

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR**

RAFAEL LEMES DE AQUINO

**IMPACTO DO TRABALHO NOTURNO NA QUALIDADE DE VIDA DO
PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DO GÊNERO MASCULINO**

UBERLÂNDIA

2016

RAFAEL LEMES DE AQUINO

**IMPACTO DO TRABALHO NOTURNO NA QUALIDADE DE VIDA DO
PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DO GÊNERO MASCULINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT/UFU), como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.

Orientador: Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão.

UBERLÂNDIA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

A657i Aquino, Rafael Lemes de, 1980
2016 Impacto do trabalho noturno na qualidade de vida do profissional de
enfermagem do gênero masculino / Rafael Lemes de Aquino. - 2016.
104 f. : il.

Orientador: Ailton de Souza Aragão.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de
Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde
do Trabalhador.
Inclui bibliografia.

1. Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador - Teses. 2. Enfermagem
- Teses. 3. Gênero - Teses. 4. Qualidade de vida - Teses. 5. Trabalho
noturno - Teses I. Aragão, Ailton de Souza. II. Universidade Federal de
Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde
do Trabalhador. III. Título.

CDU: 61

RAFAEL LEMES DE AQUINO

**IMPACTO DO TRABALHO NOTURNO NA QUALIDADE DE VIDA DO
PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DO GÊNERO MASCULINO**

Dissertação apresentada para obtenção do Título de Mestre no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT/UFU), pela banca examinadora formada por:

Uberlândia, 29 de agosto de 2016.

Resultado: _____.

Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão, UFU/MG

Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa, UFTM/MG

Profa. Dra. Marcelle Aparecida de Barros Junqueira, UFU/MG

Dedico este trabalho ao que tenho de mais precioso e belo em minha vida: minha família, meus amigos, meus gatos: Angel e Tunico. Em especial a minha mãe Maria Regina Arantes Lemes e a Tia Neusa de Aquino que mesmo ausentes, sei que torceram e foram fundamentais para minha formação e realização deste sonho

AGRADECIMENTOS

Estou muito feliz com a oportunidade que tive de fazer o mestrado, de dar prosseguimento nos meus estudos e investir na minha carreira acadêmica. Até chegar neste momento de conclusão desta dissertação e ver que todo esforço e dificuldades foram superadas. Assim, vencê-las não seria possível sem a presença de muitas pessoas presentes na minha vida, que ajudaram direta ou indiretamente a concluir mais esse desafio, confortando e animando em momentos difíceis. Com isso, quer agradecer a Deus por mais esta valiosa conquista.

Agradeço a meu orientador, professor Dr. Ailton Souza Aragão. A ele, minha gratidão e admiração por ter escolhido meu projeto e por ter me orientado na construção deste trabalho com rigor e a paciência necessária com alguém muito ansioso e inquieto em tudo que faz. É muito gratificante ter sido orientado por ele, pois passei a admirar e dialogar com meus anseios e inquietações no desenvolver dessa dissertação, afirmo que foi um grande privilégio percorrer essa trajetória juntos.

Agradeço minha família, pelo apoio incondicional que sempre tive na busca dos meus sonhos e objetivos. Ao meu pai e a Margareth por conversas e trocas sabias. Aos meus amigos Marcos Martins, Marcos Carvalho e Isabela por estarem presentes durante momentos importantes, seja conversando, discutindo ou escutando com minhas ideias e sonhos, meu muito obrigado. Aos meus amores, Angel e Tunico, gatos que ocuparam meu tempo, ajudam com seus carinhos e me fizeram companhia durante as inúmeras noites estudando.

Aos meus amigos do hospital, Durval, Deusdélia, Andressa, Igor, Solange, Madeli, Tânia, Cáritas, Marilda, Dr. Heleno, Dra. Letícia e todos outros no meu dia a dia profissional pelo apoio. Aos meus amigos que fiz durante o mestrado: Cristina, Silvia, Durval, Sueli, Vitor, Wilma, Patrícia, Ana Cláudia. Aos professores Samuel, Winston, Paulo César, Gerusa, Marcelle, Maristela, Jean, Liliane, Lucianne.

Agradeço aos informantes deste trabalho por sua contribuição e imediata participação quando contatados.

“Seu trabalho vai ocupar uma grande parte da sua vida, e a única maneira de estar verdadeiramente satisfeito é fazendo aquilo que você acredita ser um ótimo trabalho. E a única maneira de fazer um ótimo trabalho é fazendo o que você ama fazer. Se você ainda não encontrou, continue procurando... Então trabalhe, encare as decisões difíceis, não se deixe levar pela emoção, seja firme, busque informação e não faça suposições, busque ajuda, mantenha o foco e concentre-se naquilo em que você é bom” (STEVE JOBS, 2009, p.44).

RESUMO

A equipe de enfermagem é hoje o maior contingente de profissionais nos ambientes de saúde, com mais de 1,8 milhões de profissionais, e destes 15% são de homens, mostrando uma masculinização da profissão histórico e culturalmente pensada e exercida por mulheres (COFEN/FIOCRUZ, 2013). A presente dissertação discute a profissão frente a algumas questões vinculadas ao gênero, a qualidade de vida e o trabalho noturno. Objetivo: analisar os impactos que o trabalho noturno apresenta na qualidade de vida do profissional do gênero masculino, por meio de um instrumento específico à fim de identificar os principais problemas e danos comuns a esse grupo frente a sua atividade profissional. Métodos: estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa, realizado com 72 profissionais do gênero masculino da equipe de enfermagem, sendo 41 (56,9%) técnicos de enfermagem, 18 (25%) de auxiliares de enfermagem e 13 (18,1%) de enfermeiros, em janeiro de 2015, em um hospital universitário na cidade de Uberlândia (MG). Para tanto, utilizou-se o questionário WHOQOL-bref. As variáveis quantitativas foram descritas através de média, desvio padrão, máxima e mínima, além dos testes de Shapiro-Wilk e de Kruskal-Wallis utilizados na análise dos dados, com nível de confiança de 5% ($p<0,05$). Resultados: quanto ao perfil dos entrevistados, a maioria são casados 42 (58,3%), sob o contrato de trabalho via Regime Jurídico Único 50 (69,4%), com idade média de 40 anos e tendo 16 anos tempo de serviço; e dentro de uma escala de 0 a 100, os domínios com melhor avaliação foram o das Relações Sociais (70,1) e o Psicológico (67,5); já os piores foram o do Ambiente (57,4) e o Físico (65,4). Na avaliação global, a média foi de 63,3 e ficando abaixo da média brasileira de (65-70). Logo, os profissionais que eram casados obtiveram um melhor escores, independente da categoria que se encontra na equipe de enfermagem. Conclusões: o grupo está na média, levando em consideração o desvio padrão, mas podemos afirmar que as condições de trabalho interferem na sua profissão, e estes resultados permitem a detecção das dificuldades vivenciadas pelos homens da equipe de enfermagem, e podem cooperar com o delineamento de estratégias que beneficiem ou minimizem a busca para os conflitos que incidem na saúde desses trabalhadores e na sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Enfermagem. Gênero. Qualidade de vida. Trabalho noturno.

ABSTRACT

The nursing staff is now the largest contingent of professionals in healthcare environments, with more than 1.8 million professionals, and of these 15% are men, showing a masculinization of the historical profession and culturally conceived and carried out by women (COFEN / FIOCRUZ, 2013). This dissertation discusses the profession forward to some issues related to gender, quality of life and night work. Objective: To analyze the impact that shift work has the professional quality of life male, through a specific instrument to identify the main problems and joint damage to that front group to his professional activity. Methods: descriptivo, Cross-sectional study with a quantitative approach, performed with 72 professional male nursing staff, 41 (56.9%) nursing technicians, 18 (25%) of nursing assistants and 13 (18.1%) of nurses, in January 2015 in a university hospital in the city of Uberlândia (Minas Gerais). For this, we used the WHOQOL-BREF questionnaire. Quantitative variables were described as mean, standard deviation, maximum and minimum, in addition to the Shapiro-Wilk test and Kruskal-Wallis used in the data analysis, with a confidence level of 5% ($p <0.05$). Results: the profile of respondents, most are married 42 (58.3%) under the employment contract via Single Legal Regime 50 (69.4%) with mean age of 40 and having 16 years of service; and within a range of 0 to 100, the areas with better evaluation were the Social Relations (70.1) and psychological (67.5); already the worst were the Environment (57.4) and Physical (65.4). In the overall assessment, the average was 63.3 and staying below the national average (65-70). Thus, the professionals who were married obtained better scores, regardless of the category which is in the nursing team. Conclusions: The group is average, taking into account the standard deviation, but we can say that working conditions affect their profession, and these results allow the detection of the difficulties experienced by men of the nursing team, and can cooperate with the design strategies that benefit or minimize the search for conflicts that affect the health of these workers and their quality of life.

Keywords: Nursing. Genre. Quality of life. Night work.

RESUMEN

El personal de enfermería es ahora el mayor contingente de profesionales en entornos sanitarios, con más de 1,8 millones de profesionales, y de éstos el 15% son hombres, que muestra una masculinización de la profesión histórica y culturalmente concebido y llevado a cabo por las mujeres (COFEN / Fiocruz, 2013). Esta tesis analiza la profesión con interés algunas cuestiones relacionadas con el género, la calidad de vida y el trabajo nocturno. Objetivo: Analizar el impacto que tiene el trabajo por turnos la calidad profesional del varón vida, a través de un instrumento específico para identificar los principales problemas y daños en las articulaciones a ese grupo de entrada a su actividad profesional. Métodos: Estudio descriptivo y transversal con un enfoque cuantitativo, realizado con 72 profesionales de enfermería de sexo masculino, de 41 años (56,9%) técnicos de enfermería, 18 (25%) de los auxiliares de enfermería y 13 (18,1%) de enfermeras, en enero de 2015 en un hospital universitario en la ciudad de Uberlândia (Minas Gerais). Para ello, se utilizó el cuestionario WHOQOL-BREF. Las variables cuantitativas se describen como media, desviación estándar, máximo y mínimo, además de la prueba de Shapiro-Wilk y Kruskal-Wallis utilizan en el análisis de datos, con un nivel de confianza del 5% ($p < 0,05$). Resultados: el perfil de los encuestados, la mayoría están casados 42 (58,3%) en el marco del contrato de trabajo a través de régimen jurídico único 50 (69,4%) con una edad media de 40 años y que tienen 16 años de servicio ; y dentro de un rango de 0 a 100, las zonas con mejor evaluación fueron las relaciones sociales (70,1) y psicológico (67,5); Ya lo peor eran el medio ambiente (57,4) y física (65,4). En la evaluación global, la media fue de 63,3 y mantenerse por debajo de la media nacional (65-70). Por lo tanto, los profesionales que estaban casados, obtuvieron mejores resultados, independientemente de la categoría que se encuentra en el equipo de enfermería. Conclusiones: El grupo es normal, teniendo en cuenta la desviación estándar, pero podemos decir que las condiciones de trabajo afectan a su profesión, y estos resultados permiten la detección de las dificultades experimentadas por los hombres del equipo de enfermería, y pueden cooperar con el diseño las estrategias que beneficien o minimizan la búsqueda de los conflictos que afectan a la salud de estos trabajadores y su calidad de vida.

Palabras-clave: Enfermería. Género. Calidad de vida. Trabajo nocturno.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CLT- Consolidação da Leis Trabalhistas

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

COREN- Conselho Regional de Enfermagem

DOM- Domínio

FAEPU- Fundação de Amparo e Pesquisa

FIOCRUZ- Fundação Osvaldo Cruz

GDHS- Gestão de Desenvolvimento e Recursos Humanos

HC- Hospital de Clínicas

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

MS- Ministério da Saúde

OIT- Organização Internacional do Trabalho

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

QV- Qualidade de Vida

QVT- Qualidade de Vida no Trabalho ou Relacionada ao Trabalho

RJU- Regime Jurídico Único

SPSS- Statistical Package for Social Sciences

SUS- Sistema Único de Saúde

UFU- Universidade Federal de Uberlândia

WHOQOL- Word Organization Quality of Life

WHOQOL-BREF- questionário que pode ser abreviado ou breve

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição das variáveis: estado civil, vínculo, ajuda e cargo	72
Tabela 2. Descrição das variáveis: idade, tempo de serviço e preenchimento	73
Tabela 3. Correlação entre idade, temp. de serviço e preenchimento	74
Tabela 4. Comparação do estado civil em relação aos domínios	75
Tabela 5. Comparação do cargo em relação aos domínios	76
Tabela 6. Comparação do vínculo em relação aos domínios	77
Tabela 7. Estatística descritiva dos escores de qualidade de vida	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa da Qualidade de Vida no Mundo 33

Figura 2. Exposição do contexto do estudo 70

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1. Instrumento WHOQOL-BREF- domínios e facetas	36
Gráfico 1. Representação dos valores obtidos em cada faceta	79
Quadro 2. Representação dos valores obtidos em cada domínio	81

SUMÁRIO

Apresentação.....	15
1 INTRODUÇÃO.....	19
2 MARCO TEÓRICO.....	21
2.1 Trabalho.....	22
2.2 Qualidade de vida	31
2.3 Gênero.....	38
2.4 Enfermagem.....	48
2.5 Trabalho noturno.....	56
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	62
3.1 Tipo de pesquisa.....	62
3.2 Campo de investigação.....	,,63
3.3 Sujeitos da pesquisa.....	,,63
3.4 Coleta de dados.....	65
3.5 Procedimentos de análise do dados	67
3.6 Aspectos éticos.....	,,68
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS.....	89
APÊNDICE A - Termo de consentimento.....	,,,99
APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados.....	,,100

APRESENTAÇÃO

Neste momento, apresento a minha dissertação e toda sua estruturação contendo os referenciais teóricos e metodológicos além dos resultados e discussão dos mesmos. Assim, cabe citar que o presente trabalho permite fazer uma revisão de conceitos e temas importantes e muito presentes na minha atividade profissional.

Vale dizer que na minha trajetória acadêmica e profissional, busquei por meio de um curso técnico profissionalizante conhecer a profissão da enfermagem, motivado por causas pessoais, fiz inicialmente o curso de auxiliar de enfermagem, em seguida o de técnico de enfermagem, e nesse período percebi empiricamente a pouca presença de homens na profissão, algo que sempre permitiu inquietações pessoais.

Acreditando que a presença de homens na profissão foi uma grande ganho e contribuição para o dia a dia e para descaracterizar uma prática configurada como feminina, outro ponto que vale ressalva, foi que mais de 15 anos de trabalho, observava que a presença masculina era maior no período noturno, fato esse que foi mais evidente ao fazer a graduação de enfermagem.

Além disso, se faz necessário citar outras observações vivenciadas como: a maioria dos profissionais da equipe de enfermagem que trabalhavam e trabalham no período noturno, independe do gênero, mantém nesse período por ter outro vínculo empregatício durante o dia; ou por ter que cuidar de filhos ou parentes mais idosos, ou para manter a continuidade dos seus estudos.

É relevante destacar que o trabalho dentro da equipe de enfermagem, sendo ela presente nas 24 horas ininterruptas e ser o maior contingente de pessoal em ambientes de saúde. E mesmo sendo profissão majoritariamente feminina, seja no contexto social, cultural e histórico, e devido as múltiplas percepções durante minha carreira profissional propus a estudar e dialogar sobre os impactos dos trabalhadores noturnos frete sua qualidade de vida, em especial ao gênero masculino.

Contudo, por mais que a possibilidade de fazer um mestrado profissional possa contribuir para o entendimento de alguns desdobramentos comuns e presentes no cotidiano profissional, vai muito além, pois permite vislumbrar uma realidade que possa diminuir os danos e problemas inerentes a atividade do trabalho, no caso os homens da esquipe de enfermagem.

Trabalho com questões vinculadas ao gênero, qualidade de vida e trabalho noturno devido minha escolha profissional. Optando pela enfermagem como profissão, deparei-me com complexas relações sociais que ancoram em tais questões, e que a atuação de um homem em uma profissão histórico e culturalmente pensada e exercida majoritariamente por mulheres não se dá sem a contribuição e inclusão da figura masculina para melhoria e aperfeiçoamento da profissão.

Acredito que minhas expectativas quanto a adquirir novos conhecimentos sobre a Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental foram bem além do que inicialmente esperava, pois possibilitou um ganho de informações, de trocas de experiências e vivências, além de poder ser multiplicador no meu ambiente profissional dos ensinamentos e reflexões teóricas.

Outro ponto importante, foi o intercâmbio entre os alunos, e que mesmo sendo um mestrado profissional, sua composição de inúmeros profissionais da saúde e da área ambiental, contribuiu muito com os debates enriquecendo o convívio diário nas disciplinas cursadas por todos.

Com isso, pesquisar sobre o ambiente profissional e seus reflexos na saúde dos trabalhadores, em especial da equipe de enfermagem, possibilitou um melhor entendimento de situações e a realidade, na tentativa de criar possibilidades e atuação para prevenir as doenças e agravos inerentes à atividade.

Assim, enfrentar esse desafio foi muito grandioso, na medida em que permitiu um melhor diálogo de como aplicar o conhecimento teórico adquirido na minha prática profissional. Acredito que isso só foi possível, pois estudar e entender um tema que é presente não só no meu dia a dia, mas de inúmeros outros profissionais favoreceram na medida de buscar melhorias e respostas para muitos problemas possíveis de intervenção e atuação.

Dessa forma, foi possível abordar e tratar alguns temas para serem analisados, confrontados e correlacionados como a questão da Qualidade de Vida; Trabalho enquanto categoria de análise; o trabalho noturno como foco principal do estudo; a Enfermagem enquanto ciência e profissão e a questão de Gênero, em específico os homens em uma profissão tida como feminina.

Neste sentido, o objetivo da minha pesquisa de mestrado foi discutir por meio de uma investigação quais são os impactos que o trabalho noturno apresenta na qualidade de vida do profissional do gênero masculino, além de analisar por meio de

um instrumento específico de qualidade de vida, quais são os principais problemas e danos inerentes a esse grupo de trabalhadores frente ao trabalho. Desdobrando-se com algumas categorias de análise na tentativa de entender e discutir o tema por meio de domínios, sejam eles físicos, psicológicos, meio ambiente, relações sociais e o geral correlacionando com a qualidade de vida global e suas percepções de saúde geral.

Diante isso, será que o profissional de enfermagem do gênero masculino, seja ele enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem que desenvolve suas atividades no trabalho noturno sofre que tipos de impacto na qualidade de vida e saúde frente aos demais trabalhadores de enfermagem presentes em outros turnos? Quais são os principais entraves e reflexos que o turno representa para sua qualidade de vida?

Somando as reflexões introdutórias e os pontos importantes destacados, apresentamos também algumas questões que balizam o processo de pesquisa: em meio à legislações específicas e seu cumprimento, será que dentre os meandros legais há a possibilidade de promover melhor e de maneira mais efetiva a qualidade de vida do trabalhador de enfermagem, em especial os do turno noturno?

Ainda temos muitos colaboradores sendo afastados das atividades, apresentando gastos que poderiam ser evitados com medidas de prevenção e promoção da saúde. Mas será que tem alguma vantagem em mudar o olhar, seja ele das estruturas organizacionais ou da própria rotina dos serviços para minimizar as doenças ocupacionais e afastamentos? A penosidade, a insalubridade, além da privação do sono por si só não traria elementos merecedores de atenção ao falarmos de qualidade de vida?

Tais questões se apresentam de forma bem clara comparando com os números registrados de afastamentos e adoecimentos funcionais de profissionais da saúde, mesmo não sendo algo exclusivo da equipe de enfermagem, muito menos da questão de gênero. Dessa maneira, o conhecimento científico, a saúde do trabalhador tem buscado explicar as múltiplas dimensões entre a sociedade, o ambiente e a saúde.

Assim, tendo apresentado, mesmo que brevemente o foco de meu estudo, passo a apresentar a estruturação dos capítulos que compõem a dissertação. De início, em minha apresentação exponho alguns apontamentos que durante minha

trajetória acadêmica e profissional me levaram ao estudo das relações de gênero na profissão até chegar a este trabalho.

Em seguida a apresentação tem a introdução do trabalho com a contextualização e junção dos principais temas que serão desenvolvidos e abordados nos capítulos subsequentes, na busca de fazer algumas inferências e reflexões importantes para a construção teórica da presente pesquisa.

No primeiro capítulo, trago os principais temas norteadores para análise deste trabalho com alguns fragmentos de marcos teóricos e conceituais sobre trabalho, qualidade de vida, enfermagem, gênero e trabalho noturno, com vista para entendimento do contexto e as delimitações das questões de gênero da profissão de enfermagem.

Além disso, no capítulo seguinte, apresento os campos que o estudo está inscrito e os caminhos metodológicos que empreendi para sua realização. No percurso metodológico o estudo proposto é de natureza transversal com abordagem quantitativa, e com ele propus examinar a qualidade de vida dos homens da equipe de enfermagem que trabalham a noite utilizando um instrumento de coleta de dados WHOQOL-Abreviado, instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida, feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adaptado para o português no Brasil.

Também descrevo todo o cenário do estudo, apresento e defino os métodos de tal instrumento e toda sua normatização para a trajetória da coleta de dados, e também os procedimentos de análise dos dados.

No último capítulo, são apresentados os resultados e discussão dos dados agrupados por domínios ou unidades analíticas geradas a partir da aplicação do questionário com a equipe masculina que trabalha no período noturno, na qual procuro problematizar os principais achados, além de fazer um comparativo dos dados focando as variáveis do instrumento com a idade, estado civil, cargo, tempo de serviço e vínculo empregatício. Por fim, este é o percurso que pretendo detalhar nos capítulos que seguem.

1 INTRODUÇÃO

A relação que o homem estabeleceu com o meio ambiente se configurou de diversas maneiras, seja na sua ocupação, seja no próprio viver em sociedade que trouxe alguns impactos significativos que merecem análise e estudos.

Na atualidade um dos assuntos de maior abrangência e relevância é a saúde, em que a preocupação com o aspecto ambiental e sua relação com o homem se faz essencial para melhor entendimento da realidade vivida.

Nesse processo, a temática da qualidade de vida e a saúde do trabalhador exercem papel relevante, pois os aspectos sociais e ambientais no viver em sociedade são, geralmente, os grandes responsáveis pelos problemas que afligem a maioria da população.

Essa preocupação não é recente, porque desde a antiguidade é feita essa conexão entre o ambiente e as inúmeras enfermidades. Logo, é nesse contexto que a saúde ambiental e a saúde do trabalhador, bem como o processo de saúde-doença nos profissionais que cuidam exclusivamente da recuperação da saúde seja estudada e abordada por vários enfoques na tentativa de minimizar os danos causados por atividades laborais, buscando meios da sua melhoria da qualidade de vida.

Assim, na busca de compreender o processo que envolve tais temáticas, como o trabalho em seus vários turnos, em especial o noturno e os realizados por profissionais do gênero masculino na equipe de enfermagem, tentar identificar como funciona a dinâmica dos vários fatores sociais e econômicos que favoreçam ou não para o surgimento de enfermidades.

Tendo como base os dados reveladores de um estudo nacional feito com a categoria de enfermagem em todo o nosso território, intitulado como “Perfil da Enfermagem no Brasil”, onde o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) juntamente com a Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) feito com uma população de mais de 1,8 milhões de profissionais da enfermagem. Revelou dados importantes como o aumento da participação masculina, chegando a registrar uma presença crescente de 14,4% de homens com uma nova tendência a masculinização da profissão.

E mesmo que a Enfermagem, por tradição, cultura e historicamente os dados confirmam a predominância feminina, e que mesmo após muitas décadas o

setor da saúde é estruturalmente feminino.

Dentre essas ideias, esta pesquisa se justifica tendo em vista os escassos estudos que efetivamente aprofundam na temática dos trabalhadores noturnos de enfermagem do gênero masculino frente a sua qualidade de vida, e que é passível de ser abordada numa perspectiva da saúde do trabalhador.

Contudo, é sabido da profunda importância que é estudar um campo que dialoga e aproxima com o profissional e sua atividade profissional, qual seja sua atividade ou turno de trabalho, e assim ser norteadora de propostas de uma melhoria da própria promoção, prevenção e identificação de agravos e doenças no ambiente de trabalho.

Enfim, estudar as relações que envolvem o trabalho, a saúde e os impactos que o trabalho noturno causa na qualidade de vida de profissionais promove muitas contribuições para a melhoria de vários problemas comuns encontrados hoje.

