamente**. Não volte atrás e mude qualquer uma das suas respostas.

Instruções: 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**. Por exemplo, se você **concorda inteiramente** com o primeiro item, circule (1); se você **concorda** com esse item, circule (2); se você **concorda moderadamente (mais ou menos)** com o primeiro item, circule (3). O número **central** (4) é reservado para sentimento neutro ou indeciso. Utilize-o o mínimo possível. Se você **discorda moderadamente (mais ou menos)** desse primeiro item, você deve circular (5); para **discordar**, circule (6); e para **discordar inteiramente**, circule (7).

Lembre-se: Quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, o mais distante do centro você deve circular: concordância para a esquerda e discordância para a direita. Utilize 4 para neutra(o) ou indecisa(o), se necessário: mas tente utilizar esse número o mínimo possível.

	Concordo				Discordo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Meu salário atual é satisfatório							
2. A Enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante.							
3. Em meu serviço, o pessoal da enfermagem se dispõe, e se ajudam uns aos outros, quando “as coisas estão corridas”.							
4. Neste hospital, o pessoal da enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático.							
5. Em meu hospital, a equipe de enfermagem tem controle suficiente sobre a programação de seu próprio turno de trabalho.							
6. Em minha unidade, os médicos geralmente cooperam com a equipe de enfermagem.							
7. Eu sinto que sou supervisionada(o) mais diretamente (“de perto”) do que é necessário.							
8. Tenho a impressão que grande parte do pessoal de enfermagem desse hospital está insatisfeito com seu salário.							
9. A maioria das pessoas reconhece a importância da assistência de enfermagem aos pacientes hospitalizados.							
10. Em minha unidade, é difícil para a(o)s enfermeira(o)s nova(o)s sentirem-se “à vontade”.							
11. Em minha mente, não tenho dúvidas: o que eu faço em meu trabalho é realmente importante.							

Lembre-se: Quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, o mais distante do centro você deve circular: concordância para a esquerda e discordância para a direita. Utilize 4 para neutra(o) ou indecisa(o), se necessário: mas tente utilizar esse número o mínimo possível.

	Concordo				Discordo		
12. Existe uma grande lacuna entre a administração deste hospital e os problemas diários do serviço de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu sinto que tenho participação suficiente no planejamento da assistência para cada um dos meus pacientes.	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 quê 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 autoridade.	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 enfermeira(o)s e médicos.	1	2	3	4	5	6	7
20. Em meu serviço, minha(s) chefia(s) toma(m) 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 satisfeita(o) com os tipos de atividades que realizo no 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

Lembre-se: Quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, o mais distante do centro você deve circular: concordância para a esquerda e discordância para a direita. Utilize 4 para neutra(o) ou indecisa(o), se necessário: mas tente utilizar esse número o mínimo possível.

	Concordo				Discordo			
28. Em minha unidade há muita “distinção de posições”: a(o)s enfermeira(o)s 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 direta ao paciente.	1	2	3	4	5	6	7	
30. Algumas vezes sinto-me frustrada(o) porque todas as minhas atividades parecem ser pré-programadas para mim.	1	2	3	4	5	6	7	
31. No meu trabalho, algumas 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 sobre o 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 orgulhosa(o) quando falo com outras pessoas sobre o que eu 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 compreendem e apreciam 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 eu entraria na Enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7	
39. Os médicos desse hospital subestimam demais a equipe de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7	
40. Eu tenho todo o poder que quero no planejamento de normas e procedimentos deste hospital e da minha unidade.	1	2	3	4	5	6	7	
41. Meu trabalho, em particular, realmente não requer muita habilidade ou 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	

Lembre-se: Quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, o mais distante do centro você deve circular: concordância para a esquerda e discordância para a direita. Utilize 4 para neutra(o) ou indecisa(o), se necessário: mas tente utilizar esse número o mínimo possível.

	Concordo				Discordo		
	1	2	3	4	5	6	7
44. Neste hospital, se faz necessário um reajuste de salários para o pessoal de enfermagem.							

ANEXO 5

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA (Ferrans & Powers)®

Parte I: Para cada uma das perguntas a seguir, por favor escolha a resposta que melhor descreve **o quanto satisfeito(o)** você está com aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO(O) COM:	Muito insatisfeito(o)	Moderadamente insatisfeito(o)	Pouco insatisfeito(o)	Pouco satisfeito(o)	Moderadamente satisfeito(o)	Muito satisfeito(o)
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. O cuidado que você tem com a sua saúde?	1	2	3	4	5	6
3. A intensidade de dor que você sente?	1	2	3	4	5	6
4. A energia que você tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5. Sua capacidade para se cuidar sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
6. O controle que você tem sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
7. Sua possibilidade de viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
8. A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
9. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
10. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
11. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12. Seu (sua) esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)?	1	2	3	4	5	6
13. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. O apoio emocional que você recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
15. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
16. Sua capacidade para se responsabilizar pela família?	1	2	3	4	5	6
17. O quanto você é útil para os outros?	1	2	3	4	5	6
18. A quantidade de preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
19. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6

QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITA(O) COM:	Muito insatisfeita(o)	Moderadamente insatisfeita(o)	Pouco insatisfeita(o)	Pouco satisfeita(o)	Moderadamente satisfeita(o)	Muito satisfeita(o)
20. Sua casa, seu apartamento ou com o local onde você mora?	1	2	3	4	5	6
21. Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
22. Seu nível de escolaridade?	1	2	3	4	5	6
23. A maneira como você administra o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
24. As suas atividades de lazer, de diversão ?	1	2	3	4	5	6
25. Suas possibilidades de ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
26. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
27. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
28. A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
29. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
30. Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
31. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
32. Você mesmo(a) de modo geral?	1	2	3	4	5	6

