

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

ROBERTA PEIXOTO NOGUEIRA

**QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM
EM UMA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE
GRANDE PORTE**

UBERLÂNDIA

2017

ROBERTA PEIXOTO NOGUEIRA

**QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM
EM UMA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE
GRANDE PORTE**

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

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientador: Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão

UBERLÂNDIA

2017

ROBERTA PEIXOTO NOGUEIRA

**QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM
EM UMA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE
GRANDE PORTE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT), pela banca examinadora formada por:

Uberlândia, 14 de março de 2017.

Resultado: _____.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof^a. Dr^a. Marcelle Aparecida Barros Junqueira, UFU/MG.

Prof^a. Dr^a. Edvânia Ângela de Souza Lourenço, UNESP-Franca/SP.

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

N778q Nogueira, Roberta Peixoto, 1989-
2017 Qualidade de vida de profissionais de enfermagem que atuam em
uma unidade de pronto socorro de um hospital público de grande porte /
Roberta Peixoto Nogueira. - 2017.
160 f. : il.

Orientador: Ailton de Sousa Aragão.
Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental
e Saúde do Trabalhador.
Inclui bibliografia.

1. Geografia - Teses. 2. Geografia médica - Uberlândia (MG) -
Teses. 3. Qualidade de vida no trabalho - Teses. 4. Enfermagem de
emergência - Teses. I. Aragão, Ailton de Sousa. II. Universidade Federal
de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em
Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.

*Enquanto pilares do que eu sou hoje, dedico
esta realização a meus pais, Walter e Edna, e
à minha querida irmã Natália.*

AGRADECIMENTOS

Ao que parecia inatingível, complexo e penoso se tornou uma realidade possível, exequível e afável. Participar do Programa de Mestrado Profissional se mostrou desafiante desde o início, a caminhada foi intensa, porém muito recompensadora.

O crescimento pessoal, profissional e científico foi uma realidade durante todo o processo de pesquisa.

Estar em contato com pessoas diversas enriqueceu essa trajetória, desde os colegas de turma, esta que se configurava de forma multiprofissional, favorecendo o contato com realidades diferentes e posicionamentos diversos, contribuindo para ampliação do olhar sobre a realidade de saúde e suas multifacetadas. Os docentes que nos prestigiaram com dedicação, conteúdo e orientação. O contato direto e contínuo com o professor e orientador Dr. Ailton Souza Aragão que muito contribuiu com um olhar sensível e humanizado desta pesquisa. Além dos colaboradores que participaram ativamente deste estudo, dedicando atenção e tempo, confiando nos propósitos deste trabalho. A todos vocês meus agradecimentos sinceros.

Aos meus familiares, amigos, colegas de trabalho e companheiro, agradeço o apoio incondicional.

Desta forma, agradeço a todos que contribuíram de forma direta e indireta para a realização deste trabalho acadêmico. Ao incentivo, compreensão, esforços mútuos de todos envolvidos na configuração de um caminhar científico em que resultou esta pesquisa.

RESUMO

O trabalho é uma atividade humana cuja essencialidade permite ao homem viver em sociedade. O trabalhador se torna protagonista neste sentido e voltar o olhar para esses sujeitos constitui foco desta pesquisa, que tratará em específico dos trabalhadores da equipe de enfermagem. Profissionais estes que desempenham a atividade laboral em circunstâncias adversas de conflitos pessoais e coletivos, com sobrecarga de trabalho, situações ambientais e estruturais desfavoráveis, incitando possibilidades de adoecimento. No âmbito hospitalar, em que a assistência de saúde é ofertada durante as vinte e quatro horas do dia, os trabalhadores de enfermagem ainda estão dispostos em escalas de trabalho em turnos, que constituiu uma importante variável de análise considerando as repercussões da jornada de trabalho noturno à vida biopsicossocial desses sujeitos. Com face ao trabalho da enfermagem, à jornada de trabalho em turnos, entendendo o trabalho como central, considerando suas implicações à saúde do indivíduo, e relacioná-lo à Qualidade de Vida, tornam-se importantes objetos de estudo e que configura esta pesquisa. Com o objetivo de avaliar a Qualidade de Vida desses profissionais utilizou-se da técnica de triangulação de métodos com a aplicação de questionário WHOQOL-abreviado, configuração do Perfil Socioeconômico e realização de sessões de Grupo Focal. Constitui uma pesquisa de campo, explicativa, de abordagem quantitativa e qualitativa. Uma equipe de enfermagem trabalhadora no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC-UFG) da unidade de Pronto Socorro (PS) foi escolhida enquanto alvo desta investigação, entendendo a intensificação da rotina de trabalho em situações de urgência emergência. Por ser uma Instituição Hospitalar pública de grande porte e referência para a região adstrita do Triângulo Mineiro, além de um setor alvo cujas dinâmicas de trabalho são densas, os resultados oriundos da pesquisa têm potencial diagnóstico com o fim de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos aos trabalhadores. Participaram desta pesquisa 127 trabalhadores de enfermagem das diferentes categorias: técnicos e auxiliares de enfermagem, além de enfermeiros. Os resultados obtidos evidenciaram que os trabalhadores estão satisfeitos com a Qualidade de Vida, a partir dos resultados tanto quantitativos quanto qualitativo, porém com possibilidades de melhorias diante os enfrentamentos e dificuldades, elencadas por eles próprios na sessão de Grupo Focal, de diferentes naturezas (física, ambiental, social e psíquica). Em uma perspectiva de turnos os resultados não evidenciaram discrepâncias significativas dos dados obtidos quando comparados. A pesquisa evidenciou uma realidade de trabalhadores com características específicas que repercutem diretamente à avaliação de Qualidade de Vida, destacando-se neste sentido o vínculo empregatício e escolaridade. O adoecimento “no” e “pelo” trabalho têm sido uma constante, conforme evidenciam as bases teóricas, com implicações individuais e coletivas; quando debruçamos sobre os profissionais da saúde verificam-se as contradições entre os processos de trabalhos institucionais e a realização pessoal que impactam no cuidado dos pacientes. Urge aprofundar a investigação dos condicionantes envolvidos nos processos e relações de trabalho em geral, no qual se inscrevem os profissionais da saúde, vislumbrando possibilidades de crítica e de superação dos elementos produtores do adoecimento.

Palavras chaves: Trabalho. Enfermagem. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Work is a human activity whose essentiality allows man to live in society. The worker becomes the protagonist in this sense and to return the look to these subjects is the focus of this research, which will deal specifically with the nursing team workers. Professionals who perform the work activity in adverse circumstances of personal and collective conflicts, with work overload, unfavorable environmental and structural situations, inciting possibilities of illness. In the hospital setting, where health care is offered during the twenty-four hours of the day, nursing workers are still arranged in shift work schedules, which constituted an important variable of analysis considering the repercussions of the night shift To the biopsychosocial life of these subjects. With regard to the work of nursing, working shift, understanding the work as a center, considering its implications to the health of the individual, and relate it to Quality of Life, become important objects of study and that configures this research. With the objective of evaluating the Quality of Life of these professionals, we used the technique of triangulation of methods with the application of WHOQOL-abbreviated questionnaire, configuration of the Socioeconomic Profile and the accomplishment of Focal Group sessions. It is a field research, explanatory, of quantitative and qualitative approach. A nursing nursing team at the Hospital of Clinics of Uberlândia (HC-UFG) of the Emergency Room (PS) was chosen as the target of this investigation, understanding the intensification of the work routine in emergencies. Because it is a large public hospital and a reference to the affluent region of the Triângulo Mineiro, in addition to a target sector whose work dynamics are dense, the results from the research have diagnostic potential for the purpose of health promotion and disease prevention and injuries to the workers. Participated in this research 127 nursing workers from different categories: nursing technicians and auxiliaries, as well as nurses, participated in this study. The results obtained evidenced that the workers are satisfied with Quality of Life, from both quantitative and qualitative results, but with the possibility of improvement in face of the confrontations and difficulties, which they themselves identified in the Focus Group session, of different natures , Environmental, social and psychic). From a shift perspective the results did not show significant discrepancies in the data obtained when compared. The research evidenced a reality of workers with specific characteristics that directly affect the evaluation of Quality of Life, highlighting in this sense the employment relationship and schooling. The illness "no" and "by" work have been a constant, as evidenced by the theoretical bases, with individual and collective implications; When we look at health professionals, there are contradictions between the processes of institutional work and the personal fulfillment that impact on patient care. It is urgent to deepen the investigation of the determinants involved in processes and labor relations in general, in which the health professionals are enrolled, glimpsing possibilities of criticism and overcoming the elements that produce the disease.

Keywords: Work. Nursing. Quality of life.

RESUMEN

El trabajo es una actividad humana cuya esencialidad permite al hombre vivir en sociedad. El trabajador se convierte en protagonista en esta dirección y volver a examinar estos temas es el foco de esta investigación, abordando en particular los trabajadores del equipo de enfermería. Estos profesionales que realizan la actividad de trabajo en circunstancias adversas de conflictos personales y colectivas con la sobrecarga de trabajo, situaciones ambientales y estructurales desfavorables, instando posibilidades enfermedad. En los hospitales, donde se ofrece la asistencia sanitaria durante las veinticuatro horas del día, los trabajadores de enfermería aún está dispuesta a trabajar en horarios de turnos, que era una variable de análisis importante teniendo en cuenta las repercusiones de las horas de trabajo nocturnos la vida biopsicosocial de estos temas. Se enfrentan al trabajo de enfermería, las horas de trabajo en turnos, la comprensión de la obra como el centro teniendo en cuenta sus implicaciones para la salud del individuo, y relacionarlo con la calidad de vida, son importantes objetos de estudio y que establece esta investigación. Con el fin de evaluar la calidad de vida de estos profesionales empleados los métodos de la técnica de triangulación con cuestionarios abreviados WHOQOL, valor de Perfil socioeconómico y la realización de sesiones de grupos focales. Se trata de una investigación de campo, enfoque cuantitativo y cualitativo explicativo. Un personal de enfermería que trabaja en Uberlândia Hospital Clínico (HC-UFG) de la Unidad de Emergencia (PS) fue elegido como un objetivo de esta investigación, la comprensión de la intensificación de la rutina de trabajo en situaciones de emergencia de emergencia. Siendo un gran puntos institución pública de hospitales y de referencia para la región Triángulo Mineiro, y un sector objetivo cuya dinámica de trabajo son densos, los de los resultados de búsqueda tienen el potencial de diagnóstico para el propósito de promoción de la salud y prevención de enfermedades y lesiones a los trabajadores. En este estudio participaron 127 trabajadores de enfermería de diferentes categorías: asistentes técnicos y de enfermería y enfermeras. Los resultados mostraron que los empleados están satisfechos con la calidad de vida, tanto de los resultados cuantitativos y cualitativos, pero con posibilidades de mejoras antes de los enfrentamientos y dificultades, que se enumeran por sí mismos en la sesión de grupo focal, de diferentes tipos (física , ambiental, social y psicológico). En una perspectiva desplaza los resultados no mostraron diferencias significativas cuando se compararon los datos obtenidos. La investigación mostró la realidad de los trabajadores con características específicas que afectan directamente a la evaluación de la calidad de vida, destacando en este sentido el empleo y el enlace de la educación. La enfermedad "en" y "el" trabajo han sido constante, como lo demuestra la teórica, con implicaciones individuales y colectivos; cuando debruçamos en profesionales de la salud para comprobar las contradicciones entre los procesos de trabajo institucionales y la realización personal que inciden en la atención al paciente. Insta a una mayor investigación de las limitaciones implicadas en los procesos y las relaciones laborales, en general, en la que están inscritos los profesionales de la salud, vislumbrar posibilidades para la crítica y la superación de la enfermedad de elementos que producen.

Palabras clave: El trabajo. Enfermería. Calidad de Vida.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

FAEPU – Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia

GF – Grupo Focal

GFD – Grupo Focal Diurno

GFN – Grupo Focal Noturno

HC-UFU – Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

MT – Medicina do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

PS – Pronto Socorro

PNHOSP – Política Nacional de Atenção Hospitalar

QV – Qualidade de Vida

QVT – Qualidade de Vida no Trabalho

RJU – Regime Jurídico Único

SUS – Sistema Único de Saúde

SO – Saúde Ocupacional

ST – Saúde do Trabalhador

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

UTI/CTI – Unidade de terapia Intensiva/Centro de terapia intensiva

WHOQOL – Organização Mundial de Qualidade de Vida

WHOQOL-abreviado – Questionário de Qualidade de Vida abreviado

WHOQOL-bref – Termo em inglês para questionário de Qualidade de Vida abreviado

Lista de tabelas

Tabela 1. Consolidado geral do Perfil Socioeconômico.....	75
Tabela 2. Análise estatística sobre a variável Idade entre os turnos.....	81
Tabela 3. Análise estatística sobre a variável Tempo de trabalho entre os turnos.	86
Tabela 4. Resultados a partir dos domínios em escala 0-100 (%).	104
Tabela 5. Analogia entre escala de avaliação Likert e escore de resultados 0-100%.....	104
Tabela 6. Resultados do turno diurno dos domínios em escala 0-100 (%).	105
Tabela 7. Resultados do turno noturno dos domínios em escala 0-100 (%).	105
Tabela 8. Aplicação Teste-T entre domínios dos diferentes turnos, escala 0-100 (%).	106
Tabela 9. Análise de facetas selecionadas por turnos.....	107
Tabela 10. Relação de resultados de pesquisas utilizando o WHOQOL-abreviado.	109
Tabela 11. Análise do questionário pelo Coeficiente de Cronbach.....	107

Lista de gráficos

Gráfico 1. Distribuição dos trabalhadores em relação ao gênero (%).	77
Gráfico 2. Distribuição dos trabalhadores em relação à idade (%).	81
Gráfico 3. Distribuição dos trabalhadores em relação ao estado civil (%).	82
Gráfico 4. Distribuição dos trabalhadores em relação à escolaridade (%).	83
Gráfico 5. Distribuição dos trabalhadores em relação ao tempo de trabalho na Instituição Hospitalar (%).	85
Gráfico 6. Distribuição dos trabalhadores em relação à existência de outro vínculo empregatício (%).	87
Gráfico 7. Distribuição dos trabalhadores em relação ao vínculo institucional (%).	88
Gráfico 8. Resultados a partir das facetas em escala 0-100 (%).	106

Lista de quadros

Quadro 1. Relação das questões aos domínios.	58
Quadro 2. Relação dos domínios e facetas do WHOQOL-abreviado.	59

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
CAPÍTULO I – DESENVOLVIMENTO TEÓRICO	15
1. Introdução	16
2. O trabalho e sua relação com a subjetividade.....	17
3. Apresentação do trabalho na atualidade	18
4. Compreendendo a relação trabalho e o adoecimento.....	21
5. Trabalho em Saúde.....	26
6. Entendendo Qualidade de Vida	28
7. Qualidade de Vida no Trabalho	31
8. A equipe de Enfermagem	37
8.1. <i>Contextualização histórica da profissão de enfermagem</i>	38
8.2. <i>O trabalho na perspectiva da equipe de enfermagem trabalhadora em turnos.....</i>	43
8.3. <i>Qualidade de Vida para a equipe de enfermagem</i>	47
9. Apresentação do Setor Saúde e do Pronto Socorro	48
CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO	52
1. Caracterização da pesquisa.....	53
2. Contexto específico da pesquisa.....	54
3. Caracterização dos participantes da pesquisa	56
4. Método Quantitativo: Perfil Socioeconômico e WHOQOL-abreviado	57
4.1. <i>Amostra.....</i>	57
4.2. <i>Método.....</i>	57
4.2.1. <i>Whoqol-abreviado</i>	58
4.2.2. <i>Perfil Socioeconômico.....</i>	61
4.3. <i>Metodologia</i>	61
4.3.1. <i>WHOQOL-abreviado</i>	61
4.3.2. <i>Perfil Socioeconômico.....</i>	64
5. Método Qualitativo: Grupo Focal	64
5.1. <i>Constituição dos participantes para o Grupo Focal</i>	64
5.2. <i>Método.....</i>	65
5.3. <i>Metodologia</i>	66
CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	70
1. Método Quantitativo.....	71

2. Método Qualitativo	71
3. Perfil Socioeconômico.....	74
3.1. Variável Sexo	77
3.2. Variável Idade.....	80
3.3. Variável Estado Civil.....	81
3.4. Variável Escolaridade	83
3.5. Variável Renda Familiar.....	84
3.6. Variável Tempo de trabalho na Instituição Hospitalar	85
3.7. Variável Dupla jornada de trabalho	86
3.8. Variável Vínculo empregatício.....	88
3.9. Constatações na relação entre as variáveis	89
3.9.1.Valorização e reconhecimento profissional	92
3.9.2. Satisfação profissional, trabalho e subjetividade	98
4. Avaliando a Qualidade de Vida: por WHOQOL-abreviado e Grupo Focal.....	103
4.1. Domínio Meio Ambiente	114
4.2. Domínio Físico	116
4.3. Domínio Psicológico.....	120
4.4. Domínio de Relações Sociais	124
5. Perspectiva de turnos: diferenças na percepção sobre Qualidade de Vida.....	129
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	136
REFERÊNCIAS	139
APÊNDICES	150
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	151
APÊNDICE B – Carta Convite	153
APÊNDICE C – Roteiro Grupo Focal.....	154
ANEXOS	156
ANEXO A – Questionário WHOQOL-abreviado	157
ANEXO B – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa	159

APRESENTAÇÃO

Apresento a dissertação de mestrado e sua constituição teórica, desenvolvimento metodológico, exposição dos resultados, análises do banco de dados constituído, além das considerações finais que essa pesquisa permitiu alcançar.

Em uma perspectiva de avaliação da Qualidade de Vida, esta pesquisa lança um olhar sobre os trabalhadores de enfermagem que atuam em um setor de urgência e emergência de um hospital cuja demanda é pública, além de ser referência de atendimento de alta complexidade para a região; com dinâmica de trabalho em escalas por turnos diurno/noturno para oferecer ininterruptamente assistência de saúde.

A formação acadêmica de Bacharel em Enfermagem, a atuação em uma Instituição Hospitalar pública de grande porte e as vivências profissionais no setor de Pronto Socorro nos diferentes turnos, foram os motivadores que contribuíram para a caracterização da pesquisa que se desenvolveu.

Aliou-se a realidade de trabalho da equipe de enfermagem às especificidades de uma unidade de atendimento singular no âmbito da área hospitalar e à jornada de trabalho em turnos, para uma reflexão sobre Qualidade de Vida e promoção de saúde dos trabalhadores.

O adensamento intelectual a partir das atividades desenvolvidas no decorrer do programa de mestrado viabilizou a materialização da pesquisa intitulada “Qualidade de Vida de profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pronto socorro de um hospital público de grande porte”.

O desenvolvimento teórico para esta pesquisa está apresentado no primeiro Capítulo desta dissertação. O alinhamento teórico à conceituação de Trabalho e Qualidade de Vida foi necessário para delinear o posicionamento da pesquisa e servir de substrato para discussão da temática e resultados obtidos. Além da caracterização da conjuntura atual, dos profissionais e da profissão junto ao setor saúde e à unidade a que esta pesquisa se propôs a estudar, constituíram imperativos de conhecimento.

Buscou-se também o embasamento teórico para a formulação de estratégias de investigação que permitissem a aproximação aos protagonistas do cuidado inseridos na assistência hospitalar. Dessa forma, na segunda parte deste conteúdo está descrita a metodologia utilizada, assim como o detalhamento dos recursos metodológicos escolhidos, população, local alvo, aplicação e recursos de análises.

Os resultados e a discussão estão expostos no terceiro Capítulo deste conteúdo, conforme a estratégia metodológica da triangulação de métodos, em que dados das diferentes

naturezas conversam entre si, se complementam, permitindo análises aprofundadas da realidade dos trabalhadores de enfermagem.

E, na última secção do texto foram realizadas as considerações que esta pesquisa possibilitou.

A consolidação da dissertação de mestrado foi resultado de um trabalho árduo que envolveu pessoas, sentimentos, expectativas e que segue para apreciação.

CAPÍTULO I – DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

Se a aparência e a essência das coisas coincidissem, a ciência seria desnecessária.

Karl Marx

1. Introdução

Esse estudo apresenta o trabalho para a vida humana e de seu potencial emancipador e o relaciona com a atual conjuntura política e econômica, que causam implicações nos processos e nas relações de trabalho. Realizando, ainda, uma relação da temática em questão com os trabalhadores da equipe de enfermagem inseridos nessa realidade.

Ao se referir aos sujeitos da saúde, volta-se a atenção aos trabalhadores da saúde. Refletir, em específico, sobre a equipe de enfermagem é decorrente da importância de se pensar na saúde desse trabalhador que está à beira do leito do usuário do serviço de saúde durante as vinte e quatro horas do dia.

Não diferente de outros trabalhadores, os profissionais da enfermagem se encontram sob interferência das tensões e pressões da organização do trabalho. Sob o olhar direto do doente e seus familiares, por historicamente ser uma profissão pouco reconhecida e valorizada, vivendo sob uma lógica de mercado consumista que exigem adequação financeira, pela comumente ocorrência de múltiplos vínculos empregatícios, desemprego, jornada de trabalho noturna, competição e necessidade de qualificação. As condições vivenciadas por esses trabalhadores podem comprometer a Qualidade de Vida e favorecer o adoecer dessa classe.

A questão de turnos é realçada nesta pesquisa, uma vez que, além das condições elucidadas acima, o trabalho da equipe de enfermagem em turnos diurno e noturno constitui uma necessidade em ambientes hospitalares, somando como mais um fator de desgaste e possivelmente de comprometimento da Qualidade de Vida e que se pretende investigar por meio de análise comparativa.

Entende-se ainda, que o comprometimento da saúde desses profissionais pode causar interferências diretas ou indiretas sobre a assistência prestada aos que recorrem aos serviços de saúde em busca de auxílio.

Tendo em vista o exposto, reconhecendo a situação/problema levantou-se a hipótese de que as condições de trabalho, em especial o turno de trabalho, causassem implicações à Qualidade de Vida dos trabalhadores de enfermagem. A partir disso, delinearam-se os objetivos da pesquisa a fim de buscar entendimento sobre o cerne da questão.

Dessa forma, objetivou-se avaliar a Qualidade de Vida dos trabalhadores de enfermagem que atuam em turnos na unidade de Pronto Socorro do Hospital de Clínicas de Uberlândia. E, especificamente, objetivou-se estabelecer Perfil Socioeconômico, conhecer se

o período da atividade profissional tem influência sobre a Qualidade de Vida, investigar as percepções dos sujeitos sobre trabalho e Qualidade de Vida, identificar fatores determinantes e/ou agravantes à Qualidade de Vida e verificar os resultados entre os pares.

Para tanto, realizou-se aprofundamento conceitual e teórico para reflexões sobre a realidade do trabalho que se iniciará a seguir.

2. O trabalho e sua relação com a subjetividade

O trabalho, tendo sua representatividade relacionada à existência e dignificação do ser humano, constitui princípios a serem desenvolvidos nessa pesquisa, assim como relacioná-lo à Qualidade de Vida do indivíduo, em especial à Qualidade de Vida dos trabalhadores de turnos da equipe de enfermagem.

Atualmente, são diversas as concepções que discorrem a respeito do trabalho. Apontamentos que se referem à centralidade do trabalho para o ser humano são referenciais teóricos que alicerçam a argumentação dessa pesquisa.

Para Marx (1971) citado por Antunes (2008) o ser humano inserido na sociedade se relaciona através do trabalho socialmente e com o meio construindo as condições para sua sobrevivência.

“O selvagem tem de lutar com a natureza para satisfazer as necessidades, para manter e reproduzir a vida, e o mesmo tem de fazer o civilizado, sejam quais forem a forma de sociedade, e o modo de produção.” (MARX, 1971 apud ANTUNES, 2009, p. 171).

Marx (1971) referido por Antunes (2008) comprehende o trabalho como uma atividade essencialmente humana e vital para a vida cotidiana, ao considerar o ser humano como consciente e racional, que se organiza e produz bens materiais a partir da natureza, diferente de outras formas de vida.

A ideia de trabalho como um elemento que dá identidade ao ser na sociedade, significado à vida e que o empodera de meios para sobreviver, também é compartilhada por outros autores, dos quais:

[...] o trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc. Em outros termos, para o clínico, o trabalho não é em primeira instância a relação salarial ou o emprego; é o «trabalhar», isto é, um certo modo de engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões (materiais e sociais). (DEJOURS, 2004a, p. 29)

Em sua análise Dejours (2004a) faz um apontamento quanto ao diferente entendimento entre trabalho e emprego. Ao trabalho, compartilha com o ideal Marxista, ao considerar a conquista de dignidade, humanidade e felicidade social. Enquanto ao emprego refere-se ao cargo ou ocupação de um indivíduo dentro da organização empregatícia.

“Trabalhar não é somente produzir; é, também, transformar a si mesmo e, no melhor dos casos, é uma ocasião oferecida à subjetividade para se testar, até mesmo para se realizar.” (DEJOURS, 2004a, p. 30).

Antunes (2008) referiu-se à necessidade do trabalho para a vida humana e de seu potencial emancipador. Fez, ainda, correlações da atual conjuntura política e econômica, que causaram implicações nos processos e relações de trabalho. Fato, esse, que será aprofundado à frente.

O trabalho, assim sumariamente exposto, é uma atividade de grande importância ao ser humano considerando sua subjetividade ao ser abarcado como meio que dá identidade e significância, além de condições de sobrevida. Ele legitima o sujeito trabalhador como um ser agente social, ativo e produtivo.

Contudo, na atualidade, o trabalho vem sendo investigado de forma multidisciplinar, pela sociologia, economia, psicologia, saúde coletiva entre outras áreas, uma vez que se tem comprovações sobre os processos de sofrimento e adoecimento, ou seja, degradação do trabalho, propiciando situações de descaracterização do trabalhador e de sua criatividade. Enfim, a dúvida recai sobre o modo pelo qual está estruturado em função da produção, e que cujas condições do trabalho historicamente têm impactado sobre a condição de saúde do trabalhador.

3. Apresentação do trabalho na atualidade

O lastro histórico de trabalho precário no Brasil, cujas raízes penetram profundamente nas estruturas atuais existentes, somado a um capitalismo que avança com novos ditames, resulta em uma realidade de trabalho precarizado. (SATO; HESPAÑOL BERNARDO; OLIVEIRA, 2008).

Para o entendimento da apresentação atual do trabalho é necessário lançar um olhar, breve, às condições históricas do trabalhar que culminou na atualidade neoliberal e suas repercussões para a saúde do trabalhador.

A história do trabalho passa por diferentes fases de transformações. Desde seu primórdio, quando o trabalho era essencialmente artesanal, baseado na cooperação simples, com um trabalhador que possuía todo o “saber” produtivo e o controle sobre o processo de produção, havendo unidade entre a concepção e execução, mas havendo também um trabalho intenso e sem regras quanto horários e desgaste, justamente por configurar um trabalho independente, quando a produtividade depende de seu esforço individual. A fase da manufatura representou esse movimento de transformação frente ao modelo capitalista, em que ao passo do desenvolvimento do modelo econômico, o trabalho torna-se dividido em tarefas, havendo uma desqualificação do trabalho e afastamento da concepção e execução, com vistas a uma otimização de tempo e produtividade. E em um terceiro momento de transformação do processo de trabalho encontra-se a fase maquinária, com emprego de instrumentos com intensa divisão de tarefas, acentuada desqualificação do trabalhador, substituição de postos de trabalhos por maquinários, inferindo uma condição social desfavorável de desemprego, além de novos ideários de organização de trabalho com a escola científica Fordismo e Taylorismo, efetivando o trabalhador como objeto do processo de produção. Elton Mayo, ainda, intensificou a exploração do trabalhador ao defender uma apropriação velada das condições psicológicas dos trabalhadores com faces ao aumento da produtividade. (CONH; MARSIGLIA, 1993).

A partir do sistema capitalista é acentuado o nível de sofrimento e adoecimento do trabalhador com uma forma de organizar o trabalho que coloca os trabalhadores em situações que servem a produção de lucro e não à satisfação.

As mudanças da organização do processo de trabalho e no próprio modelo produtivo trouxeram mudanças expressivas ao trabalhador, tornando-o um objeto e não mais sujeito, alienando-o frente ao processo produtivo e tornando sua força de trabalho propriedade do capitalista que paga por isso por meio dos salários, transformando-se em uma mercadoria. (MARX, 2013).

Na lógica neoliberal a condição de trabalho passa por profundas transformações.

[...] como respostas do capital à crise dos anos 70, intensificaram-se as transformações no próprio processo produtivo, pelo avanço tecnológico, pela constituição das formas de acumulação flexível e pelos modelos alternativos ao binômio taylorismo/fordismo, entre os quais se destaca para o capital, especialmente, o modelo “toyotista” ou japonês [...]. (ANTUNES, 2009, p. 188).

O modo produtivo de organização do trabalho norteados pelo toyotismo configura na realidade a intensificação da exploração da força de trabalho. Um falso discurso em relação à

participação do trabalhador, à autonomia, ao trabalho em grupo e flexibilidade; quando na verdade busca-se a exploração máxima do trabalhador, por meio da apropriação do corpo e da mente em prol do capital. A exploração é ocultada pelos procedimentos de trabalhos baseados na flexibilização, cooperação e empreendedorismo. (SATO; HESPAÑOL BERNARDO; OLIVEIRA, 2008).

A flexibilização precária, a implementação tecnológica com finalidade para a intensificação da produção através da inserção de padrões de produção sistema “*just in time*”, por exemplo, constituem formas de abuso ao trabalhador, que agora caracterizado por ser polivalente, deve estar prontamente em qualquer posto de trabalho para o desempenho de suas atividades em função do capitalismo. (ANTUNES, 2008).

Com relação ao trabalho precário e trabalho precarizado, Sá (2010) em seu estudo, evidenciou a expansão da noção de precariedade para além da miséria e pobreza, atrelando precariedade às condições de trabalho, aproximando da ideia dos “empregos sem estatuto”.

O cenário é de ineficiência de políticas de proteção ao trabalhador, “O estado, [...], tende a se afastar das intervenções significativas no âmago das relações de produção hegemônicas, onde se localizam as principais fontes para o enfrentamento abrangente da crise social.” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 31).

Nesse panorama de instabilidade estrutural, o trabalhador torna-se alvo das consequências da nova organização do trabalho. Como é mostrado por Antunes e organizadores (2013a), o enfraquecimento das forças sindicais, a informalidade e o desemprego são elementos cruciais da modernidade e impactam na vida do trabalhador. Essa instabilidade econômica e emocional aliada à concepção moralizadora do trabalho, podem se converter em potencializadores de adoecimento.

Sobre essa reflexão da modernidade, Bauman (2001) faz referência ao termo “modernidade pesada” e “modernidade líquida”. O primeiro referindo ao compromisso entre capital e trabalho, fortificado pela mutualidade de sua dependência. Enquanto que na atualidade, expressa uma liquidez que anuncia “[...] o advento do trabalho por contratos de curto prazo, ou sem contratos, posições sem cobertura previdenciária, mas com cláusulas ‘até nova ordem’. A vida de trabalho está saturada de incertezas.” (BAUMAN, 2001, p. 185).