2 MARCO TEÓRICO

Este capítulo trata de uma revisão de literatura que buscou aspectos para referendar a pesquisa e promover uma melhor compreensão do tema, auxiliando na análise dos resultados. Aborda elementos considerados fundamentais para entendimento sobre a Qualidade de Vida, Trabalho, Enfermagem e Gênero e o Trabalho Noturno.

A preocupação com o conhecimento da realidade é uma constante na vida dos homens, pois a pesquisa apresenta-se como uma forma de investigação que tem por finalidade buscar algumas respostas às indagações da sociedade por meio de procedimentos científicos (BEUREN, 2004).

Em um mundo globalizado em que estamos vivendo Santos (2002, p.63) afirma que o espaço geográfico ganha novos atributos, contornos importantes, novas características, novas definições e significações. E, também, “uma nova importância, porque a eficácia das ações está estritamente relacionada com a sua localização, gerando com isso uma extrema competitividade”.

Lakatos (2010) cita que é da relação que o homem tem com o mundo, em seu constante questionar e indagar, seja qual campo estiver que surgem a consciência e o conhecimento da realidade das experiências do seu grupo social.

Neste sentido, Nolasco (2001) discute que nas sociedades tradicionais, o reconhecimento e a visibilidade social se definem segundo hierarquias que articulam diferentes sujeitos dentro da cultura. Esta malha perpassa diferentes níveis (classe, sexo, raça e opção sexual) estabelecendo entre eles valores, subordinações e contextos.

Contudo, vale destacar o processo de construção e entendimento que Gerard (1981) afirma que é uma análise que vai permitir observar os componentes de um conjunto, percebendo as suas possíveis relações e passar de uma ideia chave para um conjunto de ideias mais específicas, percorrendo a generalização e finalmente à crítica.

Portanto, todo trabalho científico se baseia em um referencial teórico, que o sustenta e dá-lhe credibilidade e o enriquece, desse modo, tal referencial caracteriza-se pela documentação bibliográfica, mediante uma varredura na literatura através da pesquisa bibliográfica (MINEO, 2005).

2.1 TRABALHO

Desde os primórdios da humanidade, o trabalho destina-se à produção da vida na relação ser humano com a natureza, criando valores de uso para viabilizar a sua existência. E quando pensamos na evolução histórica do trabalho, Bauman (2001), apresenta um adendo, ao falar em cronologia e suas inúmeras inovações históricas no viver em sociedade, deparamos com uma modernidade que começa quando o espaço e o tempo são intimamente separados da prática da vida e teorizados por meio de ações.

Uma vez que, já nascemos dentro de um grupo, crescemos dentro de diferentes grupos e tornamo-nos adultos participando de muitos outros grupos. Alguns se mantêm ao longo de toda nossa vida, como a família, os amigos, outros se fazem presentes em fases específicas do nosso desenvolvimento (RODRIGUES, 2009).

Os homens são seres condicionados, porque tudo aquilo com que eles entram em contato torna-se imediatamente uma condição de sua existência, ou seja, além das condições sob as quais a vida é dada ao homem na Terra, eles constantemente criam suas próprias condições (ARENKT, 2014).

O trabalho é uma condição fundamental na existência humana. Rohm (2015) aponta que por meio dele, o homem se relaciona com a natureza, constrói sua realidade, se insere em contextos grupais, atuando em papéis e finalmente promovendo a perenização de sua existência.

Contudo, o pensamento científico moderno tendeu à redução, colocando para si o desafio de alcançar o máximo da precisão e objetividade por meio da tradução dos acontecimentos em esquemas abstratos, calculáveis e demostráveis (CZERESNIA, 2009).

A globalização trouxe, por sua vez, novas mudanças aos processos de trabalho, de tal modo que, atualmente, o próprio sentido do trabalho e do emprego se modificou (PIGNATI et al., 2013). Com isso, os conceitos de processo de trabalho, trabalhador, saúde e doença relacionada ao trabalho estruturam o campo e ajudam a compreender os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais das condições de vida e de saúde da população e dos trabalhadores decorrentes do modelo de desenvolvimento adotado pelo país (PINHEIRO et al., 2012).

Dejours (2004) afirma categoricamente que o ato de trabalhar não é apenas uma construção da realidade a partir de uma matéria prima, mas vai além. Trabalhar seria transformar realidade concreta, mas também modificar estruturas psíquicas inerentes a própria subjetividade, podendo por vezes servir de realização pessoal, ou mesmo, elaboração de frustrações.

Já Arendt (2014) organiza e sistematiza a condição humana em três aspectos, o labor que seria o processo biológico necessário para a sobrevivência do indivíduo e da espécie humana; o trabalho como sendo atividade que o homem impôs à sua própria espécie como sendo resultado de um processo cultural; e ação como sendo à necessidade do homem em viver entre seus semelhantes, sua natureza ser eminentemente social.

“Em português, apesar de haver labor e trabalho, é possível achar na mesma palavra trabalho ambas as significações: a de realizar uma obra que te expresse, que dê reconhecimento social e permaneça além da tua vida; e a de esforço rotineiro e repetitivo, sem liberdade, de resultados consumíveis e incômodo inevitável. No dicionário aparece em primeiro lugar o significado de aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar determinado fim; atividade coordenada de caráter físico ou intelectual, necessária a qualquer tarefa, serviço ou empreendimento; exercício dessa atividade como ocupação permanente, ofício, profissão” (ALBORNOZ, 2008, p.9).

Pode-se dizer que o trabalho, no momento histórico, caracteriza-se pela intensificação, com alta demanda e exigência, pouca autonomia e controle pelo trabalhador; a diversidade e complementaridade dentro das cadeias produtivas; a precarização dos vínculos e da proteção social, aumentando a vulnerabilidade dos trabalhadores e a degradação ambiental e da qualidade de vida (PINHEIRO, et al., 2012).

O trabalho consiste em uma das formas de inserção social, dada sua importância na vida humana e suas relações, o ideal seria que o ambiente de trabalho fosse mais saudável possível, meio para que o homem possa atingir maturidade e autonomia como ser social (HORN, COTANDA, 2011).

Na linguagem cotidiana, a palavra trabalho tem muitos significados embora pareça compreensível, como uma das formas elementares de ação dos homens, o seu conteúdo oscila. Às vezes, carregada de emoção, lembra dor, tortura, suor no rosto, fadiga, dentre outras significações (ALBORNOZ, 2008).

Pois o papel do trabalho na vida e também na saúde dos indivíduos é fundamental na medida que estejamos cientes dos males que as condições do ambiente físico de trabalho podem provocar nos trabalhadores, sejam as doenças profissionais ou do próprio trabalho, sejam dos acidentes propriamente ditos, todos eles atacam o corpo do trabalhador (DEJOURS, 1986).

Albornoz (2008), reafirma que o trabalho não só é um dever, mas um direito, pois através dele o homem é homem, se faz, aparece, enquanto cria e entra em relação com os outros, com o seu tempo, cria o seu mundo, se torna reconhecido e deixa impressa no planeta em que vive a marca de sua passagem.

Se a transformação do capital humano em qualificação é uma operação de julgamento social, isso implica que ela passe pelo filtro das representações sociais: as que diferenciam o trabalho, as tarefas e das profissões e também as que diferenciam os trabalhadores entre eles. Nessas operações de julgamento social sobre o trabalho e os trabalhadores, as representações do masculino e do feminino ocupam um lugar tão central quanto as representações da relação capital-trabalho (MARUANI, HIRATA, 2003, p. 69).

No século XVIII, ocorre um fato importante, a Revolução Industrial, e alguns fenômenos surgiram em consequência do início do processo de industrialização e da utilização de um modelo de trabalho mecanizado. A “história da realização do ser social objetiva-se através da produção e reprodução da sua existência, ato que se efetiva pelo trabalho”. É a partir do trabalho, em sua cotidianidade que o homem se torna social, distinguindo-se de todas as formas não humanas (ANTUNES, 2015, p.168).

Entendemos por relação do trabalho todos os laços humanos criados pela organização do trabalho, sejam relações com a hierarquia, com chefias, com supervisão, com outros trabalhadores e que são às vezes desagradáveis, até insuportáveis e sendo geradoras de conflitos dentro da equipe (DEJOURS, 2015).

Numa sociedade de indivíduos, cada um deve ser um indivíduo. Os membros dessa sociedade são tudo, menos indivíduos diferentes e únicos. São pelo contrário, estritamente semelhantes a todos os outros pelo fato de terem de seguir a mesma estratégia de vida e usar símbolos comuns, comumente reconhecíveis e legíveis para convencer os outros de que assim estão fazendo (BAUMAN, 2009).

Tendo como cronologia da contextualização da reprodução e do desenvolvimento frente ao capitalismo e sua evolução, Alves (2011) acrescenta ao sinalizar que a ofensiva do capital não se restringe apenas à instância da produção

propriamente dita, mas atinge hoje, mais do que nunca, sob o capitalismo manipulatório, instâncias da reprodução social, colocadas como nexos orgânicos da produção como totalidade social. Deste modo, é pela tempestade ideológica de valores, expectativas e utopias de mercado que se busca formar o novo homem produtivo do capital.

Ao contrário do que ocorre no mundo animal, em que as gerações se sucedem, e são submetidas ao mesmo programa genético, no mundo humano cada geração se vê confrontada com o enorme desafio de receber do passado a sua herança cultural, transformá-la e projetá-la no futuro, levando adiante o processo civilizatório (REY, 2011).

Assim, em tempos depois, posterior a essa revolução, o mundo passou por uma grande crise em decorrência da queda da bolsa de valores, necessitava então recriar meios de produção que pudesse continuar a sustentar a máquina do capitalismo (ALVIM, 2006).

Um exemplo prático disso, são os discursos desenvolvidos ao longo da reestruturação produtiva mostraram que a desqualificação do trabalho feminino, mesmo que atenuada em algumas empresas, se manteve bastante nítida em muitas outras, tanto no Brasil quanto fora do país. E devido as inúmeras assimetrias referentes a gênero e etnia persistiram frequentemente, entre outras baseadas em discriminações de vários tipos, não obstante os discursos empresariais que enfatizavam superação de desigualdades e da discriminação sob formas participativas de gestão (SILVA, 2011).

É importante saber que o padrão de acumulação capitalista, no qual as sociedades e economias enfrentam uma série de mudanças e problemas como o crescimento do desemprego e a falta de condições dignas de sobrevivência para todos os cidadãos, obrigam-nos a repensar o modelo de desenvolvimento econômico, apresentando-se como um dos maiores desafios da sociedade atual.

Com o advento do capitalismo e a propagação do modelo liberal, que visava a abertura de mercado e o consequentemente o aumento da competitividade e ainda a ascensão da globalização tecnológica, a fórmula: economia liberal, mercado globalizado e competitivo, avanço tecnológico, velocidade na transmissão das informações e comercialização de tecnologia faz com que as organizações abandonem o modelo anterior de gestão e passe a apoiar-se nas pessoas como solução para obter um diferencial de competitividade (ALVIM, 2006).

As mudanças produtivas que cercaram o mundo e vêm sendo condições naturais da contemporaneidade, mesmo sendo vítimas de uma globalização exacerbada, ainda se moldam a partir de ideias e modelos antigos. Sato (2002) corrobora com essa informação e salienta que ainda existe a ideia arcaica impregnada de sentido que o trabalho teria ligação direta com a escravidão.

Em consequência, Cavalcante (2014) aponta que o trabalho deixou de ser apenas uma forma repetitiva de reprodução, para torna-se mais estratégica a fim de superar metas. Já Marx (1985) considera o trabalho como algo relacional, onde possui uma relação entre o homem e a natureza, sendo que o homem representa o papel de potência natural, empregando as forças de que é dotado, para amoldar a matéria dando-lhe forma útil à vida.

(...) o trabalho é um processo entre o Homem e a Natureza, um processo em que o Homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural (MARX, 1985, p.149).

Contudo, é pertinente que observar que o trabalho pode não corresponder às necessidades e aos desejos dos indivíduos nem oferecer a possibilidade de reconhecimento ou permitir a livre expressão de si mesmo por parte do trabalhador. O indivíduo não se reconhece no que faz e o trabalho esvaziam-se de significado (DEJOURS, 1992).

Se entendermos que a experiência e a história no planeta Terra como um desafiante e dinâmico processo de humanização, nos encontraremos diante da perspectiva de construir um trabalho como sendo uma atividade criadora, autônoma e livre (PIGNATI, et al., 2013).

Para Busetti (1998), devemos encarar como sendo um todo, por inteiro, e não uma simples montagem mecânica que está sujeita a eventuais reparos e por esta razão passar a ter uma visão integrada de saúde e qualidade de vida, na tentativa de abordar aspectos que promovam o equilíbrio e o desenvolvimento humano de forma harmônica.

Há um crescimento da temática sobre o campo da saúde do trabalhador, pois explicita que as situações de risco presentes nos ambientes de trabalho modificam também o padrão de saúde da população em geral, uma vez que há um grande contingente desta é constituído pela própria população de trabalhadores. E

também porque o processo de produção pode alterar as condições ambientais, vale dizer ecológico-sociais, que influenciam a saúde de distintos grupos humanos (ROUQUAYROL, 2003).

O conceito de pessoa humana não se restringe à dimensão da subjetividade (sujeito humano com corpo e mente; ou ainda sujeito psíquico); mas implica também o elemento alteridade (o outro como próximo e a dimensão da sociabilidade); e o elemento da individualidade, onde temos o indivíduo social (de classe) singularidade humana, constituindo sua personalidade única por meio de processos de socialização/individualização (ALVES, 2014).

Com isso, a condição humana do trabalho é a própria vida, pois o trabalho é a atividade que corresponde ao processo biológico do corpo humano, cujos crescimentos espontâneo, metabolismo e resultante declínio estão ligados às necessidades vitais produzidas e fornecidas ao processo vital pelo trabalho (ARENKT, 2014).

Alves (2014) ao mencionar sobre a questão social, afirma que uma sociedade humana emancipada de produtores auto organizados, onde os sujeitos humanos se re-apropriaram das condições objetivas e subjetivas da produção social (condições de trabalho e gestão), a base técnica das novas máquinas informacionais, contribuíram para o desenvolvimento de novas virtualidades humanas, explicitando um novo modo de organização do trabalho e um novo modo de vida.

Os benefícios aparentemente obtidos pelos trabalhadores no processo de trabalho são largamente compensados pelo capital, uma vez que a necessidade de pensar, agir e propor dos trabalhadores deve levar sempre em conta prioritariamente os objetivos intrínsecos da empresa, que aparecem muitas vezes mascarados pela necessidade de atender aos desejos do mercado consumidor (ANTUNES, 2009).

Os processos necessários para que o homem possa modificar os materiais extraídos da natureza para transformá-los em produtos úteis, em função das necessidades tecnológicas atuais, propicia no ambiente de trabalho a dispersão de substâncias em sua maioria nocivas a saúde e ao meio (LUONGO, 2012).

Assim, o trabalho assegura não apenas a sobrevivência do indivíduo, mas “a vida da espécie, pois a obra e seu produto, artefato humano, conferem uma medida de permanência e durabilidade à futilidade da vida mortal e ao caráter efêmero do tempo humano” (ARENKT, 2014, p.11).

Portanto, a saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. Em medicina, saúde é considerada o estado “normal do organismo humano. A normalidade não pode ser determinada com exatidão pelo grande número de fatores, tais como sexo, idade, profissão, susceptibilidade, individualidade, que interagem no organismo de cada pessoa (ROCHA, 2012).

A Saúde é mencionada como fator essencial para o desenvolvimento humano; um dos campos de ação propostos no contexto da promoção da saúde é a criação de ambientes favoráveis; o desenvolvimento sustentável coloca o ser humano como agente central do processo de defesa ao meio ambiente e tem, no aumento da expectativa de vida saudável e com qualidade sua vertente principal (CZERESNIA, 2009).

Por outro lado, Carvalho (2014) define que a saúde é um bem do trabalhador, uma condição essencial e fundamental para o convívio social, indissociável do trabalho. Assim, saúde, segurança e qualidade de vida são requisitos mínimos à manutenção da produtividade e da qualidade do produto.

É necessário citar que os trabalhadores compartilham com os não trabalhadores formas de adoecer e morrer decorrentes do estilo de vida, do sexo, da idade, do perfil genético e de fatores de risco de natureza ambiental aos quais todos se expõem e convivem (PINHEIRO, et al., 2012).

A definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) “um estado de completo bem-estar físico e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, e que por mais que tal conceito não condiz com a realidade ele constitui como o ponto de partida para uma visão holística da saúde. E essa definição forneceu pistas sobre quais domínios devem ser considerados ao fazer avaliação em saúde, do bem-estar e do conceito mais amplo de qualidade de vida (FLECK, 2008).

Desse modo, Rey (2011) afirma que como a cultura não é um dado da natureza, mas uma construção social, essa tarefa geracional está atravessando tanto pela tradição, a transmissão do passado, quanto pela criação, os desafios do presente, e a projeção das expectativas do futuro.

Ainda sobre a importância do aspecto das representações Rey (2011), ratifica que a doença ficou circunscrita a uma representação social que, apoiada nas

crenças dominantes da medicina, estendeu-se a um sistema de práticas institucionalizadas que levaram o ser humano a se sentir indefeso, inseguro e incompetente diante da doença e a ver retirada a sua capacidade de discernimento, decisão e ação em relação ao próprio adoecimento.

Diante disso, a atividade laboral passa a ser um dos elementos que mais interferem nas condições e qualidade de vida do homem e na sua saúde, pois o trabalho é uma necessidade natural e um direito do indivíduo garantido pela constituição. Ainda que o trabalho tenha sido estabelecido com o surgimento da humanidade, a relação entre trabalho e doença foi praticamente ignorada até algumas dezenas de anos atrás (CARVALHO, 2014).

Para o Sistema Único de Saúde (SUS), trabalhador é toda pessoa que exerce uma atividade para sustento próprio ou de sua família, independentemente de ter carteira assinada ou não. São considerados trabalhadores os que recebem salário, trabalham por conta própria, servidores públicos, cooperativados, estagiários, aprendizes, pequenos empregadores, os que estão involuntariamente fora do mercado de trabalho como os desempregados e aposentados, e aqueles que trabalham ajudando outro membro da família, mesmo sem receber salário. Todas essas pessoas podem apresentar problemas de saúde provocados pelo trabalho que exercem ou já exerceram (BRASIL, 2002, p.3).

Carvalho (2014) menciona os processos necessário e importantes que contextualizam questões ao citar que a industrialização e o consequente desenvolvimento econômico e social trazem muitos benefícios ao homem, incluindo a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida.

Por outro lado, todas as atividades envolvidas nesse processo, tais como a produção e estocagem de alimentos, a produção e a geração de energia, a extração de minerais, a manufatura de diferentes produtos, a prestação de serviços, incluindo transportes, estão geralmente associados à exposição a agentes químicos, físicos, biológicos, ergonômicos ou psicossociais capazes de gerar agravos à saúde não só de trabalhadores, mas também da população em geral, bem como danos ao meio ambiente.

Freud (1976) enumera algumas fontes causadoras de sofrimento nos indivíduos como o poder sobrenatural; a fragilidade do corpo; a inadequação das normas adaptativas dos relacionamentos dos indivíduos, sendo importante ponto de análise e observação.

É o que ressalta Rouquayrol (2013) ao citar que a ocorrência de problemas

que se caracterizam como agravos ou sofrimentos e se definem como doença em oposição à saúde e inerente à vida em sociedade, sendo que apenas por referência a esta vida. Isto é, a uma dada maneira de se viver e de existência coletiva, representando uma certa qualidade de vida social, é que se podem definir transgressões, e, portanto, doenças, ou então definir ajustamentos e aperfeiçoamentos, e, portanto, a saúde.

A OIT (Organização Internacional do Trabalho) e a OMS têm destacado o estreito relacionamento existente entre a saúde e o trabalho. Uma vez que houve mudanças nos processos de trabalho em virtude das crises econômicas e dos processos de restruturação dos sistemas produtivos que geraram incremento proporcional dos riscos psicossociais no trabalho (NEFFA, 2015).

Ainda assim, tais riscos estão na origem das doenças psíquicas e mentais provocadas pelo estresse, o assédio, o Burnout (esgotamento), a violência verbal e física, o abuso sexual e cada vez mais devido a precarização do trabalho. Em estudos epidemiológicos demonstram que essas doenças são rapidamente somatizadas e levam a acidentes cardiovasculares, infartos do miocárdio e transtornos musculoesqueléticos.

Para o Ministério da Saúde (MS), trabalho precário é entendido como aquele realizado sem a proteção social dos trabalhadores e da administração pública. Mais definir o conceito de precarização é uma tarefa muito complexa, pois os riscos são assumidos pelos trabalhadores independente de vínculo trabalhistas, esse por sua vez demanda outras correlações quanto a flexibilização e restruturação produtiva, temas que merecem ser revisto (EBERHARDT et al., 2015).

Rohm e Lopes (2015), nos fazem refletir sobre nossos papéis sociais, ao argumentar que cada indivíduo é um membro produtor da sociedade e das organizações nas quais vive e ele sabe que não pode ser sujeito sem confrontar com a alteridade, sem se inserir em um coletivo, sem contribuir com o bem comum.

2.2 QUALIDADE DE VIDA

A temática da qualidade de vida, e sua relação com os profissionais da saúde vem sendo bastante evidenciada e estudada, e devido a sua importância é necessário abordar as inúmeras relações e seus reflexos nos diversos campos sociais, em específico os profissionais da equipe de enfermagem.

Além disso, devido aos inúmeros progressos que a medicina trouxe, entre outras consequências, foi marcado pelo prolongamento na expectativa de vida durante os últimos séculos. No entanto, doenças que eram letais passaram a ser curáveis permitindo um maior controle de seus sinais e sintomas ou mesmo retardar seu curso natural (FLECK, 2008).

Seidl (2004) sinaliza que na área da saúde, o interesse pelo conceito de Qualidade de Vida (QV) é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. E que os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são em sua maioria, multifatoriais e complexos.

Pois estamos inseridos num mundo cada vez mais rápido e em permanente mudanças, seja no aspecto da economia, seja pela globalização, pelas modernas tecnologias que possibilitam uma gestão diferente de oportunidades e melhorias na forma como as empresas se inserem no competitivo mercado, a fim de melhorar os ganhos e serem mais competitivas.

Neste contexto, temos profissões que são essenciais, como o caso da área da saúde, que necessitam ser ininterruptas, mais especificamente o trabalho da equipe de enfermagem. Porém, pouco ou nenhuma atenção é dada à qualidade de vida no trabalho, e está passa a ter um fundo conceitual sobre as fragilidades e penosidades que encontramos em algumas atividades profissionais.

Neri (2007) afirma que a ênfase na satisfação e na atividade segue algumas tendências em acreditar que os efeitos de variáveis sobre o bem-estar percebido e mediados por outras coisas de caráter interno e muito pessoal, ou seja, é encarado de várias formas por cada indivíduo.

E por bem-estar social, Dejours (1996) defini que é a liberdade de se agir individualmente e coletivamente sobre a organização do trabalho, ou seja, sobre o conteúdo do trabalho, da divisão das tarefas, a divisão dos homens e as relações que mantêm entre si.

A qualidade de vida está intimamente ligada ao padrão de vida que por sua vez, é definido como a quantidade e qualidade dos bens e serviços que alguém consome normalmente com determinada renda, e que sofre uma elevação ou decréscimo de acordo com as oscilações que ocorrem ao nível da renda. Ela pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que dada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar, sendo, portanto, uma construção social com relatividade cultural, uma vez que reflete conhecimentos, experiências e valores de individuais (MARTINS, 2008).

A preocupação com a qualidade de vida tem se tornado crescente nos últimos anos, ganhando espaço e reflexões frente as questões relativas a grupos de pessoas e suas localidades.

Mais ao contrário do que pode se parecer tal inquietação com o estilo de vida é muito antiga e surgiu com Sócrates por volta de 400 anos a.C. No entanto o termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez em 1964 por Lyndon Johnson, então presidente norte americano ao afirmar que uma nação não podem ser mensurados através de seus fluxos financeiros, mas sim da qualidade de vida proporcionada às pessoas (PEDROSO, PILATTI, 2010).

Ferreira (2012) analisa que o contexto atual da globalização, caracterizado pela difusão de novas tecnologias, da circulação das ideias, do intercambio de bens e serviços, além do crescimento da movimentação de capital e fluxos financeiros o que causa reflexos especialmente nos trabalhadores e em sua saúde.