Parte II: Para cada uma das perguntas a seguir, por favor escolha a resposta que melhor descreve **o quanto importante** é para você aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:						
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. O cuidado que você tem com a sua saúde?	1	2	3	4	5	6
3. Não ter dor?	1	2	3	4	5	6
4. Ter energia suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5. Cuidar-se sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
6. Ter controle sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
7. Viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
8. A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
9. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
10. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
11. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12. Seu (sua) esposo(a), namorado(a), ou companheiro (a)?	1	2	3	4	5	6
13. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. O apoio emocional que você recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
15. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
16. Responsabilizar-se pela família?	1	2	3	4	5	6
17. Ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
18. Não ter preocupações?	1	2	3	4	5	6
19. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
20. Sua casa, seu apartamento ou o local onde você mora?	1	2	3	4	5	6
21. Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
22. Seu nível de escolaridade?	1	2	3	4	5	6
23. Ser capaz de administrar o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
24. Ter atividades de lazer, de diversão?	1	2	3	4	5	6
25. Ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
26. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
27. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6

	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:						
28. Realizar seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
29. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
30. Estar satisfeita(o) com a vida?	1	2	3	4	5	6
31. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
32. Ser você mesma(o)?	1	2	3	4	5	6

ANEXO 6

CARACTERIZAÇÃO DA ENFERMEIRA

Nesta página e na próxima encontram-se itens que fornecerão informações para uma melhor caracterização da(o)s enfermeira(o)s que trabalham em UTIs e de suas condições de trabalho.

Por favor, leia atentamente e responda a **todos** os itens. Sua resposta é muito importante!

1. Sexo: ☐ feminino ☐ masculino
2. Idade: _____ anos
3. Situação conjugal:
☐ solteira(o) ☐ casada(o) ou com companheiro(a)
☐ viúva(o) ☐ separada(o) ou divorciada(o)
4. Tem filhos? ☐ sim ☐ não (*neste caso, vá para o item 6*)
5. Diga quantos filhos tem e a idade deles: _____
6. Religião: _____ Praticante: ☐ sim ☐ não
7. Tempo de formada(o): _____ anos _____ meses
8. Pós-Graduação:
☐ especialização Área: _____
☐ mestrado Área: _____
☐ doutorado Área: _____
☐ outros Especifique: _____
9. Há quanto tempo trabalha nesta UTI? _____ anos _____ meses
10. Há quanto tempo trabalha em UTI(s): _____ anos _____ meses
11. Este hospital é seu único emprego?
☐ não. Nº de empregos _____ ☐ sim (*neste caso, vá para o item 13*)
12. Seu(s) outro(s) emprego(s) é (são):
☐ em hospital setor _____ horário _____
☐ em hospital setor _____ horário _____
☐ outro especifique _____ horário _____
13. O(s) meio(s) de transporte que você utiliza para chegar neste hospital é (são):
☐ carro ☐ ônibus ☐ anda à pé
☐ motocicleta ☐ metrô ☐ outros _____
14. Tempo que gasta para chegar neste hospital: _____ hs _____ min.
15. Horário de trabalho nesta UTI (atualmente): das _____ às _____ hs.
16. Nesta UTI, seu horário de trabalho é fixo? ☐ sim ☐ não
17. Você está satisfeita(o) com o seu horário de trabalho atual, nesta UTI?
☐ sim, meu horário atual é o melhor

☐ não, melhor seria se eu trabalhasse das _____ às _____ hs.

18. Você trabalha em UTI porque:

- ☐ escolheu essa área
☐ não haviam vagas em outro setor
☐ foi remanejada(o) por necessidade do serviço
☐ outros motivos _____

19. Pense bem sobre as atividades que você realiza nesta UTI e assinale as que você predominantemente faz, classificando-as segundo as que você faz em maior volume, na maior parte do tempo, (utilize 1º, 2º, 3º, etc.)

- ☐ prestação de cuidados diretos aos pacientes
☐ supervisão do trabalho da equipe de enfermagem
☐ planejamento da assistência
☐ atividades administrativas e de gerenciamento da UTI
☐ outras atividades _____

20. Seu salário líquido mensal neste hospital é R\$ _____

21. Sua renda mensal total é R\$ _____ (somando seus salários e de outras pessoas na sua casa)

22. Benefícios que recebe, neste hospital, incluindo os que são extensivos aos dependentes: (Assinale quantos itens considerar necessários)

☐ convênio médico	☐ estacionamento
☐ cesta-alimentação	☐ auxílio-transporte (vale-transporte)
☐ convênio com farmácias	☐ assistência jurídica
☐ assistência odontológica	☐ previdência privada
☐ auxílio-educação	☐ financiamentos e empréstimos
☐ creche	☐ ticket refeição
☐ outros _____	

23. Há quanto tempo você não tira férias? _____ meses _____ anos

24. Quantos dias você faltou no trabalho devido a problemas de saúde, durante os últimos 6 meses? _____ dias

Qual o motivo? _____

25. Quantas vezes você faltou nos últimos 6 meses? _____ vezes

Qual o motivo? _____

26. Você fuma? ☐ não ☐ sim, _____ cigarros/dia

27. Você ingere algum tipo de bebida alcoólica:

☐ nunca	☐ menos de 1 vez/semana
☐ 1 a 2 vezes/semana	☐ mais de 2 vezes/semana

28. Você toma regularmente algum medicamento? ☐ não ☐ sim

Por qual (quais) motivos? _____

29. Você dorme bem? ☐ sim ☐ não

30. Quantas horas você dorme, por período de sono? _____ horas

31. Você dorme, predominantemente: ☐ durante a noite ☐ durante o dia

32. Você está sob algum tipo de tratamento não-medicamentoso (ex: psicoterapia, fisioterapia)?

☐ não ☐ sim. Qual tipo de tratamento? _____

Por qual (quais) motivos? _____

Peço-lhe, por fim, que verifique se você respondeu a todas as questões. Mais uma vez agradeço seu empenho, atenção e tempo dispensados!

ANEXO 7

Matrizes utilizadas para o cálculo dos Coeficientes de Ponderação dos Componentes do ISP, calculadas através das Comparações pareadas.

Matriz de frequências absolutas das respostas obtidas através das Comparações Pareadas do ISP, numa amostra de enfermeiras de UTIs (n=187). São Paulo, 2004.