Essa realidade do novo mundo do trabalho amplia “[...] a sensação de descartabilidade e a necessidade de construir meios para competir com o outro, em vista de uma realidade social no qual os postos de trabalho tornam-se cada vez mais escassos.” (DIAS; MANDELLI; SILVA, 2014).

Antunes (2009) apresenta que a relação entre o trabalho e o capital nos dias atuais, em que a reestruturação produtiva do cenário econômico resulta em contradições que circunda o mundo do trabalho, deflagrando condições inadequadas de trabalho.

O ideário de trabalho como elemento central na vida do ser humano, que capacita e apresenta-lhe sentido, constitui uma das faces da atualidade, em contraste, depararmos com processos de trabalho que desumanizam o ser, o aliena, tornando-o um ser que tem no trabalho assalariado um meio e não propósitos de valores. A vitalidade do trabalho é levada à fonte para sobrevivência na sociedade de consumo. (ANTUNES, 2008).

O trabalho passa a ser condição para o consumo, perdendo o estatuto de fim em si, enquanto motor de desenvolvimento social e pessoal. Como consequência, tem-se a perda do sentido do trabalho enquanto motor da ação humana para fins de desenvolvimento e aprendizagens de novos conhecimentos e habilidades. Ele fica subjugado a uma nova esfera de produção: não de mercadorias, mas sim, de bens de consumo. (DIAS; MANDELLI; SILVA, 2014).

Sob a estruturação do trabalho, “[...] se a vida humana se resumisse exclusivamente ao trabalho, seria a efetivação de um esforço penoso, aprisionando o ser social em uma única de suas múltiplas dimensões.” (ANTUNES, 2008).

Frente à instabilidade do tempo presente e às pressões decorrentes da organização do processo de trabalho, Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) consideraram as potencialidades desestabilizadoras do processo de trabalho para a saúde do trabalhador.

Assim, tendo em vista as considerações sobre o trabalho na atualidade, torna-se imperativo que compreendamos criticamente esses processos, uma vez que se pretende analisar os indicadores de Qualidade de Vida diante do constante processo de trabalho desencadeador de processos de adoecimento do corpo físico, além da produção do sofrimento mental.

4. Compreendendo a relação trabalho e o adoecimento

O trabalho está invariavelmente presente, sob diferentes apresentações, meios e fins; ocupando importante parte do tempo de cada indivíduo, representando um elemento essencial e de magnitude na vida em sociedade.

Partindo dos ideais de Karl Marx (2013) o homem faz uso dos recursos contidos na natureza, matéria natural, os modificando com uma finalidade favorável para sua própria vida, transformando assim o meio ambiente no qual está inserido, produzindo, mas, também,

transformando a si mesmo. O trabalho ganha representatividade e centralidade à vida do ser humano propiciando até realização pessoal.

A relação estabelecida entre o trabalho e a doença é mais complexa e, na verdade, faz parte de um processo com múltiplos fatores determinantes. A concepção da doença como resultados da interação de condições biológicas e sociais é assumida para esse entendimento e compartilhada com autores como Asa Cristina Laurell.

[...] sobre a interpretação da determinação do processo de saúde-doença tem que encarar a unidade deste processo, [...], e seu caráter duplo, biológico e social. Isto significa reconhecer a especificidade de cada um e, ao mesmo tempo, analisar a relação que conversam entre si, o que implica em conseguir as formulações teóricas e as categorias que nos permitam abordar seu estudo cientificamente. (LAURELL, 1983, p. 15).

Noriega (1993) também compartilha da dimensão do trabalho e sua magnitude subjetiva no desenvolvimento das capacidades humanas, imaginária e criativa, com viés à sua repercussão na saúde produzindo doença.

A relação do trabalho com o sujeito trabalhador se torna íntima, uma relação de complementaridade, de interferências mútuas. De um lado a subjetividade do trabalho, entendido para o sujeito individual como recurso de identidade, dignidade, humanidade e felicidade social. Do outro lado, o emprego referindo-se ao cargo ou ocupação de um indivíduo dentro da organização empregatícia com remuneração. Essa visão dicotômica proposta por Dejours (2004a) deixa claro as diferentes formas de assimilação do trabalho para o indivíduo imerso no processo do trabalho.

“[...] se em sua gênese o trabalho é expressão de uma atividade vital, em sua concretude histórico-social ele se metamorfoseia, sob os constrangimentos dados pela “segunda natureza” mediada pelo capital, em trabalho alienado e fetichizado.” (MARX, 2004 apud ANTUNES, 2009, p. 265).

“O trabalho social tem uma dupla “natureza”: ele é tanto o trabalho envolvido no processo de produção da sociedade em que se trabalha, que determina socialmente, quanto o trabalho concreto na sociedade vigente, socialmente determinado.” (MAAR, 2006, p. 26).

Essa perspectiva dialética sobre o trabalho evidencia o movimento paradoxal identificando uma produção do adoecimento a partir do trabalho.

[...] há em Marx o reconhecimento de que o trabalho é expressão viva da contradição entre positividade e negatividade, uma vez que, dependendo dos modos de vida, da produção e da reprodução social, o ato laborativo pode tanto criar como subordinar, tanto humanizar como aviltar. É tanto instrumento liberação como fonte de escravidão. Pode tanto emancipar quanto alienar. (MARX, 2004 apud ANTUNES, 2009, p. 265).

A se pensar no aspecto da saúde, dentro da área temática do trabalho, isso se mostra da mesma forma, podendo o trabalho ser fonte de satisfação e prazer, como de dor e adoecimento.

Embora o trabalho possa ser fonte de sofrimento, por outro lado, proporciona vivências de prazer, pois é por meio dele que o ser humano constrói sua vida e se insere no mundo laboral, não somente como forma de sobrevivência, mas também para realização pessoal e profissional. Assim, o trabalho possibilita o processo de formação do indivíduo, em sua produtividade técnica, política, cultural, estética e artística envolvendo a subjetividade. Em certas condições, o resultado da relação do trabalhador com o labor pode desencadear vivências de sofrimento [...]. (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010, p. 1108).

Neste sentido, é importante se pensar sobre a conceituação de adoecimento, dor e sofrimento. Tais conceituações, apesar da diferenciação linguística, refletem um entendimento estreito que vale a pena ser elucidado.

Para Freud (1920) apud Brant e Minayo-Gomez (2004),

[...] o sofrimento é o estado de expectativa diante do perigo e da preparação para ele, ainda que seja um perigo desconhecido (angústia); ou medo quando ele é conhecido; ou susto quando o sujeito topa com um perigo sem estar preparado para enfrentá-lo. Portanto, o sofrimento se configura como uma reação, uma manifestação da insistência em viver em um ambiente que, na maioria das vezes, não lhe é favorável. (p. 215).

“Fruto de uma visão dicotômica, a palavra sofrimento tem sido associada ao psíquico, ao mental ou à alma, enquanto a palavra dor, geralmente, é remetida a algo localizado no corpo.” (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004, p. 215).

Menezes (2012) expõe, a partir de Freud, que o sofrimento humano é mediado pela subjetividade, podendo ele ser criativo ou patológico. Esse estudo não tem objetivo de aprofundamento aos preceitos psicanalíticos, mas há de se saber que a psicanálise contribui com a noção de sofrimento como um processo intrínseco à vida humana, porém com diferentes possibilidades de enfrentamento a partir das percepções individuais, podendo levar às condições patológicas, o adoecimento. As perspectivas da subjetividade individual e coletiva são os fatores de importância que justifica tal esclarecimento para este entendimento.

No contexto do trabalhador, “A transformação do sofrimento em adoecimento pode ser compreendida através do longo percurso do “poder disciplinar” que foi aperfeiçoado como uma nova técnica de gestão dos homens.” (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004, p. 216).

Em uma reflexão retrospectiva sobre o trabalho e sua interface com o processo saúde e doença, nota-se um movimento dinâmico entre avanços e retrocessos. O trabalhador que já foi detentor de todo o processo produtivo se vê subjugado a um posto de trabalho. Ele perde ao

longo do desenvolvimento do modo de produção capitalista sua legitimidade no processo de trabalho, evidenciando a relação do modelo produtivo na determinação do processo de adoecimento do trabalhador.

“Assim, é numa relação primordial de sofrimento no trabalho que o corpo faz, simultaneamente, a experiência do mundo e de si mesmo.” (DEJOURS, 2004a, p. 28).

Para Dejours (2004a) o adoecimento do trabalhador faz jus à lacuna existente ao que ele chama de trabalho prescrito e trabalho real. O sujeito que trabalha reconhece esta distância irredutível entre a realidade e de outro lado as previsões, as prescrições e os procedimentos.

Em uma das bibliografias de Silva (2011) em sua reflexão quanto às considerações feitas por Dejours, apresentou os mecanismos psicológicos de defesa socialmente articulados, “ideologia defensiva”, como estratégias dos trabalhadores de enfrentamento e adaptação à realidade para fazer cumprir as metas de trabalho prescritas. Tais mobilizações de confronto do sujeito com a realidade resultam em processos psíquicos de adoecimento.

Para Dejours (2004b) o enfrentamento da realidade por parte dos trabalhadores mobiliza, de forma individual e coletiva, condições para impedir ou abrandar os desgastes provenientes do labor, da organização do processo produtivo.

Ao aspecto individual as características particulares de personalidade e de condições física refletem formas de enfrentamento, expressão da subjetividade. Os mecanismos de gestão disciplinar do corpo se manifestam de forma diferente em cada sujeito, apesar de serem impostos da mesma forma a todos os trabalhadores, podendo causar prejuízos à saúde.

Em geral, os processos de trabalho são feitos de objetos e meios de atividade laboral de trabalhadores (o trabalho em si) e uma forma de organização e divisão do trabalho. De como estes quatro elementos se combinam dependem em grande medida as características dos trabalhadores de saúde e doença. (NORIEGA, 1993, p. 66. Tradução nossa).

A realidade do trabalhador é cruel uma vez que não sendo percebidas e levadas em conta tais características individuais, o trabalhador adoece. Para entender essa situação deve-se considerar que a competitividade e a insegurança ao vínculo empregatício fazem que muitos trabalhadores se sujeitem às condições desgastantes que vão além do limiar suportável; fazem com que eles tratem suas doenças de formas caseiras, veladas aos olhos do empregador, ou não as tratam “simplesmente”, pois o adoecer pode ser visto como má-fé, ainda mais quando o acometimento não é físico e sim de um quadro mental em que os danos não são visíveis a olho nu.

Reações como tensão, pressão, sensação de fracasso, impotência, stress, fadiga, medo e insegurança frente à informalidade, aos contratos temporários e ao desemprego; são

exemplos de acometimentos físicos e psíquicos oriundos do trabalho. (DEJOURS, 2004a; ANTUNES, 2009).

As relações sociais de trabalho também constituem aspectos que vão dar sustentação à qualidade de vida, satisfação, realização pessoal, ou concorrer para o sofrimento diante a ocorrência de competitividade entre os próprios trabalhadores, que são incitadas pelos ditames do trabalho.

Os distúrbios psíquicos constituem uma das novas formas de adoecimento em ascensão no contexto atual, ao lado de outros acometimentos antigos como as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho. A saúde mental relacionada ao trabalho ainda é uma área de conhecimento aplicado que precisa crescer, visto a dificuldade do reconhecimento e estabelecimento de nexos causais para determinação de transtornos mentais relacionados à atividade profissional. (SILVA, 2011).

Quanto ao aspecto coletivo, as manifestações dos trabalhadores são percebidas como rearranjos de enfrentamento às previsões do trabalho. “A solidariedade e o compromisso de ordem ética que se estabelecem nos coletivos microssociais de trabalho desempenham também um papel fundamental nessa dinâmica, fortalecendo igualmente a vertente da saúde.” (SILVA, 2011, p. 65).

Porém as mobilizações de trabalhadores se vêem cada vez mais fragilizadas pela concorrência entre eles próprios, incitada pelos empregadores e expressa por meio de metas a serem alcançadas, demandas de trabalho em grupo; além de sindicados desmantelados, a informalidade e o desemprego, que faz que acatem as condições de trabalho em vigência. (ANTUNES, 2009).

“Com a evolução do trabalhar, sob o império das novas formas de organização do trabalho, de gestão e de administração específicos do neoliberalismo é, nolensvolens¹, o futuro do homem que está comprometido.” (DEJOURS, 2004a, p. 33).

As políticas públicas de intervenção em prol do trabalhador agravam o cenário com ações fragilizadas de promoção de saúde e prevenção de doenças aos trabalhadores.

O campo da Saúde do Trabalhador (ST) é considerado recente e é resultado de um caminhar que iniciou a partir da Medicina do Trabalho (MT), passando à Saúde Ocupacional (SO) até avançar ao campo da ST.

Historicamente as respostas aos problemas de saúde oriundos do trabalho partiram da perspectiva da MT e SO, as quais se prendem as explicações

¹A expressão “nolensvolens” refere-se a uma locução latina que significa “quer queira, quer não queira” equivalente a “querendo ou não querendo”. (DICIONÁRIO PRIBERAM, 2015).

parciais da relação do agravo com o trabalho e considera ora o trabalhador como culpado por ter adoecido ou se acidentado, ora o agravo como intrínseco a uma realidade intransponível, como se o mal fosse parte de determinadas atividades laborativas, obscurecendo as verdadeiras causas. Partem também do papel do Estado que se põe como regulador do modo de produção e de circulação das mercadorias para que a força de trabalho, força produtiva, possa ser poupada, minimamente, criando, assim, regras e normas a serem seguidas nos ambientes de trabalho e no meio ambiente. (LOURENÇO, 2009, p. 25).

Lourenço (2009) apresentou o avançar histórico, entre progressos, recuos e interferências, na configuração do campo da ST. Campo, este, que se configurou para análise crítica da realidade, embasado a partir dos próprios trabalhadores, estabelecendo correlações nas relações sócio-históricas, com ações preventivas e não meramente assistencialistas, com a aproximação dos serviços de saúde ao trabalho, a inserção legal da saúde do trabalhador como atribuição da saúde pública fazendo parte de ações do Sistema Único de Saúde (SUS).

Vasconcellos, Oliveira e organizadores (2011) destacam problemas na institucionalização da saúde do trabalhador para a realidade no SUS, quando

A incompreensão do próprio SUS como a instância do aparelho de Estado responsável por uma política nacional para a área, centrada no direito à saúde, é um deles. Outro aspecto é a formação de quadros técnicos voltados para um mercado da saúde ocupacional que acaba por modelar uma visão corporativa e empresarial não alinhada com um entendimento da relação saúde-trabalho como um problema relevante de saúde pública. As estruturas do Estado, fragmentadas entre si, a baixa intersetorialidade, a arena política dominada por bolsões de hegemonia corporativa da saúde ocupacional e o próprio comportamento intrainstitucional desarticulado no aparelho da saúde são problemas também presentes. (p. 446).

Dessa forma, compartilha-se com Dejours (2004b, p. 138): “O trabalho jamais é neutro, [...]. Ou joga a favor da saúde ou, pelo contrário, contribui para sua desestabilização e empurra o sujeito para a descompensação.”

Sob esse prisma, a “centralidade do trabalho é percebida na construção de identidade, na relação de si mesmo e na saúde mental – ou mesmo na saúde somática.” (DEJOURS, 2004b, p. 138).

Entendendo o trabalho como um elemento que possui implicações diretas à saúde do indivíduo, ocorre a necessidade e importância de reflexões sobre a temática. A se pensar sobre a complexa realidade dos trabalhadores exposta, uma reflexão especificamente sobre os trabalhadores em saúde se iniciará.

5. Trabalho em Saúde

A equipe de saúde desempenha um trabalho com foco à manutenção e restabelecimento da saúde dos indivíduos, atuando em diferentes níveis de atenção e com ações diversas. Formada por multiprofissionais, esta equipe presta assistência de saúde.

O setor de saúde, não distante da realidade neoliberal, sofre influências diretas.

Os serviços públicos como saúde, energia, educação, telecomunicações, previdência etc., também sofreram, como não poderia deixar de ser, um significativo processo de reestruturação [...]. O resultado parece evidente: intensificam-se as formas de extração de trabalho, ampliam-se as terceirizações, metamorfoseiam-se as noções de tempo e de espaço também e tudo isso muda muito o modo como o capital produz as mercadorias, sejam elas materiais ou imateriais, corpóreas ou simbólicas. (ANTUNES, 2009, p. 249).

A comercialização da saúde, de seus procedimentos, produtos, rejeitos e sujeitos é uma realidade que está imbricada à lógica do modelo produtivo.

O trabalhador em saúde presta serviço e seu trabalho não se materializa em um produto. “Serviço não é, em geral, senão a expressão para o valor de uso particular do trabalho, na medida em que este não é útil como coisa, mas como atividade.” (ANTUNES et al., 2013b, p. 136).

Porém, que ainda assim, improdutivos pelo viés materialista, os setores de serviços, como o da saúde, são essenciais para as dinâmicas do modo produtivo e das necessidades da sociedade.

Neste sentido, Antunes (2009) fez considerações quanto à diferenciação entre trabalho vivo que se refere ao trabalho humano, e o trabalho morto que diz respeito ao maquinário científico-tecnológico; e a tendência quanto à redução do primeiro ao segundo.

Ao passo que muitos cargos de trabalho são substituídos pela noção de trabalho morto, informatizado, na área da saúde a introdução de tecnologias, que também está amplamente presente, não desabilita a necessidade humana à assistência em saúde, não podendo ser substituída pelo maquinário tecnológico, apesar deste servir como importante subsídio para o serviço em saúde. Dessa forma, mostra-se um setor com presença ampla de trabalho vivo.

Porém, uma realidade de exploração é evidenciada: “[...] exatamente porque o capital não pode eliminar o trabalho vivo do processo de criação de valores, ele deve aumentar a utilização e a produtividade do trabalho de modo a intensificar as formas de extração de sobrecarga [...]” (ANTUNES, 2009, p. 120).

Além dessas constatações para a equipe de saúde, ao ampliarmos a visão para os resultados do trabalho desses profissionais nos deparamos com circunstâncias de desvalorização e não reconhecimento do fruto do trabalhar em saúde por diferentes razões e

agentes, como por exemplo, descontinuidade do acompanhamento das ações em saúde individuais e coletivas que esbarram em enfrentamentos diversos como adesão ao tratamento e políticas públicas ineficazes, fazendo os resultados se encontrarem diluídos podendo passar despercebidos.

Tendo em vista o exposto, o trabalho se mostra como um dos fatores sociais de relevância ao relacioná-lo ao setor saúde e suas implicações diretas e indiretas ao sujeito trabalhador em saúde.

A partir desse ponto, com relação ao trabalho e suas implicações ao trabalhador, iniciará um aprofundamento teórico sobre Qualidade de Vida e sua relação com o indivíduo trabalhador.

6. Entendendo Qualidade de Vida

Refletir sobre Qualidade de Vida (QV) e relacioná-la com o trabalho constitui a temática a ser desenvolvida nesse item, na busca por compreender os constituintes que corroboram para a satisfação do indivíduo.

A partir da Organização Mundial da Saúde (OMS) o Grupo de Qualidade de Vida (WHOQOL) definiu QV como: “A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (THE WHOQOL GROUP, 1995 apud FLECK et al., 2008, p. 25).

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 8).

O aprofundamento dos conhecimentos a cerca do conceito QV evidenciou a multiplicidade de sentidos referidos ao termo, entendendo que as diferentes abordagens partiam do entendimento e interesses subjetivos às perspectivas teóricas sobre a temática.

A introdução do conceito de qualidade de vida na área da saúde encontrou outros construtos presentes afins, os quais tiveram um desenvolvimento independente e cujos limites não são claros, apresentando várias intersecções. Alguns são distorcidos por uma visão eminentemente biológica e funcional, como o status de saúde, status funcional e incapacidade/deficiência; outros são eminentemente sociais e psicológicos, como bem-estar, satisfação e felicidade. Um terceiro grupo é de origem econômica, baseando-se na teoria da ‘preferência’ (utility). A qualidade de

vida apresenta intersecções com vários desses conceitos, mas seu aspecto mais genérico (a saúde é apenas um de seus domínios) tem sido apontado como o seu grande diferencial e sua particular importância. (FLECK et al., 2008, p. 21).

Abordagens econômicas, psicológicas, biomédicas e gerais ou holísticas, também foram caracterizadas como as principais noções de QV, conforme anunciadas por Pereira, Teixeira e Santos (2012).

Por meio do estudo desses autores acima citados, foi apresentado que a abordagem econômica tem os indicadores sociais como os principais elementos que definem o bem-estar da população. Já na concepção psicológica são levadas em consideração as aspirações dos sujeitos para determinação de sua QV, sendo os indicadores sociais determinantes indiretos. Sob a égide biomédica, QV se refere ao impacto da saúde na capacidade de se viver. (DAY; JANKEY, 1996 apud PEREIRA: TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 242).

No caso da abordagem holística ou geral,

O conceito de qualidade de vida é multidimensional, apresenta uma organização complexa e dinâmica dos seus componentes, difere de pessoa para pessoa de acordo com seu ambiente/contexto e mesmo entre duas pessoas inseridas em um contexto similar. Características como valores, inteligência, interesses são importantes de serem considerados. Além disso, qualidade de vida é um aspecto fundamental para se ter uma boa saúde e não o contrário (RENWICK; BROWN, 1996 apud PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 243).

Condições básicas mínimas de vida como moradia, transporte, vestimenta, alimentação, educação, lazer, trabalho, constituição familiar, relações interpessoais, além de elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva, descrevem as facetas que alicerçam a sobrevivência de um indivíduo. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 10).

Algumas considerações sobre o termo QV o abordam como sinônimo de saúde, e fazem referência a qualidade de vida em saúde, considerando que,

“Ao utilizarmos conceitos amplos de saúde, como o da OMS, em que saúde é ‘um status de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade’ (OMS,1946), as medidas de status de saúde passam a ter muitos pontos de intersecção com as de qualidade de vida.” (FLECK et al., 2008, p. 21).

“Os estudiosos do tema têm buscado e sugerido diferentes metodologias para o tratamento científico de um conceito tão complexo e que tem a subjetividade como característica importante.” (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 242).

Entende-se que o termo é subjetivo aos sujeitos e organizações, porém seguem aspectos gerais comuns, evidenciando um padrão hegemônico ao se tratar de QV, refletindo uma preeminência da semântica do conceito na atualidade.

A se pensar na sociedade capitalista,

É preconizado pelo mundo ocidental, urbanizado, rico, polarizado por um certo número de valores, que poderiam ser assim resumidos: conforto, prazer, boa mesa, moda, utilidades domésticas, viagens, carro, televisão, telefone, computador, uso de tecnologias que diminuem o trabalho manual, consumo de arte e cultura, entre outras comodidades e riquezas. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 8).

É reconhecida a diversidade cultural que existente, apesar da globalização que vem imprimindo uma uniformidade no mundo, entretanto, a visão de mundo utilizada para esta pesquisa vai de encontro com a realidade dos sujeitos que estão inclusos neste estudo: os preceitos culturais e econômicos da sociedade capitalista.

Trata-se da hegemonia sob o prisma do capitalismo, com ideários de consumismo e materialismo, assim como de modelos de comportamento saudável e estilo de vida que também vão ao encontro com o modo produtivo.

Sob esse contexto, estão indivíduos que são envolvidos às veiculações dos padrões capitalistas. Uma sociedade freneticamente ligada durante vinte e quatro horas por dia, em que se ressalta o que *ter*.

Condições essas que estão mascaradas nas relações amigáveis com o capital. Expressando a contradição, os conflitos e as diferenças de interesses do conceito de QV na atualidade.

A partir do exposto, é acolhida por esse estudo uma noção ampliada de QV.

“Portanto, a qualidade de vida é um conceito amplo, que incorpora de maneira complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais dos indivíduos e suas relações com características predominantes do ambiente.” (THE WHOQOL GROUP, 1994 apud FLECK et al., 2008, p. 35).

Conceito este que está em consonância com os referenciais teóricos sobre trabalho, já apresentados anteriormente, com os recursos metodológicos para o desenvolvimento da pesquisa científica que será apresentado à frente, além de ir ao encontro com os aspectos da atualidade, também considerados neste estudo, ao ser reconhecido que são múltiplas as facetas que contribuem para a QV, sendo o trabalho uma dessas.

Diante disso, será apresentada a seguir a relação entre QV e a realidade específica do trabalho.

7. Qualidade de Vida no Trabalho

Compreendendo que o termo QV em questão é composto por diferentes conceituações, foi elaborado formas de classificações por literatura específicas que visavam organizar noções específicas que se destacam dentro do universo da QV. (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 242).

Inicia-se uma reflexão de um componente específico e focalizado, a se pensar a partir do entendimento geral do conceito de QV, que se trata da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

Quando vista de uma forma focalizada, QVT coloca em evidência a centralidade da relação do trabalho para determinação de boas condições para se viver, indo ao encontro à conceituação de centralidade do trabalho assumida nessa pesquisa.

O trabalho além de ser um dos elementos que compõem o cenário para uma vida com qualidade, ele também se constitui como um importante fator que propicia as condições para o alcance dos demais elementos de sobrevivência e bem-estar do indivíduo e da coletividade.

A relação em destaque, QV e trabalho, é histórica, influenciada pelos movimentos de evolução do caminhar humano pelos modos produtivos.

Desde os primórdios da acentuação do trabalho, um olhar foi lançado para essa relação haja vista as implicações diretas da atividade profissional desempenhada na QV do trabalhador, assim como sua relação inversa também é verdadeira.

Os trabalhadores constroem e partilham sentidos sobre a realidade vivida com a finalidade não apenas de interpretá-la, mas também de transformá-la, sentidos esses que expressam suas identidades sociais e culturais e não são abstrações puras, porque tanto são gerados quanto se integram às suas experiências e práticas cotidianas, refletindo e constituindo reflexos da estrutura social, da ideologia e da cultura que as sustentam. (SCOPINHO, 2009, p. 605).

Nesse momento resgata-se a evolução da forma de produção para alocarmos a discussão que se segue.

Da produção artesanal à produção tecnológica, passando pelas fases manufatureira e maquinaria, houve um distanciamento da concepção total do trabalho por meio das divisões de tarefas, que se tornaram cada vez mais acentuadas com o desenvolver dos modos de produção tornando o trabalhador irreconhecível à concepção final. Formas abusivas de

trabalho com cargas horárias desregulamentadas, ambientes inapropriados fisicamente como também psicologicamente, a se pensar nas pressões, formas controle e inseguranças vivenciadas. Condições essas que favorecem as formas de adoecimento, físico e/ou mental, que foram chamando a atenção para reflexões sobre a saúde do trabalhador e sobre a QVT. (COHN; MARSIGLIA, 1993; ANTUNES, 2009).

Com as reformulações produtivas, neoliberalismo, alterações das formas de organização de produção fazendo referências aos modos de produção fordista, taylorista, toyotista e a teoria das relações-humanas de Elton Mayo; evidenciou-se que a preocupação pelo “ser” trabalhador, suas condições de trabalho e expectativas de vida, foi na verdade negligenciadas pela supremacia da produtividade, geração de lucros e competitividade. (ARAÚJO, 2009).

Por meio de práticas que visam o bem-estar velado do trabalhador pode estar o conceito de QVT.

À primeira vista o conceito nos remete à preocupação com o trabalhar, mas estudiosos sobre o tema elucidam que as práticas humanizadas podem se mostrar enquanto repercussões do modelo de produção na intensificação da exploração do trabalhador.

As primeiras teorias sobre QVT começaram a ser publicadas entre os anos 1950 e os anos 1970. [...]. Buscava-se encontrar formas de administrar as pessoas para maximizar lucros e alinhar o potencial dos empregados aos objetivos empresariais. Nesse período, a Psicologia Organizacional procurava mostrar que programas de QVT desenvolvidos nas empresas gerariam melhor saúde física e psíquica aos trabalhadores e que isso traria ganhos de produtividade. (PADILHA, 2009, p. 551).

“[...] a fim de explorar e espoliar eficazmente o trabalhador, é preciso inventar relações aparentemente amistosas com ele.” (ARAÚJO, 2009, p. 580).

Políticas de QVT, em organizações públicas e privadas, que se resumem a aulas de ioga, ginástica laboral, massagens, salas de descanso, dança, artesanato ou coral, antes, durante ou depois do expediente de trabalho, não só têm um ‘caráter assistencial’, como também são ‘meios’ para (supostamente) se alcançar ganhos de produtividade. (PADILHA, 2009, p. 555).

Dessa forma as novas estratégias de gestão para QVT são adotadas para alívio momentâneo, vistas como encenação, modismo gerencial, medidas paliativas, superficiais, ações assistencialistas, meio para maquiar problemas, disfarce da insalubridade, válvulas de escape, ações meramente analgésicas, que não vão ao encontro das causas que provocam injúrias ao trabalhador. (PADILHA, 2009; ARAÚJO, 2009; LACAZ, 2010; SCOPINHO, 2009).

Araújo (2009), ainda, faz uso de duas expressões que caracterizam a situação vivenciada na atualidade do universo do trabalho, “manipulação-sedução” e “teatro da humanização do trabalho”, referindo-se a humanização da gestão da força de trabalho por meio de ações que buscam uma conciliação forjada entre trabalho e capital.

A partir dos gerenciadores do modo de produção, cujo olhar visa à produtividade e bom desempenho funcional do trabalhador, para superarem a preocupação com a relação do trabalho com a geração de adoecimento e acometimento da vida do trabalhador, lançam ações pontuais que não atendem as necessidades dos sujeitos trabalhadores em sua plenitude. (PADILHA, 2009; ARAÚJO, 2009; LACAZ, 2010; SCOPINHO, 2009).

Atualmente, o trabalho não oferece condições para que os trabalhadores realizem o processo de adaptação biopsicossocial necessário para garantir a vida. (SCOPINHO, 2009).

Scopinho (2009) esclarece sobre a multiplicidade de sentidos em relação à QVT, assumindo sentidos a partir de dois diferentes pólos de interesses, sendo um referente ao gerencial e de outro lado o dos trabalhadores.

O termo assume diferentes sentidos a depender dos diferentes atores. Aos olhos do assalariado, a noção de QVT supera a superficialidade e visa alterações às condições de trabalho com reflexos a outras extensões da vida individual e coletiva. Por condições de trabalho entende-se que,

[...] são as circunstâncias do ambiente – de natureza física, química, biológica, mecânica, ergonômica, psíquica – que desafiam e mobilizam as capacidades biopsicossociais e culturais dos trabalhadores para atingir os objetivos da produção. Da interação dos trabalhadores com estas condições, tanto pode resultar em desgaste ou adoecimento quanto em desenvolvimento de potencialidades psicofísicas, a depender da lógica de organização do trabalho e do grau de controle que eles possam exercer sobre ele. (LAURELL E NORIEGA, 1989; DEJOURS et al., 1994 apud SCOPINHO, 2009).