Nessa perspectiva, o termo saúde e qualidade de vida se apresentavam como sinônimos, mais é necessário salientar que o conceito de qualidade de vida transcende o da saúde, uma vez que há diversos pontos de intersecção entre ambas variáveis (FLECK, 2008).

Antes de introduzir o conceito e suas abordagens é necessário mencionar que a qualidade de vida nos âmbitos dos países é analisada sob o ponto de vista do IDH- Índice de Desenvolvimento Humano, tal índice leva em consideração os grupos sociais refletindo a expectativa de vida de sua população, da longevidade, da educação, o poder de compra e o padrão de vida.

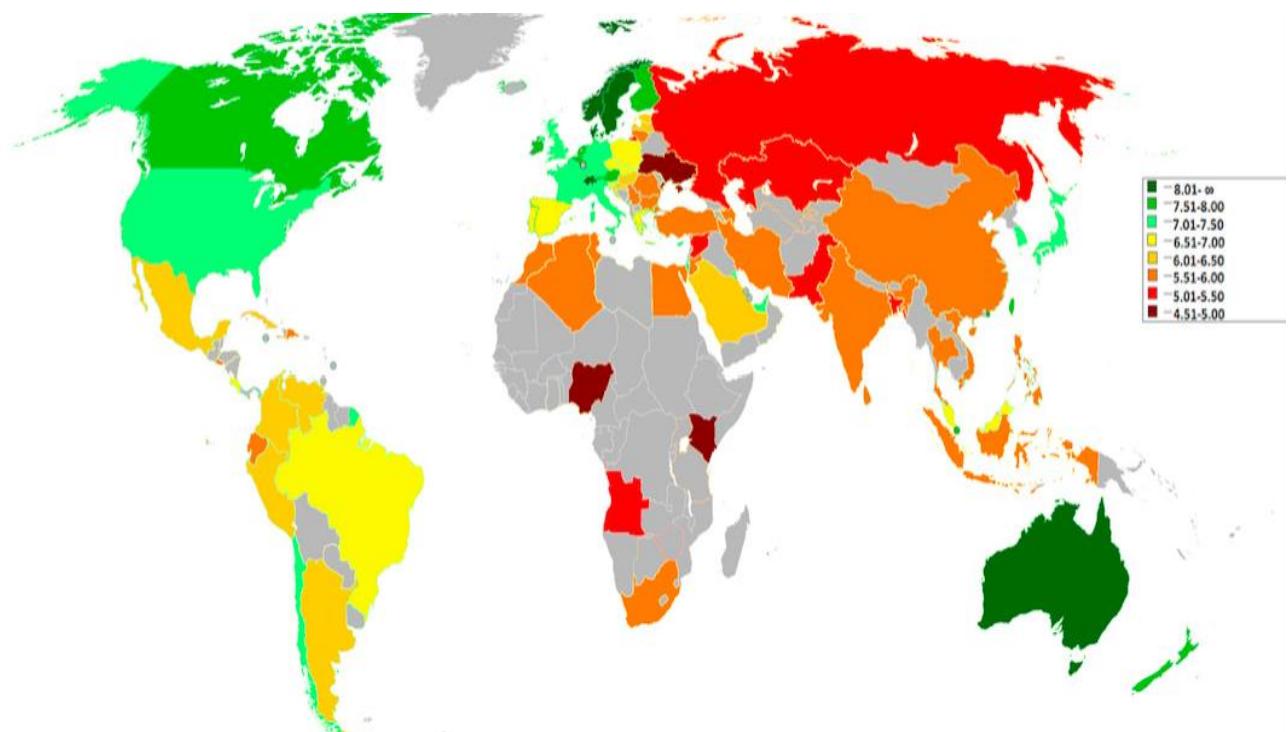
Para OMS o IDH é um modo de medir a qualidade de vida nos países comparando a riqueza, a qualidade do processo de alfabetização, a educação, a expectativa média de vida, índice de natalidade e mortalidade, entre outros. Mais tal índice é um norteador para medir os locais ou países onde apresentam

melhores condições de vida, e acesso a elementos básicos para manutenção da vida em grupo.

Em outras palavras, a qualidade de vida de uma sociedade, grupo ou país é necessária para propor intervenções nas políticas de saúde e sanitárias, além de ser um indicador do nível de condições básicas que envolvem desde o bem-estar físico, mental, psicológico, emocional, como família, saúde, e outros parâmetros que afetam a vida humana. É necessário destacar que QV é diferente de padrão de vida, pois padrão de vida é uma media que quantifica a qualidade e quantidade de bens e serviços que determinada pessoa ou grupo pode ter acesso.

Conforme a Figura 1, a OMS em 2013 apresenta um mapa caracterizando o IDH e QV, pois seus índices apresentam-se uma média geral comum em cada local do mundo. Um aspecto importante é que o IDH do Brasil é um dos mais diferentes dentro de suas regiões, mas quando se relaciona tal índice com a QV se mostra superior a muitos outros povos.

Figura 1. Mapa da Qualidade de Vida no Mundo.



Fonte: OMS, 2013.

Na atualidade, a qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus

objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (DINIZ, 2013).

O conceito de qualidade de vida foi introduzido na medicina em uma época na qual os desfechos médicos tradicionais, como mortalidade e morbidade estavam sendo criticados por terem um foco muito restrito e não conseguiam representar um grande número de outros desfechos potenciais (FLECK, 2008).

Para Chiavenato (2008) ela implica na criação, manutenção e melhoria da qualidade de trabalho nas suas condições físicas, psicológicas e sociais, mesmo que o mercado estimule a ampla concorrência, passando a preocupar mais com os lucros e a exigir dos funcionários mais resultados e horas trabalhadas nos ambientes de trabalho, contrapor outras preocupações que não promovam QV como a saúde física e mental de seus colaboradores.

Para Diniz (2013) define qualidade de vida como sendo um termo de complexa conceitualização e que durante as últimas décadas foram vários os inúmeros cientistas, filósofos, políticos e especialistas de áreas muito diferentes que tentaram e até hoje tentam estabelecer um consenso em relação a esse conceito.

O termo qualidade de vida é o resultado final de um processo de desenvolvimento histórico cujas primeiras tentativas conceituais surgiram a partir de 384 a.C., quando Aristóteles referiu a associação entre “felicidade” e “bem-estar”. A partir do século XX, a expressão “qualidade de vida” tornou-se familiar, sendo inicialmente utilizada no senso comum, informalmente, com bases em um conhecimento intuitivo, desprovido de definições ou de demarcações científicas (BLAY; MARCHESONI; 2013, p.21).

Portanto, discutir e tentar entender temas e seus desdobramentos na prática em saúde e até nos conceitos em diferentes momentos nos remete a uma reflexão. Podemos conceituar qualidade de vida como sendo algo dado ao indivíduo, ou seja, singular, subjetivo e que difere apenas de possuir dinheiro para realizar suas atividades, ou até, colocar como sinônimo de quantidade vida.

Por mais que se tenham inúmeras definições sobre a QV é necessário entender que a noção conceitual é usada de diferentes maneiras, dependendo com isso do contexto que se apresenta. Pois a QV pode apresentar como um oposto de quantidade de vida, duração de vida ou até mesmo da longevidade, mas também pode ser encarada como um sinônimo da experiência global vivida por um indivíduo e suas condições de vida, incluindo sua saúde (FLECK, 2008).

Acreditamos ser bem mais amplo, pois está diretamente relacionado com

outros contextos além de saúde, bem-estar e felicidade, está diretamente relacionado com a questão do tempo, em o como cada pessoa está aproveitando-o e empregando o necessário nas suas atividades diárias.

A História e a paleontologia, por exemplo, dão inúmeras provas de que este, desde os tempos mais remotos, tem buscado desenvolver artefatos, ferramentas e métodos que possibilitem minimizar os desgastes decorrentes do trabalho e torná-lo mais prazerosa (SANTANNA, 2011).

A QV, por ser um termo bastante complexo e abrangente não possui um conceito pré-estabelecido e que muitas está associado tanto aos fatores individuais como os fatores socioambientais que circundam o indivíduo dentro de um contexto sociocultural. E dada essa complexidade de significados surgem vários instrumentos desenvolvidos para mensurá-la, pois a utilização deles facilita o conhecimento das necessidades dos indivíduos em seus contextos de vida específicos (ANGELIM, et al., 2015).

O tema qualidade de vida no trabalho ou qualidade de vida relacionada ao trabalho (QVT) não é uma preocupação exclusiva dos pesquisadores atuais. Na verdade, desde os primórdios da civilização o homem tem buscado formas de tornar mais amena sua luta pela sobrevivência. Tal conceito implica diretamente no mercado de trabalho, pois significa mensurar o nível de satisfação do profissional em comparação a função desempenhada em determinado local.

Assim, conhecer o grau de relevância da qualidade de vida no trabalho e os seus impactos que o trabalho noturno pode gerar ao trabalhador, fazendo necessário estudos que permitem identificar quais fatores afeta a qualidade de vida do trabalhador noturno no local de trabalho e em seu convívio social (ABREU, 2012).

Ferreira (2012) afirma que a QVT não é determinada apenas por características individuais, (necessidades, valores e expectativas) ou até situacionais (estrutura organizacional, políticas internas, tecnologia), mas, sobretudo pela atuação sistêmica delas com alguns fatores como: a possibilidade de reconhecimento pelos resultados, a possibilidade de participar, do relacionamento humano dentro do grupo e organização, além de ter um ambiente psicológico e físico de trabalho minimamente nocivo aos trabalhadores.

Por esses motivos, a OMS, teve a iniciativa com um projeto colaborativo em seus centros multicêntricos a elaboração de um questionário genérico amplamente

utilizado em vários estudos, que podem ser usados em diferentes grupos privilegiando suas particularidades e especificidades.

O WHOQOL (Word Healt Organization Quality of Life). Em sua versão original, é constituído por 100 questões distribuídas ao longo de seis domínios (físicos, psicológico, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade e geral) somatizados por 100 facetas específicas, onde as respostas para as perguntas são dadas em uma escala do tipo Likert (FLECK, 2008).

Há vários questionários de QV, podendo ser genéricos ou específicos, os primeiros destinam-se à avaliação geral dos aspectos de vida e de saúde dos indivíduos doentes ou não, os específicos avaliam as particularidades de uma doença ou agravo quantificando o impacto do tratamento e os ganhos de saúde obtidos.

Quadro 1. Instrumento WHOQOL-BREF - os domínios e as facetas de qualidade de vida.

Domínio	Facetas dentro dos domínios
1. Físico	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e descanso Mobilidade Atividade da vida cotidiana Dependência de medicação e de tratamentos Capacidade de trabalho
2. Psicológico	Sentimentos positivos Auto-estima Pensar, aprender, memória e concentração Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade/ religião/ crenças pessoais
3. Relações Sociais	Relações pessoais Apoio social Atividade sexual
4. Meio Ambiente	Segurança física e proteção Recursos financeiros Ambiente no lar Ambiente físico Transporte Cuidados de saúde e sociais Oportunidade de adquirir novas informações Recreação e lazer
5. Geral	Qualidade de vida global e percepções de saúde geral

Fonte: FLECK, 2008.

Atualmente, o WHOQOL se apresenta em versões, a original e abreviada, podendo ser encontrado em mais de 40 idiomas diferentes, incluindo a versão em português. Com isso reflete não só a boa aceitação do instrumento como também o crescente interesse pelo tema em diferentes cenários, especialmente na área da saúde (ANGELIM, et al., 2015).

O WHOQOL-BREF ou a versão abreviada em português, possui 26 questões das quais são relativas à QV geral e à percepção geral da saúde, e estas dispostas em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e além disso, 24 facetas, contendo cada uma delas apenas uma pergunta, onde são agrupados em valores em uma escala de 0 a 100, mensurados em porcentagem (FLECK, 2008).

A necessidade de instrumentos curtos e que demandassem pouco tempo para seu preenchimento, mas mantendo com suas características de validade, mensuração e psicométria contribuíram para sua utilização em diferentes grupos de estudos.

Mensurar variáveis de cunho subjetivo não é uma tarefa muito simples, pois a escolha do instrumento de avaliação é um processo que exige um elevado teor de subjetividade e que seja amparado por uma série de critérios normativos e psicométricos (PEDROSO, PILATTI, 2010).

Kimura e Carandina (2009) afirmam que mesmo com essa toda aplicabilidade de tal instrumento, ainda há uma carência de instrumentos próprios para a mensuração da qualidade de vida no trabalho de profissionais de saúde e que considerem a sua especificidade da sua atividade profissional.

2.3 GÊNERO

Nas últimas décadas, com a mesma velocidade com que vêm ocorrendo as transformações mundiais, principalmente as sociais e econômicas, bem como o avanço tecnológico e científico e as alterações demográficas e de distribuição de rendas, dentre outros fatores relevantes, vem sendo reescrita a história dos trabalhadores, e deles sendo exigidas constantes adaptações. Com isso no mundo do trabalho sofre os impactos das necessidades econômicas, políticas e sociais cada vez mais urgentes e breves (HORN, COTANDA, 2011).

O trabalho, ao longo do processo histórico, se apresenta de inúmeras formas, com o intuito de atender às necessidades de cada momento. No entanto, ele se mantém sempre como um momento de efetivação de relações sociais, visando a produção social e a reprodução da humanidade (NOGUEIRA, 2011).

E fazendo um recorte temporal, Nolasco (2001) afirma que a Revolução Industrial estabeleceu um formato para as relações de trabalho que foi problematizado em fins do século XIX em meio a um clima de esperança e progresso. E este fenômeno da esfera pública propiciou uma série de mudanças no mundo privado, chegando até a família e à relação entre homem-mulher.

A análise das situações de trabalho relacionadas com gênero permite-nos fazer propostas específicas para melhorar essas situações, visando mudanças e incidentes sobre essas diferenças socialmente impostas às identidades feminina e masculina, que levam à estruturação de um mercado de trabalho discriminado, com impacto negativo na saúde e na vida de homens e mulheres (ANDRADE, 1997).

Assim, é importante apresentar a questão de gênero dentro das profissões e neste contexto Costa (2008) sinaliza que o mundo do trabalho, independentemente do ambiente organizacional inserido, o trabalhador nem sempre é algo visto, uma vez que é permeado de várias segregações e de discriminações de todo o gênero.

Contudo, Melo (1986) sinaliza que a organização dos serviços de saúde, em cujo espaço se desenvolve a prática da enfermagem, vem apresentando tais reflexos no modo de produção dominante, abarcando as categorias sociais e profissionais, pelo capitalismo.

A missão dos profissionais de enfermagem é cuidar da pessoa, da família e da comunidade de uma forma integral, considerando as dimensões físicas,

psicossocial e espiritual. O ato de cuidar é uma habilidade que exige dedicação, sensibilidade, conhecimento científico, com domínio de conceitos, técnicas e rotinas de trabalho (OLIVEIRA, 2016).

Neste sentido, Haber (2001), ratifica que o ambiente da atenção à saúde está mudando em um ritmo sem precedentes e que os enfermeiros têm o desafio de estabelecer sua área de atuação com mais conforto e oferecendo novas abordagens críticas para lidar com novos e antigos problemas para fazer a diferença no estado de saúde.

Para Marx, “a essência do ser humano está no trabalho. O que produzem é o que eles são. O homem é o que ele faz. E a natureza dos indivíduos depende, portanto, das condições materiais que determinam sua atividade produtiva” (ALBORNOZ, 2008, p.28).

Como os homens vivem em comunidade, compartilhando um espaço em um tempo particular, a reprodução social implica também a reprodução de um segundo domínio, o das relações ecológicas dos grupos em que tais comunidades se constituem (BARATA, 2009).

O ato de trabalhar está diretamente ligado a relação de produção e recompensa, mas está também munido de condições físicas, psíquicas e afetivas. Neffa (2015) cita que todo trabalho, mesmo o escravo, necessita que o indivíduo disponha de alguma energia para executá-lo, fazendo alguns paralelos: “os mortos não trabalham”, uma vez que “o trabalho é o resultado de uma atividade humana voluntária realizada sob tensão”.

O enfermeiro (a) ou profissional da enfermagem, está em uma condição desfavorável, e pouco se beneficia de seu status profissional para dominar o seu sofrimento ou mesmo transformá-lo em algo criativo e espontâneo. Mas, em um caso contrário, a mobilidade quando presente como forma de transferência inconsciente, permite uma mobilização gigante no empenho e nas capacidades reflexivas (ROHM, 2015).

Por vezes é percebido que o trabalho se torna uma forma fugaz de compensação das relações familiares insatisfatórias, direcionadas, em maior grau nas relações conjugais e nas interações pais e filhos. E neste caso não é difícil perceber uma afetividade, ou mesmo, uma disposição acentuada, como forma de compensação dos problemas da vida privada, sendo projetado no ambiente hospitalar, bem como nas relações estabelecidas com a equipe (SILVA, 2011).

O trabalho não é uma categoria isolada do contexto produtivo e relacional. Ganha a dimensão ativa na realidade a partir da ação dos sujeitos e se estrutura, não como ato congelado no espaço e tempo, mas como um processo dinâmico, que se modifica permeado por muitos interesses, tantos quantos os sujeitos que interagem na atividade na qual se dá o labor diário em torno da produção do cuidado (BARROS, 2016, p.16).

Assim, quando se assume que um trabalho que necessita de uma intensa relação humana e imprescindível inter-relação e vínculo, dessa forma, o trabalho em enfermagem e o trabalho em saúde constituem-se em uma ação produtiva e de interação social (BARROS, 2015).

Nolasco (2001) e Bourdieu (2010) afirmam que a crise do mundo moderno precipitou outro modelo de sociedade que deixa de ser normatizada pelas tradições e passou a ser normalizada pela política, pelo direito, pela tecnologia e pelo mercado. E que, além disso, as estruturas antigas da divisão sexual do trabalho parecem ainda determinar a direção e a forma das mudanças, sejam nos cargos ou nas carreiras mais ou menos fortemente sexuadas.

E diante desse universo de várias pluralidades de temas e correlações com a atividade profissional da enfermagem nos defrontamos com a subjetividade presente no trabalho como é o caso da divisão sexual do trabalho.

Definido isso por Hirata (2002) como sendo um termo genérico que remete a toda uma série de relações sociais e a divisão do trabalho entre os性os remete à relação social homem/mulheres, que atravessa e é atravessada pelas outras modalidades da divisão social do trabalho.

Historicamente, a representação masculina não corresponde ao que durante séculos se considerou a questão masculina, base para a concepção das diferentes representações sociais do sujeito. No passado foi necessário caçar, guerrear, lutar e ser temido, isto era considerado um desafio evolucionário.

Contudo, atualmente estas atribuições não correspondem mais o que evolutivamente é exigido de um homem. Mudam a relação do homem com seu corpo, a representação que tem de si e o uso que faz da força física, do gênero (NOLASCO, 2001).

A maioria das discussões sobre gênero na sociedade enfatiza uma dicotomia. Ao começar a partir de uma divisão biológica entre homens e mulheres, define-se

gênero como diferenças sociais ou psicológicas que correspondem a essa divisão, sendo construídas sobre ela ou causadas por ela (CONNELL, 2015).

No caso dos profissionais ligados à área da saúde, o problema social e afetivo se multiplica, já que as atividades são exercidas em sua maioria por mulheres, as quais, em geral, são mais atuantes no cotidiano doméstico (HORN, COTANDA, 2011).

A desigualdade na divisão sexual do trabalho nas esferas produtiva e reprodutiva, portanto, é central para as relações de poder, principalmente o poder exercido pelos homens sobre as mulheres, presente na estrutura da família patriarcal (NOGUEIRA, 2011).

O corpo humano é um objeto de vários significados, sejam eles sociais ou culturais atribuídos ao longo da história da humanidade. E tais significados referem-se aos padrões de interpretações sobre homens e mulheres nos contextos das sociedades em que se estabelecem e vivem num dado espaço e tempo.

Segundo Foucault (2014) tais questões eram descritas como sendo o corpo masculino significando força e determinação e o corpo feminino como a fragilidade e proteção. E para ele, o corpo é um lugar de controle social, pois os corpos são treinados, moldados pelo cunho das formas históricas predominantemente de individualidade, de desejo, masculinidade e feminilidade.

Uma das fortes expressões desse sistema que determina as desigualdades nas relações sociais entre os sexos é a divisão sexual do trabalho. A divisão sexual do trabalho está intimamente relacionada com o modo de produção e reprodução capitalistas, fundamentalmente, por assegurar maiores lucros ao capital (CISNE, 2012).

A divisão entre os性s parece estar “na ordem das coisas”, como se diz por vezes para falar do que é normal, natural, a ponto de ser inevitável: ela está presente, ao mesmo tempo em estado objetivado nas coisas, em todo mundo social (BOURDIEU, 2010).

Na língua portuguesa a palavra gênero apresenta inúmeros sentidos dependendo do campo do conhecimento em cujo discurso se insere. Entretanto, em termos gerais, gênero significa o conjunto de seres ou objetos que possuem mesma origem ou que se acham ligados pela similitude de uma ou mais particularidades. Em biologia, o termo se refere à categoria taxonômica que agrupa espécies relacionadas filogeneticamente, distinguíveis das outras por características marcantes que permitem assim a subdivisão das famílias. Na gramática, gênero se refere a classes de palavras que permitem estabelecer o contraste entre masculino e feminino, nem sempre referido a diferenças de sexo (BARATA, 2009, p. 73).

Barata (2009), afirma que gênero não é sinônimo de sexo, pois na biologia e também na área médica, sexo é apenas um marcador de diferenças biológicas entre indivíduos da espécie humana, e que tem relação com seus aspectos anatômicos e fisiológicos do aparelho reprodutivo.

Por outro lado, Bourdieu (2002) define gênero como sendo uma organização social hierárquica das diferenças sexuais, e que pode ser entendida como um campo que gera relações sociais específicas e complexas, em que os homens exercem cotidianamente suas práticas apresentando certa disposição para um comportamento social.

Ainda assim, gênero também pode ser visto como uma dimensão central da vida pessoal, das relações sociais e da cultura. “É uma arena em que enfrentamos questões práticas difíceis no que diz respeito à justiça, à identidade e até à sobrevivência” (CONNELL, 2015, p.25).

Contudo o gênero é uma tendência séria da produção, pois as igualdades ou as supremacias de competências estabelecidas pela escola quebram-se na rigidez da organização do trabalho. Porém, essa rigidez é cada vez menos justificada pelas características técnicas dos postos e dos empregos (MARUANI, HIRATA, 2003).

No cotidiano, tomamos o gênero como algo dado e passamos a reconhecer uma pessoa como homem ou mulher, menino ou menina, instantaneamente e que estes arranjos são tão familiares que parecem fazer parte da nossa natureza (CONNELL, 2015).

A construção do gênero como categoria analítica certamente tem a ver com os impasses da teoria do patriarcado e das análises marxistas, tanto quanto com o desenvolvimento autônomo de abordagens psicanalíticas. O certo é que o eixo de reflexão nas pesquisas feministas passa a ser muito mais o da busca dos significados das representações do feminino e do masculino, as construções culturais e históricas das relações de gênero (LOBO, 1991).

As relações entre gênero e classe nos permitem constatar que no universo do mundo produtivo e reprodutivo, vivenciamos também a efetivação de uma construção social sexuada, onde homens e as mulheres que trabalham são, desde a família e a escola, diferentemente qualificadas e capacitadas para o ingresso no

mercado de trabalho. E o capitalismo tem sabido apropriar-se desigualmente dessa divisão sexual do trabalho (ANTUNES, 2009, p.109).

Quando falamos em igualdade ou desigualdade, estamos comparando situações, sem necessariamente, atribuirmos um juízo de valor aquilo que é igual ou desigual. Felizmente, os indivíduos e os grupos sociais reúnem grandes diferenças e variabilidade com relação a muitas características, fato que torna a vida tão interessante (BARATA, 2009).

As fronteiras da masculinidade e da feminilidade são relativamente móveis e dependem em certa medida das exigências do sistema produtivo a cada período histórico. No entanto, o capital, ele mesmo, se opõe a uma mobilidade total dos atributos sexuais mais ou menos rígidas entre setores, seções e postos.

Uma das razões desta segregação profissional é hipoteticamente a necessidade de criar uma situação de incompatibilidade entre as funções femininas e masculinas no interior das empresas, evitando-se assim reivindicações de igualdade (HAAG, 2001).