MAIS IMPORTANTE						
MENOS IMPORTANTE	Remuneração	Autonomia	Requisitos do Trabalho	Normas Organizacionais	Status Profissional	Interação
Remuneração		126	70	48	76	90
Autonomia	61		28	43	32	62
Requisitos do Trabalho	117	159		66	97	140
Normas Organizacionais	139	144	121		116	154
Status Profissional	111	155	90	71		133
Interação	97	125	47	33	54	

Matriz de proporção das respostas obtidas através das Comparações Pareadas do ISP, numa amostra de enfermeiras de UTIs (n=187). São Paulo, 2004.

MAIS IMPORTANTE						
MENOS IMPORTANTE	Remuneração	Autonomia	Requisitos do Trabalho	Normas Organizacionais	Status Profissional	Interação
Remuneração		0,674	0,374	0,257	0,406	0,481
Autonomia	0,326	0,000	0,150	0,230	0,171	0,332
Requisitos do Trabalho	0,626	0,850	0,000	0,353	0,519	0,749
Normas Organizacionais	0,743	0,770	0,647	0,000	0,620	0,824
Status Profissional	0,594	0,829	0,481	0,380	0,000	0,711
Interação	0,519	0,668	0,251	0,176	0,289	0,000

Matriz de valores-Z das respostas obtidas através das Comparações Pareadas do ISP, numa amostra de enfermeiras de UTIs (n=187), mostrando o Coeficiente de Ponderação de Componente com fator de correção (+2,5). São Paulo, 2004.

MAIS IMPORTANTE						
MENOS IMPORTANTE	Remuneração	Autonomia	Requisitos do Trabalho	Normas Organizacionais	Status Profissional	Interação
Remuneração		0,450	-0,320	-0,654	-0,237	-0,047
Autonomia	-0,450		-1,038	-0,739	-0,950	-0,436
Requisitos do Trabalho	0,320	1,038		-0,377	0,047	0,670
Normas Organizacionais	0,654	0,739	0,377		0,306	0,929
Status Profissional	0,237	0,950	-0,047	-0,306		0,557
Interação	0,047	0,436	-0,670	-0,929	-0,557	
Soma	0,807	3,612	-1,698	-3,005	-1,390	1,674
Média	0,161	0,722	-0,340	-0,601	-0,278	0,335
Fator de correção	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Coeficiente de Ponderação de Componente	2,661	3,222	2,160	1,899	2,222	2,835

ANEXO 8

Matriz de Correlação do IQV e seus domínios com os Indicadores de Vida, Positivos e Negativos, e com a questão “Você se sente satisfeita com a sua vida?”

		IQV total	Saúde e Funcionamento	Social e Econômico	Psicológico e Espiritual	Família
Satisfeita com a vida	Pearson	0,453	0,411	0,320	0,492	0,352
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Indicadores Positivos de Vida	Pearson	0,518	0,498	0,426	0,470	0,433
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Vida - Satisfeita	Pearson	0,458	0,427	0,381	0,423	0,391
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Vida - Confiante	Pearson	0,471	0,457	0,370	0,461	0,346
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Vida - Tranquila	Pearson	0,409	0,377	0,350	0,395	0,325
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Vida – Adequada	Pearson	0,241	0,226	0,181	0,208	0,249
	p-valor	0,001	0,002	0,014	0,004	0,001
Vida – Equilibrada	Pearson	0,379	0,380	0,297	0,346	0,292
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Vida - Sem problemas familiares	Pearson	0,216	0,178	0,154	0,197	0,288
	p-valor	0,003	0,015	0,036	0,007	0,000
Vida - Facilidade de concentração	Pearson	0,281	0,295	0,266	0,219	0,194
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,003	0,008
Vida - Facilidade de relacionar-se	Pearson	0,216	0,203	0,296	0,138	0,155
	p-valor	0,003	0,006	0,000	0,06	0,034
Vida - Animada	Pearson	0,338	0,324	0,240	0,344	0,267
	p-valor	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
Vida – Realizada	Pearson	0,248	0,239	0,211	0,202	0,244
	p-valor	0,001	0,001	0,004	0,006	0,001
Vida - Excitada	Pearson	0,121	0,13	0,11	0,07	0,129
	p-valor	0,099	0,078	0,136	0,346	0,08
Vida - Em paz	Pearson	0,291	0,281	0,209	0,301	0,213
	p-valor	0,000	0,000	0,004	0,000	0,004

		IQV total	Saúde e Funcionamento	Social e Econômico	Psicológico e Espiritual	Família
Vida - Cheia de energia	Pearson	0,172	0,192	0,088	0,163	0,134
	p-valor	0,019	0,009	0,232	0,027	0,068
Indicadores Negativos de Vida	Pearson	-0,513	-0,474	-0,388	-0,512	-0,440
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Vida - Insatisfeita	Pearson	-0,386	-0,399	-0,282	-0,352	-0,266
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Vida - Insegura	Pearson	-0,343	-0,273	-0,277	-0,366	-0,370
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Vida - Tensa	Pearson	-0,274	-0,260	-0,202	-0,271	-0,244
	p-valor	0,000	0,000	0,006	0,000	0,001
Vida - Inadequada	Pearson	-0,179	-0,160	-0,107	-0,207	-0,162
	p-valor	0,015	0,029	0,145	0,005	0,027
Vida - Desequilibrada	Pearson	-0,203	-0,182	-0,213	-0,178	-0,151
	p-valor	0,005	0,013	0,003	0,015	0,039
Vida - Com problemas familiares	Pearson	-0,273	-0,202	-0,199	-0,292	-0,368
	p-valor	0,000	0,006	0,007	0,000	0,000
Vida - Dificuldade de concentração	Pearson	-0,275	-0,288	-0,226	-0,226	-0,220
	p-valor	0,000	0,000	0,002	0,002	0,002
Vida - Dificuldade de relacionar-se	Pearson	-0,054	-0,001	-0,163	-0,031	-0,081
	p-valor	0,463	0,986	0,026	0,673	0,27
Vida - Angustia	Pearson	-0,285	-0,245	-0,163	-0,356	-0,223
	p-valor	0,000	0,001	0,026	0,000	0,002
Vida - Frustrada	Pearson	-0,353	-0,367	-0,318	-0,298	-0,199
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,006
Vida - Impotente	Pearson	-0,147	-0,121	-0,115	-0,173	-0,12
	p-valor	0,045	0,099	0,118	0,018	0,103
Vida - Irritada	Pearson	-0,325	-0,305	-0,211	-0,341	-0,249
	p-valor	0,000	0,000	0,004	0,000	0,001
Vida - Exausta	Pearson	-0,211	-0,215	-0,106	-0,212	-0,175
	p-valor	0,004	0,003	0,148	0,004	0,017

** Correlação significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

* Correlação significativa ao nível 0.05 (2-tailed).