Do ponto de vista do trabalhador e da saúde do trabalhador há uma ampliação da compreensão da realidade que permitem diagnósticos e formulações de enfrentamento da situação de trabalho degradante que acomete a população trabalhadora causando adoecimento físico e mental.

Esses trabalhadores buscam por seu reconhecimento na atividade laboral que desempenham e para quem trabalham, vislumbrando repercussões que vão para além do trabalho propriamente dito, como para satisfação pessoal e para formulações de expectativas de melhores condições sociais e econômicas.

Como expressão de movimentação dos próprios trabalhadores e suas avaliações coletivas das condições de trabalho e na busca por mudanças que expressassem controle no

trabalhar e melhorias que fosse para além do setor de trabalho, entendendo a relação íntima entre o trabalho e as mais diversas dimensões da vida humana, estabeleceu-se uma visão ampliada de QVT.

A noção de controle, segundo Sato (1991) apud Lacaz (2000), é compreendida como a possibilidade de mobilizações das potencialidades dos trabalhadores em reconhecerem os incômodos oriundos do trabalho, que os fazem sofrer, adoecer, morrer; assim como da possibilidade de transformação da realidade a partir da tomada de consciência, se tornando sujeitos ativos nas situações degradantes de trabalho.

[...] dos elementos que explicitam a definição e a concretização da qualidade (de vida no) do trabalho, é o controle – que engloba a autonomia e o poder que os trabalhadores têm sobre os processos de trabalho, aí incluídas questões de saúde, segurança e suas relações com a organização do trabalho – um dos mais importantes que configuram ou determinam a qualidade de vida (no trabalho) das pessoas. (LACAZ, 2000, p. 154).

“O exercício do controle tem tanto uma face objetiva (poder e familiaridade com o trabalho), como uma face subjetiva, ou seja, o limite que cada um suporta das exigências do trabalho.” (SATO, 1991 apud LACAZ, 2000, p. 154).

O processo de adaptação dos trabalhadores frente às situações de trabalho, mobilizam a criatividade dos profissionais como forma para enfrentamento da realidade. (DEJOURS, 2004a).

Para o empregador, a noção de QVT supera o ideário humanista para servir de argumento que permita o “bem-estar” do trabalhador com vista a aumentar a produtividade. Imprimem uma ideia deturpada de trabalhador ativo, participativo, flexível, por meio de ações motivacionais, de liderança e de trabalho em equipe, fazendo relação à flexibilização do trabalho e do trabalhador, evidenciando o acirramento da exploração do trabalhador. (LACAZ, 2010).

Scopinho (2009) reafirma a dicotomia a se pensar em QVT, considerando a não materialidade e a relatividade do conceito de QV, quando a ideia do termo perde-se à dinâmica de mercado, regulador do capital e do curso de vida das pessoas.

A evolução das técnicas e meios de trabalho intensificou a exploração do trabalhador e o ideário capitalista sustenta que tal situação permaneça.

A atuação superficial das práticas de QVT acende uma reflexão crítica sobre os objetivos velados das ações.

A partir dos referenciais estudados, o trabalho é central na vida do ser humano em que por meio dele se tem a possibilidade de concretização de necessidades subjetivas e materiais assim como de realização pessoal. Mas, um questionamento surge: que trabalho é esse?

Na maioria das vezes o trabalho se torna apenas uma atividade desempenhada pela necessidade e não por afeição. O não reconhecimento do trabalhador na sua atividade diária pode torná-lo vazio, construindo circunstâncias desprovidas de expectativas.

No trabalho, as relações que se estabelecem, algumas vezes, não são saudáveis, pois são ambientes de trabalho que incitam relações de competição, de tensão e de subordinação. Não se tem voz, e se for para pensar que seja em prol das atividades organizacionais, pois também se apoderam das potencialidades criativas dos trabalhadores.

Pode se tornar penoso trabalhar para grande parte da população. Acordar cedo e ir de segunda à sexta-feira ao trabalho, pode ser ainda pior, uma vez que, na atualidade o trabalho não possui limites de horário e nem dias da semana. Trabalha-se de domingo a domingo, de manhã, de tarde ou até mesmo à noite; podendo ser na indústria, na loja, no supermercado, no hospital ou mesmo em casa. Mas, para quem é esse tipo de trabalho?

O trabalho está para todas as horas, para todos os dias e para todas as pessoas, sob essas configurações. A forma como está apresentado aos trabalhadores não se torna meramente uma questão de escolha, mas uma condição, uma determinação da sociedade, a depender da oportunidade de emprego, da formação profissional, do local e horário de trabalho, da remuneração. O a-sujeitamento é uma resposta à concepção reafirmada à população. Mas, por que a perpetuação dessa situação?

As respostas são muitas: porque é preciso alimentar, ter uma casa, um carro, educação, viajar, ir à academia, ter uma roupa, outra roupa para outra determinada ocasião, um tênis funcional para correr, um outro tênis para caminhar, uma bolsa, um celular com tecnologia de ponta, um relógio.... Ou simples, porém não menos complexo, para atender à lógica do mercado e o ímpeto do consumo e a manutenção ou conquista de um *status social*.

Mas, como relativizar tudo isso para poder viver na sociedade atual? Essa é a grande questão. Acredita-se que o temerário cenário para ser alterado requer do empoderamento dos sujeitos trabalhadores, mentes pensantes, críticas e capazes por meio das micropolíticas, ações pontuais exequíveis que vão causando transformações nas realidades locais. E, ao se pensar em proporções mais amplas, poder, então, sensibilizar mais amplamente pessoas, organizações e políticas.

Padilha (2009, p. 558) sugere que seria oportuno que as organizações visualizassem, frente à problemática, a QVT “como um benefício direto à saúde e à vida dos trabalhadores,

procurando atuar nas causas dos problemas ('fim') sem que precisassem atrelar essas políticas a uma justificativa de aumento de produtividade ('meio')."

Um plano de ações é exposto a seguir como forma de enfrentamento dos problemas geradores de mal-estar ou sofrimento no trabalho:

1) mudança de mentalidade: disposição dos gestores para remover concepções e valores cristalizados no contexto organizacional; 2) indissociabilidade entre produtividade e bem-estar: resgatar o papel ontológico do trabalho como vetor histórico de construção de identidade, concebendo produtividade como algo indissociável da felicidade no trabalho; 3) modelo antropocêntrico de gestão no trabalho: os trabalhadores devem ser os protagonistas dos resultados e devem ser reconhecidos e estimulados a ser criativos, autônomos. Eles devem participar efetivamente das decisões que afetem o bem-estar individual e coletivo; 4) cultura organizacional do bem-estar: a implementação de QVT requer uma política de comunicação que estimule e dissemine uma cultura organizacional centrada em valores voltados ao bem-estar individual e coletivo; 5) sinergia organizacional: a implantação de uma política de QVT deve envolver todo o organograma da organização de forma e implicar todos os gestores e dirigentes, especialistas e até sindicatos. (FERREIRA, 2006 apud PADILHA, 2009, p. 558).

Padilha (2009) ainda ressalva que para se desenvolver um trabalho que remeta bem-estar, plenitude ou emancipação no sujeito trabalhador é necessário que as formas de exploração do trabalho próprias do modelo produtivo vigente sejam superadas.

"Aos que sonham com uma sociedade livre das promíscuas relações que se estabelecem em função das regras impostas pelo jogo da acumulação privada do trabalho e da riqueza gerada pelo trabalho, os desafios são enormes." (PADILHA, 2009, p. 560).

Muitos autores já relacionaram o desempenhar do ofício com quadros de mal-estar, revelando o trabalho na atualidade como aquele que aprisiona o sujeito em uma prisão sem cela.

Compartilha-se com Santos (1999) que fez suas considerações sobre o tempo pós-moderno: "Os desafios são de fato, problemas fundamentais a reclamar por soluções fundamentais [...].", "Não é uma tarefa fácil e nem uma tarefa individual."

Portanto, a mobilização de ações coletivas no interior da realidade dos indivíduos se configura em atuações possíveis e para isso debruçarmos o olhar para conhecer a realidade se torna de fundamental importância.

Conhecer as configurações que permeiam o campo do trabalho constitui recurso necessário para compreender suas implicações à avaliação, em uma perspectiva geral, sobre qualidade de vida.

Assim, a seguir se apresentará a realidade da equipe de enfermagem que investigaremos nesta pesquisa científica.

8. A equipe de Enfermagem

A equipe de enfermagem é composta por diferentes categorias de profissionais que assumem funções que podem ser complementares até distintas e privativas. Fazem parte da equipe o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e o parteiro, titulares de diplomas ou certificados nos termos da lei, inscritos no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) da respectiva região, conforme Decreto-lei nº 94.406/87 que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, sobre o exercício da enfermagem.

Esses profissionais executam ações de saúde que primam pelo cuidado às necessidades de saúde dos pacientes, desde as mais basais com higiene, conforto, orientações de saúde, até as ações mais complexas como assistência à pacientes críticos, consultas e prescrições de enfermagem.

As deliberações de funções específicas para cada categoria profissional são norteadas por lei, porém a título de esclarecimento todas as ações de enfermagem são de competência do enfermeiro, incluindo ações de maior complexidade técnica, sendo algumas desempenhadas privativamente por ele, enquanto ações de complexidades medianas são executadas pelos técnicos de enfermagem e as funções com nível de execução simples são desenhadas pelos auxiliares de enfermagem. Os parteiros participam, sob supervisão, da assistência à gestante, parto e pós-parto além de cuidados ao recém-nascido. (COFEN, Decreto-lei nº 94.406/87).

A equipe de enfermagem tem o enfermeiro enquanto profissional referência aos demais, técnicos e auxiliares de enfermagem, enquanto chefe, supervisor, executor e administrador da dinâmica de trabalho desta equipe.

As funções técnicas são em geral realizadas por técnicos e auxiliares de enfermagem, compondo assim o maior quantitativo de trabalhadores que compõem a equipe de enfermagem.

A função de parteiro não será tratada nesta pesquisa por essa se referenciar ao âmbito hospitalar onde esta função da enfermagem não se concretiza.

No entanto, apesar das especificidades, são categorias profissionais que se complementam e somam na assistência final prestada ao paciente.

O cargo de auxiliar de enfermagem na atualidade por vezes encontra-se em discussão. A realidade é que cada vez menos escolas de formação emitem o certificado de auxiliar de enfermagem, oferecendo o curso de formação técnica em contrapartida. Além disso, existe um mercado que contrata menos a categoria de auxiliar de enfermagem diante as restrições de habilitações técnicas desses quando comparado aos técnicos de enfermagem.

Ainda sobre isso, recentemente a Lei nº 13.328 de 29 de julho de 2016 tornou público no artigo 44 a decisão de extinguir os cargos de auxiliares de enfermagem do plano de carreira dos cargos técnicos administrativos em Educação no âmbito das Instituições Federais de ensino. (BRASIL, Lei nº 13.328/16).

Essa realidade, ao ponto de vista da qualificação profissional, significa que habilitar cada vez mais os trabalhadores de enfermagem se torna relevante ao mercado de trabalho atual, no entanto, evidencia também uma problemática aos trabalhadores enquadrados nesta função diante um mercado mais restrito.

Existem ações do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estimulando a transição de auxiliares para técnicos de enfermagem, para dar resposta a essa realidade.

Este fato evidencia enfrentamentos dessa equipe, assim como, o trabalho na enfermagem esbarra em problemáticas de bases históricas quanto ao reconhecimento e valorização profissional, como será exposto a seguir.

8.1. Contextualização histórica da profissão de enfermagem

Apresentar um breve histórico do avançar das práticas de enfermagem se faz necessário para adiante estabelecer relação com a temática do trabalho, trabalho em turnos e QV, considerando o enraizamento da trajetória histórica da enfermagem na estruturação atual da profissão.

Não tem como iniciar esse retrocesso histórico sem primeiro refletir sobre a questão da saúde e da doença, que constituem os reais motivos para a existência da profissão. Diante disso, é necessário fazer considerações históricas sobre ambos os termos.

As primeiras civilizações habitavam um ambiente hostil e desfavorável, com ameaças naturais latentes. As práticas de saúde eram ações para manutenção da sobrevivência, instintivas, desempenhadas sem conhecimento específico nas fases da vida de maior vulnerabilidade: no nascimento e no envelhecimento. Tais circunstâncias favoreceram aos primeiros indícios da divisão sexual do trabalho, quando homens mais providos de força física

se aventuravam a enfrentar o ambiente que oferecia risco. (PILARTE; SÁNCHEZ, 2014, p. 1182)

[...] os homens dedicavam-se ao trabalho externo que requer maior esforço físico e as mulheres ocupavam-se do âmbito mais próximo, especialmente de tudo o que está mais relacionado com o cuidado, circunstância essa que marcou o devenir da história. (PILARTE; SÁNCHEZ, 2014, p. 1182).

Práticas de saúde mágico-sacerdotais eram as características do pós-período primitivo. “Essas práticas permaneceram por muitos séculos desenvolvida nos templos que, a princípio, foram simultaneamente santuários e escolas, onde os conceitos primitivos de saúde eram ensinados. Posteriormente, desenvolveram-se escolas específicas para o ensino da arte de curar.” (ABEN-PE, 2016).

Explicações mágicas e ligadas à religiosidade eram as formas para explicar a ocorrências das doenças, uma vez que não tinham recursos para conhecimento de causas que explicassem o acontecimento delas. A doença foi relacionada a formas de castigo divino e de ordem religiosa. As práticas como curandeirismo, feitiçarias, por meio de rituais como exorcismos, penitências, orações e unções para afastar os maus espíritos, para a purificação da alma, eram dispensadas aos doentes por mulheres, religiosos, escravos e indígenas. (CAVALCANTI et al., 2014).

[...] o conceito de doença ou deficiência física tinha um componente mágico, devido ao sistema de mitos, crenças e superstições que o homem antigo inventa, como modelo de controle ideológico para reduzir o temor, para explicar os fenômenos da natureza que não se podia explicar. Neste contexto, a doença é interpretada como um mal produzido por espíritos ou um castigo dos deuses. Cada doença ia unida à superstição, o doente era atendido por familiares e estes recorriam ao bruxo, curandeiro ou xamã. (PILARTE; SÁNCHEZ, 2014, p. 1183).

A igreja justificava os cuidados prestados aos doentes como forma de redenção aos pecados e garantia de salvação, por meio das práticas de caridade. A visão do cuidar como forma de caridade, de amor ao próximo e de humildade adotada pela igreja é que se fundamenta a história da enfermagem, onde o leigo, principalmente as mulheres solteiras e viúvas, executava os cuidados dentro desse conceito de altruísmo. (CAVALCANTI et al., 2014).

Um conhecimento acerca da doença era desestimulado pelas considerações religiosas. “As práticas médicas eram consideradas desnecessárias, as medidas terapêuticas foram substituídas pelo conforto espiritual, portanto, a morte era considerada uma libertação do sofrimento.” (CAVALCANTI et al., 2014).

Neste período, “[...] quanto à Enfermagem, as únicas referências concernentes à época em questão estão relacionadas com a prática domiciliar de partos e a atuação pouco clara de mulheres de classe social elevada que dividiam as atividades dos templos com os sacerdotes.” (ABEN-PE, 2016).

Com o avançar dos tempos surgiram às primeiras instituições para abrigar os doentes, funcionando também como forma de isolamento social dessas pessoas. Ligadas às organizações religiosas e pautadas na filosofia de amor ao próximo, sem conhecimentos científicos que fundamentasse suas práticas. Marco histórico da introdução de cuidados de enfermagem nos hospitais. (TONINI; FLEMING, 2002, p. 131)

[...] ao aparecimento da Enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosos abrange o período medieval compreendido entre os séculos V e XIII. Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceitos pela sociedade como características inerentes à Enfermagem, abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos que dão à Enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio. (ABEN-PE, 2016).

A prática de saúde, antes mística e sacerdotal, passa agora a ser um produto desta nova fase, baseando-se essencialmente na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico - que desencadeia uma relação de causa e efeito para as doenças - e na especulação filosófica, baseada na investigação livre e na observação dos fenômenos, limitada, entretanto, pela ausência quase total de conhecimentos anatomo-fisiológicos. (ABEN-PE, 2016).

“Com o nascimento do cristianismo e a visão político-ideológica da Igreja o exercício da prática médica pelas curandeiras passou a não ser reconhecido e mais ainda, perseguido.” Essas mulheres cuidadoras passaram a ser perseguidas e mal vistas, até sacrificadas.” (GOMES et al., 2013).

O avançar dos tempos trouxe o desenvolvimento da ciência, progresso social e intelectual, evolução das práticas de saúde baseadas em evidências de causa e efeito, que constituíram fator de crescimento também para a área da enfermagem. A partir do século XIX a enfermagem surge como prática profissional institucionalizada ao ser constatado que os cuidados em relação à higiene, condições ambientais assépticas, cuidados aos procedimentos realizados; se não realizados não garantiriam sobrevivência dos enfermos. (GIOVANI, 1995 apud TONINI; FLEMING, 2002, p. 132).

Em um contexto de insalubridade urbana e guerra, ao final do século XIX, surgiu um nome de grande importância para a história da enfermagem, Florence Nightingale. No período de guerra havia hospitais militares cujos cuidados aos enfermos eram realizados por homens militares sem preparos adequados resultando em mortes nos campos de batalha.

A enfermagem moderna nasceu, ligada a guerra, e Florence Nightingale é considerada a sua precursora. Nos hospitais militares ingleses, Florence exerceu a função de superintendente e selecionou as enfermeiras para executarem os cuidados aos doentes. Realizou brilhante trabalho na organização do hospital, transformando espaços que até então era destinado a depósitos de feridos em verdadeiros espaços para recuperação da saúde dos soldados. (TONINI; FLEMING, 2002, p. 132)

Implantou medidas de higiene ambiental, enfermarias arejadas, roupas de cama e pessoais lavadas e melhor alimentação hospitalar. Criou espaços para atividades e leitura. Foi pioneira na criação de métodos e normas aos cuidados com o doente e o ambiente. Utilizava uma lâmpada para cuidar dos doentes no período noturno ficando conhecida como “a dama da lâmpada”. (CAVALCANTI et al., 2014). Objeto, este, que se tornou símbolo do curso de enfermagem nos dias atuais.

A necessidade de sistematizar o cuidado foi evidenciado por Florence e a prática e ensino para dar assistência ao enfermo foi sendo institucionalizada e exigida.

“A Enfermagem, para Nightingale, era uma arte que requeria treinamento organizado, prático e científico; a enfermeira deveria ser uma pessoa capacitada a servir à medicina, à cirurgia e à higiene e não a servir aos profissionais dessas áreas.” (COSTA et al., 2009, p. 662).

A partir desse panorama apresentado, uma reflexão que se refere especificamente ao Brasil se iniciará.

No Brasil, a organização da enfermagem começou no período colonial estendendo-se até o século XIX. Os cuidados aos doentes eram exercidos na maioria dos casos por escravos, que auxiliavam os jesuítas, que também exerciam as funções de médicos e enfermeiros. As ervas medicinais eram a base do tratamento terapêutico. (CAVALCANTI et al., 2014).

Em meados de 1543 foram instituídas as primeiras Santas-Casas de Misericórdia. A assistência prestada era dissociada de saberes científicos, sendo que o saber prático delineava o cuidado aos enfermos. As ações eram desempenhadas por leigos como os próprios indígenas, escravos e voluntários sob a supervisão de religiosos. (TONINI; FLEMING, 2002).

No século XIX, Ana Néri se destacou em suas práticas de enfermagem também em um ambiente de guerra, assim como Florence Nightingale. Sendo precursora da enfermagem enquanto profissão institucionalizada no país.

A trajetória histórica da enfermagem até a atualidade evidencia marcas à sua estruturação que se mantém ainda hoje. Inicialmente pode-se citar o contingente maioritário feminino na prática da profissão. O histórico de ações de cuidar de outras pessoas sempre foi praticado em sua essência por mulheres como foi brevemente apresentado.

A enfermagem e as enfermeiras não são mulheres na sua maioria por acaso. Tanto quanto a situação feminina, em sentido amplo, a enfermagem, as enfermeiras e os enfermeiros são produtos de uma construção complexa e dinâmica da definição de “ser” da enfermagem e das relações entre os sexos. Os valores simbólicos e vocacionais são um exemplo de concepção de trabalho feminino baseada em um sistema de qualidades, ditas naturais, que persistem a influenciar o recrutamento majoritariamente feminino da área. (LOPES; LEAL, 2005, p. 115).

“A maioria das escolas de enfermagem de nível superior só aceitava mulheres como alunas, e utilizava-se a denominação enfermeira para se referir a essa profissional.” Fato este que se transformou a partir da reforma universitária, ocorrida em 1968. (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006, p. 298).

Fatores esses, que justificam o cenário atual em que o gênero feminino ainda é maioria dentre os profissionais de enfermagem, mesmo considerando a inserção crescente do gênero masculino à prática de enfermagem.

A entrada dos homens a profissão não deve passar despercebida aos olhares críticos da realidade exposta por Padilha, Vaghetti e Brodersen, (2006, p. 298): “Esses homens passaram a assumir cargos de direção e chefias nas instituições de saúde e entidades de classe e, também, o termo enfermeiro passou a ser utilizado na linguagem da profissão e nos textos escritos sobre enfermeiras e enfermeiros.”

Inserindo reflexões sobre a desigualdade de gênero em termos de valorização social e financeira, mesmo em uma classe cuja maioria é feminina.

A profissão padece, ainda, com a subjugação a outras profissões e ao desmerecimento da sociedade.

A realidade desmerecedora lapida aos trabalhadores de enfermagem situações de trabalho densas, com dupla ou até mesmo triplas jornadas de trabalho, favorecendo o adoecimento psíquico e físico.

“[...] a ideologia da enfermagem, desde sua origem e, em particular, a Ana Neri, para os brasileiros, significa: abnegação, obediência, dedicação. Isso marcou profundamente a profissão de Enfermagem – o enfermeiro tem que ser alguém disciplinado e obediente. Alguém que não exerce a crítica social, porém console e socorra as vítimas da sociedade. Por essa razão, os enfermeiros enfrentam sérias dificuldades de ordem profissional, desde as longas jornadas de trabalho, baixos salários comparados aos de outros profissionais do mesmo nível, enfim, sua organização política é frágil e quase sem autonomia.” (GERMANO 1984 apud GOMES et al., 2013, p. 25)

A enfermagem “quando foi institucionalizada então, toda essa característica feminina do cuidado é transmitida à profissão que é vista como uma extensão da medicina e, portanto, a ela submissa.” (GOMES et al., 2013).

A relação que existe entre as práticas médicas (tratamento) e as da enfermagem (cuidado) traduz, por exemplo, as ligações que existem entre natureza e legitimidade, entre gênero, classe e poder. A (re)construção cotidiana do poder médico e a dominação que exercem as práticas do tratar sobre as práticas do cuidar se articulam na dupla conjunção entre sexo e classe. Esta conjunção define os conteúdos das primeiras – masculinas, científicas, portadoras de valores de verdadeira qualificação profissional – frente às segundas – associadas às “qualidades” femininas, empíricas, etc. (LOPES; LEAL, 2005, p. 112).

As condições socioeconômicas e culturais se mostraram determinantes para a concepção da profissão da enfermagem. Um histórico de avanços em contraste com a perpetuação do caráter histórico apresentado.

O ensino frente a esse processo teve papel fundamental desde a institucionalização da enfermagem como profissão, no sentido de ampliar em termos de alcance e permitir o aprofundamento do conhecimento específico na área, padronizar técnicas de assistência e organizar os membros da equipe conforme atribuições.

A legislação também contribui para o estabelecimento de direitos, deveres e proibições; norteadamento de ações em conformidade ao modelo de saúde instituído.

E, quando se propõem uma análise reflexiva sobre a realidade da profissão, a educação profissional e a constituição curricular, são protagonistas na formação de profissionais capacitados e críticos ao enfrentamento da realidade de desvalorizaçãoposta.

Conhecer o caminho histórico da enfermagem permite saber da realidade dessa classe trabalhadora e serve de subsídio para as discussões que se seguem, iniciando a reflexão sobre a enfermagem e sua relação com o trabalho.

8.2. O trabalho na perspectiva da equipe de enfermagem trabalhadora em turnos

Como já visto, o trabalho representa uma atividade essencial ao ser humano. Por meio dele os indivíduos se relacionam e adquirem as condições para a manutenção da sua sobrevivência. (MARX, 1971, citado por ANTUNES, 2008).

A enfermagem, não diferente dos outros trabalhadores também está inserida no contexto socioeconômico e cultural atual, que causam influências à estruturação das atividades profissionais assim como à individualidade e coletividade desses sujeitos trabalhadores.

O trabalho da equipe de enfermagem tem como característica um processo organizativo influenciado pela fragmentação, ou seja, segue os princípios taylorizados e tem como objeto de trabalho o sujeito doente. Assim, esses profissionais se deparam constantemente com sofrimentos, medos, conflitos,

tensões, disputa pelo poder, ansiedade e estresse, convivência com a vida e morte, longas jornadas de trabalho, entre tantos outros fatores que são inerentes ao cotidiano desses trabalhadores. (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010, p. 1108).

“A enfermagem é considerada uma profissão que sofre o impacto total, imediato e concentrado do stress, que advém do cuidado constante com pessoas doentes, situações imprevisíveis, execução de tarefas, por vezes, repulsivas e angustiantes [...].” (MENZANI, 2006, p. 328).

Da interação do enfermeiro com a equipe, paciente e instituição de saúde destacam-se os possíveis estressores presentes no exercício da profissão no âmbito hospitalar, os quais poderão interferir tanto na qualidade de vida do enfermeiro, como nas ações de enfermagem. A preocupação com o stress no exercício profissional do enfermeiro hospitalar relaciona-se a multiplicidade das ações desenvolvidas por este trabalhador, associadas às exigências do mercado de trabalho, da estrutura das organizações, da equipe de trabalho e dos pacientes, bem como a importância que a satisfação no trabalho exerce na vida pessoal e social deste indivíduo. (SARTURI, 2009, p. 29).

Tais questões somadas ainda às condições inadequadas de trabalho como àquelas relacionadas à organização de trabalho, sobrecarga, alta demanda, deficiência de estrutura física e de recursos materiais e humanos; configuram enfrentamentos dessa equipe de trabalhadores.

A equipe de enfermagem para desempenhar suas funções está exposta a diferentes agentes, sejam eles físicos, químicos e/ou biológicos, que possibilitam o adoecer relacionado ao trabalho, as doenças ocupacionais.

As doenças que o trabalho gera aos profissionais de enfermagem constituem a maior causa de afastamento do trabalho, sendo elas em ordem de ocorrências: Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho, Síndrome de Burnout, Depressão, Afecções do Trato Respiratório, Afecções do Trato Urinário e Dermatoses. A evolução dessas doenças pode acarretar ao trabalhador uma incapacidade parcial, levando o trabalhador ao absenteísmo, e em muitos casos, incapacidade permanente, com aposentadoria. (TEIXEIRA; CASANOVA; SILVA, 2014, p. 23).

Os principais adoecimentos enfrentados pela enfermagem resultam tanto do adoecer físico como psíquico, podendo inviabilizar o trabalhar havendo necessidade de afastamento do trabalhador. Porém, ainda, tem-se um panorama perverso que responde à vulnerabilidade que cerca o mundo do trabalho, quando os trabalhadores se apresentam a seus postos de trabalho, mesmo adoecido.

[...] contrapondo-se ao absenteísmo, tem-se o presenteísmo, que designa a condição em que as pessoas comparecem ao ambiente laboral, porém realizam as atividades inerentes às suas funções de modo não produtivo, ou seja, não apresentam bom desempenho por problemas físicos e mentais relacionados ao trabalho. (UMANN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012).

Com implicações às suas atividades de trabalho, as respostas dos trabalhadores às pressões do trabalho refletindo sobre a assistência prestada, no trabalhar em si, que quando não executado com excelência pode ser danoso.

Na Enfermagem, o significado do Trabalho abrange, além das experiências do cotidiano da prática, os aspectos inerentes ao processo de cuidar e administrar, que, no âmbito hospitalar, se caracteriza por ser contínuo, com atividades ininterruptas durante as 24 horas, distribuídas em turnos de revezamento. (VEIGA; FERNANDES; PAIVA, 2013, p. 19).

Diferentemente da economia de mercado, em que o trabalho em turnos pode representar diferencial de produtividade e lucratividade, a área da saúde depende dessa forma de organização de trabalho para que possa ser garantida, aos pacientes, assistência em período integral. (SILVA et al., 2011b, p. 271). Assim, a organização do trabalho em turnos diurno e noturno constitui uma realidade para os trabalhadores da enfermagem.

A jornada de trabalho noturna representa uma inversão nos padrões normais de vida, quando maior parte do período ativo do dia acontece no momento em que o corpo deveria estar repousando.

O trabalhador ao inverter o ciclo sono-vigília em decorrência do trabalho noturno, ou seja, dormir durante o dia e trabalhar à noite, induz a uma dessincronização interna dos ritmos biológicos e circadianos, bem como favorece conflitos de ordem social, pois nossa cultura é predominantemente diurna. (REGIS FILHO, 2002, p. 71).

Conforme discorreu Regis Filho (2002) em seu estudo, fisiologicamente o corpo tem suas funções controladas por fatores endógenos, que constituem o relógio biológico, e mudanças nesse mecanismo provocam algumas alterações orgânicas, seja na temperatura, nos hormônios, na psiquê, no comportamento ou no desempenho pessoal. O mesmo autor ainda elucida que tal alteração de turno reflete na ocorrência dos elevados níveis de estresse, insônia, sonolência excessiva, distúrbios de humor, alteração de hábitos alimentares, distúrbios gastrointestinais e cardiovasculares, problema de relacionamentos familiares, conjugais e sociais.

As implicações da escala de trabalho noturno giram em torno do processo de dificuldade do organismo em se adaptar às alterações de hábitos de sono.

Conforme análise feita por Pimenta e outros (2012) foi verificado que os profissionais que desempenhavam suas funções à noite tinham maior prevalência de hipertensão arterial comparados aos que trabalhavam durante o dia, havendo maior vulnerabilidade de ocorrência de doenças cardiovasculares àqueles profissionais.

Somado a isso, o desempenho profissional pode ser afetado pelo hábito noturno. “O serviço noturno, apesar de imprescindível para a atividade de enfermagem, traz consequências para a saúde do trabalhador podendo afetar a qualidade da assistência prestada.” (LISBOA et al., 2010, p. 482).

A organização do trabalho em turnos pode apresentar-se como um elemento que viabiliza condições contraditórias, uma vez que pode representar como fator favorável ao considerarmos as necessidades dos trabalhadores, porém, também pode representar um fator de desgaste físico e mental diante postos de trabalhos na jornada de trabalho noturna.

A enfermagem imersa na contemporaneidade segue a lógica do mercado de consumo, comprometendo sua QV. O trabalho noturno apesar de estar presente conforme uma necessidade para a assistência finda por servir de oportunidade/facilidade para os trabalhadores corresponderem as necessidades desse mercado, de uma sociedade de consumo de bens e serviços, podendo citar a ocorrência de múltiplos vínculos empregatícios.