O mundo se depara hoje com problemas urgentes ligados ao gênero. De fato, vemos emergir na política do gênero um novo domínio, com questões afiadas sobre direitos humanos, injustiça, economia global, mudanças ambientais, relação intergeracionais, violência e condições para um bem viver (CONNELL, 2015)

Mesmo sendo uma profissão povoada por homens, a enfermagem possui em seu desenvolvimento uma maior adesão de mulheres nas graduações e no mercado de trabalho. Nesta circunstância, não seria difícil perceber a multiplicidade de papéis que a mulher admite na vida social e que necessita ser articulada com a vida profissional.

Por mais que o uso tradicional do conceito de “sexo” não permite a observação das diferenças entre homens e mulheres construídas historicamente, enquanto o uso da categoria de “gênero” pressupõe que as diferenças de condições levam a uma estrutura social desigual e hierarquizada que deve ser mudada. Além disso, supera a versão de que no interior dos locais de trabalho as diferenças de gênero são eliminadas e permite olhar além das diferenças corporais, único parâmetro usado pela medicina do trabalho (ANDRADE, 1997).

Cisne (2012) sinaliza que a existência de atividades, profissões e até mesmo habilidades consideradas femininas ou masculinas não resultam de um processo espontâneo, tampouco natural. Ao contrário, resultam da construção concreta de

relações sociais que, por sua vez, são determinadas pelos interesses dominantes do sistema social vigente, no caso, o patriarcal capitalista.

Em muitos países as mulheres são as principais agentes de saúde, desenvolvendo um papel fundamental como fatores do bem-estar biopsicossocial na família, na comunidade e nos sistemas oficiais de saúde (ANDRADE, 1997).

As sociedades tradicionais por muito tempo mantiveram e as que sobrevivem na contemporaneidade ainda buscam manter uma relação harmônica no trabalho, seja com a natureza, na transformação que dela fazem, seja entre os homens e mulheres que trabalham e consomem (PIGNATI et al.; 2013).

Supostamente, as mulheres têm um conjunto de características e os homens, outro. As mulheres são cuidadosas, influenciáveis, comunicativas, emocionais, intuitivas e sexualmente leais; os homens, agressivos, inflexíveis, taciturnos, racionais, analíticos e promíscuos. Essas ideias têm sido amplamente difundidas nas culturas de origem européia desde o século XIX, quando a crença de que as mulheres têm o intelecto mais fraco e menos capacidade decisória do que os homens eram usados para justificar sua exclusão das universidades e do direito ao voto (CONNELL, 2015, p.111).

A diferença biológica entre os sexos, isto é, entre o corpo masculino e o corpo feminino, e especificamente, a diferença anatômica entre os órgãos性uais, pode assim ser vista como justificativa natural da diferença socialmente construída entre os gêneros e principalmente da divisão social do trabalho (BOURDIEU, 2010).

Nardi (2013) comenta que as relações de gênero entendidas como o resultado dos processos de construção social do masculino e do feminino em uma determinada sociedade estão diretamente implicadas nas maneiras como se estruturam não somente nas relações de gênero, mas também nas relações de trabalho, nas políticas públicas de saúde, educação, segurança, justiça, assistência, enfim em todas e qualquer relações sociais.

Em estudos realizados com os contingentes de homens e mulheres na profissão de enfermagem na década de 80, constataram a predominância feminina de 94%. Já no último levantamento, onde foi traçado o Perfil da Enfermagem Brasileira no ano de 2013, pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e a Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), com seus inscritos, entre os mais de 1,8 milhões profissionais, destes a representação masculina chegou a 15%, sugerindo com os dados uma masculinização da força de trabalho da equipe de enfermagem.

Lopes (2005) reflete sobre a necessidade de considerar a influência histórica de Florence Nightingale ao institucionalizar na Inglaterra em 1862 a enfermagem como uma profissão para as mulheres, para a qual elas são naturalmente preparadas, a partir de valores que se consideravam femininos. E que ao longo do processo de profissionalização tais valores e atributos serão diferentemente explorados no trabalho institucionalizado.

Por outro lado, nesse período diversos autores pontuam sobre a presença masculina na enfermagem e que historicamente a enfermagem era considerada uma ocupação masculina nos tempos de guerra, epidemias ou calamidades o que significaram marcos importantes para a evolução da enfermagem enquanto profissão. Mas essa participação masculina se constituía de formas diversas, ora de religiosos movidos pela devoção e caridade ou eram militares levados pela obediência às ordens superiores, ora por necessidades bélicas ou mesmo médicos na busca de auxiliares para seu trabalho (OGUISSO, 2007).

Costa (2010) apresenta a importância desse aspecto cultural encontrado na assistência, o que poderá ter forte influência na manutenção da figura do homem na enfermagem para tratar dos doentes do mesmo sexo. Ainda seguindo essa ideia, Vitorino (2012) questiona quanto ao surgimento do homem na profissão de enfermagem, quando se analisar o histórico através dos séculos, é possível encontrar dados que contradizem o mito de que a categoria é “tipicamente feminina”, pois tem sido um campo dominado pelos homens a maior parte da história da humanidade.

É necessário destacar que a presença e a apropriação masculina no campo da enfermagem foram inicialmente em determinadas áreas de atuação como a psiquiatria, a ortopedia e urologia e que tais questões dependeram do período e momento histórico para sua ampliação na prática, pois a imagem do profissional pode ser entendida como uma rede de significados e representações sociais exclusivas de determinada profissão (PEREIRA, 2011).

Um dado histórico no Brasil foi citado por Torres (2004) onde afirma que os cursos de enfermagem só aceitavam alunas mulheres e que só depois de 1968, vinte de três anos após a segunda guerra mundial, com o vestibular unificado após a reforma universitária fazendo com que surgissem os primeiros enfermeiros práticos do exército e da polícia militar.

O grande número de mulheres na enfermagem em relação aos homens além

da conhecida raiz histórica feminina também provavelmente se deve ao fato de que a população de mulheres é superior à de homens, com 52% de mulheres para 48% de homens segundo dados do IBGE no ano de 2015.

Barbosa (2009) afirma que é extremamente interessante o fato de que nas guerras, os homens só ocupavam o posto de enfermeiros quando eram considerados inaptos para exercer outra função, o que para muitos configurava-se como sendo uma forma punitiva e de castigo. Por outro lado, também temos a questão muito enfrentada por esses profissionais, o preconceito existente no próprio contexto social, tendo muitas vezes questionada sua própria orientação sexual, acabando encontrando alguns obstáculos na relação profissional, dentro da equipe e com o usuário.

Para Silva (2012), precisamos ter em mente que o contexto em que vivem os homens e mulheres não é resultado de um destino biológico, como historicamente tentou-se supor, mas sim oriundo de construções sociais. E que, portanto, eles formam dois grupos sociais que estão engajados em uma relação específica, e esta relação possuem uma base material que é o trabalho, e neste que se revela através da divisão social do trabalho entre os sexos.

O termo divisão sexual do trabalho, aplica-se novas configurações com conteúdos distintos, pois é uma acepção sociográfica, onde estuda a distribuição diferencial de homens e mulheres no mercado de trabalho, nos seus ofícios e nas profissões e as variáveis no tempo e no espaço dessa distribuição (HIRATA et al. 2007).

Contudo, Souza (2014) explica que as divisões sexistas estão presentes e claramente visíveis dentro da profissão da enfermagem, e que embora o homem tenha conquistado espaço dentro da profissão ainda existe uma certa resistência a presença dos homens em alguns tipos de práticas desenvolvidas por estes profissionais.

2.4 ENFERMAGEM

A profissão surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos, num primeiro estágio da civilização ações de saúde garantiram ao homem a manutenção de sua sobrevivência, além de estar na sua origem a associação ao trabalho feminino (GEOVANINI, 1995).

Oliveira (1997) afirma que a enfermagem tem sido reconhecida como uma ocupação de alto risco e com problemas particulares de saúde. Mas os riscos para a saúde originados durante o trabalho remunerado das enfermeiras não podem ser atribuídos a uma cauda simples, e sim a um conjunto de fatores presentes no ambiente de trabalho.

Do ponto de vista histórico, a Enfermagem é uma área de conhecimento em crescente desenvolvimento nacional e internacional, em virtude da sua abrangência e interdisciplinaridade dos seus estudos históricos (FILHO, 2016).

Ao pensarmos na trajetória histórica, tem-se como referência mais antiga a organização proposta por Florence Nightingale, em 1854, em sua atuação na Guerra da Criméia e nos vários feitos atribuídos a ela, o que a levou a ser considerada precursora da enfermagem moderna (BARROS, 2015).

Por outro lado, Melo (2013) acrescenta que os modelos de enfermagem surgem aproximadamente no final do século XIX, a partir de pressupostos propagados por Nightingale, que objetivava além da formalização técnica, a inserção de mulheres nas áreas médicas, pautados nas características maternas “inerentes a todas as mulheres”, embasada em conhecimentos científicos, deixando de lado as convicções religiosas e inverossímeis.

A relação da profissão de enfermagem com a sociedade traz em si conceitos estabelecidos durante a trajetória histórica da enfermagem, a qual foi influenciada pelas características das pessoas que durante séculos, exercem ou exerceram a atividade vinculada com o cuidado (FILHO, 2016).

Quanto ao exercício profissional das atividades de enfermagem são observados e regulamentados pela Lei n. 7498 de 25 de junho de 1986, e a equipe de enfermagem, respeitando os graus de habilitação temos: o enfermeiro; o técnico de enfermagem; o auxiliar de enfermagem e parteiro. É relevante destacar que cada um da equipe apresenta habilidades, atuação e competências privativas de sua atividade (COREN/MG, 2015).

Art. 8 - Ao enfermeiro incumbe e sendo privativo: a direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem; cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

Art. 10 - O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe: assistir ao Enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;

Art. 11 - O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe: preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação; executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem;

Art. 12 - Ao Parteiro incumbe: prestar cuidados à gestante e à parturiente; assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e cuidar da puérpera e do recém-nascido.

Parágrafo único - As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão de Enfermeiro Obstetra, quando realizadas em instituições de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

Art. 13 - As atividades relacionadas nos arts. 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de Enfermeiro.

(COREN/MG, 2015, p. 27-32).

Sendo a enfermagem uma profissão que luta pelo cuidado e a valorização da vida do outro, é fundamental que se disponha a equipe as melhores condições materiais, técnicas e acima de tudo seja engajado a promoção da saúde da equipe. Uma vez que o trabalho sempre é cercado por sentimentos díspares influenciados por condições ambientais, sociais e o mais importante nas relações estabelecidas entre os membros da equipe (NEFFA, 2015).

Ao pensar no universo da enfermagem, tem-se a ideia de uma profissão carregada de cuidados e afetividades com quem está em uma condição vulnerável ou mesmo debilitado. Portanto, o trabalhador de enfermagem está imerso a variáveis ambientais e pessoais que necessitam de enfrentamento individual e coletivo, tendo em vista que a sua subjetividade se construiu bem antes a sua formação.

A dimensão da satisfação no trabalho na equipe de enfermagem se dá em decorrência das relações intersubjetivas que acontecem entre os membros e as suas hierarquias, baseando-se nas relações de troca e ganho, recompensas, salários e promoções. Mas acima de tudo na minimização do sofrimento individual que terá reflexos na relação grupal, fortalecido ou instáveis a partir dos laços

estabelecidos entre os membros do grupo (ROLIM, 2013).

Essas equipes, de maneira geral, passam todo o seu período de trabalho imerso a uma pressão natural ambientada nos hospitais, tais como, situações emergenciais, infecções, violências, trabalhos no período noturno, agentes químicos e outros. Havendo uma sobrecarga tanto mental quanto física, aumentando a possibilidade de erros e acidentes de trabalhos para o profissional.

O processo saúde-doença do trabalhador é o resultado do conjunto de condições em que os trabalhadores vivem, trabalham e se relacionam socialmente em seu dia a dia. Assim, devido as condições insalubres é possível afirmar que elas oferecem oportunidade do aparecimento de doenças, sejam profissionais ou não, ou até a debilitação do trabalhador ou o encurtamento de sua vida útil ou laboral devido a agressividade a que fica sujeito (CARVALHO, 2001).

Desde sempre, podemos afirmar o homem conheceu e foi vítima em grande maioria das vezes fatal dos riscos existentes no seu trabalho ou atividade. E por falar em ambiente de trabalho, Bulhões (1998) sinaliza que o risco ocupacional pode ser ou até estar na atividade de forma oculta, seja por ignorância, falta de conhecimento ou informação, fazendo com que o trabalhador sequer suspeite de sua existência. As atividades laborais, na produção de um bem ou serviço, necessitam de um espaço físico mínimo para sua realização.

Luongo (2012) discute que o espaço é o ambiente de trabalho, que por ser um ambiente físico sofre interferência de diversas naturezas: físicas, químicas, ergonômicas e biológicas que podem ser variáveis que comprometem o desempenho das atividades desenvolvidas e necessitam de um controle, pois além de interromper as funções laborais podem causar danos aos trabalhadores (LUONGO, 2012).

Carvalho (2001) aborda o reconhecimento de riscos e define que é necessário realizar o levantamento detalhado de informações e de dados sobre o ambiente de trabalho com a finalidade de identificar os agentes existentes, os potenciais de risco a ele associados e qual prioridade de avaliação e controle para esse ambiente de trabalho.

Os riscos estão associados com as condições de trabalho, em particular com sua organização e a natureza ou conteúdo da atividade, e especificamente com o conteúdo psicológico. Por isso, o “perfil de danos” da enfermagem caracteriza-se pelos seguintes componentes:

Danos por sobre-esforço, especialmente na região lombar, consequentemente do esforço físico atribuído à manipulação dos pacientes; danos reprodutivos e abortos; infecções por contato com pacientes e outros agentes biológicos (infecções hospitalares); doenças físicas (frequentemente são encontradas dermatites de contato por agentes biológicos, físicos e químicos); acidentes menores; agressões físicas; alteração do ciclo sono-vigília, transtornos do sono, cefaleia, problemas gastrintestinais, transtornos alimentares e outros associados ao sistema de trabalho em rodízio (diurno-noturno); fadiga mental e tensão emocional associada ao estresse, expresso em sintomas de ansiedade, angústia ou depressão (OLIVEIRA, 1997, p.120).

Considerando-se que em seu trabalho alguns profissionais, em específico os da saúde, lidem constantemente com a fragilidade humana, a dor, a morte, o horror, as demandas e as pressões por assertividade, a rapidez e o risco inerente ao trabalho em saúde, eles experimentam em seu cotidiano vivências de prazer e sofrimento.

A atual divisão trabalhista que hoje encontramos foi uma estruturação do trabalho em sistema de turnos deixou de ser prioridade dos serviços como saúde e segurança, principalmente nos países industrializados, e inúmeros outros serviços passaram a manter a continuidade de sua produção, em todos os períodos, durante todas as 24 horas do dia (MARTINO, 2005).

No Brasil, os profissionais de enfermagem têm reconhecidamente longas jornadas de trabalho, com plantões de 12 horas seguidas por 36 ou 60 horas de descanso. E tal regime de trabalho desse grupo, as longas jornadas podem levar à exaustão e fadiga, podendo afetar a assistência aos pacientes (SILVA, ROTENBERG, FISCHER, 2011).

A forma de trabalho em turnos decorre da necessidade de fornecer serviços 24 horas às empresas e aos consumidores e que normalmente os sistemas de escalas compreendem em 3 turnos de 8 horas ou 2 turnos de 12 horas, em cada 24 horas conforme as possibilidades das pessoas desenvolverem suas atribuições (ABREU, 2012).

Os desgastes mentais que são gerados no ambiente hospitalar possuem um papel importante nos acidentes de trabalho, uma vez que, estão envolvidos por fatores cognitivos e afetivos. De forma geral o sobrecarga mental afeta a atenção, a memória, o raciocínio e a tomada de decisão numa situação limite.

Seguindo essa ideia, Bouyer (2015) ratifica que o sofrimento percebido no

trabalho é sempre um sofrimento social, pois coletivos inteiros são submetidos à exigências exageradas de ultrapassar metas elevadas de produção.

Sobre a atividade insalubre e penosa inerente à profissão e ao profissional da enfermagem, Bulhões (1998, p.51), enumera que:

Os trabalhadores de enfermagem tornam-se mais especialmente vulneráveis, por força de algumas características que lhe são próprias, dentre elas o fato de a enfermagem ser o maior grupo individualizado de profissionais de saúde; de ser prestadora de assistência ininterrupta, 24 horas por dia; ser responsável pela execução de cerca de 60% das ações de saúde; por ser a categoria que mais entra em contato físico com os doentes; por excelência ser uma profissão feminina, ser bastante diversificada em sua formação.

Os riscos ambientais são inúmeros pois os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição são capazes de causar danos à saúde do trabalhador independentemente do local (MIRANDA, 1998).

Para explicar as diferenças dos perfis laborais de doença e morte entre homens e mulheres, é necessário fazer referência à condição de gênero, porquanto essa categoria permite explicar situações específicas da vida laboral: incorporação ao mercado de trabalho, discriminação, dupla jornada- trabalho remunerado e doméstico, tarefas acrescentadas aos postos. Esses aspectos influenciam na saúde, gerando problemas como a maior frequência de acidentes e alterações musculoesqueléticas entre homens e o maior número de enfermidades inespecíficas entre as mulheres (ANDRADE, 1997).

A equipe de enfermagem, no desempenho de suas funções e atribuições os mesmos deparam-se com condições em que há exposição a sobrecargas e subcargas, que geram no corpo do trabalhador vários processos de desgastes, sejam eles físicos, químicos, biológicos, mecânicos, fisiológicos e psíquicos.

Karino (2015) afirma que os profissionais de enfermagem, dentro da área da saúde, são os mais susceptíveis aos acidentes no ambiente de trabalho devido às atividades desenvolvidas ao prestar assistência aos pacientes.

Boyer (2015) ratifica que devido as várias formas de organização do trabalho, esse modo pode conduzir o trabalhador ao sofrimento e adoecimento. E um dado alarmante apontado por Collucci (2015) que mais de 70% dos enfermeiros do país não se sentem seguros no ambiente de trabalho, além de mais de um quinto dos

trabalhadores relatam a existência de violência, principalmente a psicológica.

Ao falarmos dos efeitos nocivos e consequências na saúde desses profissionais frente ao engajamento no trabalho e bem-estar é importante conhecer mais sobre o que venha ser o esgotamento profissional ou mesmo a síndrome de Burnolt. Entende-se como burnout algo extremamente relacionado às condições de trabalho, cuja resposta desencadeia um estado prolongado e crônico de estresse laboral sendo caracterizada por esgotamento, exaustão emocional, desumanização, despersonalização e reduzida realização pessoal no trabalho (CAVALCANTE, et al., 2014).

Por outro lado, em um estudo Europeu, feito em nove países com a equipe de enfermagem, demonstram que o trabalho de turnos feitos por esses profissionais é bem nocivo, e que devido aos afastamentos há necessidade de fazer horas extras para manter o serviço. Com isso, o resultado apresentado foi que quanto mais horas extras estes profissionais fazem maior é a mortalidade nas instituições, chegando a 20% esse índice (LINDA et al. 2014).

Novaretti et al. (2014), seguindo esse assunto mostra que a sobrecarga de trabalho relacionada à desproporção entre o número de profissionais de enfermagem e de pacientes é relatada como um fator de risco para o aumento da incidência de infecções hospitalares, eventos adversos, danos aos pacientes e a profissionais, elevando o risco de mortalidade hospitalares.

Há escassez de trabalhadores de enfermagem nas instituições implica na intensificação do ritmo de trabalho e, portanto, ao desgaste. A OMS recomenda a relação de dois enfermeiros/1000 habitantes, mas apesar do grande contingente de trabalhadores de enfermagem no País, que segundo dados do COFEN somam cerca de 1,8 milhões de trabalhadores é um número ainda difícil de ser atingido devido as diferenças e concentrações regionais (FELLI, 2012).

Nogueira (2014) associa as mudanças ocorridas nos últimos 30 anos no mundo do trabalho com o aumento significativo da quantidade de trabalhadores com lesões por esforços repetitivos e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (LER/DORT). E enumera como causa alguns fatores como: o acréscimo de horas trabalhadas, a perda de direitos trabalhistas, a aceleração no ritmo do trabalho, a precarização e as mudanças nas organizações e do modo de produção.

Uma profissão tida como feminina ou masculina, nada mais é do que resultado da divisão sexual do trabalho que por sua vez, além de fomentar desigualdades

entre homens e mulheres, atende aos interesses dominantes em uma sociedade patriarcal capitalista, especialmente, por meio da superexploração dos trabalhos ditos de mulheres (CISNE, 2012).

Cada prática social insere-se de forma específica no mundo do trabalho. Assim, o trabalho de enfermagem encontra-se sua atividade profissional no setor terciário da economia, na prestação de serviços de saúde (FELLI, 2015).

A compreensão da relação entre conhecimento tecnológico, qualificação e a nova flexibilidade da organização do trabalho, não pode prescindir da incorporação da divisão sexual do trabalho nas análises, para que possa apreender a real dimensão das consequências sociais para os homens e as mulheres (ROCHA, 2000).

Não existe uma estratégia única, global, válida para toda a sociedade e uniformemente referente a todas as manifestações do sexo: a ideia, por exemplo, de muitas vezes se haver tentado, por diferentes meios, reduzir todo sexo à sua função reprodutiva, à sua forma adulta não explica sem a menor dúvida os múltiplos objetivos visados, os inúmeros meios postos em ação nas políticas sexuais concernentes aos dois性os, às diferentes idades e às classes sociais (FOUCAULT, 2014, p.112).

As práticas ligadas aos cuidados com enfermos se dão junto à existência humana, sendo impossível estipular uma data específica de suas origens. Sabe-se que essas práticas eram exercidas por pessoas amadoras, sem qualquer formação ou informação suficiente para cuidar, ou mesmo, medicar doentes. Inserido o homem na sociedade, o trabalho foi se tornando cada vez mais central para sua sobrevivência e convivência (NOGUEIRA, 2011).

O desenvolvimento e a utilização do conhecimento é algo essencial para a melhoria constante não só do atendimento a pacientes como da própria saúde, a fim de basear as ações as decisões de enfermagem em evidências que indiquem ser apropriadas, trazendo resultados positivos para todos (POLIT, 2004).

As atuais transformações do mundo do trabalho acarretam consequências diretas na vida e saúde dos trabalhadores, de forma incisiva e, em sua maioria, negativamente, pois com o aumento do ritmo de trabalho implica em consumo de energia física e psicológica desses levando-os a desenvolver um quadro de estresse em sua vida pessoal e profissional (MARTINS, 2014).

E quando se observa a distribuição de homens e mulheres no emprego, mas também nas carreiras de formação, o critério “técnico” surge como extremamente discriminatório (MARUANI, HIRATA, 2003). Assim para um melhor entendimento,

Melo (1986) mostra que a compreensão da organização do trabalho na enfermagem está intrinsecamente relacionada à questões da distribuição de funções e tarefas, e por consequência à divisão do trabalho.

Lobo (1991) cita que a sexualidade das funções passa por um complexo mecanismo cultural que define “cursos de mulher”, “cursos de homem”, mas muito mais do que isso, por relações hierárquicas e de qualidade distintas entre os sexos, representações de responsabilidade e de adequação, que por sua vez remetem a relações de poder fundadas no saber técnico, próprio ao trabalho.

Fangyi (2015) acrescenta que estudar a ocupação individual dos profissionais de enfermagem fornece uma contribuição para uma gama de outros diferentes grupos ocupacionais, onde podemos associar o trabalho e a rotina dos turnos de trabalho com diferentes doenças ocupacionais.

O trabalho com enfermagem é antes de qualquer coisa, uma forma de estar em meio a emoções difusas. Emoções que são recebidas daqueles que estão sendo cuidados, tanto quanto, de toda equipe que está engajada nos atendimentos plantões a fio. E grande parte do cuidado dispendido pela equipe, por vezes está amparado no alicerce do sofrimento do paciente, bem como das relações internas de cada enfermeiro frente aquele enfermo (SANTOS, 2002).

E os profissionais de enfermagem, e sendo uma profissão comprometida com o cuidado e a melhoria da qualidade de vida dos outros, é de fundamental importância que o profissional disponha de boas condições de vida e de trabalho (FONTANA, 2015).

2.5 TRABALHO NOTURNO

É neste contexto que está inserido a atividade da equipe de enfermagem e o trabalho noturno, e por mais que a relação existente entre a saúde e a qualidade de vida seja óbvia, se faz pertinente e relevante estudar o tema do cotidiano de muitos profissionais, da saúde ou não.