ANEXO 9

Matriz de Correlação do IQV e seus domínios com os Indicadores de Trabalho, Positivos e Negativos, e com as questões “Você se sente satisfeita com o seu trabalho?”, “Seu trabalho dá sentido à sua vida?” e “Você se sente satisfeita por trabalhar em UTI?”

		IQV total	Saúde e Funcionamento	Social e Econômico	Psicológico e Espiritual	Família
Satisfeita com o trabalho	Pearson	0,296	0,330	0,284	0,226	0,137
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,002	0,062
O trabalho dá sentido à vida	Pearson	0,312	0,306	0,271	0,292	0,211
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,004
Satisfeita por trabalhar em UTI	Pearson	0,186	0,179	0,156	0,211	0,086
	p-valor	0,011	0,014	0,033	0,004	0,241
Indicadores Positivos de Trabalho	Pearson	0,351	0,365	0,388	0,244	0,227
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,001	0,002
Trabalho - Satisfeita	Pearson	0,268	0,286	0,274	0,200	0,164
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,006	0,026
Trabalho - Confiante	Pearson	0,326	0,317	0,347	0,254	0,236
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
Trabalho - Tranquila	Pearson	0,251	0,256	0,240	0,206	0,171
	p-valor	0,001	0,000	0,001	0,005	0,02
Trabalho - Adequada	Pearson	0,219	0,229	0,264	0,151	0,097
	p-valor	0,003	0,002	0,000	0,04	0,186
Trabalho - Equilibrada	Pearson	0,213	0,255	0,216	0,129	0,106
	p-valor	0,004	0,000	0,003	0,08	0,15
Feliz com o trabalho	Pearson	0,257	0,241	0,296	0,210	0,172
	p-valor	0,000	0,001	0,000	0,004	0,019
Trabalho - Facilidade de concentração	Pearson	0,187	0,230	0,216	0,099	0,077
	p-valor	0,01	0,002	0,003	0,178	0,296
Trabalho - Facilidade de relacionar-se	Pearson	0,252	0,258	0,296	0,151	0,192
	p-valor	0,001	0,000	0,000	0,039	0,009
Trabalho - Animada	Pearson	0,242	0,248	0,239	0,185	0,174
	p-valor	0,001	0,001	0,001	0,012	0,018
Trabalho - Realizada	Pearson	0,134	0,145	0,202	0,047	0,089
	p-valor	0,069	0,048	0,006	0,523	0,229

		IQV total	Saúde e Funcionamento	Social e Econômico	Psicológico e Espiritual	Família
Trabalho - Excitada	Pearson	0,139	0,138	0,193	0,057	0,134
	p-valor	0,058	0,06	0,008	0,443	0,069
Trabalho - Em paz	Pearson	0,222	0,202	0,244	0,178	0,175
	p-valor	0,002	0,006	0,001	0,015	0,017
Trabalho - Cheia de energia	Pearson	0,152	0,179	0,160	0,101	0,062
	p-valor	0,038	0,014	0,029	0,171	0,399
Indicadores Negativos de Trabalho	Pearson	-0,404	-0,423	-0,391	-0,340	-0,203
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005
Trabalho - Insatisfeita	Pearson	-0,311	-0,321	-0,308	-0,243	-0,189
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,001	0,01
Trabalho - Insegura	Pearson	-0,218	-0,159	-0,175	-0,237	-0,272
	p-valor	0,003	0,03	0,017	0,001	0,000
Trabalho - Tensa	Pearson	-0,241	-0,252	-0,198	-0,220	-0,134
	p-valor	0,001	0,001	0,007	0,003	0,069
Trabalho - Inadequada	Pearson	-0,111	-0,077	-0,134	-0,139	-0,052
	p-valor	0,132	0,295	0,067	0,059	0,481
Trabalho - Desequilibrada	Pearson	-0,159	-0,199	-0,139	-0,124	0,003
	p-valor	0,03	0,006	0,058	0,092	0,968
Desejando largar o trabalho	Pearson	-0,206	-0,213	-0,238	-0,199	-0,009
	p-valor	0,005	0,004	0,001	0,007	0,901
Trabalho - Dificuldade de concentração	Pearson	-0,106	-0,102	-0,159	-0,043	-0,093
	p-valor	0,149	0,164	0,03	0,562	0,207
Trabalho - Dificuldade de relacionar-se	Pearson	-0,106	-0,102	-0,159	-0,043	-0,093
	p-valor	0,149	0,164	0,03	0,562	0,207
Trabalho - Angustiada	Pearson	-0,334	-0,332	-0,230	-0,339	-0,226
	p-valor	0,000	0,000	0,002	0,000	0,002
Trabalho - Frustrada	Pearson	-0,223	-0,245	-0,265	-0,152	-0,079
	p-valor	0,002	0,001	0,000	0,038	0,286
Trabalho - Impotente	Pearson	-0,201	-0,208	-0,194	-0,153	-0,149
	p-valor	0,006	0,004	0,008	0,037	0,042
Trabalho - Irritada	Pearson	-0,281	-0,289	-0,224	-0,246	-0,190
	p-valor	0,000	0,000	0,002	0,001	0,009

		IQV total	Saúde e Funcionamento	Social e Económico	Psicológico e Espiritual	Família
Trabalho - Exausta	Pearson	-0,181	-0,223	-0,178	-0,114	-0,059
	p-valor	0,013	0,002	0,015	0,123	0,427

****** Correlação significativa ao nível 0.01 (*2-tailed*).

***** Correlação significativa ao nível 0.05 (*2-tailed*).

ANEXO 10

Matriz de Correlação do ISP e seus componentes com os Indicadores de Trabalho, Positivos e Negativos, e com as questões “Você se sente satisfeita com o seu trabalho?”, “Seu trabalho dá sentido à sua vida?” e “Você se sente satisfeita por trabalhar em UTI?”