A problematização da temática gira em torno das implicações sobre a vida biopsicossocial desses trabalhadores.

É importante, então, que os profissionais de enfermagem entendam que o sofrimento e o prazer são sentimentos dialéticos no trabalho e sua compreensão é de grande relevância para a promoção da saúde dos trabalhadores e para a melhoria da qualidade da assistência prestada. O conhecimento dos fatores causadores de prazer e sofrimento pode ser o ponto de partida para que as organizações e os próprios trabalhadores impulsionem o labor em um sentido mais prazeroso e colaborativo e, consequentemente, mais humano para si mesmos. Pode-se, assim, evitar doenças quer sejam físicas ou psíquicas, relacionadas ao sofrimento no trabalho. (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010, p. 1111).

O trabalho visto por sua historicidade e pelos seus aspectos da contemporaneidade subsidiou discussões sobre os impactos causados aos profissionais de enfermagem.

Com implicações na saúde individual, com ameaça os vínculos familiares e que, por conseguinte, influi na assistência prestada aos usuários/pacientes; o trabalho se torna importante objeto de estudo com vista ao aprofundamento dos saberes e práticas, às possibilidades de intervenções que minimizem danos e promova condições saudáveis de vida.

No ensejo dessa questão preocupa-se com a saúde dos trabalhadores imersos nessa realidade. Cada qual em sua área, e fazendo jus a isso busca-se na perspectiva da área de enfermagem uma reflexão e um despertar para a temática partindo da coletividade.

Conscientização, empoderamento, ação; um olhar sobre a temática que não deve ser apenas romântico e relativizado pelas condições atuais, mas exequível.

As alterações de ordem cronológica da organização da vida ativa são contrárias às funções biológicas normais e ao cotidiano social, alavancando o trabalho como causador de danos à saúde do trabalhador de enfermagem. Cabendo, assim, reflexões sobre a QV desses trabalhadores.

8.3. Qualidade de Vida para a equipe de enfermagem

Ao refletirmos QVT para a equipe de enfermagem, cabe compreender o conceito:

O conceito de qualidade de vida no trabalhado passa por noções de motivação, satisfação, saúde e segurança no trabalho e envolve recentes discussões sobre novas formas de organização do trabalho. A expressão qualidade de vida no trabalhado é frequentemente aplicada nas organizações para justificar uma diversidade de mudanças e que nem sempre visa o bem-estar do trabalhador. (SCHMIDT; DANTAS, 2006, p. 55. Grifo nosso).

A esse respeito, para profissões de saúde,

[...] qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Isso porque, em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente, isto é, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja minorando consequências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 15).

Guardadas as proporções epistemológicas do conceito, as reflexões sobre a QV possibilitam a busca por mudanças nos processos de trabalho e na prevenção de situações de risco, por exemplo. E permitem, ainda, ser fundamentada na conceituação de promoção de saúde.

A promoção de saúde estimula a articulação transversal de vários entes individuais e coletivos diante dos riscos; reconhece a necessária equidade entre demandas territoriais e aspectos culturais. As estratégias propugnadas pela promoção da saúde vão de encontro às vulnerabilidades coletivas, pois incorporam a “participação e controle social na gestão de políticas públicas.” (BRASIL, PNPS, 2006, p. 16).

Uma reflexão sobre o trabalho e sua correlação com a equipe de enfermagem com foco a se pensar sobre a QV desses trabalhadores, demonstra a contradição do trabalho, sob a égide da centralidade identitária aliada à satisfação das necessidades cotidianas, que em sua interface com a redução da QV, expõe o profissional ao adoecimento biopsicossocial.

“Ao examinar a qualidade de vida no contexto de trabalho de enfermagem atual, depara-se com fatores inusitados, tais como a rapidez das transformações, acirramento da

competição, maximização dos lucros que repercutem na vida do trabalhador.” (FARIAS; ZEITOUNE, 2007, p. 488).

Inclusos na lógica neoliberal, discorrer sobre QV pode se tornar um desafio, sobretudo se tratando da equipe de enfermagem que além das relações tensionadas que o trabalho proporciona, se encontram imersos na realidade econômica que demanda respostas às necessidades culminando em condições que acirram o quadro de comprometimento da QV como, por exemplo, a ocorrência de múltiplos vínculos, acontecimento comum ao se tratar da equipe de enfermagem e do trabalho em turnos.

O trabalho de turnos se configura como uma necessidade, assim como, pode representar uma situação de desgaste. O trabalho noturno entra novamente em questão pela sua determinação à QV, “Em relação aos desequilíbrios orgânicos, a alteração no padrão do sono destacou-se como fator significativo para desgastes de natureza física e psíquica.” (NEVES, et al., 2010, p. 45).

A QV dos profissionais de enfermagem constitui importante tema de reflexão, considerando a importância desses trabalhadores no setor saúde e que esses devem estar preparados para o desempenho profissional, entendendo que a vida pessoal e profissional pode estar influenciada.

Desta forma, o estudo se justifica pela urgência de elaboração de análises críticas e propositivas do processo saúde-doença-cuidado sob o prisma da promoção da saúde e da construção da QV da equipe de enfermagem, considerando sua importância na equipe multiprofissional de saúde e a clientela assistida por esses profissionais.

Esta pesquisa tratará dos profissionais de enfermagem que atuam no âmbito hospitalar, ou seja, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, especificamente no setor de pronto atendimento médico e de urgência e emergência, chamado Pronto Socorro. Sobre este, teceremos considerações a seguir.

9. Apresentação do Setor Saúde e do Pronto Socorro

“O sistema público brasileiro de atenção à saúde organiza-se, segundo suas normativas, em atenção básica, atenção de média e de alta complexidade.” (MENDES, 2011, p. 50).

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, Portaria nº 4.279, 2010).

A realidade da atenção em saúde do Brasil se estrutura em redes, tendo a premissa da atenção básica enquanto porta de entrada no sistema de saúde, com ações visando prevenção e promoção de saúde.

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, conte cole a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas. (BRASIL, Portaria nº 4.279, 2010).

Diferente da atenção médica-curativa e assistencialista de anteriormente que, porém, deixou marcas enraizadas até na atualidade. Vemo-nos em um longo processo de readequação das políticas públicas e adaptação de usuários do serviço neste entendimento.

A configuração da sociedade atual vem reforçando as iniquidades em saúde, agravando situações desfavoráveis ao processo saúde e doença na população.

“Essa crise medular dos sistemas de atenção à saúde explica-se por fatores históricos, culturais e técnicos.” (MENDES, 2011, p. 45).

A problemática do sistema de saúde é apontada como,

A incoerência entre uma situação de saúde que combina transição demográfica acelerada e tripla carga de doença, com forte predominância de condições crônicas e um sistema fragmentado de saúde, voltado principalmente para as condições agudas e agudizações de condições crônicas. As situações das condições de saúde revelam uma importância relativa crescente das condições crônicas no quadro epidemiológico. Os principais fatores determinantes do aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas. (MENDES; 2011, p. 28).

A busca por alicerçar as práticas de saúde na atenção básica se mostra como importante ferramenta, com ações preventivas e de promoção, agindo precocemente junto à população, podendo assim abrandar o panorama atual e futuro da saúde.

Apesar das objetivadas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, uma assistência especializada a agravos de saúde, o que configura a atenção terciária, é necessária para compor a atenção em redes.

Os desafios neste último nível de atenção são os mesmos diante sua organização em termos de fluxo de atendimento, área de abrangência, financiamento e redes regionalizadas.

Os hospitais são a representação desse nível de atenção e para entendimento,

Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela

assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilidade e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. (BRASIL, Portaria nº 3.390, 2013).

Segundo Foucault (1986) apud Veronese (2007), o hospital surgiu como uma ferramenta que possibilita o exame incondicional, e promove o surgimento epistemológico da medicina.

A epistemologia humana foi possível a partir do disciplinamento do indivíduo, que aconteceu em instituições como a escola, os quartéis e o hospital. A disciplina é o controle do corpo do indivíduo, da constituição de suas subjetividades, a partir da forma em que se trabalha o corpo detalhadamente, exercendo sobre ele uma coerção contínua, a partir de cada gesto, atitude e movimentos. São elementos constituintes da disciplina a vigilância, a sanção, o adestramento e o exame. (FOUCAULT, 1986 apud VERONESE, 2007, p. 4442).

Na atualidade, os ambientes hospitalares passaram por transformações,

[...] da condição simples de casa de recuperação ou enclausuramento de enfermos para o “hospital hotel”, e o sujeito um hóspede e não paciente. O atendimento “hotelaria hospitalar” se caracteriza por ser uma filosofia que busca manter a integração do sujeito com seu macro-ambiente, mesmo quando este está impedido de conviver com sua rotina de atividades. (VERONESE, 2007, p. 4443).

A (re)organização social dos ambientes hospitalares, caracterizou-se por “[...] uma filosofia que busca manter a integração do sujeito com seu macro-ambiente, mesmo quando este está impedido de conviver com sua rotina de atividades.” (VERONESE, 2007, p. 4444).

Neste sentido, trazemos à tona uma reflexão crítica quanto à precarização da política de saúde do setor público, os desajustes organizativos e de financiamento, descaracterizando os hospitais como ambientes humanizados e que respondem efetivamente às demandas e necessidades da população. O modelo privado, em contrapartida, um modelo de concepção hoteleira e que se contrapõem e revela a realidade dizimada dos setores de saúde pública.

Diante este panorama temos trabalhadores da saúde, em si, que estão perdendo status, reconhecimento e valorização por conta da precarização do trabalho.

A atenção terciária ainda sofre com altas demandas que pode ser resultado da fragilidade de estruturação do sistema de saúde.

“Não é possível organizar os hospitais terciários de urgência e emergência sem retirar, deles, o grande número de pessoas portadoras de urgências menores [...].” (MENDES, 2011, p. 209).

Conforme a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as portas hospitalares de urgência e emergência deverão implementar

acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas. (BRASIL, Portaria nº 3.390, 2013).

A unidade de Pronto Socorro (PS) representa, no âmbito do serviço hospitalar, o local para atendimento às demandas de saúde, inclusive de urgência e emergências.

O pronto socorro (PS) é uma unidade bastante estressante, visto que demanda muita agilidade, conhecimento e segurança dos profissionais que lá atuam, para garantir uma assistência adequada ao paciente que necessita de atendimento imediato. É um ambiente agitado, onde as condições de trabalho nem sempre são as mais adequadas, e que possui uma demanda muitas vezes maior que a prevista. (MENZANI, 2006).

O trabalhar em setores que exigem resposta rápida e imediata demanda dos trabalhadores um desempenhar profissional particularizado que somado às questões de ordem estrutural e organizacional pode resultar em desgaste.

Além disso, o resultado do trabalho desenvolvido pode tanto resultar em uma percepção imediata, quando se tem o restabelecimento da vida e funções biológicas vitais, como pode, ao mesmo tempo, resultar em um processo descontinuado do cuidado diante às transferências possíveis do paciente/usuário à outros setores de atenção e cuidado. Cenários, estes, de trabalho que constituem a rotina da enfermagem.

[...] um PS é um setor com uma dinamicidade específica. Suas rotinas, aliadas à grande demanda de pacientes e à problemática do sistema de saúde como um todo, apontam para um processo de trabalho diferenciado, com a necessidade de uma equipe multiprofissional altamente qualificada e articulada para atender as necessidades da clientela que ali aporta. (MONTEZELI, 2009, p. 36).

Inserido nesse contexto se encontra a equipe de enfermagem que desempenham suas atividades profissionais.

Esta pesquisa se tratando especificamente deste nível de atenção à saúde, porém com fins que visam à promoção de saúde dos trabalhadores de enfermagem, considerando as potencialidades de acometimento desses profissionais diante um local de trabalho com intensos fatores que predispõem ao adoecimento tanto físico quanto mental, justificou a necessidade de aprofundamento a esta a temática.

CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO

Querem que vos ensine o modo de chegar à ciência verdadeira? Aquilo que se sabe, saber que se sabe; aquilo que não se sabe, saber que não se sabe; na verdade é este o saber.

Confúcio

A presente pesquisa busca conhecer a realidade dos profissionais de enfermagem atuantes em um hospital público de grande porte, trabalhadores em turnos da unidade de pronto atendimento médico e de urgência e emergência, com o fim de verificar a Qualidade de Vida (QV), utilizando, para isso, instrumentos de coleta de informações que subsidiam as discussões e fomentam a reflexão acerca da influência do trabalho desempenhado na qualidade de vida do profissional de enfermagem.

Com o objetivo de avaliar a QV dos trabalhadores de enfermagem, objetiva-se, especificamente, dimensionar a qualidade de vida, traçar o Perfil Socioeconômico, conhecer as percepções dos sujeitos sobre trabalho e qualidade de vida, identificar fatores determinantes e/ou agravantes à qualidade de vida e comparar os resultados entre os turnos.

A partir desse momento será apresentada a constituição da pesquisa e de sua trajetória metodológica, desde a sua caracterização, contexto, sujeitos, processos, assim como a apresentação dos instrumentos metodológicos, seus fins, meios e modos de análises.

1. Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa explicativa, uma vez que reconhecemos e consideramos a existência de pesquisas referentes ao tema em tela que contribuíram para o adensamento dos repertórios de análise crítica dos processos que impactam, por exemplo, nos componentes da qualidade de vida e nas percepções demonstráveis pelos próprios sujeitos colaboradores da pesquisa.

É caracterizada também como pesquisa de campo, quando se tem o envolvimento com os sujeitos por meio de coleta de dados, com a aplicação de instrumentos de obtenção de informações e conhecimento da realidade, associado ao arsenal bibliográfico que permite embasamento teórico sobre o objeto de estudo. (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Utilizou de métodos de forma combinada, quantitativo e qualitativo, para a obtenção de dados para ampliar a compreensão dos conteúdos processados e da realidade em investigação.

A realização de combinação de métodos de pesquisa é conhecida como triangulação de métodos e é tida como a superação entre a dialética do positivismo e comprensivismo, uma relação entre opostos que são complementares, apesar das diferenças técnicas, que, no entanto, permite sínteses com foco ao objeto de investigação, configurando uma estratégia de investigação. (MINAYO, 2005).

[...] se a relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não se reduz a um *continuum*, ela não pode ser pensada como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais, possam ser analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos” e aprofundadas em seus significados essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa. (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247).

Em resumo, a abordagem quantitativa refere-se à configuração matemática, positivista, e a abordagem qualitativa faz referência a fundamentos epistemológicos, cujos sentidos são dados pelos próprios sujeitos da pesquisa a partir do fenômeno em estudo. (SEVERINO, 2007; MINAYO, 2010).

A utilização conjunta das duas abordagens de pesquisa vem se mostrando importante, pois se complementam, ao considerar que a quantidade sofre em algum momento mudanças de aspectos qualitativos, evidenciando interferências mútuas, conforme considerações de Marconi e Lakatos (2010).

A análise quantitativa permite obter dados mensuráveis estatisticamente sobre a investigação e amplia a compreensão do fenômeno e sujeitos em estudo. Somando-se a isso os dados qualitativos evidenciam a apreensão dos sujeitos acerca da compreensão de si mesmos em relação ao fenômeno em estudo. Ou seja, os impactos do trabalho na sua qualidade de vida, representando uma visão ampliada sobre a complexidade da temática em destaque.

Para tanto, a pesquisa aconteceu em duas etapas, com aplicação de instrumentos de coletas de dados diferentes em cada momento, sendo um com resultados para análise quantitativa, que se refere à obtenção de dados referente ao Perfil Socioeconômico e à aplicação do questionário WHOQOL-abreviado (ANEXO-A). E, outro para análise qualitativa por meio da realização de duas sessões de Grupo Focal (GF), sendo uma realizada com o turno diurno e outra com o turno noturno.

Para cada etapa foi utilizada abordagem e aplicação de técnica específica, assim como, diferente constituição amostral.

2. Contexto específico da pesquisa

Para a realização da pesquisa buscou-se um local de importância pública e com densidade profissional, para que os resultados obtidos fossem relevantes e representativos. Por este motivo um Hospital público de referência na região adstrita do Triângulo Mineiro,

em uma cidade de grande porte, Uberlândia-MG, foi determinado como local para realização da pesquisa.

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), de caráter universitário,

[...] possui 520 leitos e mais de 50 mil m² de área construída. Maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Minas Gerais, e terceiro no *ranking* dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC). É referência em média e alta complexidade para 86 municípios da macro e micro regiões do Triângulo Norte. (HC-UFU, 2015).

Dada a representatividade da Instituição Hospitalar em questão buscou-se realizar o estudo em um setor cujas características contribuíssem com o objetivo da pesquisa em realizar a avaliação da Qualidade de Vida dos profissionais em uma perspectiva de turnos.

O Pronto Socorro (PS) com sua densa rotina de trabalho de forma continuada e peculiaridades quando comparado às demais áreas de um ambiente hospitalar, representou um setor de magnitude para as considerações desse estudo e foi determinado como unidade onde a pesquisa fosse realizada.

O HC-UFU oferece atendimentos de urgência e emergência referência na região do Triângulo Mineiro. Para os atendimentos de urgência e emergência dispõem de um Pronto Socorro aberto 24 horas com as seguintes especialidades: clínica médica incluindo setor de dor torácica, clínica cirúrgica, ginecologia e obstetrícia, traumatologia e ortopedia, pediatria, além de um pronto socorro de odontologia. O Pronto Socorro dispõe de 18 consultórios/22 salas para consultas não médicas e procedimentos. (HC-UFU, 2015).

A unidade em questão é composta por especialidades diversas cujas áreas de atendimentos são fisicamente divididas em subsetores. Da mesma forma, a equipe de enfermagem desta unidade, também se encontra dividida nessas diversas áreas.

A unidade de PS do HC-UFU, enquanto local para a realização desta pesquisa, foi escolhida por oferecer os atendimentos de forma ininterrupta à população, além de serviços de urgência e emergência.

Assim, considerando a demanda exigida por esse setor aos trabalhadores que necessitam de preparo e ação durante as vinte e quatro horas do dia e o alto nível de stress a que estão expostos esses profissionais, dessa forma, impactando em sobrecarga de trabalho, partimos da premissa de que a realização da pesquisa no setor alvo tenha importante representatividade na busca de favorecer novas discussões, visando o bem-estar dos profissionais de enfermagem atuantes na unidade de PS.

É importante o esclarecimento das diferentes formas de vínculos empregatícios da equipe de enfermagem na Instituição Hospitalar em questão, visto que esse fato é considerado como relevante para as considerações desse estudo.

Uma organização chamada Fundação de Assistência Estudo e Pesquisa de Uberlândia (FAEPU) realiza desde o processo de seleção, seja público, interno ou por convivência a seleção de trabalhadores para as mais variadas funções, inclusive da equipe de enfermagem, por meio de contratos por tempo determinado ou indeterminado, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Também existe a contratação de pessoal por meio de concurso público regido pelo Regime Jurídico Único (RJU), constituindo os servidores públicos federais.

3. Caracterização dos participantes da pesquisa

Entende-se que os recursos humanos necessários para a manutenção do serviço de assistência contínua prestadas aos pacientes são diversos. Porém, esse estudo tratou especificamente da equipe de profissionais da enfermagem, que estão diretamente relacionados à assistência do paciente à beira do leito nas vinte e quatro horas do dia.

Assim, a população desse estudo foi constituída pela equipe de enfermagem, trabalhadora na unidade de PS do HC-UFG, a qual é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Os participantes colaboraram, após consentirem em participar do estudo, com informações pessoais a fim de que traçássemos um Perfil Socioeconômico dos mesmos, além de informações acerca da temática caracterizando a Qualidade de Vida e permitindo as análises pretendidas por esse estudo.

Nesse sentido, constituíram critérios de inclusão à pesquisa aqueles que integram o público alvo: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem; sem distinção da idade, do sexo, da cor, do tempo de atuação e do vínculo empregatício; que consentiram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE-A), o qual assegura a legitimidade e o caráter científico da pesquisa ao colaborador.

Foram exclusos os profissionais que não estivessem especificados pela população alvo, aqueles que não se interessaram em participar e que se recusaram a assinar o TCLE,

além de pessoas que estavam afastadas por motivo de férias, folga, licença médica ou de trabalho, durante o período destinado à coleta de dados.

Apresentaremos a seguir a configuração de cada etapa da pesquisa, conforme a constituição amostral dos participantes, o método e a metodologia.

4. Método Quantitativo: Perfil Socioeconômico e WHOQOL-abreviado

4.1. Amostra

Para o primeiro momento de coleta de dados que corresponde à aplicação do questionário WHOQOL-abreviado e obtenção de dados socioeconômicos, partimos do cálculo amostral sugerido por Fonseca e Martins (2006) enquanto amostra mínima para o estudo.

Contudo, ao considerar as perdas, ou seja, a não participação de alguns sujeitos, e para não correr o risco de o grupo a ser pesquisado se tornar menor que o proposto nos cálculos amostrais, considerou-se a totalidade da equipe de enfermagem trabalhadora no setor alvo, tendo o cálculo amostral como quantitativo mínimo para realização da pesquisa, dessa forma buscou-se abordar o maior número de trabalhadores dentro do período destinado à coleta de dados.

Antes de iniciar a coleta de dados foi realizada uma atualização sobre o número exato de trabalhadores da equipe de enfermagem que desempenham suas atividades no setor alvo da pesquisa, por meio de contato com a gerência da unidade, considerando possibilidades de admissões, desligamentos e remanejamentos de pessoas. Dessa forma também tivemos acesso a dados quanto à categoria profissional e turno de atuação dos trabalhadores.

Em contato com a chefia gerencial da unidade de PS do HC-UFG no período correspondente ao início da coleta de dados dessa pesquisa, Janeiro/2016, foi constatado a presença de 153 trabalhadores que compunham a equipe de enfermagem atuante. Dessa forma, esse número se tornou os 100% de sujeitos a serem pesquisados. Tendo como parâmetro de amostragem mínima de 108 sujeitos tendo em vista o cálculo amostral sugerido por Fonseca e Martins (2006).

4.2.Método

4.2.1. Whoqol-abreviado

O WHOQOL-abreviado é um questionário que fornece um perfil de QV por meio de escores, em que quanto mais alto os escores, melhor é a QV, proposto pelo Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da OMS, escolhido por já ser um instrumento de coleta de dados validado, e por ser considerado adequado à investigação sobre Qualidade de Vida.

A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-abreviado. Mantido o caráter abrangente do Instrumento original, o formulário WHOQOL-abreviado é composto por 26 questões com relação a aspectos físicos, psicológicos, sobre relações sociais e com o meio ambiente. (WHOQOL-OMS, 1998 apud FLECK, 2008).

As duas primeiras questões são de aspectos gerais. A *primeira* questão revela a auto-percepção do indivíduo sobre a sua QV e a *segunda* questão revela a percepção do indivíduo sobre a sua saúde.

Esses dois primeiros itens são avaliados separadamente dos demais, apresentando uma perspectiva geral da Qualidade de Vida e saúde dos sujeitos. “Os 24 itens restantes representam a uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100), divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.” (SILVA et al. 2014, p. 393).

Facetas são as condições que diz respeito a um aspecto da vida, obtidas através de uma pergunta no questionário. O domínio é um conjunto de facetas que estão em concordância, ou seja, que dizem a respeito de uma dimensão específica.

No quadro abaixo está apresentada as diferentes facetas conforme os domínios. Em destaque, *italico*, encontram-se as facetas cujas respostas são invertidas, ou seja, quanto maior a resposta à questão pior é a avaliação do item, que, no entanto, passam por processos de revalidação, para que a premissa de que quanto maior a resposta melhor avaliação da faceta seja válida.

Quadro 1. Relação das questões aos domínios.

DOMÍNIOS	QUESTÕES
	<i>Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?</i>

DOMÍNIOS	QUESTÕES
Domínio I - Físico	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? Quão satisfeito (a) você está com o seu sono? Quão bem você é capaz de se locomover? Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? <i>O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?</i> Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?
Domínio II - Psicológico	O quanto você aproveita a vida? O quanto você consegue se concentrar? Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? Você é capaz de aceitar sua aparência física? <i>Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</i> Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?
Domínio III - Relações Sociais	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?
Domínio IV - Meio-ambiente	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária? Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora? Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? Quão disponíveis para você estão às informações que precisa no seu dia-a-dia? Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?
Qualidade de vida global e percepção geral da saúde	Como você avaliaria sua qualidade de vida? Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?

Fonte: Grupo WHOQOL (1998) apud Pedroso (2010).

No trabalho de Fleck et al. (2000), sobre o instrumento e sua aplicação, podemos evidenciar as características em avaliação quanto aos domínios e facetas referentes ao questionário WHOQOL-abreviado.

Quadro 2. Relação dos domínios e facetas do WHOQOL-abreviado.

DOMÍNIO	CARACTERÍSTICAS
Físico	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
Psicológico	4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração

DOMÍNIO	CARACTERÍSTICAS
	6. Autoestima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos 24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Relações sociais	13. Relações pessoais 14. Suporte (Apoio) social 15. Atividade sexual
Meio ambiente	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/ lazer 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. Transporte

Fonte: FLECK et al., 2000.

Cada uma das 26 questões possui uma pontuação que varia de 1 a 5 conforme escala de Likert², quanto maior o resultado, mais próximo de 5, indica melhor QV e de saúde. (MARCITELLI, 2011, p. 211).

O WHOQOL-abreviado possui cinco escalas de respostas do tipo: “muito ruim a muito bom” (escala de avaliação), “muito insatisfeito a muito satisfeito” (escala de avaliação), “nada a extremamente” (escala de intensidade), “nada a completamente” (escala de capacidade) e “nunca a sempre” (escala de frequência). Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam de um a cinco. O escore médio em cada domínio indica a percepção do indivíduo quanto à sua satisfação em cada aspecto em sua vida, relacionando-se com sua qualidade de vida. Quanto maior a pontuação, melhor essa percepção. (SILVA et al. 2014, p. 393).

O domínio físico é composto pelas perguntas do questionário que corresponde às questões de números: 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18. Sendo a questão 3 relacionada a faceta de dor e desconforto, 10 relacionada a energia e fadiga, 16 relacionada ao sono e repouso, 15 relacionada a mobilidade, 17 relacionada a atividades da vida cotidiana, 4 relacionada a dependência de medicação ou de tratamentos e 18 relacionada a capacidade de trabalho.

O domínio psicológico é composto pelas perguntas do questionário que corresponde às questões de números: 5, 6, 7, 11, 19 e 26. Sendo a questão 5 relacionada a faceta de sentimentos positivos, 7 relacionada a pensar, aprender, memória e concentração; 6 relacionada a autoestima, 11 relacionada a imagem corporal e aparência, 26 relacionada a sentimentos negativos e 19 relacionada a espiritualidade, religião, crenças pessoais.

² A escala de verificação de Likert consiste em tomar um construto e desenvolver um conjunto de afirmações relacionadas à sua definição, para as quais os respondentes emitirão seu grau de concordância. Nesta escala os respondentes se posicionam de acordo com uma medida de concordância atribuída ao item e, de acordo com esta afirmação, se infere a medida do construto. (SILVA JÚNIOR; COSTA, 2014).

O domínio de relações sociais é composto pelas perguntas do questionário que corresponde às questões de números: 20, 21 e 22. Sendo a questão 20 relacionada à faceta de relações pessoais, 22 relacionada a suporte (apoio) social e a questão 21 relacionada à atividade sexual.

O domínio de meio ambiente é composto pelas perguntas do questionário que corresponde às questões de números: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. Sendo a questão 8 relacionada a faceta de segurança física e proteção; 9 relacionada ao ambiente no lar, 12 relacionada aos recursos financeiros, 24 relacionada aos cuidados de saúde e sociais, disponibilidade e qualidade; 13 relacionada as oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; 14 relacionada a participação em, e oportunidades de recreação, lazer; 23 relacionada a ambiente físico como poluição, ruído, trânsito, clima; e 25 relacionada a transporte.

4.2.2. Perfil Socioeconômico

Juntamente ao questionário WHOQOL-abreviado, foi anexado um campo para se obter dados para configuração do Perfil Socioeconômico dos participantes, contendo informações acerca da idade, sexo, estado civil, tempo de trabalho na Instituição Hospitalar, escolaridade, renda familiar média, identificação do vínculo empregatício e uma investigação se o participante possui outro vínculo de trabalho.

Entende-se que esses parâmetros são auxiliares na caracterização dos colaboradores e servem de subsídio para estabelecimento de relações entre as variáveis contidas no questionário e no GF, além de estarem relacionadas ao julgamento sobre QV.

4.3. Metodologia

4.3.1. WHOQOL-abreviado

Para a obtenção de dados de base quantitativa, foi utilizado o formulário de Avaliação da Qualidade de Vida WHOQOL-abreviado, auto-aplicável.

A aplicação do questionário somente foi iniciada após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nº1283939 proferido pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro e também consubstanciado pela Universidade Federal de Uberlândia através do nº1380217, indicados em (ANEXO-B).

O período de coleta de dados, conforme previamente determinado em cronograma da pesquisa, foi de um mês e foi realizado em janeiro do ano de 2016. Para tanto, a chefia do PS HC-UFU foi comunicada quanto ao início dos procedimentos de coleta de dados. Após esse contato, os colaboradores foram convidados pela equipe executora dessa pesquisa de forma individualizada, no próprio setor alvo.

A abordagem foi realizada por meio de Carta Convite (APÊNDICE-B), que fazia um convite para participar da pesquisa, além de servir como meio para que se manifestassem, em campo destinado a sugestões, quanto a um agendamento prévio de horário e local para a realização da coleta de dados para os dois momentos da pesquisa, ou seja, participação ao questionário e ao Grupo Focal (GF).

Os colaboradores foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, assim como foi esclarecido que a participação era de caráter voluntário e que para tanto, não estava prevista qualquer remuneração monetária por participar, e ainda, caso decidissem retirar a participação, em qualquer fase do processo, não sofreria retaliações, além de garantir a privacidade dos participantes.

A coleta de dados somente foi realizada após os interessados em participar da pesquisa terem assinado o TCLE, que certifica aos participantes o cunho científico do trabalho, a finalidade do estudo e a garantia de privacidade.

O TCLE foi constituído de duas vias, em que uma via do termo foi deixada com o sujeito da pesquisa e a outra via preenchida permaneceu com o pesquisador.

Na Carta Convite que foi entregue juntamente ao TCLE, a parte referente às sugestões para realização das abordagens nas duas etapas foram destacadas e permaneceu com o pesquisador a fim de orientar uma possível abordagem para os participantes da primeira etapa, caso julgassem ser necessário um novo encontro para responderem ao questionário, e para auxiliar na concretização de uma agenda comum para realização da segunda etapa a partir de suas sugestões.

Diante a observação da rotina de trabalho dos participantes, a abordagem foi realizada em momentos específicos durante o plantão, visto que com a primeira visita realizada no início e ao término do plantão não obtivemos a adesão esperada por parte dos possíveis colaboradores. Logo, foram escolhidos momentos de menor demanda de serviço para realizar o convite.