Estima-se segundo dados do Ministério do Trabalho que no Brasil temos cerca de 15 milhões de trabalhadores no período da noite, além disso, segundo levantamentos da OMS que mais de 20% das populações dos países desenvolvidos e em desenvolvimento trabalham durante as madrugadas. E por mais que o trabalho noturno seja nocivo à saúde do trabalhador é importante citar que temos uma legislação que prevê o direito a todos profissionais a receber uma compensação, tanto em horas como o salário em função da sua jornada noturna.

Parafo e Martino (2004) apontam que os baixos salários da equipe de enfermagem, contribuem diretamente para a promoção da duplicação do “plantão”, a fim de aumentar a renda e contribuir para uma melhor condição familiar. Em decorrência deste desgaste físico e psíquico, não seria difícil encontrar profissionais a beira dos sintomas inerentes ao estresse organizacional (RODRIGUES, 2015).

Silva (2011) comenta sobre os papéis sociais de cada indivíduos e seus desdobramentos pessoais, pois devido as condição básica do ser humano, os profissionais da enfermagem precisam manipular duas vias paralelas que se entrecruzam a todo o momento no ambiente de trabalho. De um lado está a vida familiar e social, de um outro a vida dentro dos hospitais e centros de saúde, sendo muitas vezes uma manobra de difícil controle.

Como no trabalho hospitalar está presente o fator continuidade, ou seja, a presença de trabalhadores da área da saúde é exigida de maneira permanente, o mesmo ocorre também à noite. A questão é que os trabalhadores expostos a horários anormais de trabalho podem sofrer consequências como a redução das funções cognitivas, em razão da privação parcial ou total do sono (HORN; COTANDA, 2011).

Na atual sociedade contemporânea o trabalho noturno faz-se necessário e importante, assim requerendo uma demanda durante todo dia em serviços críticos como segurança pública, política, bombeiros, saúde, transporte, comunicação, eletricidade, água e combustíveis dentre outros (CHERE, 2016).

E ao falarmos em trabalho, em específico a adaptação ao trabalho em turnos diferentes com sendo uma das formas de organização temporal do trabalho por meio de turnos e o trabalho noturno, sendo que a mesma atividade deve ser executada em diferentes períodos do dia e da noite por vários outros empregados em semelhante jornada (FILHO, 2004).

O gênero tem forte influência na tolerância ao trabalho em turnos, agindo mais pelas vias sociais do que por vias biológicas. Entre os que trabalham à noite requerem alterações importantes como: a reorganização da sua rotina com intuito de acomodar no período diurno o sono e as demais atividades que compõem sua vida, é mais complexa para as mulheres, em função do papel tradicionalmente atribuído a elas quanto à casa e à família. Cabe mencionar que a divisão desigual do trabalho doméstico entre homens e mulheres nem sempre se reflete em diferentes graus de tolerância ao trabalho em turnos (FISCHER, 2003).

O trabalho hospitalar é dividido por turnos, sendo obrigatório que o atendimento seja prestado 24 horas do dia nos 7 dias da semana sem qualquer interrupção, isso obriga que os hospitais estejam em alerta independente de datas comemorativas, feriados ou finais de semana, obrigando os funcionários a se revezarem para manterem uma vida social “normal” (PARAFO; MARTINO, 2004).

A vida na Terra depende da presença do sol e devido à rotação do nosso planeta em torno de seu próprio eixo, ou de translação em torno do sol, todos os organismos na superfície terrestre são submetidos a diferentes intensidades de luz no decorrer das 24 horas e das estações do ano. Assim, a alternância de luz e obscuridade, as condições atmosféricas, a temperatura ambiente e as estações do ano desempenham importante papel na regulação de ritmos fisiológicos diários (circadianos ou nicteremais), semanais (circassertários), de estações (sazonais) e anuais (circuanuais). E durante a evolução dos seres vivos, desde as formas mais simples de procariontes, os organismos, na dependência da luz solar, adaptaram o modo de vida, ajustando seu período de atividade para obtenção de maior sobrevida, e passaram a organizar suas atividades em ciclos de 24 horas determinadas pelo nascer e pôr do sol (JANSEN, 2007, p.71).

Cheres (2016) relata que o trabalho noturno existe desde os primórdios tempos da história da humanidade, quando o homem pré-histórico necessitava atender as suas necessidades de sobrevivência do seu grupo familiar quando saia para realizar as caçadas noturnas.

E com o advento da invenção do fogo, a cerca de 7000 a.C, o homem teve uma maior possibilidade em desenvolver os trabalhos noturnos, fora de seus

abrigos, para que pudessem realizar atividades de vigílias, como guardas de campos e pastores de seus rebanhos.

O trabalho em turnos é um dos grandes deterioradores da qualidade de vida de várias categorias profissionais, em especial se considerando os muitos trabalhadores da área da saúde acabam por ter dois vínculos de emprego para conseguir sobreviver de maneira considerada digna (HORN; COTANDA, 2011).

Rotenberg (2003) cita que há vários séculos, já haviam sido estabelecidos jornadas de trabalho diurnas e noturnas, em especial nas atividades industriais, extractivas e dos serviços de saúde. Por isso, não é uma condição muito extinta na equipe de enfermagem, a propagação da dupla jornada de trabalho. Para muitos profissionais necessitam desta rotina em decorrência de dificuldades financeiras.

O trabalho noturno é necessário na vida cotidiana, porém acarretam vários riscos à saúde do trabalhador, tanto no funcionamento biológico quanto no psíquico e dentre outros problemas emocionais, ocasionando uma maior propensão ao estresse, a crises de ansiedade um cansaço emocional. Isso devido a inversão do relógio biológico, pois além de ser fonte causadora de consequências nefastas à saúde do trabalhador e ainda causadora do desregulamento do relacionamento sócio familiar (CHERES, 2016).

Horn e Contada (2011), ratificam que o trabalho realizado à noite também é gerador de transtornos fisiológicos relacionados com distúrbios do sono, agravados pelo fato dos trabalhadores não conseguirem ter um repouso adequado após o plantão pelos ruídos e luminosidade do ambiente doméstico, além de perturbações do apetite e problemas digestivos, posto que o sono diurno não possui os mesmos efeitos reparadores do noturno.

Além disso, o horário noturno é nocivo ao sono e a saúde, além de ser prejudicial ao convívio familiar, o que se intensifica quando os trabalhadores de hospitais que laboram em horário noturno possuem outra atividade profissional também durante o dia.

Abreu (2012) afirma que para os trabalhadores noturnos, o tempo de sono é apontado muitas vezes como insuficiente especialmente nos fins de semana e nas folgas, pois há uma tentativa compensatória com os que não dormem durante o dia para poder aproveitar junto aos seus compromissos familiares.

Ou seja, o trabalhador já está cansado da jornada diurna e ainda labora durante a noite. A mudança do relógio biológico expõe o trabalhador a um número

maior de riscos que o trabalho diurno, exigindo outra organização da vida diária, dentre outros aspectos, e demandando outra formulação da vida, muito diferente de formulações possíveis e adequadas para atividades realizadas em outros segmentos econômicos (HORN; COTANDA, 2011).

O trabalho noturno é uma atividade que exige a realização de serviços ou atividades à noite executada perante o empregado em face o empregador, que terá acrescido no seu salário um percentual de 20% sobre cada hora trabalhada. Em nossa legislação, comprehende como trabalho noturno aquele executado entre às 22 horas de um dia às 5 horas do dia seguinte (CHERES, 2016).

Assim, ao falarmos do aspecto legal da regulamentação do trabalho noturno é necessário citar que na Constituição Federal (CF) em seu artigo 7, inciso IX que estabelece que são direitos dos trabalhadores a remuneração do trabalho noturno seja superior à do diurno. Já na Consolidação das leis do trabalho (CLT) institui no seu artigo 73:

Art. 73. Salvo nos casos de revezamento semanal ou quinzenal, o trabalho noturno terá remuneração superior a do diurno e, para esse efeito, sua remuneração terá um acréscimo de 20 % (vinte por cento), pelo menos, sobre a hora diurna. (Redação dada pelo Decreto-lei nº 9.666, de 1946)

§ 1º A hora do trabalho noturno será computada como de 52 minutos e 30 segundos. (Redação dada pelo Decreto-lei nº 9.666, de 1946)

§ 2º Considera-se noturno, para os efeitos deste artigo, o trabalho executado entre as 22 horas de um dia e as 5 horas do dia seguinte. (Redação dada pelo Decreto-lei nº 9.666, de 1946)

§ 3º O acréscimo, a que se refere o presente artigo, em se tratando de empresas que não mantêm, pela natureza de suas atividades, trabalho noturno habitual, será feito, tendo em vista os quantitativos pagos por trabalhos diurnos de natureza semelhante. Em relação às empresas cujo trabalho noturno decorra da natureza de suas atividades, o aumento será calculado sobre o salário mínimo geral vigente na região, não sendo devido quando exceder desse limite, já acrescido da percentagem. (Redação dada pelo Decreto-lei nº 9.666, de 1946)

§ 4º Nos horários mistos, assim entendidos os que abrangem períodos diurnos e noturnos, aplica-se às horas de trabalho noturno o disposto neste artigo e seus parágrafos. (Redação dada pelo Decreto-lei nº 9.666, de 1946)

§ 5º Às prorrogações do trabalho noturno aplica-se o disposto neste capítulo. (Incluído pelo Decreto-lei nº 9.666, de 1946) (BRASIL, 2016).

E sob a ótica da enfermagem, Braga (2015) afirma que o enfermeiro e a equipe de enfermagem na impossibilidade de elaborar essas condições favoráveis, não se beneficiam do trabalho para dominar o seu sofrimento e transformá-lo em criatividade, causando um desgaste próprio do trabalho.

Pode-se afirmar que trabalhar a noite pode ser considerado fator de risco adicional para o desenvolvimento de problemas de saúde e de aumento do número

de acidentes típicos, já que a privação do sono causada pela dificuldade de repouso diurno pode reduzir significamente os níveis de alerta dos trabalhadores e acentuar os sintomas de fadiga (HORN; COTANDA, 2011).

O trabalho noturno é de extrema importância na atualidade, devido à sua generosa aplicação e sendo elas por razões técnicas, sociais e econômicas, mas vale ressaltar que essa organização temporal do trabalho pode ser geradora de diversos riscos à saúde de quem trabalha nesse período, pois em diversos estudos comprovam que vários distúrbios, doenças ou problemas são mais ocasionados aos trabalhadores que executam atividades noturnas (CHERES, 2016).

Se por um lado, o trabalho em turnos apresenta vários pontos positivos para as crescentes demandas de uma sociedade que se movimenta 24 horas por dia, por outro, para os trabalhadores em turnos significa “pagar um preço alto”, pois exige atenção redobrada e produz tensão, fadiga, distúrbios do sono. Isto acontece, apesar da adoção de medidas de reduzir o impacto na saúde e segurança no trabalho, como por exemplo, a redução do número de horas e a adoção de escalas de rotação de turnos que favoreçam a recuperação do organismo.

Assim, os benefícios oferecidos a quem trabalha à noite tais como o pagamento do adicional noturno e de horas extras e de mais tempo livre durante o dia não compensam os efeitos sobre à sua saúde, imediatos e de longo prazo, do desgaste do trabalho em condições que subvertem o relógio biológico (JANSEN, 2007).

Partindo dessas premissas, pretendemos tentar identificar quais são os impactos que o trabalho noturno gera na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem do gênero masculino, acreditando na possibilidade de contribuir para uma melhor avaliação das questões do trabalhador apontando algumas possíveis realidades passíveis de mudanças.

Cabe aos profissionais da saúde “dar visibilidade a esses processos, desocultar seus impactos e danos e construir para que os direitos já conquistados sejam garantidos e ampliados” (PIGNATI, et al., 2013, p.379).

Segundo um estudo sobre o trabalho noturno e a sua repercussão na saúde de enfermeiros, aponta que o turno exige do trabalhador um conhecimento dos seus limites físicos do seu corpo para realizar a atividade e não interfira no processo-doença e muito menos que comprometam a qualidade da assistência prestada.

Além disso, é necessário adotar medidas para reduzir os impactos na saúde a fim de melhorar a segurança de quem trabalha a noite (SILVA et al., 2011).

Já em outro estudo, Silva et.al (2014) reflete que esses trabalhadores experimentam uma série de situações que comprometem o descanso diurno desses profissionais, como por exemplo os micro despertares, os inúmeros sons do meio ambiente e luz solar. E como resultado os números alarmantes demonstram que os trabalhadores noturnos vivem menos do que quem realiza sua atividade durante o dia, e que quem trabalha a noite perde cinco anos de vida a cada 15 anos trabalhados.

Fangy (2015) cita que há um reconhecimento das muitas ligações entre o trabalho em turnos e os problemas de saúde, sendo evidente o papel que o ritmo circadiano desempenham na saúde vascular e na prevenção de tumores, pois tal relação é potencialmente nociva entre trabalho em turnos noturnos e a saúde.

E mesmo que o trabalho em turnos implica em problemas inevitáveis, já que contraria os princípios biológicos e de convivência social, entender as temáticas que envolvem tal atividade e os seus efeitos adversos do horário de trabalho.

Contudo, é necessário não apenas citar propriamente soluções para esses problemas, mas estudar a realidade de muitos profissionais e propor recomendações para minimizar as dificuldades dos trabalhadores, quanto à saúde e bem-estar psicossocial visando permitir a eles, lidarem com seu turno de trabalho tentando ou diminuindo as suas consequências em sua vida.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata de um estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa. O uso de técnicas quantitativas, tanto para a coleta quanto para análise de dados permite quando combinadas, estabelecer conclusões mais significativas a partir dos dados coletados, o que possibilita um melhor planejamento estratégico para adoção de condutas e formas de atuação em diferentes contextos (FREITAS; MOSCAROLA, 2002).

A preocupação com o conhecimento da realidade é uma constante na vida dos homens, pois a pesquisa apresenta-se como uma forma de investigação que tem por finalidade buscar algumas respostas às indagações da sociedade por meio de procedimentos científicos (BEUREN, 2004).

Lakatos (2010) afirma que é da relação que o homem tem com o mundo, em seu constante questionar e indagar, seja qual campo estiver que surgem elementos importantes como a consciência e o conhecimento da realidade das experiências do seu grupo social. Contudo, a ciência utiliza-se de um método que lhe é próprio, o método científico, elemento fundamental do processo de conhecimento realizada pela ciência para diferenciá-la não só do senso comum, mas também das demais modalidades de expressão da subjetividade humana (SEVERINO, 2007).

Assim, o ato da pesquisa é definido por Vieira (2015) como sendo um procedimento sistemático de investigação feita para rever ou ampliar o conhecimento existente, descobrindo novos fatos, discutindo novas formas de pensar, retificando antigas conclusões e desenvolvendo novas tecnologias.

E neste contexto a pesquisa em enfermagem é essencial para que a equipe de enfermagem possa entender as várias dimensões presentes na sua profissão, pois permite que seja descrito as características de uma situação particular de enfermagem sobre a qual pouco é sabido, na tentativa de explicar fenômenos que devem ser considerados para que os prováveis resultados de determinadas decisões comuns da sua atividade profissional (POLIT, 2004).

Não há dúvida de que a pesquisa, ao mesmo tempo em que produziu conhecimentos, desencadeia os grandes progressos na enfermagem e que sem eles não seria possível ter ocorrido as inúmeras conquistas sociais, científicas,

intelectuais, técnicas e profissionais da equipe de enfermagem (OGUISSO, 2007).

Investigações que produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, daí produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado, são chamadas de estudos seccionais ou transversais (SILVA, ROUQUAYROL, 2014).

Logo, nos estudos transversais é necessária uma definição precisa e concisa do objeto de estudo e quanto mais simples for o objetivo, mais fácil será a realização do estudo e com menos possibilidades de erros (HADDAD, 2004).

Contudo, Polit (2004) sinaliza que a pesquisa quantitativa na sua metodologia, tem como maior preocupação é proporcionar através de um bom delineamento metodológico com respostas exatas, imparciais e interpretáveis possíveis para a questão de pesquisa e com isso proporcionar resultados válidos e replicáveis.

A pesquisa quantitativa tem o objetivo de contar, ordenar e medir para estabelecer frequência e a distribuição dos fenômenos, para só assim buscar padrões de relação entre as variáveis, testar hipóteses, estabelecer intervalos de confiança para parâmetros de erro para as estimativas. Os pesquisadores da área quantitativa levantam, portanto, dados numéricos passíveis de análise (VIEIRA, 2015).

3.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

O cenário escolhido foi o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia- HC/UFU, situado no estado de Minas Gerais. Ele é um Hospital geral e de ensino público, com 525 leitos, oferecendo serviços de saúde diversificados, aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS de média e alta complexidade, e de referência para região ampliada do Triângulo Norte com uma população estimada em 1.200.000 habitantes.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A população do estudo foi composta por 72 profissionais da equipe de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem) lotados no HC/UFU, do gênero masculino e que trabalham no período noturno, com escala de

trabalho 12/36hs semanais. Todos concordaram em responder o questionário, quanto as perdas, um profissional se recusou alegando ficar constrangido e ter uma experiência anterior em outras pesquisas onde o pesquisador não gostou das suas respostas, e mesmo fazendo todas as orientações quanto ao anonimato e os aspectos éticos manteve sua decisão, onde foi respeitada.

Atualmente, na Diretoria de Enfermagem temos mais de 1214 profissionais, sendo 189 enfermeiros, 963 técnicos e auxiliares de enfermagem, destes temos 74 profissionais são do gênero masculino e que trabalham no período noturno, com isso, como um se recusou e o outro ser o pesquisador, a população do estudo foram os 72 participantes, e foi aplicado o questionário em 100% da população.

Por outro lado, Lakatos (2010) afirma que nem sempre há a possibilidade de realizar a pesquisa com todos os indivíduos do grupo ou comunidade que se deseja fazer o estudo, devido a escassez de recursos ou à premência do tempo.

E ao falar sobre a determinação do tamanho da amostra Lobiondo-Wood (2001) ratifica que não existe nenhuma regra única para que possa ser aplicada ao determinar ela e seu tamanho, uma vez que ao chegar para chegar a uma estimativa é levado muitos fatores inerentes ao estudo.

Já para Haddad (2004), em estudos transversais ao se definir a amostra podemos apresentar algumas vantagens como, um custo reduzido, por não ser realizado em um número menor de indivíduos; um tempo menor para sua execução, além de permitir uma coleta de um maior número de dados diminuindo com isso as possibilidades de erros durante a desenvolvimento do estudo.

É muito importante a definição cuidadosa dos critérios de inclusão e exclusão, porque são eles que estabelecem a população para a qual os resultados serão generalizados (VIEIRA, 2015).

Foram estabelecidos alguns critérios de inclusão e exclusão no estudo, assim foram inclusos os profissionais de enfermagem do gênero masculino com o cargo de enfermeiro, técnico e auxiliares de enfermagem, servidores que trabalham no período noturno em escala 12/36 horas, nas unidades assistenciais do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

Por outro lado, foram excluídos os profissionais de enfermagem: do gênero feminino; que trabalham nos turnos diurnos: vespertino e/ou matutino; que trabalham no período noturno como plantonistas e que não concordarem com a pesquisa e não assinarem o Termo de Compromisso Livro e Esclarecido (Apêndice- A).

3.4 COLETA DE DADOS

A seleção do instrumento metodológico é uma das fases mais importantes de um estudo e está diretamente relacionada com o problema a ser estudado, e sua escolha dependerá de vários fatores e elementos relacionados com a investigação (LAKATOS, 2010).

Os questionários aplicados com base na amostragem pré-calculada conforme as leis da probabilidade estatística, de modo que as possibilidades de erro sejam mínimas, portanto, o resultado da amostra ser, seguramente ampliado para o universo dos sujeitos envolvidos na temática do estudo (ALVES; SANTOS, 2014).

Para Severino (2007), questionário é um conjunto de questões, sistematicamente articuladas, que se destinam a levantar informações escritas por parte dos sujeitos pesquisados, com vistas a conhecer a opinião dos mesmos sobre os assuntos em estudo". Ainda assim, Lakatos (2010) define questionário como sendo um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito.

Já quanto as vantagens do instrumento, Alves e Santos (2014), elencam como vantagens principais a possibilidade de ser realizada simultaneamente em vários lugares e com diversos informantes; permite comparações; o anonimato é assegurado mais facilmente e compreendido pelo pesquisado, pois ele sabe que haverá vários outros a responder as perguntas do questionário, e o contato com o pesquisador é mais objetivo; a tabulação e a análise dos dados são mais rápidas e precisas, inclusive pelo uso de programas estatísticos como o Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Para avaliação de vários fatores podem ser utilizados questionários individuais com os trabalhadores e também fazer uso de observações nos postos de trabalho, por ser um método que permite levantar o elenco de dificuldades percebidas no trabalho, fornecendo bases mais confiáveis para qualquer intervenção, avaliação que vise eliminar algumas não conformidades inerentes a atividade profissional (ROCHA, 2012).

Na abordagem quantitativa para a avaliação da qualidade de vida usou-se o instrumento Word Health Quality of Life (WHOQOL–breve), instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida (Apêndice-B), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde e validado e adaptado para o Brasil.

Oguisso (2007) explica que a Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma entidade de natureza governamental, é um órgão vinculado a Organização das Nações Unidas (ONU) e que segue os mesmos princípios básicos de relações harmoniosas e de segurança para todos os povos.

O WHOQOL-bref ou abreviado é uma alternativa de instrumento genérico de aferição de qualidade de vida de curta extensão, aplicável em qualquer população, podendo ser respondido independentemente do nível de escolaridade e permite que o investigador inclua outras medidas de interesse além de qualidade de vida (FLECK, 2008).

As variáveis como idade (em anos), estado civil, cargo, vínculo e tempo de serviço (em anos) foram adicionadas no inicio no questionário. Estimou um tempo mínimo de 8 e máximo de 15 minutos para a aplicação do questionário.

Este instrumento contém vinte e seis perguntas que avaliam cinco domínios, que utilizam uma escala de respostas. Nele utiliza-se a escala de Likert, pois ela mede atitudes e comportamentos utilizando opções de resposta que variam de um extremo a outro. Ou seja, em cada questão o examinador orienta que seja circulado o número que melhor responda a mesma, tendo 5 alternativas como: 1- muito ruim, 2- ruim, 3-nem ruim nem boa, 4- boa, 5 muito boa. Ao contrário de uma simples pergunta de resposta “sim ou não”, uma escala Likert permite descobrir níveis de opinião mais específicos.

A seguir a descrição de cada domínios e as facetas de cada um deles, os domínios são: o FÍSICO - dor, energia, sono, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicações/ tratamentos, capacidade para o trabalho; PSICOLÓGICO – sentimentos positivos/negativos, pensamentos, auto estima, imagem corporal, espiritualidade; RELAÇÕES SOCIAIS – relações pessoais, apoio social e atividade sexual; MEIO AMBIENTE – segurança física, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir informações e habilidades, recreação/lazer, ambiente físico e transporte; GERAL – qualidade de vida global e percepções de saúde geral. A pontuação é obtida somando-se as opções que o respondente assinala (FLECK, 2008).

Assim, podemos entender como domínio um conjunto de temas que uma variável pode tomar, e faceta como sendo uma parte menor, em outras palavras, a primeira seria um tema ou assunto geral e a segunda como sendo um subtema, ambos relacionados diretamente com a QV. No caso das facetas temos que medir

todos os escores de cada item, e estes variam entre 4 e 20, sendo os escores mais altos denotando maior qualidade de vida, exceto para as facetas de escore reverso, como dor e desconforto, sentimentos negativos e dependência de medicação.

Para aferir a qualidade de vida temos uma escala de 0 a 100, e quanto mais próximo dessa media, mais qualidade de vida terão. É muito difícil correlacionar outros valores como parâmetros, pois devido a população do estudo ser muito específica e termos poucos trabalhos que utilizem a mesma metodologia.

A coleta foi feita pelos pesquisadores responsáveis, ocorreu no período de janeiro de 2016, no turno noturno e no horário de trabalho. A participação dos profissionais foi voluntária e anônima, o convite aconteceu nos horários de passagem de plantão e jantar. Na ocasião foi explicado os objetivos, metodologias e aspectos éticos da pesquisa, para aqueles que manifestaram o desejo de participar responderam o questionário no próprio setor, após terem assinado o Termo Livre e Esclarecido (Apêndice A), no qual constavam as informações detalhadas sobre o estudo, a liberdade para desistir do mesmo a qualquer momento, a garantia do anonimato e a confirmação da inexistência de prejuízos ou complicações para os participantes.