		ISP	Autonomia	Interação (Geral)	Status Profissional	Requisitos do Trabalho	Normas Organizacionais	Remuneração
Satisfeita com o trabalho	Pearson	0,523	0,437	0,337	0,344	0,369	0,340	0,214
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003
O trabalho dá sentido à vida	Pearson	0,259	0,261	0,226	0,362	0,009	0,168	0,021
	p-valor	0,000	0,000	0,002	0,000	0,904	0,022	0,774
Satisfeita por trabalhar em UTI	Pearson	0,235	0,164	0,147	0,369	0,071	0,117	0,092
	p-valor	0,001	0,026	0,045	0,000	0,334	0,112	0,211
Indicadores Positivos de Trabalho	Pearson	0,446	0,333	0,318	0,352	0,138	0,357	0,216
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,059	0,000	0,003
Trabalho - Satisfeita	Pearson	0,374	0,317	0,159	0,342	0,157	0,309	0,180
	p-valor	0,000	0,000	0,03	0,000	0,032	0,000	0,014
Trabalho - Confiante	Pearson	0,285	0,237	0,200	0,296	0,065	0,178	0,134
	p-valor	0,000	0,001	0,006	0,000	0,375	0,015	0,067
Trabalho - Tranquila	Pearson	0,231	0,209	0,196	0,213	0,143	0,093	0,062
	p-valor	0,002	0,004	0,007	0,004	0,051	0,206	0,398
Trabalho - Adequada	Pearson	0,296	0,205	0,156	0,178	0,144	0,265	0,180
	p-valor	0,000	0,005	0,034	0,015	0,049	0,000	0,014
Trabalho - Equilibrada	Pearson	0,156	0,094	0,232	0,197	-0,061	0,161	-0,003
	p-valor	0,033	0,201	0,001	0,007	0,409	0,028	0,966
Feliz com o trabalho	Pearson	0,425	0,331	0,249	0,228	0,211	0,411	0,197
	p-valor	0,000	0,000	0,001	0,002	0,004	0,000	0,007
Trabalho - Facilidade de concentração	Pearson	0,291	0,197	0,263	0,196	0,052	0,221	0,165
	p-valor	0,000	0,007	0,000	0,007	0,482	0,002	0,024
Trabalho - Facilidade de relacionar-se	Pearson	0,210	0,160	0,256	0,187	-0,025	0,193	0,038
	p-valor	0,004	0,029	0,000	0,011	0,732	0,008	0,609
Trabalho - Animada	Pearson	0,398	0,326	0,195	0,275	0,132	0,328	0,253
	p-valor	0,000	0,000	0,008	0,000	0,073	0,000	0,001

		ISP	Autonomia	Interação (Geral)	Status Profissional	Requisitos do Trabalho	Normas Organizacionais	Remuneração
Trabalho - Realizada	Pearson	0,312	0,229	0,192	0,186	0,127	0,266	0,183
	p-valor	0,000	0,002	0,009	0,011	0,085	0,000	0,012
Trabalho - Excitada	Pearson	0,168	-0,004	0,102	0,113	0,042	0,131	0,228
	p-valor	0,022	0,953	0,166	0,126	0,568	0,075	0,002
Trabalho - Em paz	Pearson	0,304	0,217	0,176	0,250	0,133	0,285	0,127
	p-valor	0,000	0,003	0,016	0,001	0,07	0,000	0,083
Trabalho - Cheia de energia	Pearson	0,280	0,217	0,263	0,260	0,04	0,125	0,162
	p-valor	0,000	0,003	0,000	0,000	0,588	0,088	0,027
Indicadores Negativos de Trabalho	Pearson	-0,414	-0,364	-0,220	-0,392	-0,246	-0,320	-0,112
	p-valor	0,000	0,000	0,003	0,000	0,001	0,000	0,128
Trabalho - Insatisfeita	Pearson	-0,394	-0,322	-0,178	-0,365	-0,244	-0,311	-0,149
	p-valor	0,000	0,000	0,015	0,000	0,001	0,000	0,042
Trabalho - Insegura	Pearson	-0,069	-0,135	-0,024	-0,146	-0,018	0,026	0,003
	p-valor	0,347	0,067	0,745	0,047	0,812	0,72	0,971
Trabalho - Tensa	Pearson	-0,180	-0,173	-0,113	-0,153	-0,170	-0,043	-0,066
	p-valor	0,014	0,018	0,124	0,037	0,02	0,564	0,368
Trabalho - Inadequada	Pearson	-0,019	-0,058	0,094	-0,047	-0,088	-0,054	0,041
	p-valor	0,797	0,431	0,202	0,525	0,231	0,461	0,58
Trabalho - Desequilibrada	Pearson	-0,047	-0,006	0,000	-0,198	-0,096	0,015	0,029
	p-valor	0,526	0,938	0,998	0,007	0,193	0,841	0,698
Desejando largar o trabalho	Pearson	-0,260	-0,196	-0,112	-0,264	-0,146	-0,262	-0,07
	p-valor	0,000	0,007	0,13	0,000	0,046	0,000	0,344
Trabalho - Dificuldade de concentração	Pearson	-0,191	-0,196	-0,155	-0,098	-0,057	-0,144	-0,071
	p-valor	0,009	0,007	0,034	0,185	0,442	0,049	0,333
Trabalho - Dificuldade de relacionar-se	Pearson	-0,151	-0,214	-0,150	-0,002	0,05	-0,125	-0,08
	p-valor	0,039	0,003	0,041	0,978	0,495	0,09	0,276
Trabalho - Angustia	Pearson	-0,225	-0,210	-0,134	-0,319	-0,115	-0,166	0,004
	p-valor	0,002	0,004	0,068	0,000	0,119	0,024	0,953
Trabalho - Frustrada	Pearson	-0,373	-0,313	-0,227	-0,375	-0,203	-0,328	-0,059
	p-valor	0,000	0,000	0,002	0,000	0,005	0,000	0,424
Trabalho - Impotente	Pearson	-0,245	-0,189	-0,158	-0,173	-0,137	-0,196	-0,101
	p-valor	0,001	0,01	0,032	0,018	0,062	0,007	0,171