Durante a abordagem aos colaboradores, muitos convidados solicitaram que deixasse o questionário para que ele fosse preenchido em momento mais adequado e para que pudessem ter mais tempo para fazer uma leitura adequada. Então, eram transmitidas

orientações gerais para o preenchimento e, posteriormente, em horário combinado, era realizada a coleta dos questionários preenchidos.

A preferência de alguns em permanecer com questionário para depois devolvê-los preenchidos, não trouxe prejuízos às dinâmicas da coleta de dados. Havia pessoas que fazia a entrega no mesmo dia, se aproveitando da hora de descanso como horário de almoço, lanche ou jantar para responderem ao questionário.

Estratégias como escolher o momento da abordagem, utilizar os recursos de entrega dos questionários para recebimento posterior, foram relevantes para garantir a adesão dos convidados à pesquisa.

Para análise dos dados obtidos pelo instrumento é fundamental tecer algumas considerações.

Existem três questões cuja escala é tipo invertida, sendo necessário recodificar o valor das questões 3, 4, 26, conforme pontuações apresentadas a seguir: (1=5), (2=4), (3=3), (4=2) e (5=1). Para as demais, a própria resposta corresponde ao número de pontuação, conforme a seguir: (1=1), (2=2), (3=3), (4=4) e (5=5).

A pontuação média dos itens dentro de cada domínio é usado para calcular a pontuação de domínio. Pontuações médias são, então, multiplicadas por 4, a fim de fazer/expor escores dos domínios comparáveis com os escores utilizados no WHOQOL-100. Como não objetivamos comparar os resultados com o WHOQOL 100, apresentaremos os achados a partir do parâmetro de resultados transformados na escala de 0 a 100 em porcentagem apenas. (WHO, 1998 apud MARCITELLI, 2011).

Os dados foram interpretados a partir de análise estatística descritiva. Os levantamentos dos dados obtidos por meio do questionário WHOQOL-abreviado foram tabulados em *software* Office Excel. Foi utilizado, enquanto referência para a obtenção dos cálculos dos domínios e facetas, o instrumento proposto por Pedroso (2010) utilizando também o mesmo *software* Office Excel, em que obtivemos dados estatísticos sobre média, desvio padrão, coeficiente de variação, valores máximos e mínimos, além de amplitude. Para auxiliar na análise estatística também foi utilizado *software* Bioestat 5.3.

Para análises estatística aplicou-se, ainda, o teste Qui-quadrado para análise de variáveis não numéricas, e o cálculo de duas amostras independentes Test-T para relacionar variáveis numéricas e não numéricas. A partir desses testes obtemos o p-valor, ou seja, indicativo que verifica se existe diferença entre os grupos, que varia de 0-1, sendo resultados < 0,05 indicativo de diferença relevante e > 0,05 indicativo que não há diferença expressiva. (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

O teste de Correlação de Pearson também foi utilizado para relacionar as variáveis de natureza numérica. A referência para esta avaliação varia entre -1 e 1, sendo que quando o resultado é negativo indica que a interpretação entre as variáveis seja contrária. Quando mais próximo o resultado for dos extremos (-1 e 1) mais forte será a associação entre as variáveis. Quando o resultado tender à zero, que compreende o intervalo entre -0,3 e 0,3 indica que a relação não existe ou é fraca. (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

4.3.2. Perfil Socioeconômico

Os levantamentos dos dados obtidos por meio do Perfil Socioeconômico foram tabulados em *software* Office Excel, que permitiu a organização dos dados servindo como facilitador em operações estatísticas necessárias para interpretação dos resultados, além da utilização do *software* Bioestat 5.3.

Os dados foram interpretados a partir de análise estatística descritiva com aplicação de medidas de média, desvio padrão e coeficiente de variação.

Aplicou-se também testes ao realizar associações entre variáveis utilizando o teste de Correlação de Pearson para as variáveis de natureza numéricas, o teste Qui-quadrado e para relacionar variáveis não numéricas e aplicou-se o cálculo de duas amostras independentes Test-T para variáveis de natureza numérica e não numérica. (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

Os resultados obtidos foram analisados comparativamente entre os turnos e realizada interseção dos dados com as demais variáveis obtidas de diferentes naturezas, quantitativa e qualitativa.

5. Método Qualitativo: Grupo Focal

5.1. Constituição dos participantes para o Grupo Focal

No intuito de ampliar a compreensão dos dados obtidos com o WHOQOL-abreviado, foi utilizado o segundo instrumento para coleta de dados: Grupo Focal (GF).

O GF foi destinado para aqueles colaboradores que já participaram do primeiro momento da coleta de dados e que se dispuserem a participar da segunda etapa quando convidados.

Em pesquisas sociais, os grupos focais são formados por, no mínimo, 3 pessoas e, no máximo 12 participantes, sendo que o tamanho pode variar de acordo com os objetivos da pesquisa e o tipo de dinâmica que se deseja desenvolver. É preciso pelo menos três pessoas para que se forme um grupo e é indesejável reunir mais do que doze, pois um grupo muito grande tende a se dispersar e a se dividir em rodas menores de conversas que se sobrepõem. (ALVES et al., 2014, p. 128).

Para a segunda etapa de coleta de dados, foi considerada a realização de duas sessões de GF, sendo uma destinada aos trabalhadores do turno diurno e outra para os trabalhadores do turno noturno.

A escolha dos participantes ocorreu por conveniência considerando a disponibilidades dos mesmos em formar um agendamento comum. Para isso, partimos da análise aos registros contidos na parte da Carta Convite nos campos existentes para sugestões de datas, horários e local para realização da segunda etapa, o que auxiliou na elaboração de uma agenda comum.

Obedecendo ao número de integrantes sugerido pelo referencial teórico adotado nesta pesquisa, foram selecionados participantes que desempenham suas atividades no período noturno, constituindo o primeiro GF, e participantes que trabalham no período diurno, constituindo o segundo GF.

Para a realização da atividade em grupo a seleção dos participantes seguiu os seguintes critérios:

- Verificação de disponibilidade dos sujeitos a partir da primeira etapa, considerando as sugestões contidas na Carta Convite;
- Elaboração de grupo quantitativamente homogêneos entre os pares;
- Realização de convites de forma seriada e sistematizada (convida-se, aguarda a confirmação da presença para realizar novo convite, a fim de respeitar o critério acima mencionado);
- Quantidade máxima de 12 participantes e mínima de 3 participantes.

Foram selecionados colaboradores entre ambos os turnos da equipe de enfermagem, caracterizando a realização de duas sessões de GF, uma sessão com cada turno.

Primou-se pela realização de sessões cujo número de participantes fosse o mesmo considerando o objetivo de análises comparativas, com duração média de uma hora e meia, conforme indicado por Backes et al. (2011).

5.2. *Método*

Como método de pesquisa,

[...] o grupo focal representa uma fonte que intensifica o acesso às informações acerca de um fenômeno, seja pela possibilidade de gerar novas concepções ou pela análise e problematização de uma ideia em profundidade. Desenvolve-se a partir de uma perspectiva dialética, na qual o grupo possui objetivos comuns e seus participantes procuram abordá-los trabalhando como uma equipe. Nessa concepção, há uma intencionalidade de sensibilizar os participantes para operar na transformação da realidade de modo crítico e criativo. (BACKES et al., 2011, p. 439).

O GF também foi determinado como instrumento de coleta de dados visto a escassez dessa metodologia às pesquisas na área de enfermagem. Configurando uma abordagem diferenciada sobre a temática proposta, promovendo a ampliação do método às pesquisas e permitindo uma participação ativa dos sujeitos da pesquisa. (BACKES et al., 2011).

Para tanto, nos valemos da análise de discurso do material linguístico disposto pelos próprios sujeitos à luz do lugar social dos sujeitos; suas influências; valores; motivações, que serão mediados pelo referencial teórico adotado.

Assim, não se tratou de dar primazia ao material teórico, disposto a prioristicamente, mas confrontar os discursos e os dados obtidos com os questionários, uma vez que os discursos dos profissionais são expressões de subjetividades construídas socialmente.

Foi elaborado um roteiro (APÊNDICE-C) para a realização da atividade o que norteou as dinâmicas de realização do GF.

5.3. Metodologia

Para a concepção do GF, foi observado que os colaboradores tinham dificuldade em sugerir uma data e um horário específico para a realização do GF. Por esse motivo, foram orientados a determinarem um período que fosse mais adequado caso fossem participar da atividade. A maioria sugeriu períodos que antecedessem ou que fossem posteriores ao horário de trabalho.

A sessão do GF para cada turno foi realizada com aplicação do mesmo conteúdo programático.

O GF teve a figura do próprio pesquisador como colaborador/facilitador para as reflexões propostas, conforme roteiro de intervenções. A sessão do GF foi realizada com a gravação de áudio em formato *mp3*.

Em ambiente confortável, com cadeiras dispostas em semicírculo, o facilitador recebeu os colaboradores de forma acolhedora, orientou quanto à dinâmica do GF e seus objetivos em relação à pesquisa e abriu espaço para apresentação de cada participante.

As atividades no grupo foram iniciadas com perguntas introdutórias simples, a fim de estabelecer um início da interação entre os envolvidos, questionando sobre as expectativas dos colaboradores com relação à participação na atividade proposta.

Ocorreu, em seguida, uma imersão sobre os questionamentos acerca dos objetivos específicos dessa pesquisa. As temáticas trabalhadas foram divididas em 4 blocos, cujas temáticas abordadas foram: trabalho, profissão, qualidade de vida e turno de atuação.

A temática de cada bloco foi introduzida por uma pergunta norteadora. As intervenções realizadas pelo facilitador ocorreram quando, em sua avaliação, houve a necessidade de aprofundamento à temática, auxiliando para a exposição das percepções do participante sobre a temática em questão.

Há de se considerar que cada sessão teve suas particularidades visto que foram formadas por indivíduos diferentes, com crenças, hábitos, cultura, que os diferenciam apesar de se tratar os mesmos temas.

Ao término da realização das duas sessões do GF, o áudio obtido foi transscrito, para ambos os grupos e as composições foram analisadas segundo análise de discurso.

Os trabalhadores voluntários não foram identificados com seus respectivos nomes. Foram utilizados pseudônimos escolhidos pelos próprios participantes para representá-los nos momentos de suas falas. E ainda, junto ao nome segue a sigla que identifica a qual GF o participante fez parte, sendo a sigla GFD referente ao Grupo Focal Diurno e a sigla GFN indicando o Grupo Focal Noturno.

Os resultados obtidos com a realização da atividade em grupo foram analisadas segundo análise de discurso.

Sobre este recurso de análise, “[...] podemos dizer que o sentido não existe em si mas é determinado pelas posições ideológicas colocadas em jogo no processo sócio histórico em que as palavras são produzidas.” (ORLANDI, 2009, p. 42)

O objetivo básico da análise de discurso, segundo Pêcheux, é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: das relações primárias, religioso, filosófico, jurídico e sociopolítico, visando a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção de seus sentidos. (MINAYO, 2010, p. 319).

Enquanto técnica de análise fundamentou-se na proposta por Orlandi (2009) para realizar a verificação dos resultados:

- Estudo da palavra do texto, contato ao material obtido realizando leitura atenta, se apropriando das narrativas;
- Análise da construção da frase, elencando significados, similaridades, repetições, diferenças, identificando assuntos comuns, constituindo recortes discursivos;
- Construção de rede semântica que evidencia a relação entre o social e a gramática;
- Elaboração de análise, considerando a produção social do texto como constitutiva de seu próprio sentido.

Vertentes do discurso como repetição, paráfrase, metáforas, relação do sujeito com o contexto, relações de poder e inclusive o não dito, silêncio, são fatores elencados enquanto conteúdo do discurso que permitem análises.

Essa modalidade de análise prima pela compreensão das falas à luz do lugar social dos sujeitos; suas influências; valores; motivações. Em suma, a análise centra-se no material linguístico disposto pelos próprios sujeitos – no Grupo Focal – que serão mediados pelo referencial teórico adotado. Assim, não se trata de dar primazia ao material teórico, disposto *a priori*, mas confrontar os discursos e os dados obtidos com os Questionários numa perspectiva dialética. Uma vez que os discursos dos profissionais são expressões de subjetividades construídas socialmente.

[...] a proposta de análise de discurso, que sai do campo reduzido da linguística e se coloca no interior das Ciências Sociais, é um bem inestimável para a pesquisa qualitativa mesmo quando o investigador não a utilize em todo o seu rigor técnico. Sua contribuição para quem trabalha com análise social é dar elementos para contextualização da fala, ultrapassando em complexidade as posturas positivistas ou fenomenológicas. (MINAYO, 2010, p. 326)

Isso posto, reconhecemos que os depoimentos no GF são carregados das experiências e das apreensões e que, portanto, são sínteses da história de cada depoente no contexto do GF. Assim, por seu caráter dialético, os discursos e os dados oriundos dos questionários WHOQOL-abreviado não traduzem ou abarcam a totalidade dos temas sugeridos a ponto de esgotá-los. Pois a dinâmica das relações vividas em sociedade, no interior das instituições de trabalho e no interior dos grupos com os quais os trabalhadores se identificam e passam a pertencer, bem como a presença do pesquisador, como “o outro”, o “de fora”, promovem o

conflito e estimula a reavaliação e superação constante das pré-noções obtidas antes e durante a pesquisa.

Conforme Minayo (2010) esse processo de escuta, pelo pesquisador, e de narrativa, dos sujeitos depoentes, estimulam a constante reavaliação e compreensão de si e do estar-nomundo de ambos em relação a um tema ou problema; ambas as práticas cotidianas; a história, o mundo.

Prima-se também pela comparação das informações e dos depoimentos entre si,

Considerando que o estudo das semelhanças e diferenças entre tipos de grupos, sociedade ou povos contribui para uma melhor compreensão do comportamento humano, este método realiza comparações, com a finalidade de verificar similitudes e explicar divergências. (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 89).

A comparação objetiva estimula o pesquisador, inicialmente, reconhecer as identidades de grupos sob uma ótica antropológica. Esse procedimento não deve implicar na reprodução de preconceitos de caráter etnocêntrico; entre “o melhor” ou “o pior”. Mas observar e analisar criticamente as causas da re-produção de condições desfavoráveis para a ampliação das condições geradoras de saúde.

CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.

Paulo Freire

Neste Capítulo apresentaremos os resultados e suas possíveis análises, partindo do princípio da triangulação de métodos.

Anteriormente à apresentação dos resultados e da discussão, apresentaremos a configuração, a dinâmica e os contextos que resultaram em um amplo e variado conteúdo, a fim de esclarecer a composição dos resultados da pesquisa.

1. Método Quantitativo

O questionário WHOQOL-abreviado foi aplicado enquanto instrumento de coleta de dados referente à primeira etapa desta pesquisa juntamente ao Perfil Socioeconômico. Durante o período de um mês, Janeiro/2016, os sujeitos de acordo com os critérios de inclusão deste estudo, foram abordados e convidados para fazerem parte da pesquisa.

Do total de 153 trabalhadores de enfermagem na unidade PS HC-UFU, 127 profissionais aceitaram participar dessa que constitui a primeira etapa da coleta de dados. Esse número corresponde a 83% do total de funcionários da equipe de enfermagem do setor alvo da pesquisa.³

Desconsiderando os afastamentos e trabalhadores em período de férias, participaram desta pesquisa 90,1% dos indivíduos disponíveis para abordagens que consentiram em participar da pesquisa.

Ao término da coleta de dados referente a esta etapa, os dados foram tabulados em banco de dados e tratados segundo as variáveis necessárias para os objetivos da pesquisa.

Dos questionários aplicados, 11% foram assistidos e auxiliados pelo entrevistador, e 89% foram auto administrados. O tempo médio para preenchimento dos questionários foi de aproximadamente 10 minutos.

2. Método Qualitativo

A consideração para a realização do Grupo Focal (GF) teve o objetivo de dar voz aos trabalhadores para que pudessem expressar suas percepções sobre as temáticas do questionário WHOQOL-abreviado aplicado, ampliando seu alcance analítico.

³Dois potenciais participantes estavam em licença médica sendo um desses por licença maternidade. Dez pessoas estavam em período de férias e oito pessoas se recusaram em participar. Houve ainda, seis pessoas que não foram pesquisados por não estarem presentes no setor durante o período de visita dos pesquisadores e por coincidência com dias de folga e/ou troca de escala de trabalho. Dessa forma, totalizou 26 pessoas, do universo de 153 indivíduos, que não participaram do estudo, correspondendo a 17%.

Realizar uma atividade extraturno, com duração média de uma hora e meia, indicava que os possíveis colaboradores tivessem de sair de suas rotinas diárias para dedicarem uma parte de seu tempo aos propósitos da pesquisa. Considerando isso, os convites foram feitos às pessoas que desde a abordagem realizada na primeira etapa dessa pesquisa demonstraram interesse com a temática da pesquisa.

Mas somente isso não garantiria a participação dos possíveis colaboradores, por isso, para minimizar desconfortos foi escolhido um local de conhecimento de todos trabalhadores dentro da própria Instituição Hospitalar, próximo ao setor de trabalho, como sugerido por alguns participantes na Carta Convite.

E ainda, foi escolhido um horário próximo ao de trabalho, anterior às atividades de trabalho no caso do turno noturno e posterior às atividades de trabalho para o turno diurno, a fim de evitar o deslocamento extra dos funcionários, também seguindo algumas sugestões contidas no campo de sugestão da Carta Convite.

Houve pessoas que demonstraram interesse em participar da atividade de GF, porém solicitaram que essa pudesse ser realizada durante o horário de trabalho. Porém, considerando que as dinâmicas de trabalho não poderiam ser interrompidas, foi explicado a essas pessoas da impossibilidade de realizar a atividade no horário de trabalho. Tal fato já evidenciava a dificuldade de alguns em participarem de atividades extraturnos considerando as demandas individuais.

A partir das considerações dos trabalhadores quanto à data, hora e local, foi definido um agendamento para a realização do GF e realizado os convites aos potenciais participantes da atividade.⁴

Vários convites foram recusados por motivo de demandas pessoais como: buscar o filho na escola, não ter com quem deixar o filho, outro vínculo empregatício, consulta médica agendada, viagem programada, compromissos religiosos, atividades acadêmicas; impossibilitando a participação na atividade, além de pessoas que demonstraram desinteresse à atividade.

Foi um trabalho árduo para a configuração dos grupos. Entre um convite e outro, recusas, esperas por respostas o que impossibilitava realização de novos convites considerando um número máximo de participantes para a realização da atividade. Foi necessário, ainda, cuidado com a antecedência da realização dos convites para que não

⁴ Os convites foram realizados, inicialmente aos trabalhadores do turno noturno com atividade agendada para a data 15/03/2016 às 16:15, e para os trabalhadores diurnos a atividade foi realizada no dia 30/03/2016 às 18:45. As atividades foram realizadas em uma sala na própria Instituição Hospitalar destinada a atividades acadêmicas.

houvesse esquecimento, e não podendo ser com demasiada antecedência diante a ocorrência de outros compromissos que impossibilitassem a presença em caso do convite ser realizado próximo a data marcada para realização do GF. Equalizar esses fatores, além da realização de confirmação da participação no dia anterior ao da atividade, configurou estratégia para garantir adesão e o comparecimento dos colaboradores.

As dificuldades vivenciadas para a realização do GF já era uma expectativa da equipe executora dessa pesquisa, que, no entanto, acreditou nos seus propósitos de colocar os trabalhadores e suas percepções em evidência e conseguiu realizar com êxito a programação metodológica elaborada.

Apesar das dificuldades para formação do grupo de pessoas, aqueles que se dispuseram em fazer parte da atividade em grupo participaram com veemência e dedicação. Fato esse que pôde ser percebido nas falas dos participantes.

A constituição do GF após as abordagens e convites foi de 5 sujeitos em cada sessão, ou seja, 5 colaboradores referentes ao turno diurno e 5 referente ao turno noturno. A atividade teve duração média de uma hora e vinte minutos para ambos os grupos.

Ao ser apresentada a dinâmica de GF aos participantes o facilitador buscou investigar se já conheciam a proposta metodológica de GF. Todos afirmaram com movimentos negativos com a cabeça, e Mateus-GFN verbalizou:

Não, particularmente não.

Aos participantes foi explicado quanto aos recursos de obtenção de sínteses coletivas a partir das percepções individualizadas compartilhadas.

A abordagem diferenciada e pouco utilizada do GF como recurso metodológico em pesquisas na área da enfermagem, foi a eles apresentada e vivenciada possibilitando a experiência da coletividade e desvendamento para os participantes e à comunidade sobre diferentes formas metodológicas que enaltece os indivíduos e o coletivo. E, isso foi percebido em algumas falas dos colaboradores.

Hoje eu saio daqui e: ‘Ah eu sei o que ela pensa, qual que é a dificuldade que cada um tem né’; então é uma experiência pra gente. (Fabiana-GFN).

Sabe, eu acho tão bom, assim, se a gente sempre pudesse, toda vez, ter uma palestra pra discutir, pra expor, um aprendendo com o outro. Porque nesse momento aqui, não só eu falei, não só eu expus o que eu senti, o que eu passei, o que eu quero, como eu ouvi de outras colegas, de outras coisas, e isso é muito, né, isso aí vai crescendo pra gente. (Gisela-GFD).

Pra mim foi bom também participar, conhecer outras realidade, a da Marta-GFD, a da Samanta-GFD. (Alice-GFD).

Foi interessante. Nossa, é tão bom a gente ouvir [...], saber o quê que está acontecendo com o outro né, todos os momentos. (Giovana-GFD).

Trechos que evidenciam a valorização dada pelos colaboradores ao fato de poder expor suas opiniões, pelo espaço de escuta, reconhecer na fala do outro uma nova realidade, perspectiva, possibilitando reflexões.

A partir da realização do GF, um amplo conteúdo de percepções dos indivíduos colaboradores foi exaustivamente contemplado.

Enfim, os recursos metodológicos escolhidos possibilitaram uma extensa variedade de conteúdo que foi analisado conforme a metodologia de triangulação de métodos com a apresentação dos resultados e da discussão que cabe à temática. Iniciaremos a exposição dos resultados obtidos a partir do Perfil Socioeconômico.

3. Perfil Socioeconômico

O Perfil Socioeconômico foi constituído de oito dados, sendo eles: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar média, tempo de serviço na Instituição, vínculo empregatício e um campo para investigar se o participante possui dupla jornada de trabalho.

Quanto ao recurso para coleta de dados referente a campos para configuração de um Perfil Socioeconômico, observou-se que alguns não foram preenchidos pelos participantes. Sobre essas ausências, considera-se que por se tratar de minoria, não prejudicou o estudo.

Entende-se a importância de cada item na configuração do Perfil desejado ao estudo, contudo comprehende-se que os colaboradores não deveriam ter suas individualidades afrontadas uma vez que não desejassem informar sobre algumas das considerações solicitadas. Assim os dados a serem trabalhados serão os dados que foram possíveis de serem reunidos. Ressalta-se o cuidado dos pesquisadores com os participantes considerando e respeitando suas individualidades.

A variável Renda Familiar não obteve quantitativo mínimo para considerações nesta pesquisa, uma vez que a maior parte dos participantes não respondeu a este campo.

Os participantes desta pesquisa responderam a 83% do total de funcionários da equipe de enfermagem do setor PS HC-UFU. Neste estudo participaram 30,7% de auxiliares de enfermagem, 52,8% de técnicos em enfermagem e 16,5% de enfermeiros.

Os dados referentes à caracterização do Perfil Socioeconômico dos participantes desta pesquisa serão apresentados em forma de gráficos e tabelas, contendo informações na

perspectiva de turnos enquanto uma variável de análise. É importante ser esclarecido que nos gráficos e tabelas estará contida a referência sobre a ausência de resposta por alguns sujeitos.

Inicialmente foi realizado um levantamento em perspectiva geral quanto ao Perfil Socioeconômico, conforme apresentado na tabela a seguir.

Tabela 1. Consolidado geral do Perfil Socioeconômico.

	Variáveis	n	%
Sexo	Feminino	93	73,2
	Masculino	34	26,8
Idade	Até 25 anos	1	0,8
	26-40 anos	63	49,6
	41-60 anos	51	40,1
	Acima de 61 anos	5	4,0
	Não respondeu	7	5,5
Estado Civil	Solteiro (a)	34	27,6
	Casado (a)	67	51,8
	União estável	6	4,7
	Divorciado (a)	15	11,9
	Viúvo (a)	2	1,6
	Não respondeu	3	2,4
Escolaridade	Ensino médio	39	30,7
	Superior Incompleto	17	13,4
	Superior Completo	53	41,7
	Pós-graduação	14	11,0
	Não respondeu	4	3,2
Tempo de trabalho	0-10 anos	53	41,7
	11-20 anos	43	33,8
	21-30 anos	20	15,7
	31-40 anos	5	4,0
	Não respondeu	6	4,8
Vínculo	RJU	76	59,7
	CLT	51	40,3
Dupla jornada	Sim	25	19,8
	Não	99	77,8
	Não respondeu	3	2,4

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Em uma perspectiva geral, os levantamentos do Perfil Socioeconômico evidenciaram a predominância do sexo feminino (73,2%), prevalência de pessoas com faixa etária que varia dos 26 anos até 40 anos (49,6%), do estado civil casado (51,8%), com formação escolar superior (41,7%), com tempo de trabalho na Instituição Hospitalar de até 10 anos (41,7%), sendo a maior parte com vínculo RJU (59,7%) e que não possuem outro vínculo empregatício (77,8%).

Outro levantamento realizado e que auxiliará nas verificações subsequentes referentes à análise em uma perspectiva de turnos é que do total de sujeitos participantes desta pesquisa,

60% dos trabalhadores desempenhavam suas atividades no período diurno e 40% no período noturno.

Quanto ao Perfil Socioeconômico do GF tivemos que o grupo foi composto pela maioria de trabalhadores do sexo feminino. Apenas no grupo realizado com os trabalhadores noturnos havia a presença de um trabalhador do sexo masculino.

Fizeram parte da atividade, trabalhadores de enquadramento funcional técnico em enfermagem e auxiliar em enfermagem, apesar dos convites também terem sido realizados à outra categoria da equipe de enfermagem que diante a indisponibilidade não puderam fazer parte da roda de conversa.

Apesar disso, em análise paralela com os dados obtidos no Perfil Socioeconômico dos participantes do GF, verificou-se que seis desses trabalhadores possuem nível superior, apesar do enquadramento funcional de nível médio, dois estão com a formação superior em curso e dois possuem o segundo grau completo.

Quanto ao estado civil, o GF foi formado por quatro participantes casados e quatro solteiros, além da ocorrência de um participante divorciado e um viúvo.

O Perfil dos participantes da atividade foi de trabalhadores que desempenham suas funções na Instituição referida há muito tempo, sendo a média de tempo de trabalho na Instituição dos trabalhadores participantes do GF de quatorze anos, sendo o maior tempo de uma trabalhadora que desempenha suas funções há vinte e oito anos e o menor tempo de uma trabalhadora que desempenha suas funções há quatro anos.

Quanto ao vínculo empregatício dos participantes do GF, a maioria possuía vínculo público (RJU), apenas dois trabalhadores possuíam contrato trabalhista regido pela CLT através da empresa FAEPU, sendo estes dois trabalhadores do turno noturno. Fato que também vai ao encontro com a perspectiva geral evidenciada na apuração do Perfil dos participantes com relação ao vínculo quando a predominância foi o vínculo público.

A maioria daqueles que atualmente são concursados também já tiveram a experiência de trabalho através da empresa FAEPU, conhecendo a realidade dúbia dos vínculos empregatícios.

Foi constatado também que todos os colaboradores, para ambos os grupos, já tiveram experiência de trabalho em ambos os turnos, evidenciando vivência e propriedade quanto às reflexões específicas sobre o turno de atuação quando esta temática esteve à tona e que será mais à frente exposta.

A amostra de participantes do GF com trabalhadores do turno noturno é composta por sua maioria de trabalhadores que desempenham a atividade noturna por muito tempo,

aproximadamente por quinze anos. Apenas uma pessoa está trabalhando em tempo menor, há quatro anos.

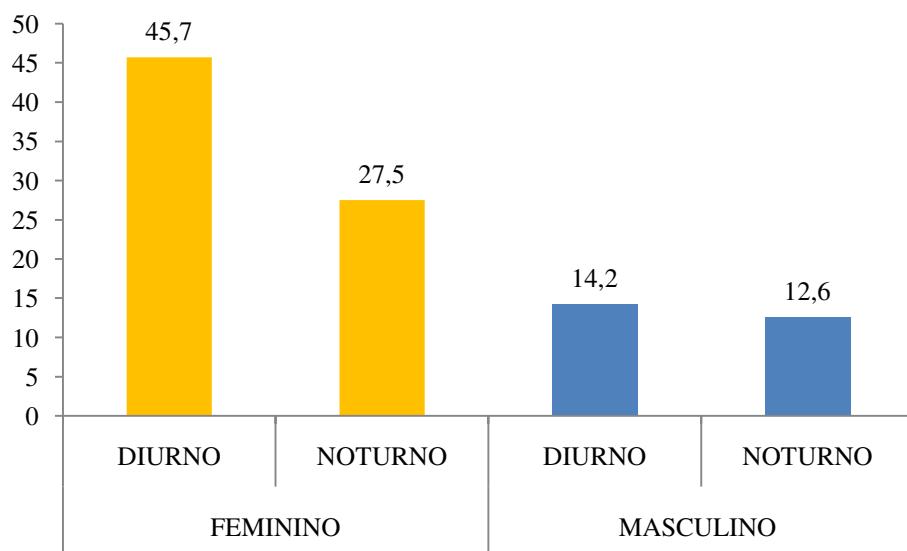
Dessa forma, constatou-se que a configuração do Perfil Socioeconômico do GF vai ao encontro da configuração dos participantes em geral da pesquisa.

Trataremos a seguir especificamente das variáveis contidas no Perfil Socioeconômico.

3.1. Variável Sexo

Para o campo destinado para identificação de gênero foi deixado espaço livre para que a identificação fosse realizada pelos próprios participantes, considerando a diversidade sexual, porém, só ocorreu a identificação como sendo do sexo feminino e do sexo masculino.

Gráfico 1. Distribuição dos trabalhadores em relação ao Gênero (%).



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Participaram da pesquisa, no geral, 93 mulheres e 34 homens, correspondendo a 73,2% e 26,8% respectivamente. Sendo 58 (45,7%) trabalhadoras do turno diurno e 35 (27,5%) do turno noturno, e 18 (14,2%) trabalhadores do sexo masculino do turno diurno e 16 (12,6%) do noturno.

Esse levantamento permite inferir quanto à predominância expressiva de trabalhadores do sexo feminino.

A variação percentual em cada gênero se mostrou diferente na perspectiva de turnos quando, a ocorrência do sexo feminino se mostra mais predominante no turno diurno quando comparada ao turno noturno, ao passo que para o sexo masculino a ocorrência se mostrou de

maneira linear, considerando que a média das diferenças percentuais do gênero feminino entre os turnos é de 9,1% e do gênero masculino entre os turnos é de 1,6%.