3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados amostrados foram tabulados em planilhas eletrônicas e resumidos por meio de estatística descritiva, e apresentados em tabelas e em figuras na forma de média \pm desvio padrão (dados quantitativos), enquanto que as variáveis categóricas serão expressas como frequências absolutas ou relativas. A análise estatística será feita por intermédio do pacote estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22.0.

A obtenção de respostas precisas na busca de informações resulta de um trabalho exaustivo que exige conhecimento e habilidades nas técnicas de pesquisa (MINEO, 2005). E definir as variáveis é uma tarefa importante e necessária para direcionar a análise dos dados, assim, Vieira (2015) afirma que variável é qualquer característica ou atributo que possa ter valores diferentes quando se observam indivíduos distintos e o dado é um valor assumido pela variável quando se examina um indivíduo.

As variáveis quantitativas foram descritas, através de media, mediana, desvio padrão máximo e mínimo. Além disso, aplicou-se o teste de normalidade Shapiro-Wilk. Como as variáveis não seguiram distribuição normal foi aplicado o teste de Kruskall-Wallis. As variáveis qualitativas foram descritos (frequência e porcentagem) por meio tabelas de frequências. As associações entre variáveis quantitativas foram medidas pelo coeficiente de correlação de Spearman (ZAR, 1999). Todos os testes foram feito utilizando o software SPSS (v.20) e considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O teste Shapiro-Wilk é um teste utilizado para verificar se os dados seguem uma distribuição normal, sendo mais indicado e empregado em amostras pequenas; o teste Kruskall-Wallis é um procedimento estatístico que objetiva comparar três ou mais amostras independentes do mesmo tamanho ou de tamanhos desiguais cujo escores são mensurados em níveis ordinais; já para a determinação do coeficiente de Spearman é um teste que envolve o cálculo do valor estatístico por meio de procedimentos e fórmulas para definir médias e variações entre as relações das variáveis dadas (FONTELLES, 2012)

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são conselhos que fazem a revisão dos projetos de pesquisa para avaliar se foram cumpridos alguns padrões éticos em relação à proteção dos direitos dos seres humanos (LOBIONDO-WOOD, 2001). Ainda assim, Vieira (2015) informa que os CEP são multidisciplinares, pois são formados por profissionais das áreas diversas, representantes da comunidade e representantes de usuários do sistema de saúde da instituição, logo no Brasil, nenhum pesquisador pode iniciar uma pesquisa em seres humanos sem a devida aprovação de CEP.

Em todo trabalho de investigação em seres humanos, deverá ser informado ao indivíduo, os objetivos, métodos, vantagens previstas e riscos inerentes ao estudo, assim como inconvenientes que este pode acarretar. Contudo ele pode abster-se de participar do estudo e que é livre de retirar seu consentimento de participação em qualquer momento (HADDAD, 2004).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia-MG para análise e parecer, e de todos os pesquisados foi

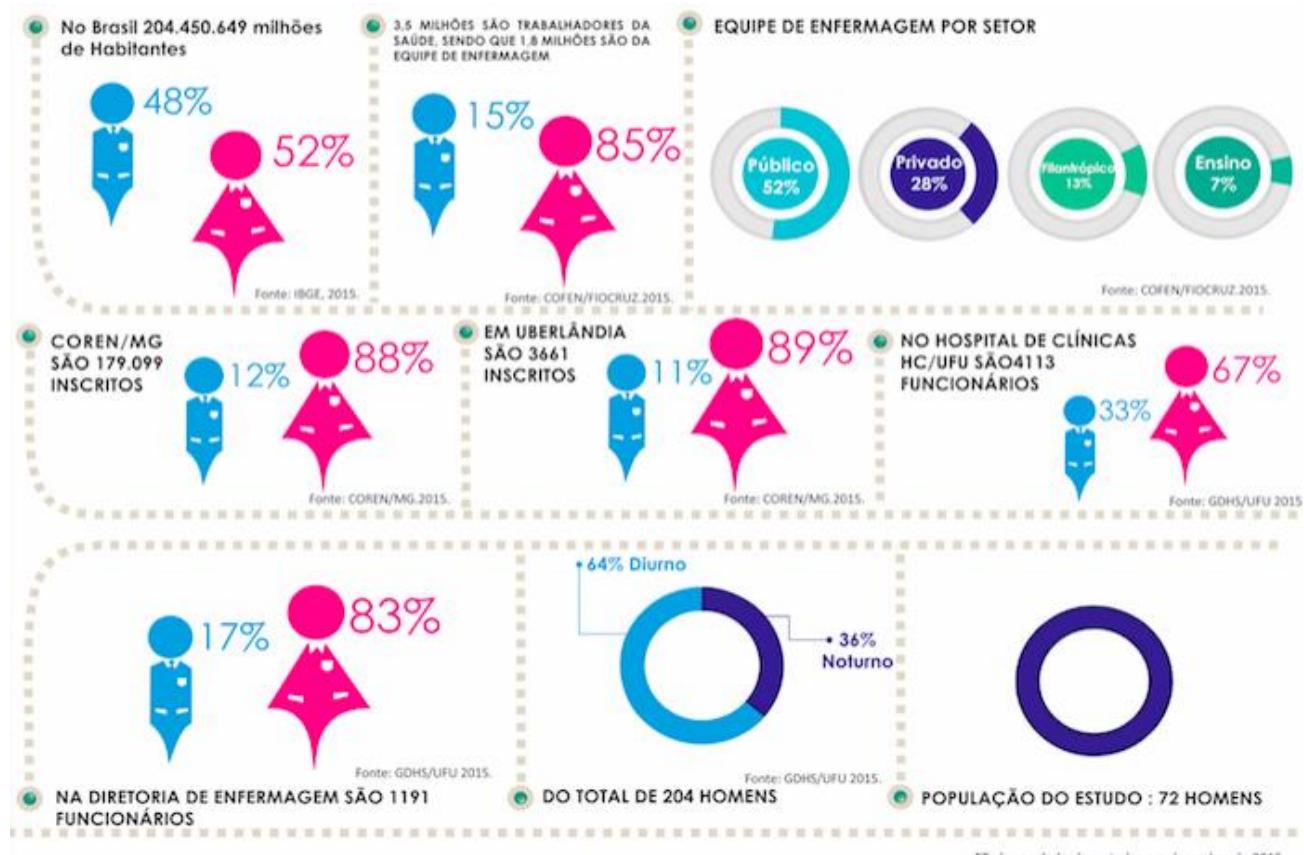
obtido o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE-A) em conformidade à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Obteve parecer favorável do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob o n. 50235515.9.0000.5152 em 17 de dezembro de 2015.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cada ano, a enfermagem tem sido cada vez mais procurada por homens, que se interessam pela prática do cuidado. E mesmo assim, com todas as mudanças dos hábitos e das conjunturas sociais, política, econômicas, ainda é visto que o mercado de trabalho e também nos estudos científicos a pouca atuação e produção sobre a questão de gêneros em específico na profissão de enfermagem.

E por acreditar na importância dessa abordagem, frente aos trabalhadores de enfermagem que trabalham à noite e os impactos em sua qualidade de vida, foram inicialmente levantados alguns números que justifica o estudo.

Figura 2. Exposição do contexto do estudo.



Fonte: Elaboração dos pesquisadores, banco de dados dos pesquisadores, 2016.

É importante citar que os dados dos achados se basearam em números do Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE) e no caso específico de dados secundário do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC/UFU), do setor de Gestão de Desenvolvimento e Recursos Humanos (GDHS/UFU), Portal Transparência e o também da pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil”- pesquisa feita em parceria

entre a Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

A figura 2, apresenta um levantamento numérico da questão de gênero e a enfermagem, numa tentativa de contextualizar de modo cronológico e contextual saindo da questão macro até chegar na importância da amostra do presente estudo.

Nela temos, segundo estimativas do IBGE (2015), no Brasil somos mais de 204 milhões de habitantes e destes 48% são do gênero masculino; dentro do universo total de habitantes, mais de 3,5 milhões são trabalhadores da saúde, assim, destes mais de 1,8 milhões de profissionais são pertencentes da equipe de enfermagem.

Os números justificam a grande presença da profissão e sua equipe dentro dos estabelecimentos em saúde mostrando sua importância, e ela se encontra mais presente no setor público de saúde (52%), seguindo pelos setores privados (28%), filantrópico (13%) e ensino (7%) (COFEN/FIOCRUZ, 2015).

Ainda, os profissionais inscritos no Conselho Regional de Enfermagem em Minas Gerais (COREN/MG) em 2015, foram mais e 179 mil profissionais, e que a presença masculina foi de 12%; já os inscritos a seção em Uberlândia/MG, local do estudo foram mais de 3600 profissionais, com apenas 11% de homens; e no setor do estudo que foi o hospital de grande porte foram mais de 4100 funcionários, destes 33% representados por homens, e lotados e vinculados na Diretoria de Enfermagem foram mais de 1191 funcionários, com 17% de homens.

E restringindo esse universo, que foram 204 homens, ficando após levantamento destes, que 64% deles trabalham durante o dia e 36% no período noturno (ficando com os 72 homens, que perfazem 100% da população do estudo) (GDHS, 2015).

Assim, responderam ao questionário todos os 72 profissionais de enfermagem, quanto ao cargo profissional teve a maior participação de técnico em enfermagem 41 (56,9%), seguidos dos auxiliares de enfermagem 18 (25%) e de enfermeiros 13 (18,1%). E um comparativo com o estudo nacional, esses números corroboram com a pesquisa COFEN/FIOCRUZ (2013), na qual podemos afirmar que majoritariamente a equipe de enfermagem é constituída de 77% de técnicos e auxiliares de enfermagem, seguidas de 23% de enfermeiros (as) em sua força de trabalho.

Tabela 1: Descrição das variáveis: estado civil, vínculo, ajuda para preenchimento e cargo (N=72).

Variáveis		n	%
ESTADO CIVIL	casado	42	58,3
	divorciado	3	4,2
	separado	1	1,4
	solteiro	26	36,1
VÍNCULO	FAEPU	22	30,6
	UFU	50	69,4
OBTEVE AJUDA	Não	72	100,0
CARGO	Aux Enf	18	25,0
	Enfermeiro	13	18,1
	Tec Enf	41	56,9

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, dados do estudo, 2016.

A tabela 1, apresenta as variáveis adicionadas ao estudo e que prevalece o estado civil dos casados, 42 (58,3%), 26 (36,1%) eram solteiros, seguidos de 3 (4,2%) divorciados e 1 (1,4%) separados. Verifica-se que a maioria são casados e a minoria separados ou divorciados. Um dado de um estudo europeu, afirma que os trabalhadores noturnos vivem menos e se divorciam mais, podendo a ser três vezes mais propensos ao divórcio e mais de 40% de chances de ficarem doentes (LINDA et al., 2014).

Os dados atuais afirmam que a profissão de enfermagem está em pleno rejuvenescimento, chegando a ter $\frac{1}{4}$ do seu contingente ter até 30 anos, ficando evidente que eles estão em sua maioria iniciando no mercado de trabalho e da sua vida profissional (MACHADO et al., 2016).

Quanto ao vínculo 69,4% eram funcionários UFU em regime de trabalho pelo Regime Jurídico Único (RJU) e 30,6% eram funcionários da Fundação de Amparo e Pesquisa (FAEPU) em regime de trabalho pela Consolidação da Leis Trabalhistas (CLT). Machado et al. (2016) afirma que o trabalho de enfermagem hoje se concentra dentro dos hospitais as suas atividades, e mais de 1 milhão deles atuam nas três esferas do governo, tornando o setor público o maior empregador da categoria, seguindo dos setores privados, filantrópicos e ensino, como demonstrados na figura 2.

Uma das questões do questionário versava sobre a necessidade de auxílio para o preenchimento do mesmo. Os dados mostraram que 100% não tiveram ajuda; a média de tempo foi de 7,18 minutos para responder, e sendo de 4 minutos

como o menor tempo e 20 minutos o maior tempo para responder. Vale citar que a metodologia do estudo estimou um tempo médio de 7 a 15 minutos para responder, mostrando com isso a validade do instrumento, uma vez que ele é autoaplicável e ajudas poderiam interferir nas respostas durante o seu preenchimento.

Fleck (2008), destaca que o questionário é de auto resposta, e que o entrevistador não deve influenciar, discutir nas escolhas das respostas e muito menos em caso de dúvidas evitando dar sinônimos às palavras das perguntas para evitar a influência sobre o indivíduo em seu julgamento.

A descrição das variáveis categóricas (estado civil, vínculo, ajuda para preenchimento e cargo) são apresentadas na Tabela 1. A descrição das variáveis quantitativas (idade, tempo de serviço e tempo gasto para preencher o questionário) são apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Descrição das variáveis: idade, Tempo de serviço e tempo gasto para preencher o questionário.

	Media	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Normalidade
IDADE (anos)	40,32	38,50	10,138	19	66	0,004
TEMPO DE SERVIÇO	16,39	14,00	10,822	1	40	0,011
TEMPO DE PREENCHIMENTO (em minutos)	7,18	5,00	3,396	4	20	0,001

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, banco de dados obtidos com WHOQOL-brev, 2016.

A média de idade foi de 40,32 anos, sendo a menor idade de 19 anos e a maior 66 anos; quanto ao tempo de serviço na instituição verifica-se a média de 16,39 anos, ficando evidente que a maioria da equipe possui uma grande experiência profissional. Por outro lado, apresentou o menor tempo de 1 ano e o maior tempo de 40 anos de serviço; referente ao tempo de preenchimento a média foi de 7,18 minutos, tendo o tempo mínimo de 4 minutos e o máximo de 20 minutos.

Podemos afirmar que as modalidades de contratação ou vínculo predominantes na equipe de enfermagem, destacam-se o setor público da esfera federal, regidos pelo RJU, com mais de um milhão de profissionais, seguidos pela CLT. Em relação a média da idade e ao tempo de serviço, podemos correlacionar os dados aos seus vínculos, pois a maioria são concursados a mais tempo na mesma atividade e instituição.

Tabela 3. Correlação entre as variáveis idades, tempo de serviço e tempo de preenchimento do questionário *versus* os domínios do questionário.

		DOM1	DOM2	DOM3	DOM4	DOM5	GERAL
IDADE	Correlação	0,144	0,062	0,025	-0,084	0,199	0,032
	p valor	0,227	0,607	0,837	0,481	0,093	0,788
TEMPO DE SERVIÇO	Correlação	0,107	0,058	-0,015	0,007	0,136	0,044
	p valor	0,369	0,629	0,901	0,953	0,256	0,716
TEMPO DE PREENCHIMENTO	Correlação	0,041	0,009	-0,039	-0,132	-0,012	-0,033
	p valor	0,730	0,943	0,745	0,269	0,920	0,780

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, banco de dados obtidos com WHOQOL-brev, 2016.

A tabela 3 exemplifica-se com a normalidade dos domínios do questionário (DOM1- Físico, DOM2- Psicológico, DOM3- Relações Sociais, DOM4- Meio Ambiente, DOM5- Auto avaliação da QV, GERAL) pelo teste de Shapiro-Wilk e nenhuma destas variáveis seguem distribuição normal de probabilidade ($p < 0,05$).

Assim, todos os testes utilizados foram não paramétricos. E em função disso, ao correlacionar as variáveis, idade, tempo de serviço e tempo de preenchimento com cada domínio do questionário, não apresentou alterações significantes, ficando com uma mesma média entre eles.

As variáveis categóricas, agrupadas aos resultados e em determinadas questões (vínculo, cargo) não apresentaram diferenças ou alterações significantes.

Na tabela 4, são apresentadas as comparações do estado civil do profissional de enfermagem em relação aos domínios do questionário. Nota-se que não há diferença significativa ($p > 0.05$) entre o estado civil dos profissionais em relação a cada domínio do questionário, portanto o estado cível não interfere nos domínios.

Em outras palavras, a comparação do estado civil em relação aos domínios mostra que independente deste; prevaleceu os domínios das relações sócias e o da auto avaliação da qualidade de vida. Vale dizer que em todos os escores analisados, os casados apresentaram um índice maior que os dos solteiros e dos divorciados/separados. Conclui-se que a ordem de qualidade de vida dos casados seja maior, ainda que possuam diferenças mínimas, e estas são representativas e importantes.

Outro fato relevante para destacar é que as comparações dos escores demonstrados nas tabelas a seguir, expõem que independente da variável frente aos domínios tabulados, estes não apresentaram um distanciamento que altere no

escopo geral quanto a mensuração da qualidade de vida do grupo do estudo. Assim o debate fica mais claro com as análises das facetas de cada domínio.

Tabela 4. Comparação do estado civil em relação os domínios do questionário

		n	Media	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
DOM1 (Físico)	Casado	42	14,89796	15,42857	2,55361	9,14286	18,85714
	Divorciado/ Separado	4	13,71429	13,14286	3,02372	10,85714	17,71429
	Solteiro	26	13,89011	14,28571	3,04853	8,00000	18,85714
	p valor			0,293			
DOM2 (Psicológico)	Casado	42	15,28571	15,33333	2,52636	8,66667	19,33333
	Divorciado/ Separado	4	13,66667	15,00000	3,37749	8,66667	16,00000
	Solteiro	26	14,23077	14,66667	2,59190	8,00000	18,00000
	p valor			0,139			
DOM3 (Relações Sociais)	Casado	42	15,55556	16,00000	3,18079	6,66667	20,00000
	Divorciado/ Separado	4	15,33333	15,33333	1,72133	13,33333	17,33333
	Solteiro	26	14,66667	15,33333	3,20000	8,00000	20,00000
	p valor			0,467			
DOM4 (Meio Ambiente)	Casado	42	13,55952	13,75000	2,66916	8,00000	19,00000
	Divorciado/ Separado	4	13,37500	12,75000	2,17466	11,50000	16,50000
	Solteiro	26	12,57692	12,25000	2,40704	7,50000	18,00000
	p valor			0,281			
DOM5 (Auto- avaliação da QV)	Casado	42	13,23810	14,00000	4,11902	6,00000	20,00000
	Divorciado/ Separado	4	12,50000	11,00000	3,78594	10,00000	18,00000
	Solteiro	26	12,92308	12,00000	3,00564	8,00000	18,00000
	p valor			0,850			
GERAL	Casado	42	14,52381	14,84615	2,27888	8,30769	18,46154
	Divorciado/ Separado	4	13,69231	13,61538	2,51544	10,76923	16,76923
	Solteiro	26	13,57988	14,00000	2,16286	8,15385	18,30769
	p valor			0,145			

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, banco de dados obtidos com WHOQOL-brev, 2016

Na Tabela 5 são apresentadas as comparações do cargo do profissional de enfermagem em relação aos domínios do questionário. Nota-se que não há diferença significativa ($p > 0.05$) entre os cargos dos profissionais em relação a cada domínio do questionário, portanto o cargo não interfere nos domínios.

Tabela 5. Comparação do cargo em relação os domínios do questionário

		n	Media	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
DOM1 (Físico)	Aux Enf	18	14,47619	14,85714	2,84704	9,14286	18,28571
	Enfermeiro	13	14,54945	14,28571	2,91013	10,28571	18,85714
	Tec Enf	41	14,43902	14,85714	2,76723	8,00000	18,85714
	p valor			0,994			
DOM2 (Psicológico)	Aux Enf	18	14,66667	14,66667	2,18132	10,00000	18,00000
	Enfermeiro	13	14,61538	15,33333	2,68689	8,66667	18,00000
	Tec Enf	41	14,94309	15,33333	2,82046	8,00000	19,33333
	p valor			0,587			
DOM3 (Relações Sociais)	Aux Enf	18	14,88889	15,33333	3,80574	8,00000	20,00000
	Enfermeiro	13	15,17949	16,00000	2,75081	10,66667	20,00000
	Tec Enf	41	15,38211	16,00000	2,96794	6,66667	20,00000
	p valor			0,812			
DOM4 (Meio Ambiente)	Aux Enf	18	13,50000	13,25000	2,54951	9,50000	18,00000
	Enfermeiro	13	13,84615	13,50000	2,15430	10,00000	18,00000
	Tec Enf	41	12,85366	12,50000	2,68618	7,50000	19,00000
	p valor			0,369			
DOM5 (Auto-avaliação da QV)	Aux Enf	18	13,22222	14,00000	3,63893	6,00000	18,00000
	Enfermeiro	13	12,76923	12,00000	3,70031	8,00000	18,00000
	Tec Enf	41	13,12195	14,00000	3,79602	6,00000	20,00000
	p valor			0,912			
GERAL	Aux Enf	18	14,17094	14,00000	2,30672	10,15385	18,00000
	Enfermeiro	13	14,28402	14,46154	2,32459	10,76923	18,30769
	Tec Enf	41	14,07505	14,61538	2,28168	8,15385	18,46154
	p valor			0,976			

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, banco de dados obtidos com WHOQOL-brev, 2016.

Na tabela 6, são apresentadas as comparações do vínculo do profissional de enfermagem em relação aos domínios do questionário. Nota-se que não há diferença significativa ($p > 0.05$) entre os vínculos dos profissionais em relação a cada domínio do questionário, portanto, o vínculo não interfere nos domínios.

Tabela 6. Comparação do vínculo em relação os domínios do questionário

		n	Media	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
DOM1 (Físico)	FAEPU	22	14,23377	14,28571	3,05904	8,00000	18,85714
	UFU	50	14,57143	14,85714	2,66340	8,57143	18,85714
	p valor			0,650			
DOM2 (Psicológico)	FAEPU	22	14,51515	15,00000	2,71334	8,00000	18,00000
	UFU	50	14,94667	15,33333	2,59457	8,00000	19,33333
	p valor			0,494			
DOM3 (Relações Sociais)	FAEPU	22	15,09091	16,00000	2,51594	10,66667	20,00000
	UFU	50	15,28000	16,00000	3,37750	6,66667	20,00000
	p valor			0,704			
DOM4 (Meio Ambiente)	FAEPU	22	13,13636	13,25000	2,34105	9,00000	18,00000
	UFU	50	13,22000	13,00000	2,67864	7,50000	19,00000
	p valor			0,971			
DOM5 (Auto-avaliação da QV)	FAEPU	22	12,63636	12,00000	3,82405	6,00000	18,00000
	UFU	50	13,28000	14,00000	3,65357	6,00000	20,00000
	p valor			0,520			
GERAL	FAEPU	22	13,93706	14,53846	2,18381	10,30769	18,30769
	UFU	50	14,22462	14,46154	2,31495	8,15385	18,46154
	p valor			0,590			

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, banco de dados obtidos com WHOQOL-brev, 2016.

Na tabela 7, são apresentados os coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis quantitativas (idade, tempo de serviço e tempo de preenchimento do questionário) versus os domínios do questionário. Nota-se que não há correlação significativa, portanto, estas variáveis não se correlacionam diretamente com os domínios do questionário.

Com a avaliação estatística descritiva dos dados no que se refere ao instrumento, a média de cada domínio permite relatar que sobressaiu o domínio das relações sociais, seguidos do psicológico e do físico, ficando com a média menor dos domínios do meio ambiente e do auto avaliação da qualidade de vida. Podemos afirmar que tais números mostram que os dados referentes ao consolidado dos escores permite correlacioná-los com as características da população do estudo.

Por mais que seja usado como base, a média para uma análise dos escores apresentam que o desvio padrão teve pequena alteração e que apenas dois domínios tiveram como valor máximo de 20, o das relações sociais e o do auto avaliação, número que deve ser descrito em porcentagem, pois a soma deles será de 100%.

Tabela 7. Estáticas descritivas (média, desvio, padrão, coeficiente de variação, máximo, mínimo e amplitude) dos escores de qualidade de vida da equipe de profissionais de enfermagem.

DOMÍNIO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	COEFICIENTE DE VARIAÇÃO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	AMPLITUDE
Físico	14,47	2,77	19,16	8,00	18,86	10,86
Psicológico	14,81	2,62	17,68	8,00	19,33	11,33
Relações Sociais	15,22	3,12	20,52	6,67	20,00	13,33
Meio Ambiente	13,19	2,56	19,43	7,50	19,00	11,50
Auto avaliação da QV	13,08	3,69	28,21	6,00	20,00	14,00
TOTAL	14,14	2,26	16,02	8,15	18,46	10,31

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, banco de dados obtidos com WHOQOL-brev, 2016.