		ISP	Autonomia	Interação (Geral)	Status Profissional	Requisitos do Trabalho	Normas Organizacionais	Remuneração
Trabalho - Irritada	Pearson	-0,297	-0,205	-0,157	-0,266	-0,302	-0,212	-0,073
	p-valor	0,000	0,005	0,032	0,000	0,000	0,004	0,321
Trabalho - Exausta	Pearson	-0,291	-0,219	-0,206	-0,169	-0,340	-0,134	-0,093
	p-valor	0,000	0,003	0,005	0,021	0,000	0,067	0,209

****** Correlação significativa ao nível 0.01 (*2-tailed*).

***** Correlação significativa ao nível 0.05 (*2-tailed*).

ANEXO 11

Matriz de Correlação do ISP e seus componentes com os Indicadores de Vida, Positivos e Negativos, e com a questão “Você se sente satisfeita com a sua vida?”

		ISP	Autonomia	Interação (Geral)	Status Profissional	Requisitos do Trabalho	Normas Organizacionais	Remuneração
Satisfeita com a vida	Pearson	0,239	0,178	0,262	0,213	0,133	0,078	0,079
	p-valor	0,001	0,015	0,000	0,004	0,07	0,293	0,285
Indicadores Positivos de Vida	Pearson	0,328	0,252	0,280	0,338	0,110	0,196	0,115
	p-valor	0,000	0,001	0,000	0,000	0,136	0,007	0,117
Vida - Satisfeita	Pearson	0,279	0,224	0,209	0,273	0,144	0,175	0,086
	p-valor	0,000	0,002	0,004	0,000	0,051	0,017	0,246
Vida - Confiante	Pearson	0,246	0,243	0,214	0,308	0,06	0,092	0,065
	p-valor	0,001	0,001	0,003	0,000	0,416	0,21	0,382
Vida - Tranquila	Pearson	0,256	0,204	0,203	0,210	0,199	0,106	0,091
	p-valor	0,000	0,005	0,005	0,004	0,006	0,149	0,217
Vida – Adequada	Pearson	0,131	0,165	0,159	0,122	0,009	0,026	0,022
	p-valor	0,075	0,024	0,03	0,097	0,899	0,724	0,767
Vida – Equilibrada	Pearson	0,105	0,119	0,136	0,205	-0,035	0,035	-0,024
	p-valor	0,155	0,105	0,065	0,005	0,638	0,639	0,75
Vida - Sem problemas familiares	Pearson	0,039	-0,035	0,103	0,018	-0,062	0,017	0,077
	p-valor	0,599	0,636	0,163	0,806	0,403	0,819	0,295
Vida - Facilidade de concentração	Pearson	0,162	0,181	0,149	0,141	-0,028	0,126	0,047
	p-valor	0,027	0,014	0,043	0,054	0,704	0,087	0,527
Vida - Facilidade de relacionar-se	Pearson	0,172	0,07	0,153	0,231	-0,018	0,155	0,086
	p-valor	0,019	0,339	0,037	0,002	0,81	0,034	0,243
Vida - Animada	Pearson	0,267	0,221	0,155	0,285	0,116	0,164	0,117
	p-valor	0,000	0,002	0,034	0,000	0,114	0,025	0,113
Vida – Realizada	Pearson	0,243	0,14	0,171	0,178	0,117	0,192	0,138
	p-valor	0,001	0,057	0,019	0,015	0,111	0,009	0,06
Vida - Excitada	Pearson	0,168	0,029	0,066	0,166	0,032	0,107	0,223
	p-valor	0,022	0,69	0,372	0,024	0,662	0,144	0,002
Vida - Em paz	Pearson	0,254	0,201	0,190	0,273	0,161	0,202	0,012
	p-valor	0,000	0,006	0,009	0,000	0,028	0,006	0,867

		ISP	Autonomia	Interação (Geral)	Status Profissional	Requisitos do Trabalho	Normas Organizacionais	Remuneração
Vida - Cheia de energia	Pearson	0,216	0,156	0,133	0,160	0,177	0,166	0,068
	p-valor	0,003	0,034	0,07	0,029	0,016	0,024	0,354
Indicadores Negativos de Vida	Pearson	-0,261	-0,232	-0,210	-0,233	-0,211	-0,139	-0,031
	p-valor	0,000	0,001	0,004	0,001	0,004	0,057	0,675
Vida - Insatisfeita	Pearson	-0,260	-0,252	-0,196	-0,279	-0,131	-0,127	-0,057
	p-valor	0,000	0,001	0,007	0,000	0,075	0,085	0,439
Vida - Insegura	Pearson	-0,083	-0,185	-0,048	-0,136	0,037	-0,046	0,042
	p-valor	0,263	0,011	0,511	0,065	0,615	0,535	0,573
Vida - Tensa	Pearson	-0,210	-0,186	-0,079	-0,14	-0,211	-0,103	-0,109
	p-valor	0,004	0,011	0,286	0,057	0,004	0,161	0,138
Vida - Inadequada	Pearson	-0,068	-0,129	0,006	-0,082	-0,102	-0,002	0,017
	p-valor	0,357	0,078	0,94	0,266	0,165	0,982	0,813
Vida - Desequilibrada	Pearson	-0,051	-0,035	-0,018	-0,12	-0,064	-0,068	0,056
	p-valor	0,492	0,635	0,808	0,102	0,388	0,356	0,449
Vida - Com problemas familiares	Pearson	-0,001	0,054	-0,054	0,077	-0,009	0,019	-0,058
	p-valor	0,99	0,464	0,465	0,296	0,899	0,793	0,433
Vida - Dificuldade de concentração	Pearson	-0,077	-0,131	-0,114	-0,082	-0,041	-0,039	0,081
	p-valor	0,298	0,075	0,121	0,266	0,574	0,599	0,272
Vida - Dificuldade de relacionar-se	Pearson	-0,106	-0,149	-0,056	-0,107	-0,005	-0,136	0,027
	p-valor	0,15	0,042	0,445	0,147	0,945	0,064	0,714
Vida - Angustiadada	Pearson	-0,085	-0,009	0,028	-0,260	-0,099	-0,052	-0,018
	p-valor	0,247	0,905	0,7	0,000	0,179	0,484	0,808
Vida - Frustrada	Pearson	-0,345	-0,286	-0,390	-0,249	-0,114	-0,233	-0,068
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,001	0,121	0,001	0,354
Vida - Impotente	Pearson	-0,165	-0,058	-0,061	-0,124	-0,129	-0,139	-0,132
	p-valor	0,024	0,432	0,406	0,092	0,079	0,058	0,072
Vida - Irritada	Pearson	-0,197	-0,103	-0,176	-0,165	-0,246	-0,135	0,001
	p-valor	0,007	0,162	0,017	0,024	0,001	0,066	0,987
Vida - Exausta	Pearson	-0,077	-0,091	-0,113	0,044	-0,212	0,044	0,017
	p-valor	0,295	0,219	0,126	0,555	0,004	0,550	0,819