Ao relacionarmos a variável entre os turnos obtivemos um p-valor: 0,920, ou seja, apesar da variarem conforme visto acima, isso não se mostra representativo entre os turnos.

A complexa discussão sobre gênero no campo do trabalho e da enfermagem não cabe a esta pesquisa especificamente, mas é importante ser apresentada a fim de explicar os resultados obtidos sobre as variáveis.

Na pré-história as práticas de cuidado eram de caráter essencialmente instintivo e já eram atribuídas às mulheres, que praticavam o cuidado aos filhos e eram responsáveis pelos afazeres domésticos nos grupos nômades. Com o passar do tempo o conhecimento adquirido se desenvolveu e foi transmitido através de gerações, dando origem a mulheres parteiras, curandeiras e feiticeiras. O fato das mulheres, em épocas passadas, terem de demonstrar sempre servidão e submissão fez com que elas se tornassem, sob a ótica da sociedade vigente, perfeitas para cumprir o papel de enfermeiras. Dessa forma, ocorre a naturalização do papel feminino para essas atividades de cuidado. (GOMES et al.; 2013. Grifo nosso).

A divisão sexual do trabalho é um princípio organizador do próprio modelo de produção capitalista. “Ao se transpor essa reflexão para o trabalho da enfermagem, depara-se com a fragilidade da argumentação da relação “cuidado - ação feminina” e da “relação de serviço” como características constitutivas da inclinação das mulheres para determinados setores.” (LOPES; LEAL, 2005, p. 111).

Esses mesmos autores discorrem sobre os argumentos que definem os trabalhos de relações humanas como leves e adaptados à fragilidade das mulheres e suas experiências domésticas; e já para os homens os argumentos ou “qualidades naturais” masculinas para o trabalho que permanecem sendo aqueles relacionados ao uso da força física. (LOPES; LEAL, 2005).

Essa breve apresentação histórica sobre as características socioculturais que foram construídas ao longo de anos justifica o que, ainda hoje, permeia nossa sociedade evidenciando a enfermagem como profissão essencialmente praticada por mulheres. Um cenário que está em transformação visto cada vez mais haver a inserção de homens na profissão de enfermagem o que leva a reflexões ainda maiores sobre papéis de gênero, hierarquia, postos de trabalhos e desigualdade entre os gêneros na mesma profissão.

Observa-se que a presença de mulheres no turno noturno expõe uma realidade que desmonta a figura feminina construída ao longo dos anos e evidencia uma nova realidade.

O futuro das relações homem-mulher, enfermeira-enfermeiro, enfermeira (o)/equipe de saúde apresenta uma tendência transformadora positiva no decorrer da história. Embora a rigidez patriarcal ainda subsista, algumas rupturas nos papéis femininos e masculinos são indícios propulsores dessas transformações emancipadoras da humanidade. Provavelmente, essas transformações estão intimamente relacionadas com os novos papéis que as mulheres vêm assumindo na sociedade: trabalhadoras, chefes de famílias, pai, enfim, papéis antes destinados exclusivamente aos homens. (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006, p. 299).

O trecho do artigo de Lopes e Leal (2005) ao refletir sobre a adaptação feminina aos trabalhos frágeis e domésticos, além de demonstrar a dicotomia entre “trabalho-de-homem” e “trabalho-de-mulher”, mostra uma contradição ao colocar as mulheres em postos de trabalhos noturnos, tornando relativos os argumentos sobre fragilidade e tarefas domésticas ligadas às mulheres quando a “necessidade obriga” – por exemplo, já que os doentes não podem ficar sozinhos à noite no hospital.

As exceções se instalaram e desapareceram as “fragilidades” e, com isso, as mulheres podem fazer tudo, cabendo-lhes “se arranjarem” com as atribuições familiares. Portanto, as esferas produtiva e reprodutiva se interpenetram, se entrecruzam, na definição da situação (tempo, espaço, qualidades) do trabalho feminino. (LOPES; LEAL, 2005, p. 111).

A inserção das mulheres no mercado de trabalho, assim como a instituição de diferentes turnos de trabalho tanto para homens como para mulheres, que no caso do campo da saúde é uma premissa necessária, refletem as alterações socioculturais influenciadas pelo modelo produtivo que vem ditando novas perspectivas.

A partir da década de 70, marco histórico do início de mudanças na perspectiva feminina, “Verifica-se que foram diversos os fatores impulsionadores deste processo. Dentre os quais, destaca-se o desejo de desenvolver uma carreira, a necessidade econômica, ou ainda, em decorrência de novas necessidades de consumo.” (FRANÇA; SCHIMANSKI, 2009, p. 73).

Os avanços são irrefutáveis, porém, há de se ponderar a quais objetivos essa nova realidade serve: para uma construção de seres independentes, transformadores de realidade ou sujeitos imersos em lógica de consumo, narcísica, de necessidades impostas, permeando uma realidade dura de dupla jornada de trabalho, multiplicidade de papéis sociais, trabalhos desgastantes com prejuízos à QV individual e coletiva.

Acentua-se o panorama apresentado com “[...] as mudanças no mercado de trabalho, a partir dos anos 90, que redefiniram o padrão de absorção da força de trabalho, e os arranjos familiares de inserção associados a estes processos e às transformações do papel da mulher na família e na sociedade.” (MONTALI, 2006, p. 223).

A mídia online anunciou que mulheres comandam 40% dos lares brasileiros. “[...] de acordo com o IBGE, que elaborou o estudo Estatísticas de Gênero, em 2000, as mulheres chefiavam 24,9% dos 44,8 milhões de domicílios particulares. Em 2010, 38,7% dos 57,3 milhões de domicílios registrados já eram comandados por mulheres.” (PORTAL BRASIL, 2015).

“A inserção da mulher em um espaço por muito tempo considerado majoritariamente masculino acabou por fazer com que a mulher assumisse tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico, sobrecarregando-a com uma dupla jornada de trabalho.” (FRANÇA; SCHIMANSKI, 2009, p. 74).

A jornada de trabalho dupla da mulher pode ainda se somar a jornada de trabalho doméstica, constituindo agravante maior neste sentido.

A predominância do gênero feminino na equipe de enfermagem também foi uma ocorrência em relação ao GF, quando apenas um participante era do sexo masculino. Porém as reflexões sobre gênero não ocorreram expressivamente, exceto no GFN em que houve uma narrativa expressando o papel da mulher na atualidade.

Eu acho que sim [sobre o trabalho], principalmente pra mulher que vem ganhando o mercado né. Trabalho é como uma conquista a cada dia que a gente vai fazendo. (Raquel-GFN).

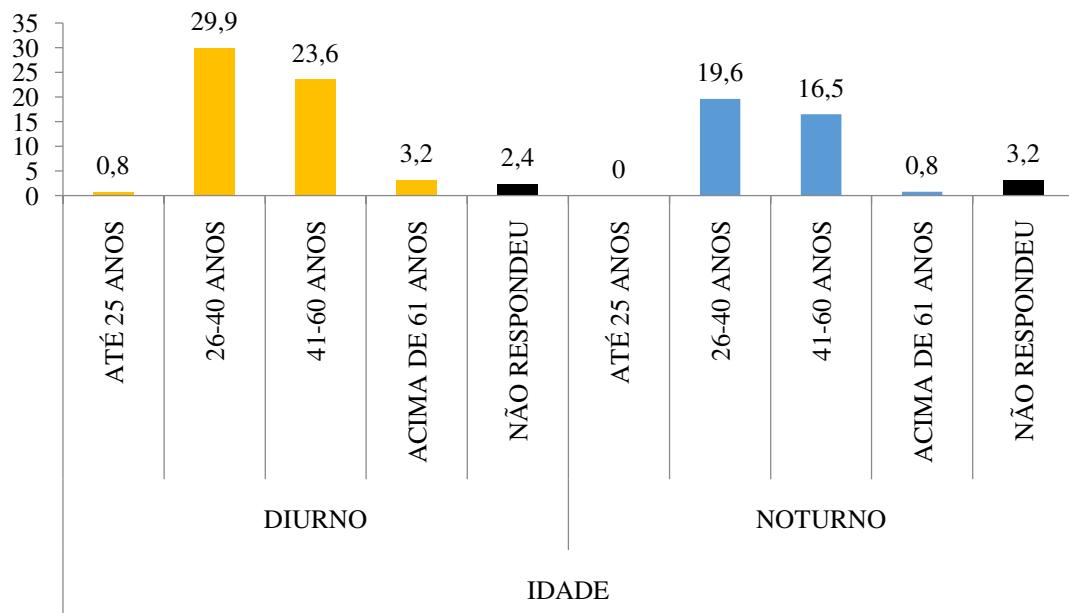
Nessa perspectiva, surgem mulheres trabalhadoras e chefes de famílias, realidade que se enquadra às reflexões das trabalhadoras de enfermagem que vivenciam uma profissão essencialmente feminina e que sofrem com a desvalorização social e salarial, predispondo a ocorrência de jornada de trabalho extenuada.

3.2. Variável Idade

Para tratar dessa variável, foram estabelecidos intervalos considerando os índices de faixa etária fazendo referência aos períodos de pós-adolescência, idade adulta, meia-idade e terceira idade, respectivamente conforme apresentado no gráfico que se segue.

Do total dos participantes, apenas 0,8% tinha a idade até 25 anos, 49,5% correspondia à idade entre o intervalo de 26-40 anos de idade, 40,1% entre o intervalo de 41-60 anos de idade e 4% com idade maior que 61 anos. A idade foi um dos itens cujo campo apareceu em branco por sete vezes, correspondendo a 5,6%.

Gráfico 2. Distribuição dos trabalhadores em relação à Idade (%).



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

A menor ocorrência de idade foi de 22 anos e a maior de 63 anos. A média de idade das pessoas que colaboraram com a pesquisa foi de 42 anos. Isso mostra o perfil de pessoas com mais idade que trabalham na unidade, havendo uma predominância de idades que compreendem a faixa etária entre 26-60 anos, correspondente à idade ativa da população adulta.

Tabela 2. Análise estatística sobre a variável Idade entre os turnos.

	Nº de trabalhadores	Média de idade	Desvio padrão	Coeficiente de variação
Diurno	76	42,2	10,1	23,9
Noturno	51	42,3	10,2	24,3
p-valor: 0,9566				

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

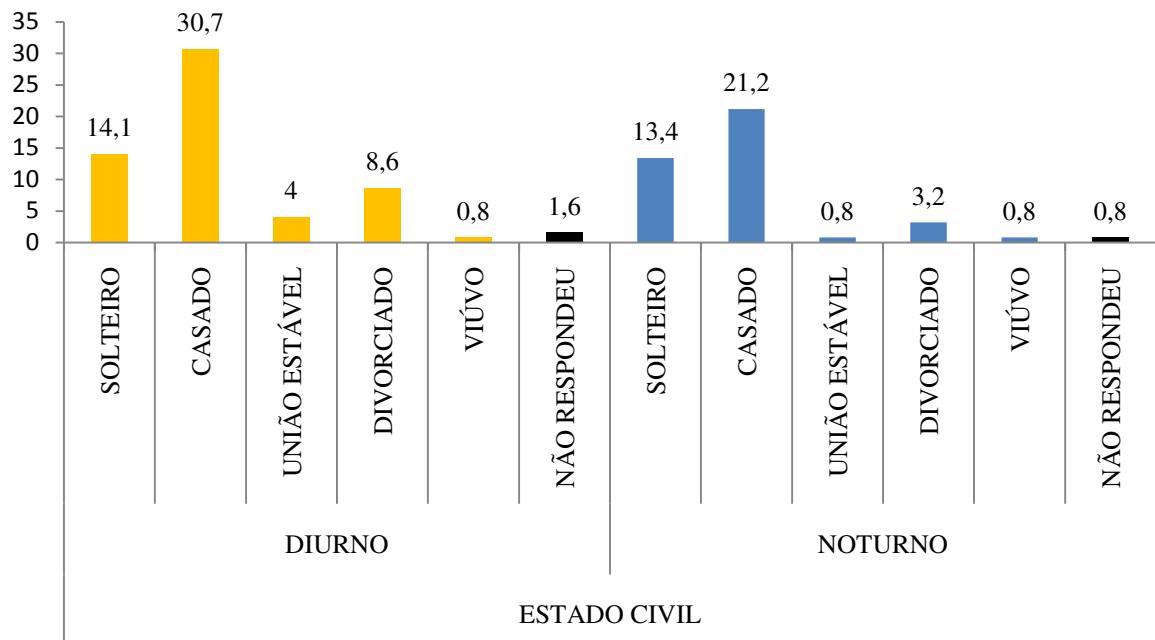
A análise estatística dos resultados mostra uma semelhança na distribuição da variável entre os turnos, não havendo diferença significativa a partir do referencial indicado por meio do p-valor.

3.3. Variável Estado Civil

Para o campo destinado à identificação de Estado Civil, houve a ocorrência das seguintes situações: solteiro, casado, união estável, divorciado e viúvo.

Relacionando ao total de sujeitos da pesquisa, 27,5% pessoas eram solteiras, 51,9% eram casadas, 4,8% em união estável, 11,8% eram divorciadas e 1,6% eram pessoas viúvas. Neste campo 2,4% dos sujeitos preferiram não responder.

Gráfico 3. Distribuição dos trabalhadores em relação ao Estado Civil (%).



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

De forma comparativa, o Estado Civil ‘casado’ foi a caracterização que em ambos os turnos apareceu em maior ocorrência.

Também foi possível certificar um padrão de variação para esta variável e entre os turnos que foi regular, dada proporcionalidade do ‘n’ para cada turno, representados pelo p-valor: 0,5935.

Ao relacionarmos a variável ‘idade’ com a variável ‘estado civil’ podemos observar que, sendo a maioria dos participantes com idade média de 42 anos, ao se pensar em sujeitos em idade adulta, como os que constituem maioria nesta pesquisa, anuncia-se a possibilidade de que esses já tenham suas famílias constituídas, a partir da configuração hegemônica de padrão de organização de vida em sociedade já estabelecidos.

Porém, entende-se que não é uma regra, e, na verdade, esse perfil vem passando por alterações considerando a evolução moderna da concepção de casamento, já mencionada em teorias como a do casamento malthusiano.

Com o desenvolvimento do capitalismo, o modelo de casamento malthusiano se espalhou pelo mundo. Sofreu, é claro, as adaptações necessárias às diferentes culturas e níveis de desenvolvimento econômico. Na atualidade, muitas das suas características são encontradas nos

casamentos ditos modernos, como a relação igualitária entre os parceiros, a valorização do companheirismo e da amizade na relação conjugal e a não-obrigatoriedade de procriação. (ARAÚJO, 2002).

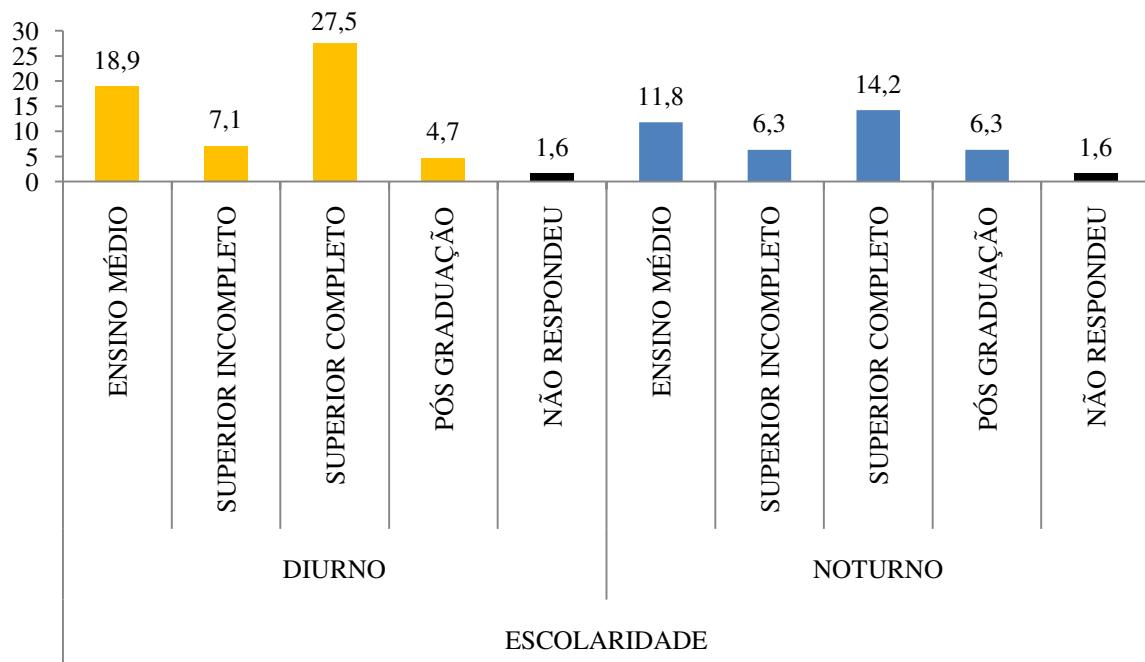
Diante dessas considerações sobre as uniões modernas, os dados evidenciam essa realidade quanto ao aparecimento de união estável à identificação sobre estado civil por parte dos participantes desse estudo, refletindo considerações desse mesmo autor quanto à modernidade das uniões. “A dessacralização do poder da Igreja se inicia com a revolução burguesa, que vai arrancar fora os véus da ilusão religiosa.” (ARAÚJO, 2002).

Apesar da contemporaneidade, os resultados desta pesquisa ainda expressam que o laço afetivo predominante é expresso pelo casamento convencional, dado esse que pode estar relacionado também à variável idade, por a população deste estudo ser predominantemente com idade que faz referência a estilo mais tradicional de constituição familiar.

3.4. Variável Escolaridade

Quanto ao nível de escolaridade, 30,7 % possuem ensino médio (2º grau completo), 13,4% estão cursando curso superior, 41,7% já possuem 3º grau completo e 11% possuem curso de pós-graduação. Para este campo, 3,2% não identificaram sua escolaridade.

Gráfico 4. Distribuição dos trabalhadores em relação à Escolaridade (%).



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

O que é relevante perceber é que do total das pessoas pesquisadas, 52,7% já possuem formação superior, sendo 11% desses com curso de especialização. Além disso, em uma perspectiva geral, existem mais 13,4% que estão em processo de formação de nível superior.

Considerando o levantamento quanto à categorização da equipe de enfermagem participante desta etapa do estudo obtivemos que 30,7% eram auxiliares de enfermagem, 52,8% eram técnicos em enfermagem e 16,5% compunham a categoria dos enfermeiros;

Dessa forma, ao obtermos o nível superior enquanto nível de escolaridade de maior ocorrência e profissionais técnicos de enfermagem enquanto maior categoria profissional quantitativamente, conclui-se que existem profissionais de nível superior que, no entanto, exercem função de nível médio na Instituição Hospitalar.

Em uma análise estatística entre os turnos para essa variável obtivemos um p-valor: 0,5458, que nos indica uma diferença inexpressiva.

Obtivemos resultado que, em perspectiva numérica, evidenciou a busca por qualificação, expressa pelos resultados do nível de escolaridade, sendo considerado um resultado positivo, ou seja, de trabalhadores que buscam na educação formação intelectual e específica para uma área de conhecimento, estando imbricada à realização profissional no mercado de trabalho. Porém, este mesmo resultado, quando estabelecida relação com os resultados sobre as categorias profissionais, evidenciou uma realidade de desajustes sobre a formação escolar com a efetivação do trabalhar.

Temos dessa forma uma contradição constatada na apuração dos resultados, que é discutida à diante.

3.5. Variável Renda Familiar

Dando continuidade os campos do Perfil Socioeconômico, trataremos do campo renda familiar média. Este foi o campo que por mais vezes apareceu em branco, ou seja, os sujeitos não se manifestaram a esse respeito.

Foram 55 sujeitos que não responderam a este campo, o que corresponde a 43,3% do total de sujeitos participantes dessa pesquisa. Aos que preencheram o campo, foi verificado a média de renda familiar de 5.533,89 reais.

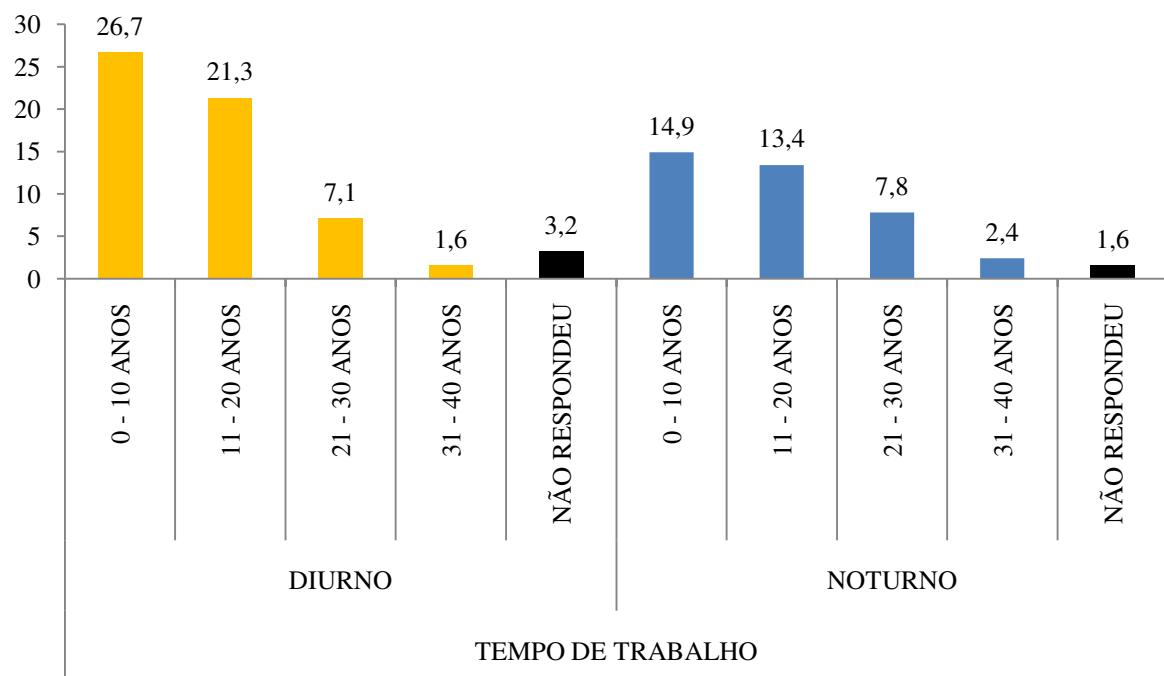
Diante a pouca adesão a este campo, não atingindo o tamanho amostral mínimo de respondentes a essa variável, o que compromete a sua representatividade, esta não será tratada nesta pesquisa.

3.6. Variável Tempo de trabalho na Instituição Hospitalar

A variação de tempo de trabalho na Instituição Hospitalar foi de 40 anos o maior tempo de serviço prestado, e o menor tempo foi de 0,25 anos o que corresponde a três meses de trabalho. Desta forma para apresentar os dados, foi estabelecido períodos, a cada 10 anos de trabalho, para apuração dos dados.

Em relação ao total dos participantes, 41,6% trabalhavam até 10 anos na Instituição referida, 34,7% trabalhavam dentro do período de 11-20 anos, 14,9% trabalhavam entre 21-30 anos e 4% trabalhavam entre 31-40 anos. A este campo também houve pessoas que não responderam, totalizando 4,8%.

Gráfico 5. Distribuição dos trabalhadores em relação ao Tempo de trabalho na Instituição Hospitalar (%).



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Em uma análise comparativa, essa variável tem predominância mais acentuada em relação ao intervalo de tempo 0-10 anos e ao intervalo de 11-20 anos em ambos os turnos.

Quanto à análise sobre o tempo de serviço na Instituição Hospitalar obtemos o resultado em média geral de 12,9 anos de trabalho. A média de tempo de trabalho em uma perspectiva de turno foi semelhante ao resultado geral e não apresentou diversificação entre os turnos.

Tabela 3. Análise estatística sobre a variável Tempo de trabalho entre os turnos.

	Nº de trabalhadores	Média de tempo de trabalho	Desvio Padrão	Coeficiente de variação
Diurno	76	13,0	9,1	70
Noturno	51	13,2	9,2	69,7
p-valor: 0,9040				

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Por meio desses dados podemos perceber que a variação das respostas para esta variável foi grande para ambos os turnos, considerando valores altos obtidos no coeficiente de variação.

A análise quanto ao p-valor obtido, constata-se que a diferença entre os turnos não tem representatividade.

Em uma apuração quanto aos vínculos, os resultados obtidos também foram semelhantes, sendo 12,9 anos para vínculo CLT e 13,0 para vínculo RJU. Evidenciando que para ambos os vínculos a permanência dos trabalhadores em geral é longa.

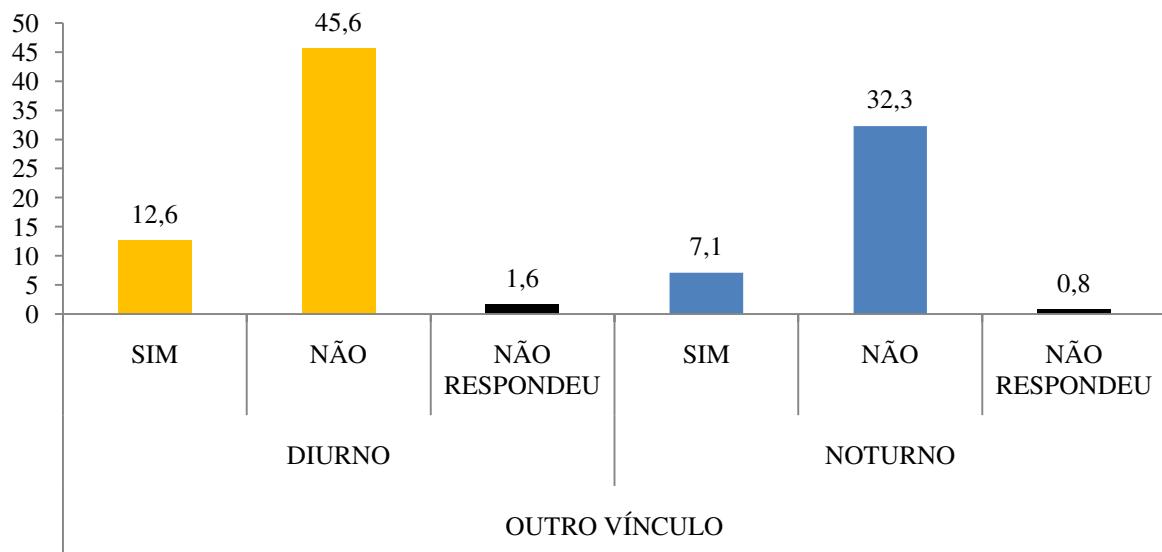
O resultado da alta média de anos obtida evidencia que há um vínculo de segurança dos profissionais à Instituição Hospitalar. Considerando a atualidade de instabilidade no campo do trabalho que pode provocar desgaste na saúde diante o medo do desemprego e prejuízos à manutenção da vida, logo, obtivemos um resultado que dialoga positivamente com a qualidade de vida, visto que é significado de segurança para o trabalhador.

Podemos também inferir um nível de satisfação ao cargo e emprego, considerando a manutenção por longos períodos no vínculo empregatício.

3.7. Variável Dupla jornada de trabalho

Uma investigação sobre a dupla jornada foi constatada quando se questionou se os participantes possuíam outro vínculo empregatício.

Gráfico 6. Distribuição dos trabalhadores em relação à existência de Outro vínculo empregatício (%).



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Constata-se que 77,9% não possuem outro trabalho e 19,7% afirmaram possuir outro trabalho. Houve 2,4% de sujeitos que não responderam ao campo.

Do universo de trabalhadores que afirmaram possuir dupla jornada de trabalho, 76% são funcionários com vínculo CLT e apenas 24% são servidores RJU.

Desse montante de trabalhadores que possui dupla jornada de trabalho, 64% são trabalhadores diurnos e 36% são do turno noturno.

Quanto à análise estatística, obtivemos para esta variável o p-valor de 0,8594 que também não indica diferenças expressivas entre turnos.

Obtivemos baixos índices de trabalhadores com dupla jornada de trabalho, fato que pode estar relacionado à particularidade desta população em estudo sobre a variável ‘Vínculo empregatício’ que será apresentado a seguir, em que sua maior parte é constituída por trabalhadores com vínculos estáveis por meio do regime de trabalho RJU.

Considerando que a multiplicidade de jornadas de trabalho tem repercussão direta à qualidade de vida, com implicações à saúde física e mental, e às relações sociais, o resultado foi considerado positivo, ao se obter que a maior parte dos trabalhadores não se desdobra em vínculos empregatícios múltiplos.

Neste item investigamos outros vínculos empregatícios, porém não delimitamos se o vínculo seria formal (assalariado) e/ou informal (não assalariado) e até mesmo o trabalho doméstico. Entendemos as diferenças da natureza de cada vínculo, podendo ser representativos sociais, financeiros, a depender das motivações e necessidades para a manutenção dos diversos vínculos. Compreendemos que o entendimento por parte dos

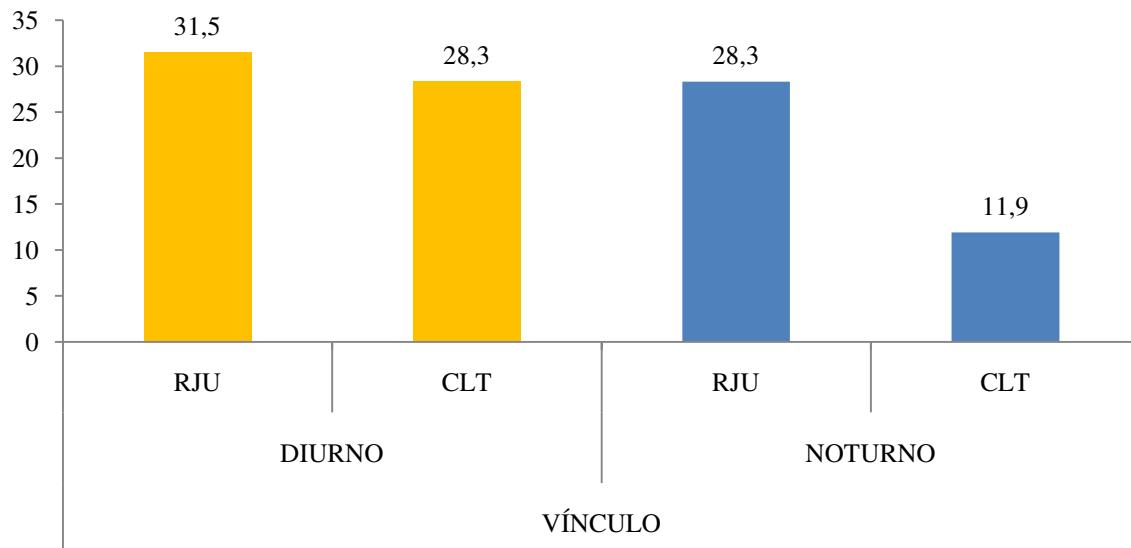
respondentes quanto a sua atividade de trabalho pode ter sido variada, abarcando o vínculo informal e o trabalho doméstico, ou não. Diante disso, verificamos a limitação da estratificação do resultado, dessa forma, não nos propomos a justificar a natureza da jornada de trabalho dupla, que, porém, para entendimento nesta pesquisa a partir do resultado obtido, independente da natureza considerada no julgamento do trabalhador, considera-se que atribuições múltiplas tem implicação negativa ao se avaliar qualidade de vida.