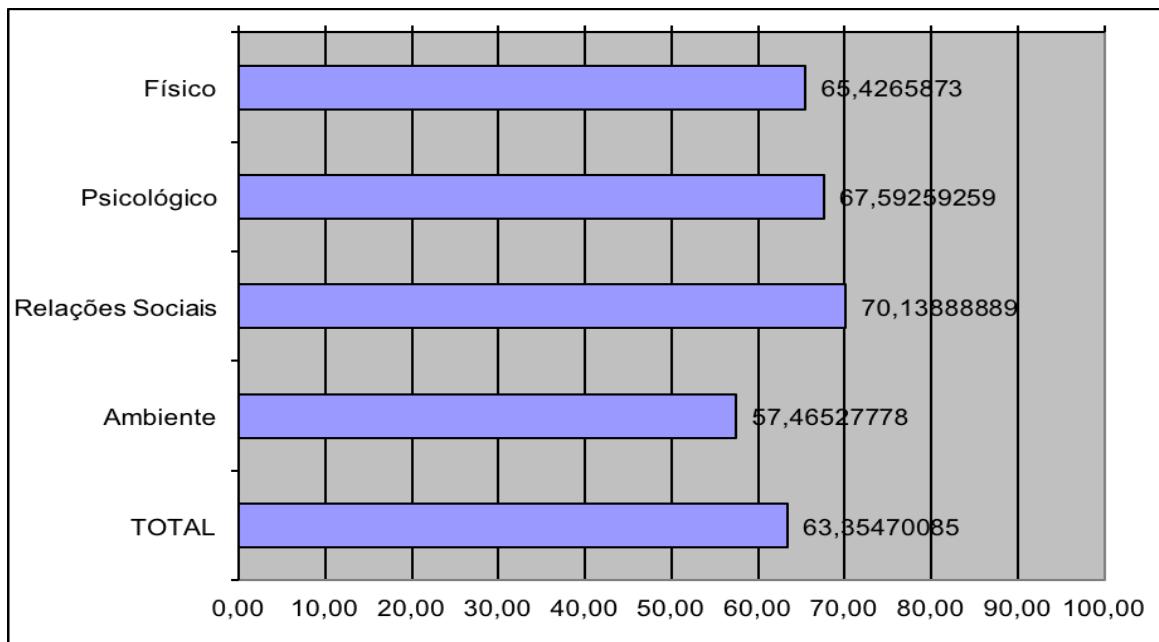
Os domínios e suas facetas revelam que a população estudada, evidenciam detalhes que muitas vezes passam despercebidos das gerências e setores, como no caso dos Recursos Humanos e do Setor da Saúde do Trabalhador. A equipe de enfermagem em quantitativo nos setores da saúde, em especial da assistência possui um grande contingente de pessoas, e em sua minoria de homens.

Para mensurar e avaliar os aspectos desse grupo se faz necessário correlacionar com outros temas inerentes a atividade profissional, pois as particularidades e especificidades apresentam muitos elementos diretamente na qualidade de vida desses profissionais. No quadro 2 e no quadro 3, expomos uma visão geral de como estão e de onde originam as potencialidades, os conflitos e dificuldades desse universo de análise.

Assim, no Gráfico 1, apresenta uma consolidação geral dos resultados encontrados em cada domínio. Ou seja, numa representação dos domínios e seus respectivos valores, prevaleceu em ordem cronológica o das relações sociais, o psicológico, o físico, o geral e o ambiente. E no Gráfico 2, temos o agrupamento das facetas presentes no questionário WHOQOL-Abreviado de acordo com os valores levantados na pesquisa, e as cores amarelas significam os menores valores, e as

facetas marcadas com vermelho são as facetas que tiveram um percentual com maior valor.

Gráfico 1. Representação dos valores obtidos em cada domínio do WHOQOL-brev.



Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, banco de dados obtidos com WHOQOL-brev, 2016.

O Domínio Físico apresentou um dos piores valores, porém comparado à média nacional, manteve-se acima dos 65%. E correlacionando aos achados de cada faceta é cada vez mais presente a questão da dor e o desconforto e a dependência de medicação desses profissionais. Os menores valores das facetas estão dentro desse domínio, pois no cotidiano profissional da equipe de enfermagem é comum encontrar funcionários trabalhando com dor ou fazendo uso de medicamentos.

Pode-se inferir, com base em Felli (2015) que o trabalho em enfermagem é considerado desgastante devido a sobrecarga de trabalho, com pressão no tempo de execução das tarefas, causando uma aceleração no ritmo de trabalho exposição dos riscos e o desenvolvimento das doenças ocupacionais. Logo, as atividades executadas resultam em elevados níveis de fadiga que reduzem a capacidade para o trabalho.

Os sintomas de fadiga são referidos por sonolência, lassidão e falta de disposição para o trabalho, dificuldade de pensar, diminuição da atenção, lentidão, amortecimento das percepções e diminuição da vontade de trabalhar (SILVA et al.,

2015). Vale destacar o fenômeno do presenteísmo no cotidiano de trabalho da enfermagem, pois diferente do absenteísmo que é mais facilmente medido pelas ausências ao trabalho. O presenteísmo refere à situação de trabalho em que o trabalhador se mantém presente no ambiente de trabalho, mesmo sem atingir a produtividade ideal, seja por motivos de ordem pessoal, física ou mental (FELLI, 2015).

Silva (2011) enfatiza que o presenteísmo significa que as pessoas adoecidas estão trabalhando sem manifestar queixas, sem procurar tratamento, ao mesmo tempo que seus quadros clínicos se agravam e cronificam, tendo como resultado o desgaste que impactam diretamente no desempenho de suas atividades laborais.

Nessa perspectiva, sabendo que o trabalho noturno é mais nocivo à saúde do trabalhador, em específico a dos profissionais de enfermagem, desdobram-se como a falta de sono e repouso adequados, tendo como consequência direta as outras facetas sendo influenciadas, pois a energia para as atividades da vida cotidiana e a capacidade de trabalho são diminuídas e ou reduzidas.

Segundo um estudo do Ministério do Trabalho, o sono diurno não compensa em quantidade e qualidade as horas não dormidas à noite, tendo consequências variadas, como a maior predisposição para doenças ligadas a baixa imunidade, alterações da atividade metabólica, obesidade, cefaleia, dentro inúmeras outras (BRASIL, 2001).

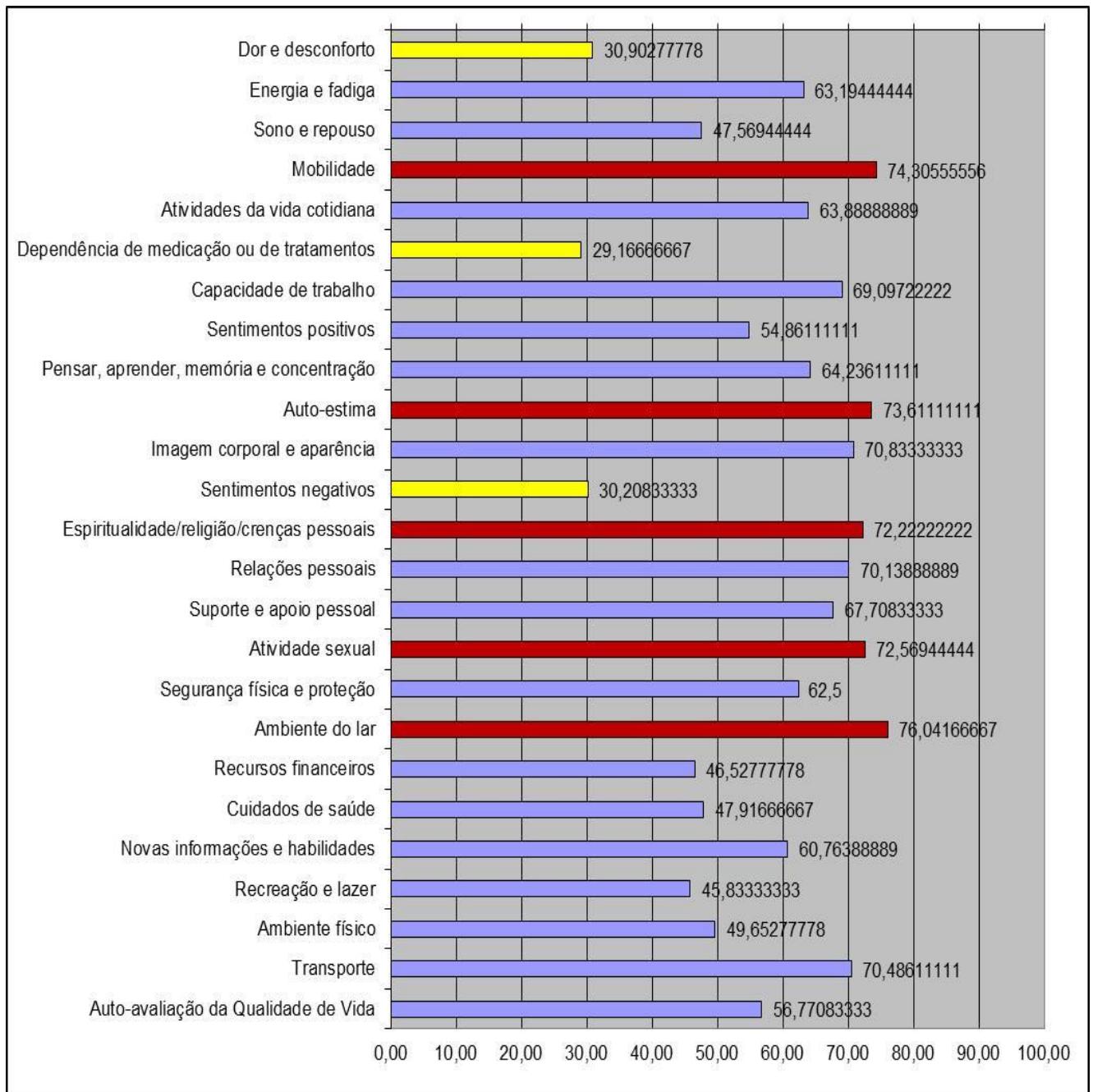
Em muitos postos de trabalho, os profissionais de enfermagem que trabalham no período noturno não possuem locais adequados para o descanso, e por mais que o país seja de dimensões continentais, verifica-se uma precariedade enorme de locais para esse fim. É importante citar o ganho da profissão com a aprovação do Projeto de Lei (PLS 597/2015), que dispõe sobre as condições dignas de repouso dos profissionais de enfermagem durante o horário de trabalho.

Em função disso a faceta dependência de medicamentos e ou de tratamento se apresenta com uma dura realidade, profissionais que cuidam da vida de outros não preocupam com sua própria saúde.

Segundo dados da OMS (2015), os afastamentos de trabalhadores aumentaram com os efeitos da sobrecarga de trabalho, além disso, crescem também os sintomas de estresse, ansiedade e depressão. Acarretando, com isso, um aumento no consumo de medicamentos e estabilizadores de humor. Além de aumentar o número de afastamentos por transtornos mentais e comportamentais,

segundo dados do Ministério do Trabalho e da Previdência Social (FRAGA et al., 2016).

Gráfico 2. Representação dos valores obtidos em cada faceta do WHOQOL-brev.



Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, banco de dados obtidos com WHOQOL-brev, 2016.

O domínio Psicológico apresentou o segundo mais bem pontuado entre os demais. Sob este domínio, podemos afirmar que o grupo está na média, com uma

boa qualidade de vida, a faceta com menor representatividade foi a dos sentimentos negativos.

Há uma grande dificuldade em desempenhar tranquilamente e com bons resultados a assistência ao usuário, seja pela falta de insumos e materiais, seja por problemas gerenciais e estruturais, o que provoca com isso sentimentos de preocupação e impotência por parte dos profissionais de enfermagem (BRAGA et al., 2015).

Ao mesmo tempo, tais sentimentos são influenciados por outros fatores, pois o trabalho noturno altera o ritmo de muitos órgãos, pois os ciclos metabólicos do organismo, alguns hormônios estabilizadores do humor, crescimento, como o cortisol, deveria ser secretado durante o sono, deixam de ser produzidos, alterando e deixando uma instabilidade emocional causando reflexos do desgaste mental no trabalhador (JANSEN, 2007).

A quantidade de horas de trabalho em turnos é muito controversa, pois o organismo humano, em geral tolera turnos de até 12 horas de duração, sendo muito importante seguir a recomendação, para que se mantenha a integridade física e segurança no trabalho. Considerando que a melhor escala sempre será aquela que é mais coerente com o cotidiano do trabalhador, estamos distantes da realidade da profissão da enfermagem.

Um estudo do Europeu, Linda et al. (2014), revela que mais de 90% dos acidentes mais graves em empresas acontecem exatamente no período noturno. No Brasil, os acidentes de trabalho ainda são muito recorrentes, o adoecimento e às condições de trabalho impõem-se pelos contratos aliados a jornada de trabalho. A enfermagem brasileira não possui um piso salarial nacional e tampouco uma jornada comum definida, e tem buscado a regulamentar a Lei das 30horas semanais para todos profissionais.

Os trabalhadores têm se submetido a diferentes cargas de trabalho que são geradores de processos de desgaste ou adoecimento, comprometendo tanto a saúde e a vida da equipe de enfermagem como a dos pacientes e da qualidade da assistência (FELLI, 2015).

O Domínio das Relações Sociais foi o que alcançou melhor valor, refletindo diretamente no domínio geral, podendo ser creditado devido a população do estudo ser em sua maioria de casado 58,3%, fato identificado nos resultados das correlações das variáveis.

Há estrutura temporal do trabalho é bastante rígida, quanto maior a jornada de trabalho, menor será o tempo com o convívio familiar e quanto maior for o cansaço, maior será o desgaste da qualidade do relacionamento do trabalhador com seus familiares. Houve associação significativa entre as longas jornadas de trabalho dos profissionais com a falta de tempo para o repouso, lazer e convívio social. E quando o trabalho é noturno, a necessidade de dormir durante o dia e o fato de estar ausente de casa durante a noite, perturbam o convívio causando conflitos (SILVA, 2011).

As extensas jornadas de trabalho, expressas por duplo vínculo ou horas extras, dificultam a sociabilidade, pois a atividade consome uma grande parcela do tempo em que poderia estar fazendo as atividades pessoais e domésticas, para descanso, lazer e o convívio familiar. Essa ausência aumenta os níveis de tensão e ansiedade, colaborando com prevalência de estresse entre os trabalhadores de enfermagem (FELLI, 2015).

Por outro lado, Karino et al. (2015) cita que no contexto atual dos profissionais de enfermagem, verifica-se que a duplicidade laboral é uma prática comum, mesmo que essa escolha possa trazer riscos ocupacionais, prejuízos à sua qualidade de vida e ao cuidado prestado, bem como ao autocuidado.

O Domínio Ambiente foi caracterizado com a menor pontuação média, mas não deixa de denotar sua importância para a compreensão da realidade vivenciada pelos profissionais da equipe de enfermagem.

O profissional desta equipe está exposto por inúmeros agentes nocivos durante o seu labor, seja pelo sofrimento que depara no dia a dia, seja pelos conflitos e problemas dentro de uma equipe multidisciplinar com características e formações diferentes. Além disso, há outras interferências de ordem cultural, estrutural, ergonômica, organizacional. Aliados aos riscos e cargas físicos, químicos, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas.

Os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função da sua idade, gênero, grupo social ou inserção em grupos específicos de riscos. Mas também podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao seu trabalho, como consequência da sua profissão que exercem ou exerceram (BRASIL, 2001).

Na atualidade, muito se discute o assédio moral e medos no ambiente de trabalho. O estudo do Perfil da Enfermagem de 2013, apresentou que mais de 70%

dos profissionais de enfermagem, sentem medo, angústia e situações de violência durante sua jornada de trabalho (COFEN/FIOCRUZ, 2013).

Felli (2012) sinaliza que estatísticas internacionais indicam que um em cada três enfermeiros é suscetível de ser submetido ao abuso físico ou verbal no trabalho em comparação com um em cada quatro policiais. Em estudos realizados no Brasil, anteriores ao realizado pela Fiocruz (2013), os índices eram bem maiores: chegando a mais de 80% dos profissionais de enfermagem foram acometidos pela violência ocupacional.

As doenças ocupacionais são enfermidades diretamente relacionadas à atividade desempenhada pelo trabalhador ou devido às condições de trabalho às quais ele está submetido (CORRÊA, 2015).

As atividades de enfermagem são feitas na maior parte, em pé, com vários deslocamentos, posições inadequadas e com manipulação frequente de pesos, substâncias e fluídos orgânicos, de medicamentos e hemoderivados, dentre inúmeros outros, que aliados às outras atribuições geram cansaço, desgaste e adoecimento.

E tal entendimento é de difícil abstração pois se apresenta de uma forma subjetiva. E para Horn e Contada (2011) ao falar dessa questão afirma que a subjetividade, pode ser entendida aqui como algo interior e de foro íntimo, acontece a partir da interação grupal a qual o sujeito se submete, neste ambiente é percebido a produção de subjetividades. E ao falarmos em algo subjetivo temos que considerar os fatores de risco no contrato de trabalho as extensas jornadas de trabalho, o trabalho em turnos, a baixa remuneração e a necessidade de mais de um vínculo de emprego.

Por outro lado, essa cobrança é também sinalizada por Linda et al. (2014), afirmou que a partir de um estudo em 9 países europeus, que a maioria das instituições e locais de trabalho tenta fazer mais com menos, causando consequências deletérias gravíssimas aos profissionais de enfermagem. Ainda cita que os hospitais são alvo constante de redução de custos e causa preocupação com a qualidade dos atendimentos e com as atividades profissionais.

Corrêa (2015), afirma que uma das grandes preocupações ergonômicas no ambiente de trabalho refere-se na postura corporal durante a atividade de trabalho que está relacionado às implicações que a posição estática ou de deslocamento

durante várias horas seguidas pode ocasionar. Pois condições ou posturas inadequadas podem contribuir para gerar diversos danos que vão desde o desconforto, algias e problemas musculares.

Mas tentando reunir os diversos temas que resultaram dos domínios e suas facetas, podemos considerar que escutar, observar os trabalhadores, ter um olhar mais atento dos acontecimentos e significados dos conflitos dentro do local de trabalho é um ponto de partida para mudança de uma realidade.

Sato (2009), frente essa situação sugeri o processo de “micronegociações” como sendo um processo de argumentação e contra-arguentação com toda equipe, desenvolvendo contextos presentes no cotidiano passíveis de mudanças e melhorias, e tendo com as negociações, subsídios para identificar e alterar dentro das possibilidades, minimizar com isso os danos e conflitos no ambiente de trabalho.

Contudo, reconhecer o papel do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores tem implicações éticas, técnicas e legais, que se refletem sobre a organização e o provimento de ações de saúde para esse segmento da população.

Nessa perspectiva, o estabelecimento do nexo causal entre um determinado evento de saúde, seja ele dano ou doença em uma dada condição de trabalho constitui uma condição básica para implementação de ações de saúde do trabalhador nos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou analisar quais impactos do trabalho noturno na qualidade de vida do profissional de enfermagem do gênero masculino, utilizando para isso, um questionário validado pela Organização Mundial de Saúde. E tendo em mãos os dados coube analisá-los e agrupá-los, obtendo assim, êxito no objetivo proposto.

Por meio da pesquisa foi possível problematizar e desconstruir alguns conceitos das relações de trabalho, gênero, qualidade de vida e trabalho noturno no contexto da equipe de enfermagem. E também quanto as representações e os discursos que tratam do cuidado em saúde, em especial dos contornos existentes dentro da profissão da enfermagem inseridos nas relações de gênero.

Referentes às representações, a profissionalização e inserção do homem na equipe de enfermagem foi um norteador, procurando inserir, demonstrar e correlacionar à importância de se analisar uma parcela significativa e muito presente no cotidiano de muitas equipes de saúde em ambiente hospitalar, por meio de um recorte de gênero e turno de trabalho.

Quanto às características dos sujeitos verificou-se a predominância de casados 42 (58,3%); sob o contrato de trabalho via Regime Jurídico Único 50 (69,4%), com uma média de 40 anos e; 16 anos de tempo de serviço. Cenário que permitiu uma melhor avaliação dos domínios e facetas relacionados as relações sociais.

Foi muito relevante utilizar o instrumento de avaliação de qualidade de vida, pois ao mensurar e tratar suas várias facetas e domínios verificou que as particularidades relacionadas à sua qualidade de vida, aproximou a relação pesquisador e os participantes, com intuito de entender um pouco da realidade vivenciadas e seus reflexos e impactos no seu estado de saúde.

Os participantes da pesquisa ficaram muito contentes de participarem do estudo, sentindo-se ouvidos, representados e reconhecidos ao responderem o questionário, e grande maioria pediu um *feedback* do estudo final. Esta pesquisa, com base nos dados obtidos, assim como dos conhecimentos contextualizados a partir das respostas dadas pelos participantes, conclui que o trabalho da

enfermagem concorre paradoxalmente para a diminuição da qualidade de vida do profissional, no aspecto das estruturas, condições e riscos dentro do trabalho.

Mesmo porque, o trabalho dos profissionais de enfermagem nem sempre contempla características de liberdade, debate e criação, e por ser uma atividade regida por normas e que se dá dentro de parâmetros rigidamente definidos como os procedimentos, horários e escalas, assim a questão da saúde do trabalhador e da equipe são deixadas em segundo plano.

Ainda que a pesquisa tenha sido realizada em uma única instituição, verificamos sua representatividade. Isso permitiu fazer generalizações dos resultados encontrados. Este estudo apresentou uma limitação, uma vez que, a abordagem quantitativa não possibilitou uma análise mais profunda das questões, mas foi possível articular e conhecer melhor por meio do questionário e sua análise, as tendências e influências que impactam na qualidade de vida destes profissionais.

Como visto no trabalho, existem poucos estudos que abordam o recorte de gênero dentro da equipe de enfermagem com os turnos de trabalho, devido a isso, produzimos neste estudo um conhecimento, dentro das possibilidades e limitações, que venha auxiliem na buscar de novos caminhos com intuito de romper com a arbitrária e cultural divisão sexual no trabalho presentes. Assim, podemos refletir sobre as relações sociais desiguais entre sujeitos dentro de uma mesma atividade.

Verificamos uma evidência na associação do trabalho noturno e a qualidade de vida na população estudada, e que alguns achados podem estar igualmente relacionados como os encontrados nas facetas como tendo concordância dos diferentes aspectos presentes no cotidiano desses profissionais.

Sugere-se, uma continuação ou estímulo de novas pesquisas com esses profissionais com outros recortes ou vertentes, a fim de identificar as influências do trabalho em turnos na saúde desses trabalhadores. E ao identificar os problemas e conflitos, elaborar planos preventivos, bem como medidas para alterar a realidade precária nas instituições de saúde brasileiras.

E por mais que não seja possível fazer uma mudança estrutural na natureza do objeto de trabalho da enfermagem e nem de controlar a sua nocividade, seja ela a penosidade, a periculosidade e insalubridade, minimizar seus impactos com medidas legais ou gerenciais que distancie as exposições ou minimizem as cargas inerentes ao trabalho noturno desempenhado pela equipe de enfermagem.

Por fim, consideramos que esta pesquisa possa subsidiar futuras investigações, pois as equipes de enfermagem construirão a consciência de sua importância e do seu processo de trabalho, dos riscos, do desgaste, do estresse, da sobrecarga de trabalho, bem como do enfrentamento dos agravos de saúde e das situações nocivas no ambiente de trabalho para diminuir as consequências frente aos trabalhadores.