** Correlação significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

* Correlação significativa ao nível 0.05 (2-tailed).

ANEXO 12

Matriz de Correlação entre os Indicadores Positivos de Vida e os Indicadores Positivos de Trabalho

		Indicadores s Positivos de Vida	Vida - Satisfeita	Vida - Confiante	Vida - Tranquila	Vida - Adequada	Vida - Equilibrada	Vida - Sem problemas familiares	Vida - Facilidade de concentração	Vida - Facilidade de relacionar-se	Vida - Animada	Vida - Realizada	Vida - Excitada	Vida - Em paz	Vida - Cheia de energia
Indicadores Positivos de Trabalho	Pearson	0,705	0,495	0,460	0,447	0,382	0,447	0,938	0,421	0,510	0,457	0,401	0,402	0,476	0,320
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Trabalho - Satisfeita	Pearson	0,542	0,457	0,301	0,355	0,255	0,351	0,155	0,311	0,404	0,382	0,280	0,205	0,357	0,289
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,034	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005	0,000	0,000
Trabalho - Confiante	Pearson	0,492	0,178	0,560	0,347	0,221	0,341	0,217	0,277	0,281	0,375	0,191	0,276	0,252	0,221
	p-valor	0,000	0,015	0,000	0,000	0,002	0,000	0,003	0,000	0,000	0,000	0,009	0,000	0,001	0,002
Trabalho - Tranquila	Pearson	0,450	0,233	0,213	0,523	0,192	0,408	0,158	0,319	0,251	0,196	0,181	0,093	0,414	0,204
	p-valor	0,000	0,001	0,003	0,000	0,009	0,000	0,032	0,000	0,001	0,007	0,013	0,206	0,000	0,005
Trabalho - Adequada	Pearson	0,440	0,219	0,323	0,327	0,374	0,224	0,179	0,151	0,332	0,307	0,249	0,282	0,279	0,117
	p-valor	0,000	0,003	0,000	0,000	0,000	0,002	0,014	0,04	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,111
Trabalho - Equilibrada	Pearson	0,487	0,223	0,335	0,285	0,316	0,500	0,164	0,238	0,349	0,289	0,231	0,285	0,317	0,168
	p-valor	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000	0,026	0,001	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,092
Feliz com o trabalho	Pearson	0,590	0,377	0,345	0,303	0,269	0,284	0,172	0,303	0,370	0,282	0,379	0,251	0,399	0,217
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,019	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,003
Trabalho - Facilidade de concentração	Pearson	0,476	0,299	0,326	0,269	0,276	0,289	0,136	0,585	0,343	0,251	0,204	0,150	0,314	0,153
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,065	0,000	0,000	0,001	0,005	0,042	0,000	0,037
Trabalho - Facilidade de relacionar-se	Pearson	0,516	0,375	0,331	0,260	0,284	0,346	0,212	0,358	0,645	0,258	0,182	0,196	0,285	0,094
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,004	0,000	0,000	0,000	0,013	0,007	0,000	0,201

		Indicadores Positivos de Vida	Vida - Satisfeita	Vida - Confiante	Vida - Tranquila	Vida - Adequada	Vida - Equilibrada	Vida - Sem problemas familiares	Vida - Facilidade de concentração	Vida - Facilidade de relacionar-se	Vida - Animada	Vida - Realizada	Vida - Excitada	Vida - Em paz	Vida - Cheia de energia
Trabalho - Animada	Pearson	0,396	0,281	0,278	0,189	0,187	0,124	0,150	0,170	0,198	0,407	0,237	0,345	0,275	0,252
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,01	0,011	0,092	0,041	0,021	0,007	0,000	0,001	0,000	0,000	0,001
Trabalho - Realizada	Pearson	0,355	0,248	0,117	0,194	0,212	0,157	0,03	0,197	0,271	0,180	0,405	0,284	0,277	0,217
	p-valor	0,000	0,001	0,112	0,008	0,004	0,033	0,688	0,007	0,000	0,014	0,000	0,000	0,000	0,003
Trabalho - Excitada	Pearson	0,384	0,219	0,173	0,073	0,243	0,108	0,202	0,096	0,290	0,276	0,487	0,590	0,149	0,187
	p-valor	0,000	0,003	0,018	0,321	0,001	0,143	0,006	0,19	0,000	0,000	0,000	0,000	0,042	0,011
Trabalho - Em paz	Pearson	0,402	0,207	0,238	0,280	0,177	0,284	0,062	0,216	0,273	0,289	0,197	0,288	0,393	0,191
	p-valor	0,000	0,005	0,001	0,000	0,016	0,000	0,399	0,003	0,000	0,000	0,007	0,000	0,000	0,009
Trabalho - Cheia de energia	Pearson	0,380	0,196	0,197	0,233	0,161	0,190	0,14	0,227	0,159	0,331	0,255	0,264	0,205	0,448
	p-valor	0,000	0,007	0,007	0,001	0,028	0,01	0,056	0,002	0,03	0,000	0,000	0,000	0,005	0,000

** Correlação significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

* Correlação significativa ao nível 0.05 (2-tailed).