3.8. Variável Vínculo empregatício

Foi solicitado aos participantes que identificassem o vínculo empregatício na Instituição Hospitalar. Lembrando que, como já foi elucidado anteriormente, existem vínculo por meio do RJU e CLT.

Foi levantado que 59,8% dos trabalhadores são regidos pelo RJU trabalhadores com vínculo público e 40,2% possuem vínculo celetista regido pela CLT.

Gráfico 7. Distribuição dos trabalhadores em relação ao Vínculo Institucional (%).



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Em uma análise dos resultados o estudo evidencia uma predominância do vínculo público (59,8%) comparado ao vínculo celetista (40,2%) em uma perspectiva geral. Entre os turnos também ocorre a predominância do vínculo público.

O p-valor obtido nesta análise foi de 0,0659 e indica que entre os turnos há variação sem discrepâncias, com predominância do vínculo RJU para ambos os turnos de forma proporcional.

Essas diferentes formas de contratação expressa uma realidade de trabalhadores que exercem as mesmas funções, sem nenhuma particularidade, sob mesma carga horária e que, porém, possuem vínculos empregatícios diferentes e, o mais marcante, com diferença salarial expressiva⁵.

Algumas instituições públicas mantêm seu quadro de pessoal com múltiplas formas de vínculos empregatícios e, consequentemente, diferentes remunerações entre os trabalhadores que possuem a mesma formação, condição que pode interferir diretamente no rendimento destes, trazendo o sentimento de desmotivação, o que compromete a qualidade dos serviços realizados. (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004 apud RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2014, p. 570).

O vínculo estatutário promove melhor a segurança social considerando seus benefícios e estabilidade, tornando-se uma característica positiva quando refletirmos sobre a saúde do trabalhador e sobre o que o trabalho oferece para o trabalhador se manter e se realizar fora muro intra institucional, ou seja, o vínculo estável tem reflexo à saúde, à segurança e à qualidade de vida, quando os trabalhadores não ficam à mercê da instabilidade do mercado de trabalho.

A se pensar nos trabalhadores do setor público, com vínculo estável, que, porém, não se encontram protegidos do que se denomina de “trabalho precário”, que surge não como um déficit de proteção social propriamente dito, mas por meio de atos administrativo que contradiz o princípio da legalidade deste vínculo. (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Com vista à perspectiva de turnos, foram pesquisados 76 funcionários que desempenham suas atividades no período diurno e 51 no período noturno. Por coincidência mesmo números que remetem ao número de funcionários vínculo CLT e RJU, mas que, no entanto, não são dados que se correlacionam neste sentido.

A partir do Perfil Socioeconômico obtivemos constatações importantes e que possuem relevância à QV dos trabalhadores. Por isso estabeleceremos correlações entre os achados do Perfil e sua complementaridade com dados obtidos no GF, que serão apresentados a seguir.

3.9. Constatações na relação entre as variáveis

⁵ Em consulta e análise a dados públicos em veículo disponível online, constatou-se que em edital público para provimento de vaga da mesma categoria de trabalho da equipe de enfermagem, para o mesmo ano, para os diferentes vínculos, CLT e RJU, havia uma diferença salarial entre os mesmos cargos, neste caso se referia ao cargo de técnico em enfermagem, em que o vínculo RJU tem remuneração aproximadamente o dobro do vínculo CLT. (UFU, 2016).

A variável ‘vínculo’ é fundamental e explica muito do Perfil dos profissionais quando estabelecemos correlações com as demais, visto que sendo a maior parte dos trabalhadores pertencentes ao funcionalismo público (59,8%), justifica a média de idade (42 anos) dos profissionais como sendo de adultos de meia-idade; o estado civil predominante (casado); a alta média de tempo de serviço na Instituição (aproximadamente 13 anos) assim como a grande ocorrência de profissionais com nível de escolaridade superior (52,7%) que, no entanto, alguns desempenham suas funções em cargo de nível médio.

Com garantias de estabilidade, segurança, salários diferenciados além de planos de cargo e carreira instituídos, os cargos públicos despertam no trabalhador o vínculo de segurança resultando em longos períodos de trabalho na mesma Instituição, levando a presença de funcionários com idade superior. A busca por qualificação também se destaca, uma vez que é valorizada por meio do plano de carreira e permite reflexões sobre a qualificação profissional.

As proporções numéricas obtidas na variável escolaridade em um aspecto geral e nas comparações entre os turnos evidenciaram uma busca por qualificação profissional por maior parte dos trabalhadores participantes dessa pesquisa em ambos os turnos de atuação.

O desenvolvimento intelectual e técnico aprimora a qualificação dos profissionais, com reflexos no desempenho da assistência prestada aos usuários, constituindo fator positivo à análise desta variável.

Porém, um fato importante que os dados mostram é que a amostra deste estudo é constituída em sua maioria por profissionais de categoria cuja escolaridade mínima exigida é de nível médio. Contudo, o nível de escolaridade superior se destaca como sendo de maior ocorrência.

A busca por qualificação é valorizada nesta pesquisa, mas faz-se pensar dos porquês que o público com formação superior permanece em cargos com exigência abaixo do nível de formação.

Hipoteticamente pode-se pensar sobre as dificuldades no mercado de trabalho para absorver essa ampla e cada vez mais qualificada população de profissionais, assim como, pensar que as condições de estabilidade que são oferecidas pelos empregos públicos favorecem os trabalhadores a se manterem em vínculos abaixo do nível de formação.

Essa realidade também pode levar a uma situação em que os trabalhadores não se arriscam em outros empregos, ou se assim o fazem, mantêm o vínculo público, caracterizando situações como a de dupla jornada de trabalho por ocorrência de desempenhar a formação profissional de nível superior e manter o vínculo estável. Temos um embate entre a

estabilidade, segurança do trabalho, com a realização pessoal ao nível de formação profissional, que diante os tempos de incertezas do mercado de trabalho, exemplifica como a estruturação do trabalho da atualidade vem repercutir aos trabalhadores dessa pesquisa.

Apesar de consideradas as discrepâncias entre a remuneração e entre os benefícios destinados para os diferentes vínculos, ainda assim foram evidenciados vínculos duradouros por meio da contratação via CLT, com média geral de 12,9 anos de vínculo dos trabalhadores à Instituição. Fato que sugere contratações estáveis e nível de satisfação que pode estar relacionado à valorização da Instituição, um trabalhar e uma equipe profissional (pessoas) que seja estímulo à permanecerem, visto que a remuneração não se mostra enquanto justificativa para essa realidade.

Fato esse que pode ser comprovado na fala de Raquel-GFN que ao contar no GF sobre uma experiência de trabalhar em dois empregos expressou preferência em permanecer na Instituição Hospitalar – lócus de realização dessa pesquisa – por se sentir melhor ali, apesar de remuneração menor, considerando que sua prioridade naquele momento não era a remuneração e sim um ambiente melhor de trabalho. A atribuição feita à Instituição é justificada por esta ser, na realidade local, um hospital de referência e possuir representatividade refletindo aos trabalhadores status, além de imprimir quadro de rotina de trabalho melhor garantindo maior bem-estar aos trabalhadores.

Entre os trabalhadores que possuem dois vínculos empregatícios há predominância do vínculo CLT. Dos trabalhadores diurnos com jornada de trabalho duplicada, 81,2% possuem vínculo CLT e 18,8% vínculo RJU. Já, dos trabalhadores do turno noturno que possuem dois vínculos empregatícios, 66,7% são do vínculo CLT e 33,4% RJU.

A dupla jornada de trabalho foi verificada enquanto predominante no vínculo celetista (CLT), fato que pode estar relacionado à desproporcionalidade salarial. Este dado é expressivo uma vez que evidencia que os múltiplos vínculos estão em sua maior parte relacionados ao vínculo empregatício CLT.

Esse fato pode fazer referência aos salários diferenciais entre os dois vínculos, podendo inferir que a ocorrência de duplos vínculos seja para adequação às necessidades econômicas. Entretanto, pode constituir como outro motivador e possibilidade para justificar a manutenção de outro emprego, por exemplo, a realização profissional de nível superior, considerando que parte considerável dos profissionais participantes desta pesquisa estão empregados em cargos abaixo do nível de escolaridade que possuem.

Tal fato também pode justificar a dupla jornada para os servidores públicos RJU, que apesar de melhores remunerações, podem ter a necessidade de realização profissional e

pessoal condizente com a sua formação, havendo a ocorrência de outro vínculo público, além da necessidade financeira, enquanto possibilidades para justificar a dupla jornada de trabalho.

As motivações para a dupla jornada de trabalho para ambos os vínculos podem ser diferentes, porém, expõe uma realidade que exige do trabalhador adequação física, psíquica, social e ambiental.

3.9.1. Valorização e reconhecimento profissional

A realidade de dupla jornada de trabalho e a ocorrência de trabalhadores ocupando cargos de menor grau de formação exigido, coloca em evidência a problemática da valorização e reconhecimento da profissão quando, apesar da formação superior, os vínculos de segurança/estabilidade não são desfeitos embora sejam cargos de nível de formação inferior.

Quanto a isso, cabe inclusive uma discussão de aspectos legais e éticos, visto a ocorrência de enfermeiros com certificação para nível de formação superior que assumem cargos de nível médio, estando as habilidades técnicas asseguradas pela capacitação de nível superior, porém alguns são destituídos de certificação legal, ou seja, diploma ou registro para a função de trabalho na respectiva categoria.

A judicialização para o provimento de cargos nessas situações é uma realidade e o COREN se posiciona quanto a esse fato no sentido de orientar, porém, ainda não há uma normatização que impeça as contratações. O conselho entende a necessidade de regulamentação, uniformização de condutas e procedimentos fiscalizatórios neste sentido. (COREN-MG, Parecer nº06/2012).

Considerando aspectos sociais e jurídicos, trata-se do velho brocardo jurídico de “quem pode o mais, pode o menos”. (COREN-MG, Parecer nº06/2012).

Trata-se de repensar as diversas categorias da enfermagem, trata-se de refletir se à beira do leito as funções exercidas se limitam as competências exigidas, trata-se de concorrência desleal e de depreciação da remuneração. E, por fim, trata-se da questão da valorização da profissão, uma vez que se assim fosse não haveria profissionais lutando, inclusive judicialmente, para se empregar em cargos de menor qualificação da que o trabalhador possui, se não, buscando se qualificarem cada vez mais galgando postos de trabalhos mais elevados.

Identificou-se um recorte discursivo na atividade de GF que permitiu compreender essa perspectiva apurada nos dados do Perfil Socioeconômico. Trechos de narrativas que se referiam à percepção dos sujeitos quanto à valorização e ao reconhecimento profissional.

Os sujeitos trazem em suas falas o desprestígio profissional, conforme apresentado a seguir.

É muito pouco [reconhecido] hoje em dia. (Danísia-GFN).

Eu, particularmente, acho que é muito pouco, muito pouco [reconhecido]. São poucas pessoas que reconhecem. (Mateus-GFN).

Eu acho que em parte, o serviço ele é assim, não é todo mundo que reconhece o que você faz, o seu trabalho, mas também não é todo mundo que desvaloriza. Tem os a favor e os contras. Talvez não valorizam porque não tomam conhecimento do quê que é, a importância de você saber administrar uma medicação que vai te tirar da morte, te livrar [...] então é falta de conhecimento. (Samanta-GFD).

Eu acho que, de certa forma, você tem o reconhecimento de alguém, não é todo mundo, mas, às vezes reconhece. Mas também, a gente não espera isso né, se faz alguma coisa é pra pessoa. (Fabiana-GFN).

Na minha opinião, é mais desvalorizado que valorizado, tanto pelo paciente quanto pela equipe multidisciplinar também. A [por parte] do paciente, talvez seria devido ao momento em que ele se encontra. Mas, não por isso, tem também as pessoas que valorizam muito. (Alice-GFD).

Os termos ‘reconhecimento’ e ‘valorização’ nos trechos dos discursos foram utilizados com sentido similar. Porém esta pesquisa entende que os termos podem assumir entendimentos diferentes, ou seja, a valorização tratar de fins monetários, aspectos de fins econômicos, remuneração, enquanto que o termo reconhecimento diz respeito ao grau de importância, consideração e apreço.

É marcante a questão da desvalorização e falta de reconhecimento profissional desses trabalhadores, como é certificado nos trechos das narrativas acima. Evidência constatada por meio de referências negativas a questão da valorização e reconhecimento, expostas nas secções de falas que assumem essa semântica: *não é todo mundo que reconhece/ são poucas pessoas que reconhece/ é mais desvalorizado que valorizado*.

Verificou-se ocorrência de advérbios de intensidade, *muito pouco/ pouco/ poucas*, que caracterizavam a desvalorização profissional.

Identifica-se que, ao mesmo tempo, ocorrem narrativas depreciativas e em seguida há um discurso que reverencia alguma forma e/ou existência de reconhecimento. Secções dos

depoimentos que expressam tal fato: *mas também não é todo mundo que desvaloriza/ às vezes reconhece/ tem também as pessoas que valorizam muito.*

Há uma marca temporal das narrativas sobre valorização e reconhecimento, uma vez que, os fragmentos que dizem sobre desvalorização e falta de reconhecimento ocorrem em primeira instância do que a referência trazida pelos participantes sobre alguma forma de apreciação da profissão perante os demais, ou seja, a problemática fica em evidência.

A atividade de GF trouxe à luz os sujeitos ativos e/ou passivos, neste processo de repercussão da profissão.

Mais [reconhecimento], de alguns pacientes e de alguns acompanhantes, mas também não são todos. (Fabiana-GFN).

A questão da equipe multidisciplinar, já de outras áreas que abrange também o tratamento do paciente, eu vejo que a desvalorização é até mesmo a falta de comunicação, porque eles tomam decisões entre si por conta própria e não comunica a parte que está lidando diretamente com o próprio paciente. [...] Então eu considero isso uma grande desvalorização. (Alice-GFD).

Em questão da equipe, eu concordo plenamente com a Alice-GFD, não é uma equipe coesa, as pessoas acabam não respeitando, não colaborando né, pra que tudo chega num final bom né, que resulta numa melhora do paciente. [...] e também por fora, a sociedade, como a gente vê, como eles vêem a gente, às vezes nem vê, nem quer saber. [...] a nossa peça principal é o paciente, certo?! Então, ele está ali totalmente fragilizado, ninguém ta ali porque quer, ou fica doente porque quer né, isso é o que a gente imagina. Então, eu acho assim, é tão bom quando o reconhecimento dele vem, do paciente pra você, é muito gratificante quando um paciente agradecer algum trabalho, alguma coisa que você fez para ele. (Giovana-GFD).

O foco maior [reconhecimento] é de alguns pacientes né, o foco maior é deles né. Pra chefes, coordenadores, gerentes, isso é o de menos. Hoje no setor que eu trabalho, a gente tem mais reconhecimento da equipe médica residente do que nossos próprios coordenadores de enfermagem. (Raquel-GFN).

Está em destaque nos trechos a referência que fazem aos *pacientes*. Eles são os sujeitos para quem a equipe de enfermagem presta o serviço, dessa forma, estão em evidência e implica que a percepção advinda deles quanto ao trabalho desempenhado pela enfermagem tem importante grau de relevância.

Além dos *pacientes*, indicaram diferentes sujeitos, coletivos ou individualizados, que estão relacionados à percepção de valor e reconhecimento, ou a falta desses, elencados pelos participantes do GF, que são: *equipe multidisciplinar/ equipe/ sociedade/ chefes/ coordenadores/ gerentes/ equipe médica residente/ coordenadores de enfermagem/ acompanhantes.*

A depoente Alice-GFD trouxe à tona outra dificuldade que diz respeito à comunicação, que será tratada à frente, porém esclareceu que este problema também está relacionado à questão de reconhecimento da profissão perante demais da equipe multidisciplinar. Entre as falas de Alice-GFD e Giovana-GFD ficaram explícitas a complementaridade de opinião sobre essa relação quando estabelecem um diálogo para tratarem desta percepção sobre a falha na comunicação.

[...] na sociedade atual, fortemente dependente de tecnologias materiais, influenciada pela comunicação global, centrada no consumo, nos valores mercantis e na biomedicina, valores como solidariedade, direito universal a vida digna e ao cuidado não são prioridade, dificultando a valorização de práticas como a da enfermagem. (PIRES, 2009, p. 740).

“Vivenciamos ainda a desvalorização profissional na enfermagem e representamos, muitas vezes, um grupo marginalizado.” (ERDMANN et. al, 2009, p. 642).

Os resultados do trabalhar na saúde podem estar ocultados ou de difícil reconhecimento, tanto para os próprios profissionais quanto para aqueles que recebem a assistência, dificultando o processo de reconhecimento e valorização, resultando em repercuções no âmago profissional e pessoal, individual e coletivo. (ANTUNES, 2009).

“Ressalta-se que os resultados do trabalho na enfermagem não são concretos e palpáveis, mas sim baseados em relações, comunicações, rede de informações e doação ilimitada de afeto, características do trabalho imaterial.” (HARDT; NEGRI, 2001 apud TRAESEL; MERLO, 2011, p. 42).

O trabalho na saúde tem uma peculiaridade uma vez que não se tem de forma concreta um produto, uma mercadoria. (ANTUNES, 2009).

[...] o reconhecimento possibilita que o sofrimento no trabalho seja transformado em prazer e realização. Para o autor, quando as tarefas evoluem na direção das tarefas imateriais, isto é, quando não há produção de objetos materiais, em particular no caso das atividades de serviço, onde a parte mais importante do trabalho efetivo é “invisível”, é agravada a invisibilidade da contribuição deste trabalhador e consequentemente, o reconhecimento do seu trabalho (DEJOURS, 2004b apud TRAESEL; MERLO, 2009, p. 103).

Na saúde, o fruto do trabalho aparece sob as condições dos pacientes de forma individualizada ou visto na coletividade, resultados como a melhora das condições clínicas, atividades que promovem conscientização e mudanças de condutas, comportamentos e prevenção de enfermidades, ações de vigilâncias e controle com o fim de promover saúde e prevenir doenças.

[...] no trabalho de enfermagem, inserido no modelo atual do capital cujo foco está na polivalência, na flexibilidade, nos resultados e na exigência de

altos níveis de performance, há uma forte tendência a não valorizar a contribuição deste trabalhador, com fortes impactos sobre a sua saúde.” (TRAESSEL; MERLO, 2011, p. 41).

O trabalho imaterial de setores de serviços, como constitui a realidade da equipe de enfermagem, também são fatores que corroboram à dificuldade de percepção do alcance de suas ações e resultados.

Para os profissionais da saúde configuram circunstâncias que não os fazem reconhecer o produto do trabalho desenvolvido, por exemplo, a descontinuidade da assistência para verificação dos resultados do trabalho prestado, uma vez que há diferentes esferas de atenção em saúde, em que ocorrem transferências diante sistema de referência e contra referência. Além disso, as dificuldades para alcance dos objetivos de ações em saúde diante de recursos financeiros escassos, recursos humanos insuficientes, alta demanda e baixa adesão, estruturação de aportes sociais deficientes que auxiliariam em atividades coletivas, constituem circunstâncias que dificultam tanto os resultados de trabalho em saúde como na percepção individual e coletiva sobre esses resultados.

Aos que recebem a assistência de saúde, a manifestação de agrado ou insatisfação ao trabalho dos profissionais pode representar uma forma de verificação e mensuração do trabalhar. Existem mecanismos formais para a avaliação como os registros para sugestões, reclamações ou satisfação dos usuários e os serviços de ouvidoria presente em algumas instituições de saúde. Além das manifestações informais que são transmitidas diretamente aos funcionários como pode ser verificado nos depoimentos, exaltando o significado do trabalho desses profissionais.

Para os profissionais de enfermagem que mantém uma relação muito próxima com os pacientes durante as vinte e quatro horas do dia, as manifestações advindas deles são representativas e trazem consigo, sejam elas positivas ou negativas, uma carga reacional que interfere na percepção desses trabalhadores à sua profissão.

Os depoimentos obtidos por meio do GF introduziram novos elementos de reconhecimento do trabalho da equipe de enfermagem além dos próprios pacientes, ao citarem os acompanhantes dos pacientes, a sociedade de uma forma geral, além dos outros profissionais da área da saúde que constituem a equipe multidisciplinar, evidenciando um olhar crítico e ampliado quanto ao reconhecimento do trabalho realizado por eles.

As narrativas dos trabalhadores evidenciaram suas percepções sobre a profissão e os trabalhadores teceram considerações sobre o reconhecimento profissional fragilizado e sua desvalorização.

As considerações, quanto ao reconhecimento no campo do trabalho, desenvolvidas por Dejours (2010) evidenciam as proporções no âmago da individualidade e coletividade dos trabalhadores.

A dinâmica do reconhecimento do trabalho permite, de modo singular, compreender como, graças ao trabalho, alguns sujeitos logram estabilizar sua identidade e conjurar, às vezes ao longo da vida, o risco de doença mental somática. (GERNET; DEJOURS, 2010 apud SILVA; DEUSDEDIT-JÚNIOR; BATISTA, 2015, p. 427)

“[...] o desejo do trabalhador ocorre no sentido de que o seu investimento no trabalho não seja frustrado, ou seja, que o trabalhador não seja visto apenas como uma marionete ou um “simples executante”, condenado à obediência e à passividade.” (TRAESSEL; MERLO, 2009, p. 103).

As expectativas quanto ao trabalho constituem importante fator à sua parcimônia física e mental. Tal fato se deve à outra importante questão teórica que permeia o campo do trabalho: sua centralidade – do trabalho – para os sujeitos, partindo de considerações de Marx (2013), enquanto atividade que possibilita o ser social e uma identidade.

É possível notar que de maneira geral em ambos os grupos as reações quanto à verificação de desvalorização e falta de reconhecimento do trabalhar dos profissionais de enfermagem constituem uma realidade para eles. Fato esse que pode ser contornado a partir das reconduções desses trabalhadores para o enfrentamento da realidade, para se manterem em seus postos de trabalhos “sem desanimarem com a realidade”, e ainda, conseguindo obter satisfação no trabalhar, apesar das circunstâncias ou mesmo condições desfavoráveis.

A falta de reconhecimento profissional pode causar frustrações, desmotivação e insatisfação. Em paradoxo, o GF introduziu narrativas que também evidenciaram situações de satisfação em relação ao desempenho da função na equipe de enfermagem.

O ganho deste tipo de trabalho desenvolvido pelos trabalhadores de enfermagem pode ser tanto pessoal quanto profissional.

A satisfação em desempenhar atividades laborais pôde ser constatada e é mobilizada por diferentes razões, como, pela finalidade econômica o que possibilita aquisições pessoais materiais e/ou imateriais; pela inclinação pessoal para atuação na área da saúde, em específico na área da enfermagem; pela realização profissional e pelas relações sociais estabelecidas no trabalho.

Trataremos em específico a seguir sobre a satisfação profissional, apesar dos enfrentamentos da realidade desses trabalhadores.

3.9.2. Satisfação profissional, trabalho e subjetividade.

Considerações sobre a satisfação profissional foi uma constatação pertinente que ocorreu a partir das reflexões advindas do Perfil Socioeconômico. Sobre isso, a atividade de GF possibilitou esclarecimento sobre a percepção do trabalho enquanto fonte de satisfação, conforme trechos de falas a seguir.

Quem trabalha naquilo que gosta, faz mais bem feito. E também é prazeroso né, fazer aquilo que você gosta, por que pode ser que você ganhe bem pra trabalhar numa coisa que você não gosta, mas aí você prefere ganhar menos, mas fazer o que você gosta. (Fabiana-GFN).

No nosso caso [enfermagem], por exemplo, quando você chega, naquele momento em que você faz alguma coisa, salva a vida de alguém, ou que você faz parte da vida de alguém. Você atendeu aqui hoje e você não vê nunca mais, e que aquelas pessoas, principalmente as senhoras, tenho certeza que dizem: você vai estar sempre nas minhas orações. Isso é prazeroso, sim, é muito prazeroso. [...] não significa tanto se você não faz o que você gosta. (Raquel-GFN).

Adoro [trabalho]! Adoro e não troco por nada. (Risos). Não trocaria por nada. (Giovana-GFD).

A satisfação pessoal, enquanto fonte de prazer e de realização, foi identificada e remete ao grau de satisfação desses profissionais com o trabalho. A materialização disso é constatada por meio de verbos, como: *prazer, adorar, gostar*; que ocorrem com a mesma semântica ao se referirem ao trabalho que eles desempenham.

O reconhecimento também é enaltecido enquanto fonte de satisfação profissional em um depoimento que se segue.

É sempre bom ser elogiado, quem que não gosta né, ainda mais se você está fazendo seu trabalho e alguém vem e te agradece, te elogia; é um sinal que você está realizando bem feito o que você está fazendo. (Mateus-GFN).

A satisfação no trabalhar foi percebida na relação trabalho/subjetividade e na associação trabalho/emprego.

Eu sinto que o meu trabalho, da maneira como eu trabalhei, ele me trouxe muitos benefícios pra mim. O que eu pensava o que eu sonhava, e vamos dizer, que se não fosse ele os meus sonhos não seriam realizados. Eu acho que o trabalho significa o ser humano, você se sente que você é útil né, que você é útil dentro de uma sociedade, dentro de uma população. Você se sente, assim, que você é útil. Quando você parar de trabalhar, fica..., e não

tem mais uma atividade, você sente, assim, que o mundo parou, se isola, fica deprimido, então, quer dizer que ele te ergue né. (Gisela-GFD).

Nossa, eu me sinto realizada. [...] Tudo o que eu precisava eu consegui com o meu trabalho. Eu só tenho a agradecer. Além do tanto que eu trabalho até hoje. Sem isso a minha vida não tem sentido. É um objetivo de vida. Trabalho faz parte da manutenção da vida, se não tiver trabalho não tem relacionamento, não tem vida, sei lá, pára. Sem objetivos nenhum de vida. (Samanta-GFD).

Através do trabalho você conquista sua independência, tanto financeira como quanto pessoal, né. Você vai conquistando um monte de coisa. (Fabiana-GFN).

[...] eu não me imagino deitar e levantar todos os dias em casa sem trabalhar. Eu não me imagino. [...] é muito bom você levantar, tomar um café, trabalhar, arrumar uma casa. [...] Depois de doze horas, que eu venho, que eu trabalho, que eu faço meu trabalho, que eu atendo um paciente aqui, que eu vou pra casa com a sensação de dever cumprido, uma sensação boa. (Raquel-GFN).

Eu imagino que sem o trabalho, de alguma forma, eu também usufruiria de trabalho de uma outra pessoa. Eu seria eu pessoa secundária do trabalho de alguém. [...] O trabalho eu vejo que é essencial pro ser humano, pra sobreviver, independente de alguma coisa, eu não me, na verdade eu não teria uma manutenção de alimentação, uma manutenção de vida, de sobrevivência, se não viesse do trabalho de alguma pessoa, eu sem o trabalho, mas como eu trabalho, eu posso usufruir, me mantendo e mantendo outras pessoas também. Eu me vejo assim. (Alice-GFD).

Os discursos são marcados por falas que afirmam a importância do trabalho à vida daquelas pessoas, percebidas ao qualificarem o trabalho como: *impulsionador de benefícios, provedor de independência, determinante para gerir e manter a vida.*

Tal importância é ainda reforçada com períodos de locuções que expressam uma relação de condição, ou seja, o trabalho resulta aos profissionais possibilidades diversas. Essa constatação é possível de ser percebida quando ocorrem as locuções a seguir: *se não fosse ele/sem isso/ se não tiver;* e do advérbio: *quando;* e da conjunção: *sem.*

Identifica-se a questão da centralidade do trabalho nas falas acima referidas. O trabalho como provedor de substratos de diferentes ordens, ou seja, social, financeira e/ou pessoal, como apareceu nos trechos. A ausência do trabalho foi percebida com incômodo, secções que esclarecem tal fato foram: *eu não me imagino/ se não fosse ele os meus sonhos não seriam realizados/ sem isso a minha vida não tem sentido/ se não tiver trabalho não tem.../ você se sente que você é útil.*

Temos a subjetividade do trabalho expressa nos depoimentos acima referidos. “*Questão do trabalho bem feito*”, “*Trabalho naquilo que gosto*”, “*Sensação de utilidade*”,

são expressões do engajamento no trabalho, da ideologia social do trabalho em que a realização do trabalho não é puramente financeira, se torna um objetivo de vida.

“[...] o zelo no trabalho é irredutivelmente associado ao engajamento afetivo da subjetividade em conflito com o real (o real aqui é definido como o que se apresenta, àquele que trabalha, por sua resistência ao domínio).” (DEJOURS, 2012, p. 364).

A dedicação e zelo ao trabalho fazem com que o trabalho seja realizado, inclusive quando o trabalho prescrito e o real são diferentes, inclusive a independente do salário.

Nos trechos das narrativas temos a expressão do significado do que é Ser enfermeiro, seu trabalhar que além de configurar um serviço social, é demonstração de suas habilidades, aptidões, vocação.

Não obstante da perspectiva subjetiva do trabalho, também que ocorreu uma relação do entendimento do trabalho enquanto emprego, ou seja, como mercadoria, com fins econômicos.

Sobre a temática ‘trabalho’, ela foi introduzida à dinâmica de GF pelo facilitador ao indagar o que os colaboradores entendiam sobre trabalho, e um silêncio se apresentou em ambos os grupos após tal indagação.

O silêncio é uma importante constatação e só foi interrompido por Fabiana e por Samanta com o questionamento que se segue:

Trabalho? (Fabiana-GFN).

Eu não entendi a pergunta. (Samanta-GFD).

A dúvida dos participantes recai sobre o entendimento que fazem sobre a temática, demarcando uma relação de difícil reconhecimento e entendimento sobre o que a primeira vista pode parecer óbvio e não caber um questionamento.

Apesar de ter sido verificada, primeiramente, a explicação do fim do trabalhar enquanto finalidade econômica, o GF evidenciou uma ampliação do entendimento desses sujeitos sobre trabalho quando estimulados.

As percepções foram sendo ampliadas aos poucos, os depoimentos dos trabalhadores aprofundaram no sentido de concepção sobre trabalho para além da finalidade econômica no decorrer da dinâmica em grupo.

É, ele pode ter fins lucrativos ou não, porque, por exemplo, em casa você trabalha e não, literalmente, não recebe. (Mateus-GFN).

Eu acho que trabalho são as atividades laborais da gente né, com fim financeiro né, ou não né. [...] na realidade você já nasce trabalhando né e você vai envolvendo, vai... Por exemplo, aqui mesmo [grupo focal], a gente está fazendo um trabalho. (Marta-GFD).