Dessa forma, as leituras apontam a necessidade de prover melhores condições e meios necessários para que possam mudar uma realidade comum, objetivando vislumbrar e experimentar conforto, bem-estar, realização e valorização, pertencimento no âmbito profissional e pessoal independente do seu gênero ou turno de trabalho, sem com isso, interferir na sua qualidade de vida e na qualidade da assistência dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS

- ABREU, N.R. et al. Trabalho em turnos noturnos: implicações na qualidade de vida profissional e pessoal dos trabalhadores. *Revista Gestão e tecnologia*. São Paulo. v.12, n.3. p.103-131, set./dez. 2012. Disponível em: <https://revistagt.fpl.edu.br/get/article/view/445>. Acesso em: 15 set. 2015.
- AGUIAR, Z.N. Transformações no processo e organização do trabalho e algumas implicações para a saúde do trabalhador. In: RIBEIRO, M.C.S. (Org.). *Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores*. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2012.
- ALBORNOZ, S. *O que é trabalho*. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 2008. (Coleção primeiros passos).
- ALVES, G. *Trabalho e neodesenvolvimentismo: choque de capitalismo e nova degradação do trabalho no Brasil*. Bauru: Canal 6, 2014.
- ALVES, G. *Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório*. São Paulo: Boitempo, 2011.
- ALVES, G.; SANTOS, J.B.F. (Org.). *Métodos e técnicas de pesquisa sobre o mundo do trabalho*. Bauru: Canal 6, 2014.
- ALVIM, M. B. *A Relação do Homem com o Trabalho na Contemporaneidade: Uma Visão Crítica Fundamentada na Gestalt-Terapia*. *Estud. pesqui. Psicol.*, v.6, n. 2, p.122-130, 2006. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/viewFile/11031/8717> >, Acesso em: 10 dez. 2015.
- ANDRADE, M.L.A.G. A saúde no trabalho de homens e mulheres; uma visão de gênero. In: OLIVEIRA, E. M.(Org). *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*. Goiânia: AB, 1997.
- ANGELIM, R.C.M. Avaliação da qualidade de vida por meio do whoqol: análise bibliométrica da produção de enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, v.29, n.4, p. 400-410, out/dez 2015. Disponível em: < <http://search.proquest.com/openview/0964aa347e10a9e046bb19f38301c04f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2040112> >. Acesso em: 10 dez. 2015.
- ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho? ensaio sobre a metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalhado*. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009.
- ARENDT, H. *A condição humana*. 12. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARBOSA, E. S. et al. Homens na enfermagem: a subjetividade do processo de trabalho da enfermagem. *Rev. Lat. Enf. Mar*, p. 91-96, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1557/0>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

BARROS, A.L.B.L. et al. *Processo de enfermagem: guia para prática*. São Paulo: COREN/SP, 2015.

BAUMAN, Z. *Modernidade Líquida*. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BAUMAN, Z. *Vida Líquida*. Trad. Carlos Alberto Medeiros. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

BEUREN, I. (Org.). *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática*. São Paulo: Atlas, 2. ed., 2004.

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. 9 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

BOUYER, G. C. Sofrimento social e do trabalho no contexto da área saúde mental e trabalho. *Psicologia & Sociedade [online]*, v. 27, n.1, p. 116-119, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n1/1807-0310-psoc-27-01-00106.pdf>>, acesso em 12 dez. 2015.

BLAY, S.L. Desenho e metodologia de pesquisa em qualidade de vida. In: DINIZ, D.P. et al. *Guia de qualidade de vida: saúde e trabalho*. Barueri, SP: Manole, 2013.

BRAGA, F. S.; OLSCHOWSKY, A. Prazer e sofrimento no trabalho dos enfermeiros da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Revista de Enfermagem UFPE [online]*, v. 9, n. 3, p. 7086 -7094, mar. 2015. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/115332?locale=pt_BR>, Acesso em: 12 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf>, Acesso em: 10 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BULHÕES, I. *Riscos do trabalho de enfermagem*. 2. ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca Editora, 1998.

BUSETTI, G. R. et al. *Saúde e qualidade de vida*. v.3. São Paulo; Peirópolis, 1998.

CARVALHO, G. M. *Enfermagem do Trabalho*. São Paulo: EPU, 2001.

CARVALHO, G.M. *Enfermagem do trabalho*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

CAVALCANTE, M. M. et al. Engajamento, Bem-Estar no Trabalho e Capital Psicológico: um estudo com profissionais da área de gestão de pessoas. *Revista Pensamento & Realidade* [online], v. 29, n. 4, 2014. . Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/pensamentorealidade/article/view/22391>>, Acesso em: 10 set. 2015.

CHIAVENATO, I. Recursos Humanos: o capital humano das organizações. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

CISNE, M. *Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social*. 1. ed. São Paulo: Ed. Outras Expressões, 2012.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem. *Pesquisa do perfil da enfermagem brasileira*. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html>, Acesso em: 18 dez. 2015.

COLUCCI, C. Violência no ambiente de trabalho. Folha de São Paulo. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/06/1639624-70-dos-enfermeiros-do-pais-nao-se-sentem-seguros-no-trabalho.shtml>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

CONNELL, R. *Gênero: uma perspectiva global*. São Paulo: nVersos, 2015.

COREN/MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. *Legislação e Normas*. Belo Horizonte: COREN-MG, v.14, n.1, 2015.

CORRÊA, V.M. *Ergonomia: fundamentos e aplicações*. Porto Alegre: Bookman, 2015.

COSTA, A.O. (Org). *Mercado de trabalho e gênero: comparações internacionais*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

COSTA, K.S. Presença masculina na escola de enfermagem da universidade de São Paulo (1950-1990). Rev. Cuidado, Fundam. out/dez, p. 203-207, 2010. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/867>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

CHERES, J.E.C. et al. Trabalho noturno: a inversão do relógio biológico. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_yLPRQv9hu4J:fadiipa.edu.cacao.ws/ojs-2.3.3-3/index.php/cjuridicas/article/download/68/pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 12 jan. 2016.

CZERESNIA, D. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. Rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

DEJOURS, C. *Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Editora Fiocruz, Brasília, 2004.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, n. 54, vol.14. Abril-Maio-Junho,1986. Disponível em: <https://corepsp.files.wordpress.com/2010/05/apostila_formacao_saude_corep.pdf>. Acesso: 18 dez. 2015.

DINIZ, D. P. et al. *Guia de qualidade de vida: saúde e trabalho*. Barueri, SP: Manole, 2013.

EBERHARDT, L. D. et al. Vínculo de trabalho no setor saúde: cenário da precarização na macrorregião oeste do Paraná. *Revista Saúde Debate*, v.39, n.104, p.18-29, jan/mar 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00018.pdf>>. Acesso em: 10 de dez. 2015.

FANNGYI, G. U.; et al. Total and Cause-Specific Mortality of U.S. Nurses Working Rotating Night Shifts. *American Journal of Preventive Medicine* [online], v 48, issue 3, p. 241–252, 2015. . Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25576495>>, Acesso em: 10 set. 2015.

FELLI, V.E.A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. *Enfermagem em Foco*, 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Condicoes-de-trabalho-de-enfermagem-e-adoecimento.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

FELLI, V. E. A. (Org.). *Saúde do trabalhador de enfermagem*. Barueri, SP: Manole, 2015.

FERREIRA, M.C. *Qualidade de vida no trabalho: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores*. 2. ed. Brasília: Paralelo 15, 2012.

FILHO, G.I.R. *Ergonomia aplicada à odontologia: as doenças de caráter ocupacional em cirurgião-dentista*. Curitiba: Editora Maio, 2004.

FILHO, N. A; ROUQUAYROL, M.Z. *Introdução à epidemiologia*. 4. ed. rev.e ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2014.

FILHO, A.J.A. et al. *História de vida de enfermeiras brasileiras: contribuição para o desenvolvimento da enfermagem*. Brasília: ABEn, 2016.

FIOCRUZ. Fundação Osvaldo Cruz. *Pesquisa do perfil da enfermagem brasileira*. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html> . Acesso em: 18 dez. 2015.

FISCHER, F.M. et al. Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas. São

Paulo: Atheneu, 2003.

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

_____. WHOQOL-Abreviado. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol84.html> >. Acesso em: 18 de set. 2015.

FONTANA, R. T.; BRIGO, L. Estudar e trabalhar: percepções de técnicos de enfermagem sobre esta escolha. *Esc. Anna Nery* [online], v. 16, n. 1, p. 128-133, 2012. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127721430017> >, Acesso em: 9 set. 2015.

FONTELLES, M.J. *Bioestatística aplicada à pesquisa experimental: volume 3*. São Paulo: Ed. Livraria da Física, 2012.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. São Paulo: Paz & Terra, 2014.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

FRAGA, E. et al. Afastamento de trabalhador por estresse aumenta com a recessão. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2016/07/1794750-afastamento-de-trabalhador-por-estresse-aumenta-com-a-recessao.shtml> >. Acesso em: 24 jul. 2016.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários a prática educativa*. 25. ed. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2002.

FREITAS, H., & MOSCAROLA, J. Da observação à decisão: métodos de pesquisa e de análise quantitativa e qualitativa de dados. *RAE Eletrônica*, 1(1), 1-29., 2002. . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n1/v1n1a06> >, Acesso em: 9 set. 2015.

FREUD, S. *O mal estar na civilização* [1930]. In: EDIÇÃO standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1976.

FUCHS, A.M.S. et al. *Guia para normatização de publicações técnico-científicas*. Uberlândia: EDUFU, 2013.

GEOVANINI, T. et al. *História da enfermagem: versões e interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GERARDI, L.H.O. *Quantificação em Geografia*. São Paulo: DIFEL, 1981.

HAAG, G.S. (Org.). *A enfermagem e a saúde dos trabalhadores*. 2. ed. Goiânia: AB, 2001.

HADDAD, N. *Metodologia e estudos em ciências da saúde: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico*. São Paulo: Roca, 2004.

HIRATA, H. *Nova divisão sexual do trabalho: um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

HIRATA, H. KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de pesquisa*, v. 37, n.132, p.595-609, set/dez, 2007. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/cp/v37n132/a0537132>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

HORN, C.H.; COTANDA, F.C.(Org). *Relações de trabalho no mundo contemporâneo: ensaios multidisciplinares*. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2011.

IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. Brasil em números. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em 12 dez 2015.

KARINO, M. E. et al. Cargas de trabalho e desgastes dos trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola. *Cienc Cuid Saude* [online], v. 14, n. 2, p. 1011-1018, 2015. . Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21603>>, Acesso em: 9 set. 2015.

KIMURA, M. CARANDINA, M. Desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do instrumento para avaliação da qualidade de vida no trabalho de enfermeiros em hospitais. *Revista Escola de Enfermagem, USP*, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500008>. Acesso em: 10 dez. 2015.

JANSEN, J.M. (Org.). *Medicina da noite: da cronobiologia à prática clínica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

JOBS, E. De onde vem a inovação?. In: KAHNEY, L. A cabeça de Steve Jobs. 2ed, Rio de Janeiro: Agir, 2009.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. *Fundamentos de Metodologia científica..* São Paulo: Atlas, 7. ed , 2010.

LINDA, H. A. et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* [online], v. 383, issue 993, 2014. . Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-8/abstract)>, Acesso em: 9 out. 2015.

LOPES, M.J.M. et al. A feminilização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos pagu*, jan/jun, p. 105-125, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

LOBIONDO-WOOD, G.; et al. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001.

LOBO, E.S. *A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência.* São Paulo: Ed. Brasiliense, 1991.

LUONGO, J. (Org.). *Enfermagem do trabalho.* São Paulo: Rideel, 2012.

MACHADO, M.H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Revista Enfermagem em foco*, n.6, p.11-17, 2015. Disponível em: < <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686> >. Acesso em: 10 dez. 2015.

MACHADO, M.H. et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. *Revista Enfermagem em foco*, n.6, p.43-78, 2015. Disponível em: < <http://biblioteca.cofen.gov.br/mercado-de-trabalho-da-enfermagem-aspectos-gerais/> >. Acesso em: 10 dez. 2015.

MACHADO, M.H. et al. Condições de trabalho da enfermagem. *Revista Enfermagem em foco*, n.6, p.79-90, 2015. Disponível em: < <http://biblioteca.cofen.gov.br/condicoes-de-trabalho-da-enfermagem/> >. Acesso em: 10 dez. 2015.

MARTINO, M.M.F.; SILVA, C.A. Estudo do cronótipo de um grupo de trabalhadores em turnos. *Rev. bras. saúde ocup.* 2005, vol.30, n.111, pp. 17-24. . Disponível em: < <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1322/1296> >, Acesso em: 10 set. 2015.

MARTINS, C.O. *PPST- Programa de promoção da saúde do trabalhador.* 1. ed. Jundiaí, SP: Ed. Fontoura, 2008.

MARTINS, C. C.F.; et al. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem x estresse: limitações para a prática. *Cogitare Enfermagem*, v. 19, n. 2, 2014. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36985> >, Acesso em: 9 set. 2015.

MARUANI, M.; HIRATA, H. (Org). *As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho.* São Paulo: Ed. Senac, 2003.

MARX, K. *O Capital..* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, Livro I, v. 2, 10. ed., 1985.

MELO, C. *Divisão social do trabalho e enfermagem.* São Paulo: Cortez, 1986.

MELO, L. P. (Org.). *Enfermagem, antropologia e saúde.* 1 ed. Barueri, SP: Manole, 2013.

MINAYO, M. C. S.. *O desafio do conhecimento.* São Paulo: Editora Hucitec, 9. ed. revista e aprim., 2006.

MINEO, J.R. et al. *Pesquisa na área biomédica: do planejamento à publicação.* Uberlândia: EDUFU, 2005.

- MIRANDA, C.R. *Introdução à saúde no trabalho*. São Paulo: Editora Atheneu, 1998.
- NARDI, H.C. (Org). *Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas*. Porto Alegre: Sulina, 2013.
- NEFFA, J. C. O trabalho humano e sua centralidade. *Revista Ciências do Trabalho* [online],- n. 4, 2015. . Disponível em: <<http://rct.dieese.org.br/rct/index.php/rct/article/view/85>>, Acesso em: 9 out. 2015.
- NERI, A.L. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*. 7. ed. Campinas/SP: Papirus, 2007.
- NOBREGA, J. S. A questão da saúde do trabalhador em empreendimentos autogestionários. *Caderno de Psicologia Social do Trabalho*, v.17, n.1, p.129-142, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v17n1/a10v17n1.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.
- NOGUEIRA, C.M. *O trabalho duplicado: a divisão sexual no trabalho e na reprodução: um estudo das trabalhadoras do telemarketing*. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.
- NOLASCO, S. *De Tarzan a Homer Simpson: banalização e violência masculina em sociedades contemporâneas ocidentais*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.
- NOVARETTI, A.C.Z. et al. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev. Bras. Enferm.* set/out, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500692>. Acesso em; 10 dez. 2015.
- OGUISSO, T. *O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal*. 2. ed. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- OGUISSO, T. (Org.). *Trajetória histórica e legal da enfermagem*. São Paulo: Manole, 2007.
- OLIVEIRA, E.M.(Org). Trabalho, saúde e gênero na era da globalização. Goiânia: AB, 1997.
- OLIVEIRA, M. L.; PAULA, T. R.; FREITAS, J B. Evolução histórica da assistência de enfermagem. *Conscientia e Saúde*, v. 6, n. 1, p.:127-36, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92960115>>, Acesso em: 9 out. 2015.
- OLIVEIRA, R.G. (Org.). *BlackBook- Enfermagem*. Belo Horizonte: BlackBook Editora, 2016.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

PAFARO, R. C.; MARTINO, M. M. F.. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Rev esc enferm USP*, v. 38, n. 2, p. 152-60, 2004. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/41391/44970> >, Acesso em: 9 out. 2015.

PEDROSO, B. PILATTI, L.A. *Avaliação de indicadores da área da saúde: a qualidade de vida e suas variantes*. FAFIT/FACIC, Itararé-SP, 2010. Disponível em: < <http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/view/2> >. Acesso em: 10 dez. 2015.

PEREIRA, A.V. Relações de gênero no trabalho: reflexões a partir de imagens construídas de enfermeiros e enfermeiras. *Cad. Esp. Fem. Uberlândia/MG*, v.24, n.1,p. 49-77, jan/jun. 2011. Disponível em: < <http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/14218> >, Acesso em: 10 dez. 2015.

PEREIRA, P.F. *Homens na enfermagem: atravessamentos de gênero da escolha, formação e exercício profissional*. (Dissertação). Porto alegre, 2008. . Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13069/000639229.pdf?> >, Acesso em: 9 out. 2015.

PIGNATI, W.A.; et al. Saúde do Trabalhador. In: ROUQUAYROL, M.Z.; GURGEL, M. *Epidemiologia e saúde*. 7 ed. Rio de Janeiro; Medbook, 2013.

PINHEIRO,T.M.M.; et al. Saúde do Trabalhador. In: CAMPOS, G.W.S. (Org). *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012.

POLIT, D.F. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REGIS FILHO, G. I.. *Ergonomia aplicada à odontologia: as doenças de caráter ocupacional em cirurgião- dentista*. Curitiba: Editora Maio, 2004.

REY, F.G. *Subjetividade e saúde; superando a clínica da patologia*. São Paulo: Cortez, 2011.

ROCHA, G.C. *Trabalho, saúde e ergonomia: relação entre aspectos legais e médicos*. 6 ed. Curitiba: Juruá, 2012.

ROCHA, M.I.B. (Org). *Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios*. São Paulo: Ed.34, 2000.

RODRIGUES, A. *Psicologia Social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 27. ed. Rev. e ampl.. 2009.

RODRIGUES, M. R.; BRETAS, A. C. P. O envelhecimento no trabalho na perspectiva de trabalhadores da área de enfermagem. *Trab. educ. saúde [online]*, v. 13, n. 2, p. 343-360, 2015. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200343, Acesso em: 10 set. 2015.

ROHM, R. H. D.; LOPES, N. F. R . O novo sentido do trabalho para o sujeito pós-moderno: uma abordagem crítica. *Cad. EBAPE.br* [online].., v. 13, n. 2, art. 6, Rio de Janeiro, Abr./Jun. 2015. . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cebape/v13n2/1679-3951-cebape-13-02-00332.pdf>>, Acesso em: 10 out. 2015.

ROLIM, K. I.; WENDLING, M. I. A história de nós dois: reflexões acerca da formação e dissolução da conjugalidade. *Psicol. clin. [online]*, v. 25, n. 2, p. 165-180, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652013000200010>, Acesso em: 10 out. 2015.

ROTENBERG, L. et al. Gênero e trabalho noturno: Sono, cotidiano e vivencias de quem troca a noite pelo dia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17, 639-649, mai-jun, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000300018&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 10 dez 2015.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. *Epidemiologia & saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. *Epidemiologia & saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SANTANNA, A. S. *Qualidade de vida no trabalho: fundamentos e abordagens*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

SANTOS, M. *Por uma outra Globalização do pensamento único à consciência universal*. Editora Record: Rio de Janeiro, 9. ed., 2002.

SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/10988.pdf>>, Acesso em: 10 set. 2015.

SATO, L. *Trabalho: sofrer: construir-se? Resistir?*. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 15, n.3, p.189-199, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v15n3/v15n3a12.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SEIDL, E. M. *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. Cad. Saúde Pública. 2004, vol.20, n.2, pp. 580-588. . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>>, Acesso em: 9 out. 2015.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, A.A. ROTENBERG, L. FISCHER, F.M. *Jornada de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho*. Rev. Saúde Pública, v.45, 2011. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600014. Acesso em: 10 dez. 2015.

SILVA, E. S. *Trabalho e desgaste emocional: o direito de ser dono de si mesmo*. Cortez, São Paulo, 2011.

SILVA, M. A. *Discutindo gênero através do trabalho*. Disponível em: <http://www.portalanpedssul.com.br/admin/uploads/2012/Genero,_Sexualidade_e_Educação/Trabalho/12_37_49_439-7454-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SILVA, R.M. et al. *Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros*. Esc. Anna Nery, 2011 abr-jun:15(270-279). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a06>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SILVA, R.M. *Matutino, vespertino ou indiferente? Produção do conhecimento sobre o cronotipo na enfermagem*. Rev. Enfermagem UFSM, 2014 out/dez. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/12888>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SOUZA, L.L. et al. *Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes*. Rev. Ciência & Cognição, 2014; v.19, p.218-232. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/viewFile/908/pdf_13>. Acesso em: 10 dez. 2015.

TURKIEWICZ, M. *História da enfermagem*. Paraná: Etecla, 1995.

TORRES, J.S.P. et al. O perfil quantitativo masculino da enfermagem em Rondônia, Brasil. Disponível em: <<http://www.revistaintertexto.com.br/adm/arquivos/Artigo-O%20PERFIL%20QUANTITATIVO%20MASCULINO%20DA%20ENFERMAGEM%20EM%20RONDÔNIA,%20BRASIL-Edicao-24-3132014-H141949-OPERFILQUANTITATIVOMASCULINODAENFERMAGEMRONDÔNIA,BRASIL.pdf>>. Acesso em: 10 dez 2015.

VIEIRA, S. *Metodologia científica para a área da saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

VITORINO, D.F.P. et al. Percepção de moradores de uma cidade de Minas Gerais sobre o profissional de enfermagem do gênero masculino. *Rev. Min. Enferm.* v. 16, p. 528-538, out/dez, 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/558>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

ZAR, J. H. *Biostatistical analysis*. 4. ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1999.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Impacto do trabalho noturno na qualidade de vida do profissional de enfermagem do gênero masculino”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Rafael Lemes de Aquino e Ailton de Souza Aragão. Nesta pesquisa nós estamos buscando entender e avaliar o impacto na qualidade de vida do trabalhador noturno de enfermagem do gênero masculino. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Rafael Lemes de Aquino, e será feita no próprio setor de trabalho do participante, dentro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Na sua participação você será submetido ao preenchimento de um questionário contendo 26 questões, ler cada questão, ver o que você acha e circular no número que lhe parece a melhor resposta, os números são: 1 (muito ruim), (2) ruim, (3) nem ruim nem boa, (4) boa, (5) muito boa. Você deverá assinalar apenas uma opção que melhor achar. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os riscos associados ao presente estudo consistem na possível identificação dos sujeitos da pesquisa, porém, estes riscos serão suavizados porque em nenhum momento o mesmo será identificado, observando-se ainda que no instrumento de coleta só consta os campos: idade, estado civil, cargo, vínculo e tempo de serviço. Com relação aos riscos físicos ou morais diretos, não há riscos para os mesmos, assim como para os profissionais envolvidos e nem para a instituição onde será realizada o estudo. Será garantido o sigilo sobre a identificação pessoal e a disponibilidade do paciente em participar ou não da pesquisa. A equipe executora se compromete com sigilo absoluto sobre a identidade do sujeito da pesquisa e suas informações pessoais. Os resultados da pesquisa trarão benefícios diretos para a comunidade científica e a equipe assistencial, pois a obtenção destes dados possibilitará caracterizar e gerenciar informações de saúde, possibilitando a implantação de programas de saúde e segurança no trabalho, bem como auxiliar na organização e estruturação dos serviços de saúde. Os pesquisadores irão tratar a identidade dos participantes com padrões profissionais e de acordo com a Resolução CNS 466/12. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Rafael Lemes de Aquino – (34) 3218-2071 - Av. Pará, 1720 – Campus Umuarama – Uberlândia/MG e/ou Ailton de Souza Aragão – (34) 33185500, Av. Getúlio Guaratá, 159. Sala 324, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, no 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

RAFAEL LEMES DE AQUINO

AILTON DE SOUZA ARAGÃO

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

APÊNDICE B
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - QUESTIONÁRIO

IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____ CARGO: _____ VÍNCULO: _____ TEMPO DE SERVIÇO: _____

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.
 1 (muito ruim), (2) ruim, (3) nem ruim nem boa, (4) boa, (5) muito boa

- 1. Como você avalia sua qualidade de vida?** 1 2 3 4 5
 (1) muito insatisffeito, (2) insatisffeito, (3) nem satisfeito nem insatisffeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito
- 2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?** 1 2 3 4 5
- As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.
- (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) extremamente
- 3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?** 1 2 3 4 5
- 4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?** 1 2 3 4 5
- 5. O quanto você aproveita a vida?** 1 2 3 4 5
- 6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?** 1 2 3 4 5
- 7. O quanto você consegue se concentrar?** 1 2 3 4 5
- 8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?** 1 2 3 4 5
- 9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?** 1 2 3 4 5
- As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.
- (1) nada, (2) muito pouco, (3) médio, (4) muito, (5) completamente
- 10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?** 1 2 3 4 5
- 11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?** 1 2 3 4 5
- 12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?** 1 2 3 4 5
- 13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?** 1 2 3 4 5
- 14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?** 1 2 3 4 5
- As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.
- (1) muito ruim, (2) ruim, (3) nem ruim nem bom, (4) bom muito, (5) bom
- 15. Quão bem você é capaz de se locomover?** 1 2 3 4 5
 (1) muito insatisffeito, (2) insatisffeito, (3) nem satisfeito nem insatisffeito, (4) satisfeito, (5) muito satisfeito
- 16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?** 1 2 3 4 5
- 17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?** 1 2 3 4 5
- 18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?** 1 2 3 4 5
- 19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?** 1 2 3 4 5
- 20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?** 1 2 3 4 5
- 21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?** 1 2 3 4 5
- 22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?** 1 2 3 4 5
- 23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?** 1 2 3 4 5
- 24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?** 1 2 3 4 5
- 25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?** 1 2 3 4 5
- As questões seguintes referem-se a com que freqüência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.
- (1) nunca, (2) algumas vezes, (3) freqüentemente, (4) muito freqüentemente, (5) sempre
- 26. Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?** 1 2 3 4 5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____