Matriz de Correlação entre os Indicadores Negativos de Vida e os Indicadores Negativos de Trabalho

		Indicadores Negativos de Vida	Vida - Insatisfeita	Vida - Insegura	Vida - Tensa	Vida - Inadequada	Vida - Desequilíbrio	Vida - Com problemas familiares	Vida - Dificuldade de concentração	Vida - Dificuldade de relacionar-se	Vida - Angustia	Vida - Frustrada	Vida - Impotente	Vida - Irritada	Vida - Exausta
Indicadores Negativos de Trabalho	Pearson	0,629	0,465	0,217	0,398	0,387	0,400	0,078	0,331	0,186	0,371	0,482	0,337	0,353	0,283
	p-valor	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000	0,000	0,292	0,000	0,011	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Trabalho - Insatisfeita	Pearson	0,427	0,517	0,189	0,229	0,203	0,221	0,063	0,177	0,095	0,248	0,328	0,238	0,201	0,161
	p-valor	0,000	0,000	0,01	0,002	0,006	0,002	0,39	0,016	0,197	0,001	0,000	0,001	0,006	0,028
Trabalho - Insegura	Pearson	0,193	0,081	0,558	0,073	0,211	0,086	0,055	0,001	0,03	0,173	0,128	0,218	0,086	0,059
	p-valor	0,008	0,272	0,000	0,321	0,004	0,241	0,46	0,987	0,682	0,018	0,081	0,003	0,241	0,424
Trabalho - Tensa	Pearson	0,338	0,086	0,226	0,552	0,06	0,098	0,027	0,165	0,036	0,216	0,099	0,143	0,220	0,164
	p-valor	0,000	0,241	0,002	0,000	0,419	0,182	0,715	0,024	0,629	0,003	0,18	0,052	0,003	0,025
Trabalho - Inadequada	Pearson	0,295	0,265	0,102	0,171	0,439	0,229	0,068	0,128	0,004	0,229	0,064	0,103	0,160	0,114
	p-valor	0,000	0,000	0,165	0,02	0,000	0,002	0,359	0,082	0,96	0,002	0,383	0,16	0,029	0,121
Trabalho - Desequilibrada	Pearson	0,359	0,299	0,081	0,107	0,372	0,515	0,058	0,068	0,057	0,309	0,272	0,126	0,289	0,211
	p-valor	0,000	0,000	0,269	0,147	0,000	0,000	0,435	0,353	0,443	0,000	0,000	0,086	0,000	0,004
Desejando largar o trabalho	Pearson	0,328	0,288	0,048	0,206	0,241	0,318	0,007	0,251	0,149	0,099	0,217	0,181	0,205	0,102
	p-valor	0,000	0,000	0,512	0,005	0,001	0,000	0,919	0,001	0,043	0,177	0,003	0,013	0,005	0,164
Trabalho - Dificuldade de concentração	Pearson	0,350	0,086	0,048	0,178	0,134	0,11	0,069	0,535	0,149	0,099	0,290	0,134	0,172	0,250
	p-valor	0,000	0,244	0,512	0,015	0,068	0,136	0,348	0,000	0,043	0,177	0,000	0,069	0,019	0,001

		Indicadores de	Vida - Insatisfeita	Vida - Insegura	Vida - Tensa	Vida - Inadequada	Vida - Desequilíbria	Vida - Com problemas	Vida - Dificuldade de	Vida - Dificuldade de	Vida - Angustia	Vida - Frustrada	Vida - Impotente	Vida - Irritada	Vida - Exausta
Trabalho - Dificuldade de relacionar-se	Pearson	0,215	0,096	0,159	0,05	0,051	0,237	0,119	0,132	0,278	0,034	0,272	0,065	0,089	0,092
	p-valor	0,003	0,193	0,03	0,5	0,492	0,001	0,104	0,073	0,000	0,645	0,000	0,38	0,225	0,211
Trabalho - Angustia	Pearson	0,482	0,354	0,184	0,190	0,324	0,232	0,1	0,156	0,133	0,538	0,367	0,254	0,240	0,212
	p-valor	0,000	0,000	0,012	0,009	0,000	0,001	0,174	0,033	0,071	0,000	0,000	0,000	0,001	0,004
Trabalho - Frustrada	Pearson	0,277	0,265	0,049	0,164	0,276	0,163	0,062	0,047	0,017	0,111	0,449	0,08	0,217	0,121
	p-valor	0,000	0,000	0,503	0,026	0,000	0,026	0,398	0,526	0,816	0,13	0,000	0,279	0,003	0,099
Trabalho - Impotente	Pearson	0,383	0,274	0,166	0,162	0,177	0,318	0,055	0,14	0,195	0,171	0,293	0,502	0,166	0,149
	p-valor	0,000	0,000	0,024	0,027	0,016	0,000	0,455	0,057	0,008	0,02	0,000	0,000	0,023	0,042
Trabalho - Irritada	Pearson	0,327	0,115	0,052	0,301	0,172	0,190	0,019	0,159	0,141	0,071	0,220	0,015	0,454	0,244
	p-valor	0,000	0,117	0,478	0,000	0,019	0,01	0,796	0,03	0,056	0,336	0,003	0,838	0,000	0,001
Trabalho - Exausta	Pearson	0,319	0,147	0,005	0,102	0,133	0,091	0,101	0,242	0,112	0,171	0,224	0,057	0,174	0,460
	p-valor	0,000	0,046	0,941	0,166	0,071	0,218	0,169	0,001	0,128	0,02	0,002	0,438	0,017	0,000

*** Correlação significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

* Correlação significativa ao nível 0.05 (2-tailed).