[...] [trabalho] uma atividade que você desenvolve. Qualquer atividade que você desenvolve ou para benefícios financeiros ou também para uma satisfação. Eu acho, como se diz, você está na ativa, está trabalhando, você está produzindo, mas não quer dizer que quando você não tem o trabalho você não tem vida, não tem nada. (Giovana-GFD).

Os depoentes elencam outras constatações de trabalho, por exemplo, a atividade *doméstica não remunerada e a própria dinâmica de grupo* à qual participavam. Indicam uma ampliação à noção de trabalho. A última participante citada ainda trouxe ao grupo uma exposição de embate às falas anteriores (*se não tiver trabalho...não tem vida/ Quando você parar de trabalhar,...você sente, assim, que o mundo parou*) que remetiam à representatividade do trabalho/emprego e introduziu, ainda, uma discussão temporal da atividade profissional, que resultou em um diálogo com exposições sobre a percepção de diferentes momentos ao longo da vida de trabalho.

Eu to falando de hoje. Se você precisa trabalhar, você tem um objetivo de o trabalho fazer parte da sua vida, é o elo da sua continuação. Se você se ver sem trabalho você se perde, cara! Eu levanto cedo por quê? Nossa!, eu estou cansada mas eu tenho um objetivo, então esse objetivo é a minha gasolina da vida, é o que me mantém no giro. Então, você se ver sem o trabalho você já se perde: Cara, o quê que eu vou fazer?, Como que eu vou...?, sei lá. Não a parte depois, que você está falando [fala direcionada à Giovana-GFD sobre a questão da aposentadoria], aí já muda, já muda a página. (Samanta-GFD).

Aí depois você vai viver do seu trabalho. Olha que felicidade. Você vai estar gozando daquilo que você trabalhou, tranquilamente. (Marta-GFD).

As marcas de temporalidade se relacionam ao tempo de trabalho pelos advérbios: *hoje* e *depois*. *Hoje* além de demarcar um período de tempo, se refere ao trabalhar que desempenham na Instituição Hospitalar, e o *depois* faz menção ao período em que o trabalho/emprego não estará materializado.

Trata-se do período de aposentadoria, período em que a atividade de trabalho/emprego está ocultada, e ascende uma reflexão sobre como as atividades de trabalho se mantém após este período, evidenciando preocupação antecipada de outra fase da vida adulta diante a proximidade dessa realidade para alguns destes trabalhadores.

Percebe-se, ainda, no depoimento de Samanta-GFD, o uso de metáforas ao realizar o paralelo de trabalho à *gasolina da vida*. Gasolina é um combustível, substrato, que permite funcionamento de um motor. No sentido do texto em que foi usado trata de dar impulso para

viver, trabalhar. Samanta-GFD ainda apresentou um discurso enfático para exposição de suas percepções sobre o tema utilizando expressões, ‘*Cara*’ e ‘*Nossa*’, além de lançar questionamentos que impulsionam sua própria reflexão: *Eu levanto cedo por quê?/ o quê que eu vou fazer?/Como que eu vou...?*

Olhar para o trabalho que se realiza no campo da enfermagem como essencial ao sujeito revela que os participantes atribuem ao trabalho o sentido do “estar no mundo”, integra as relações; permite, portanto, mais que a subsistência cotidiana para si e para a família. Desse modo, existe homogeneidade dos participantes quanto ao tema ‘trabalho’.

O senso comum trás uma relação imediata entre trabalho e fins financeiros, porém, esta pesquisa procura contribuir na ampliação deste entendimento.

No GF a concepção de trabalho ultrapassou a finalidade econômica depois de estimulados. A jornada de trabalho doméstica enaltecida na discussão de gênero desta secção, assim como o apontamento evidenciado pela trabalhadora Isaura-GFN que se referiu à dupla jornada como sendo a sua atividade acadêmica, trouxe à tona questões que vão além da concepção simplista e primária de relacionar trabalho com finalidade financeira e, ainda, estabeleceu a distinção entre trabalho e emprego.

[...] o trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc. Em outros termos, para o clínico, o trabalho não é em primeira instância a relação salarial ou o emprego; é o «trabalhar», isto é, um certo modo de engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões (materiais e sociais). (DEJOURS, 2004a, p. 29)

Alguns depoimentos expressaram o trabalho referido à atividade desenvolvida pelo Homem, contemplando uma noção mais ampliada de relações com outros seres e com o meio, além de uma assimilação de trabalho com relação a uma atividade que possibilita satisfação pessoal, que também foi evidenciado por outros participantes, porém, a relação com atividade econômica foi marcante.

Refletir sobre o trabalho não se mostrou fácil diante a ocorrência do período de silêncio ao serem indagados sobre o entendimento acerca do que é trabalho. O silêncio nos conduz a inferir sobre a dificuldade em conceituar uma atividade que é cotidiana, corriqueira, natural. Pensar as finalidades e propósitos para algo intrinsecamente arraigado na vida das pessoas evidencia a complexidade do termo em questão e que ele não é pensado com profundidade.

Ambos os Grupos foram estimulados a pensar em trabalho para além do meio para obtenção de recursos financeiros. Inicialmente fizeram referência ao trabalho voluntário como forma de trabalho que não tivesse finalidade econômica, mostrando timidamente uma compreensão de trabalho estendida.

A noção de trabalho ampliada que a pesquisa procura deixar explícita está referida aos resultados das relações humanas, cujas finalidades são diversas, sendo o objetivo econômico uma delas. Notavelmente as falas remetem a confusão de compreensão quanto à diferenciação entre conceitos de trabalho e emprego, que se relacionam, mas que não são coincidentes.

As narrativas dos trabalhadores permitem identificar a relação íntima e de representatividade da atividade de trabalho e emprego para o indivíduo e a coletividade, introduzindo um importante tema para aprofundamento teórico, a questão do trabalho e a subjetividade.

A subjetividade da questão do trabalho para os participantes do GF vai ao encontro com a centralidade desta atividade para o indivíduo, norteando as aquisições, personalidades, posicionamentos e enfrentamento da realidade atual.

A complexidade do tema é enaltecida quando uma trabalhadora (Alice-GFD) destaca a interdependência entre os sujeitos da atividade do trabalho. O trabalho se destaca na atualidade enquanto uma teia social e financeira que organiza os sujeitos em sociedade, com relações de interdependência direta ou indireta e relações complexas de classe.

A partir dos resultados constata-se uma relação dialética no trabalho desses profissionais, ao passo que evidenciaram prazer e satisfação apesar de estarem continuadamente expostos a circunstâncias desfavoráveis.

A realização do GF evidenciou que, na avaliação dos trabalhadores, desempenhar o trabalho de enfermagem esbarra em dificuldades trazidas pelos trabalhadores de ambos os grupos em diferentes momentos.

Dessa forma, refletiremos e avaliaremos QV desses profissionais, considerando sua realidade, principalmente a realidade de trabalho que surgiu fortemente nos seguimentos a seguir.

4. Avaliando a Qualidade de Vida: por WHOQOL-abreviado e Grupo Focal

Os dados obtidos pelo questionário aplicado serão apresentados por meio dos domínios que são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Além das

perspectivas obtidas na auto avaliação de QV, que se referem a primeira e a segunda questão do questionário que diz respeito ao aspecto geral de QV e de saúde.

A seguir serão apresentados os resultados obtidos por meio do questionário na escala de avaliação que varia de 0-100 em porcentagem, em uma perspectiva geral.

Tabela 4. Resultados a partir dos domínios em escala 0-100 (%).

PERSPECTIVA GERAL						
Domínio	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação	Valor mínimo	Valor máximo	Amplitude
Físico	67,8	14,7	21,7	25,0	96,4	71,4
Psicológico	67,6	14,0	20,7	29,2	100,0	70,8
Relações Sociais	66,9	15,4	23,0	25,0	100,0	75,0
Meio Ambiente	56,0	13,3	23,7	21,9	87,5	65,6
Auto avaliação QV	70,6	14,4	20,4	30,0	100,0	70,0

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Os escores dos domínios são escalados em uma direção positiva, isto é, valores mais altos representem maior qualidade de vida. (WHO, 1996). Conforme Silva (2014) esclarece, “Não existem pontos de corte que determinem escore abaixo ou acima do qual se possa avaliar a qualidade de vida como “ruim” ou “boa”.

Dessa forma, foi estabelecida uma relação entre a escala tipo Likert, que varia de 1-5, com os escores da escala de avaliação dos domínios 0-100%, permitindo qualificar os resultados obtidos, conforme tabela abaixo.

Tabela 5. Analogia entre escala de avaliação Likert e escore de resultados 0-100%.

Escala Tipo Likert	Escore de resultados 0-100%	Avaliação
1	0-20%	Muito insatisfeito
2	21-40%	Insatisfeito
3	41-60%	Nem satisfeito nem insatisfeito
4	61-80%	Satisfeito
5	81-100%	Muito satisfeito

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Os resultados dessa pesquisa se enquadram dentro do nível de satisfação da escala, exceto para o domínio ‘Meio Ambiente’ cujo resultado se enquadra na avaliação de ‘nem satisfeito nem insatisfeito’. Nesse domínio está contido resultados que dizem a respeito de situações de segurança, condições de ambiente físico, recursos financeiros, lazer, condições de transporte, moradia, saúde e acesso à informação. Serve de alerta e diagnóstico de maiores necessidades de intervenção.

Os demais domínios apresentam resultados aproximados entre si, assim como para a escala que qualifica certo nível de satisfação.

Portanto, obtivemos resultados gerais que se encontram em termos de valores numéricos satisfatórios, variando entre 56,0% a 70,6%, ou seja, são resultados em geral satisfatórios quanto à avaliação de QV.

Entendemos que há uma diferença significativa ao limite superior do escore máximo (100%), inferindo que ainda existem lacunas e insatisfação quanto a determinantes de QV.

Os dados obtidos também foram organizados a partir dos diferentes turnos, cujos resultados estão apresentados a seguir.

Tabela 6. Resultados do turno diurno dos domínios em escala 0-100 (%).

TURNO DIURNO						
Domínio	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação	Valor mínimo	Valor máximo	Amplitude
Físico	68,0	14,8	21,7	25,0	96,4	71,4
Psicológico	67,7	13,9	20,6	29,2	100,0	70,8
Relações Sociais	67,1	15,4	22,9	25,0	100,0	75,0
Meio Ambiente	56,1	13,4	23,8	21,9	87,5	65,6
Auto avaliação da QV	70,6	13,7	19,4	30,0	100,0	70,0

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Tabela 7. Resultados do turno noturno dos domínios em escala 0-100 (%).

TURNO NOTURNO						
Domínio	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação	Valor mínimo	Valor máximo	Amplitude
Físico	67,6	14,8	21,9	25,0	96,4	71,4
Psicológico	67,4	14,2	21,1	29,2	100	70,8
Relações Sociais	66,8	15,5	23,2	25,0	100	75,0
Meio Ambiente	55,7	13,3	23,9	21,9	87,5	65,6
Auto avaliação da QV	68,8	15,3	22,3	30,0	100,0	70,0

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

O que percebemos é uma diferença sutil e não representativa entre os turnos, e os resultados vão ao encontro com os dados obtidos na perspectiva geral, mantendo-se as mesmas considerações quanto à relação entre os turnos supracitada, conforme expresso na avaliação de p-valor abaixo.

Tabela 8. Aplicação Teste-T entre domínios dos diferentes turnos, escala 0-100 (%).

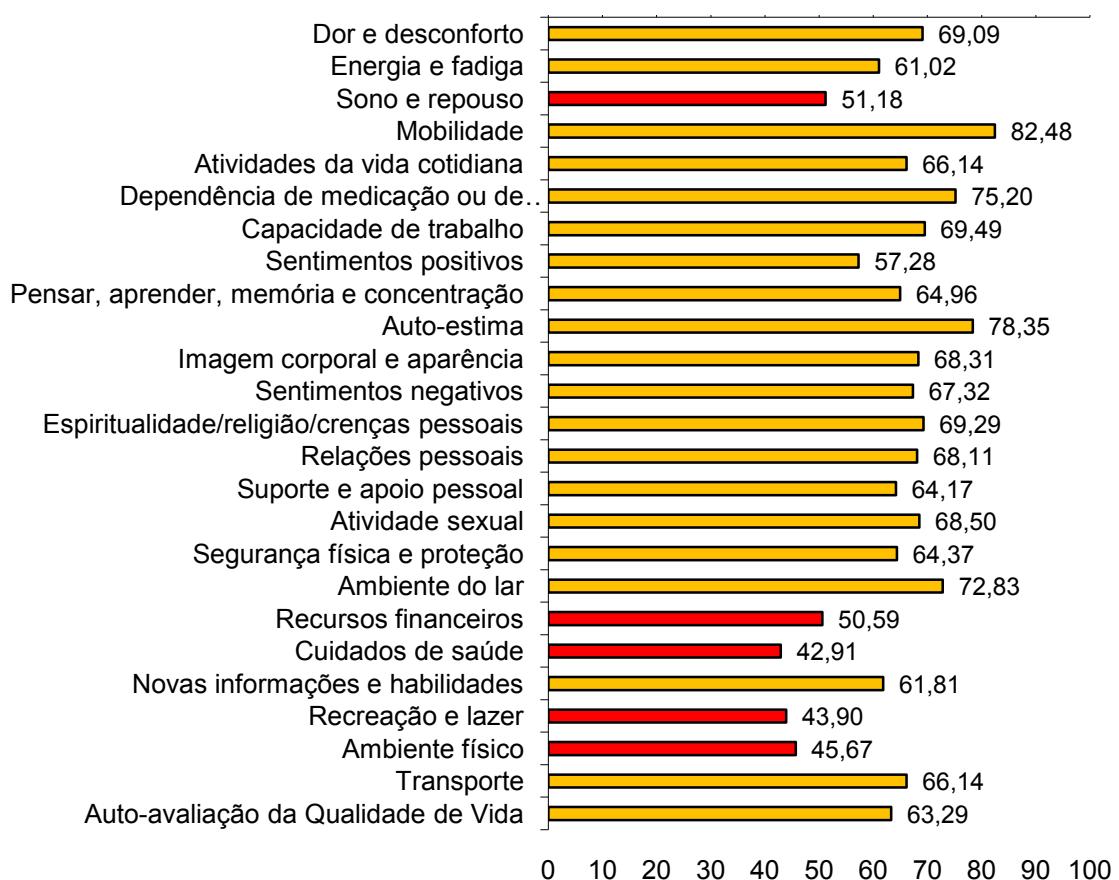
Domínios	p-valor
Físico	0,8816
Psicológico	0,9063
Relações Sociais	0,9147
Meio Ambiente	0,8687
Auto-avaliação da QV	0,4905

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

A verificação estatística entre os resultados obtidos dos turnos, não evidenciou diferenças expressiva, indicada pela verificação do p-valor > 0,05, conforme tabela acima.

Uma análise a partir das facetas também foi realizada no sentido de evidenciar circunstâncias importantes.

Gráfico 8. Resultados a partir das facetas em escala 0-100 (%).



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Ao avaliarmos as facetas, obtivemos a média dos resultados de 63,69%. A partir disso, verificaram-se facetas que se mantiveram abaixo e distantes do valor da média calculada considerando a escala 0-100%, que foram: sono e repouso, recursos financeiros, cuidados de

saúde, recreação e lazer, e a faceta ambiente físico. Essas facetas foram identificadas com os menores índices de avaliação, cabendo uma verificação entre os turnos

Tabela 9. Análise de facetas selecionadas por turnos.

Facetas	Turno	Média	Desvio Padrão	Coeficiente de variação
Faceta Sono e repouso – Q16	Diurno	3,1	1,1	35,5
	Noturno	3,0	1,1	36,7
Faceta Ambiente físico – Q9	Diurno	2,8	0,9	32,1
	Noturno	2,8	0,9	32,1
Faceta Lazer – Q14	Diurno	2,8	0,9	32,1
	Noturno	2,7	0,9	33,3
Faceta Recursos financeiros – Q12	Diurno	3,0	0,9	30,0
	Noturno	2,9	0,9	31,0
Faceta Cuidados de saúde – Q 19	Diurno	3,8	0,7	18,4
	Noturno	3,8	0,7	18,4

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Não obtivemos resultados relevantes à análise das facetas entre os turnos por meio do detalhamento estatístico apresentado considerando $p\text{-valor} > 0,05$ mesmo em se tratando da faceta ‘sono e repouso’, a qual hipoteticamente estaria mais prejudicada ao se tratar da jornada de trabalho noturna.

A análise da metodologia quantitativa, a partir dos resultados dos questionários aplicados, permitiu realizar uma avaliação para verificação de fidedignidade do instrumento utilizado nesta pesquisa, para tanto, lançamos mão da verificação pelo Coeficiente de Cronbach.

O questionário WHOQOL-abreviado foi analisado segundo o grau de confiabilidade que será apresentado a seguir.

Tabela 10. Análise do questionário pelo Coeficiente de Cronbach.

	Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Coeficiente de Cronbach	0,9	0,8	0,7	0,6	0,7

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Sobre os valores de referência para análise dos resultados obtidos,

[...] ainda não existe um consenso entre os pesquisadores acerca da interpretação da confiabilidade de um questionário obtida a partir do valor deste coeficiente (Em geral, considera-se satisfatório um instrumento de pesquisa que obtenha $\alpha \geq 0,70$). [...] é possível considerar como satisfatórios

os questionários que apresentem valor de $\alpha > 0,60$. Entretanto, valores superiores de alfa poderão indicar Graus de Confiabilidade ainda melhores e a decisão a respeito do valor mínimo de confiabilidade de um questionário fica a critério do pesquisador. (FREITAS; RODRIGUES, 2005).

Tendo em vista o exposto, os valores obtidos para avaliação da confiabilidade do questionário aplicado foram positivos e indicam que o questionário utilizado conseguiu alcançar os objetivos a que se propôs, garantindo a esta pesquisa representatividade e expressividade.

A partir dos resultados obtidos por meio do WHOQOL-abreviado, também realizamos um levantamento de estudos nacionais que tivessem relação a esta pesquisa. Relativamente ao estado da arte dos estudos sobre Qualidade de Vida em instituições de saúde buscamos por subsídios nesses outros estudos que tinha população alvo, características do local de estudo e instrumento metodológico similares, permitindo reflexão a partir de outras pesquisas.

Assim, os resultados do estudo de Assunção, Miranzi e Scorsolini-Comim (2010), realizado no setor de Pronto Socorro de um hospital universitário (Estudo 1), se assemelham à este estudo, e concluíram que: “[...] os participantes apresentaram uma avaliação positiva para a Qualidade de Vida Geral.”

Em estudo realizado por Vitorino (2014), em setor de urgência e emergência (PS) e em unidades de terapia intensiva (UTI/CTI) (Estudo 2), obteve-se resultados com indicadores brutos mais altos comparados aos obtidos nesta pesquisa. “Os resultados evidenciaram que os colaboradores de enfermagem apresentaram percepções positivas nos domínios da QV. As melhores percepções do estado de saúde foi a principal variável que colaborou positivamente para esses resultados. Em contrapartida, foi evidenciado que a maior renda prejudicou a QV, principalmente no domínio Físico.” (VITORINO, 2014, p. 88).

Para o estudo realizado por Martins (2002) em Hospital Universitário (Estudo 3) com foco nos turnos e com aplicação do mesmo instrumento quantitativo, os resultados/escores também foram semelhantes aos obtidos neste estudo, inclusive em relação ao domínio meio ambiente, como sendo o que obteve menor índice. Obtiveram resultados que:

[...] define o perfil de qualidade de vida desses profissionais como muito bom. Não se evidenciou diferença significativa entre os turnos de trabalho. Desta forma conclui-se que estes profissionais têm uma percepção satisfatória de sua qualidade de vida. Pode-se inferir que estes trabalhadores também estão satisfeitos com o seu trabalho já que a satisfação no trabalho é um elemento fundamental na determinação da qualidade de vida. (MARTINS, 2002, p. 67).

Maciel e Oliveira (2014) realizaram uma pesquisa em hospital filantrópico (Estudo 4) que evidenciou resultados que consideraram: “Com relação aos domínios do WHOQOL-Bref,

eles apresentaram escores altos, definindo qualidade de vida desses profissionais como boa.” (MACIEL; OLIVEIRA, 2014, p. 88).

Outro trabalho científico (Estudo 5) realizado com a enfermagem em unidade de Pronto Socorro, os resultados obtidos são semelhantes a esta pesquisa e foram caracterizados como positivos. (QUEIROZ, 2012, p. 71).

Nos resultados de outra recente pesquisa realizada por Aquino (2016) com a equipe de enfermagem na mesma Instituição Hospitalar em que se realizou esta pesquisa, com foco aos trabalhadores noturnos do sexo masculino (Estudo 6), obteve-se resultados comparativamente semelhantes aos demais estudos e a esta pesquisa.

Para efeitos de comparação, expomos a seguir os resultados das pesquisas mencionadas.

Tabela 11. Relação de resultados de pesquisas utilizando o WHOQOL-abreviado.

Domínios	Estudo 1	Estudo 2	Estudo 3	Estudo 4	Estudo 5	Estudo 6	Presente Pesquisa
Físico	68,6	81,0	73,4	73,8	60,0	65,4	67,8
Psicológico	66,7	77,6	69,8	72,6	76,1	67,6	67,6
Relações Sociais	54,9	80,5	68,5	71,6	75,9	70,1	66,9
Meio Ambiente	68,0	69,9	55,9	56,2	61,2	57,5	56,0

Fonte: Base de dados da pesquisa, 2016.

Percebe-se que os resultados em geral quando comparados aos demais estudos possuem correlação, ou seja, associação entre os resultados é existente (r de Pearson: tende à +1), exceto para o primeiro estudo.

As comparações com outras pesquisas permitiram verificar que o resultado, em aspecto geral, seguiu os achados obtidos em outros estudos.

Obtivemos resultados que evidenciam o nível de satisfação aos diferentes aspectos que o instrumento propôs avaliar, sendo o domínio de meio ambiente o que mais se mostrou em estado de alerta. Contudo, resultados que margeiam o limite inferior do escore, são considerados medianos e com possibilidade de melhorias e obtenção de melhores índices de avaliação de QV.

A utilização do questionário WHOQOL-abreviado permitiu uma avaliação quantitativa sobre QV e evidenciou um distanciamento do melhor escore (100%). Para compreender a lacuna que o resultado inferiu, a atividade do GF permitiu compreender as percepções dos trabalhadores, assim como seus desafios e anseios.

Uma reflexão sobre QV ocorreu no GF por meio de indagações aos participantes dos grupos. No *Grupo Focal Noturno* (GFN) essa temática está exposta a seguir:

Eu acho que qualidade de vida é você conseguir trabalhar, ter sua vida familiar e ter sua vida de lazer. E, às vezes, a gente que trabalha à noite, a gente é privado um pouco dessa vida noturna, sair. (Isaura-GFN).

Qualidade de vida, assim, pra gente que trabalha à noite, não é a mesma coisa. Porque às vezes a indisposição, se você trabalhou à noite, durante o dia ou a noite do outro dia você quer descansar, você não vai ter muita disposição para sair. (Mateus-GFN).

A ocorrência da indicação do turno na percepção dos sujeitos quanto a sua relação com a QV é significativa. Observamos que há referência à *privação*, *limitação* e *indisposição* imposta por essa jornada que os mantém despojados, segundo palavras citadas por eles próprios, de *lazer/ vida noturna/ sair*; certificando as implicações deste horário de trabalho.

A reflexão sobre QV não se mostrou óbvia e facilmente entendida quando um silêncio antecedeu os depoimentos no *Grupo Focal Diurno* (GFD).

De maneira geral, para explicar o que entendiam por QV, os participantes elencaram indicadores que, na percepção deles, representavam QV.

Está relacionado também esportes, fazer uma atividade física, isso com certeza que ajuda né, vai ajudar na sua postura, até na sua forma de você se alimentar porque quando você faz uma atividade você se alimenta melhor. Você, até pra dormir é melhor, mais tranquila, diminui stress. Moradia, você estar num local, tendo sua caminha pra chegar lá e dormir, vamos assim dizer, o transporte, você dorme tranquila, como eu, durmo até tranquila de manhã sei que meu esposo vai me deixar lá no serviço. (Gisela-GFD).

Lazer. A gente tem que ter lazer. (Giovana-GFD).

Saúde. A família. Remuneração. Diversão. Uma boa cama, uma boa geladeira e um bom sofá. (Fabiana-GFN).

Sono e repouso. Uma casa organizada. (Isaura-GFN).

Alimentação. Uma boa casa, uma boa cama. (Raquel-GFN).

Como se verifica, as considerações elaboradas por meio de substantivos procuram caracterizar o que seriam os indicadores de QV aos olhos dos participantes.

Desse modo, a referência à *remuneração* está relacionada ao trabalho/emprego como condição essencial para obtenção de bens materiais.

Quando indicam *casa/ moradia/ cama/ caminha/ dormir/ sofá/ transporte* elencam determinantes para a QV, fazendo correspondência de sentido ao sono e repouso (*dormir/ cama/ caminha*), lazer, descanso e diversão (*sofá*) e condições de ambiente (*casa/ transporte*).

Saúde e a família também ganharam representatividade no sentido de listar indicadores de QV para esses sujeitos.

Na avaliação da QV dos participantes obtivemos, ainda, algumas considerações interessantes.

Ah, eu acho que pra mim eu tenho uma boa qualidade de vida no momento né, mas, assim, tem muita coisa para adquirir ainda. Você entendeu? Eu gostaria, mas eu queria vencer o medo de aprender a dirigir. (Risos) Eu tenho medo de dirigir, então eu acabo dependendo de outras pessoas. (Giovana-GFD).

Pra ser sincera eu sou suspeita pra falar sobre isso, porque eu considero a minha vida boa. Eu faço atividade física. Se todo mundo aqui chegar na idade que eu estou, no pique que eu estou, tá bom demais. Eu só tenho que agradecer. (Samanta-GFD).

A minha qualidade de vida eu vejo que às vezes a comodidade atrapalha também, no sentido de ter o próprio transporte, de ter o celular, no sentido de comunicar as pessoas, no sentido de ter uma atividade física, fazer uma atividade extra, física. Então eu vejo que a comodidade às vezes atrapalha. (Alice-GFD).

Os trabalhadores dessa pesquisa possuem suas necessidades básicas, em perspectiva geral, sanadas, uma vez que não indicaram nos depoimentos privação ou dificuldades, dessa natureza. Porém, houve ocorrências individuais que indicam possibilidades de melhorias à QV, como por exemplo, a necessidade de prática de exercício físico regularmente, atividade de lazer mais frequente, desejo de obter carteira de habilitação automotiva para facilitar a mobilidade.

Construir uma noção de QV pelo olhar dos sujeitos dessa pesquisa, não oculta a complexidade da questão conceitual, sua mensuração e seus indicadores.

Como se pode concluir, o tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 15).

A partir dessa noção de QV multifatorial assumida na perspectiva desta pesquisa, ou seja, a saúde física, a condição psíquica, as relações sociais, as crenças pessoais dos indivíduos e suas relações com o ambiente enquanto determinantes à vida dos sujeitos. (FLECK et al., 2008). Percebeu-se que os participantes ao elencarem indicadores de QV que perpassaram por diversos determinantes como saúde, direitos sociais, bens materiais e de conforto, enquanto

condicionantes para uma vida de qualidade vão ao encontro da perspectiva assumida na pesquisa.

Acredita-se, ainda, que somado aos indicadores postos no GF, as crenças, a cultura, educação, as relações sociais, complementariam os indicadores de QV elencados.

[...] pode-se dizer que a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 16).

Para a avaliação de QV e sua mensuração existem outros instrumentos e índices para estimá-la. “Entre os primeiros, talvez o mais conhecido e difundido seja o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).” (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 5)

O IDH foi criado com a intenção de deslocar o debate sobre desenvolvimento de aspectos puramente econômicos - como nível de renda, produto interno bruto e nível de emprego - para aspectos de natureza social e também cultural. Embutida nesse indicador encontra-se a concepção de que renda, saúde e educação são três elementos fundamentais da qualidade de vida de uma população. O IDH é um indicador sintético de qualidade de vida que, de forma simplificada, soma e divide por três os níveis de renda, saúde e educação de determinada população. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 5).

O IDH é passível de comparação mundial e varia seus resultados de 0-1. O Brasil foi classificado no levantamento publicado em 2015 como alto índice de desenvolvimento humano, com escore de 0,755, ocupando o 75º lugar na lista de países por Índice de desenvolvimento Humano, revelando de perdeu uma posição em relação ao ano anterior apesar de ter aumentado 0,003 pontos no ranking. (PNUD, 2015).

Esse dado não tem relação direta aos obtidos nesta pesquisa, porém, evidencia um contingenciamento do país às melhorias a partir das variáveis a que este estudo também faz relação (saúde, educação e renda).

Indicadores sociais do IBGE (2013) também são meios que avaliam aspectos de condição de vida da população a partir de indicadores sobre aspectos demográficos, família e domicílios, educação, trabalho, renda e padrão de vida e saúde.

Existem ainda outros instrumentos de investigação de QV, porém, nesta pesquisa, dispusemos de utilizar o questionário WHOQOL-abreviado por ser um instrumento validado, amplamente difundido, de fácil aplicabilidade e cujos constructos avaliam o que se pretende mensurar.

A partir da realização do GF obteve-se discursos considerados positivos na avaliação da QV. Contudo, em relação ao espaço de trabalho, a estruturação física/organizacional, a densidade laboral (múltiplas tarefas, sobrecarga, demanda, a responsabilidade das ações, o envolvimento emocional e expectativas), foram circunstâncias que se apresentaram como sinônimo de enfrentamento das dinâmicas de trabalho que refletem na vida individual e coletiva, portanto, no julgamento sobre QV.

Quanto à Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), fizeram considerações quanto às melhorias já alcançadas e aos enfrentamentos ainda latentes.

Tem mais enfermeiro, antes você trabalhava praticamente sozinho né, melhorou muito, contratou mais pessoas. É, falando em qualidade [de vida no trabalho] né, melhorou bem mais. O negócio, mais assim, ao mesmo tempo em que melhorou individualizou muito. (Marta-GFD).

A estrutura física é a parte mais difícil. (Samanta-GFD).

[O problema] está mais relacionado mesmo a uma estrutura física. (Isaura-GFN).

A referência à estrutura física enquanto dificultador à QVT ocorreu para participantes de ambos os turnos.

No GFD houve momento em que todos se exaltaram ao relembrarem dificuldades antigamente enfrentadas com relação à estrutura física, recursos humanos e materiais. Porém, ratificaram que as atuais condições já evoluíram comparadas às anteriores, possibilitando novas dinâmicas de trabalho, entretanto, ainda são mudanças incipientes e esboçam novas dificuldades. Diante disso, os trabalhadores podem ser afetados de diferentes formas, física e mentalmente, constituindo diversas situações que podem favorecer ao adoecimento.

O trabalho como apresentado não representa condições para a plena realização dos trabalhadores, e as circunstâncias desfavoráveis de trabalho de diferentes naturezas, como a de natureza física indicada nos depoimentos acima, representam desafios aos trabalhadores e impactos à QVT, podendo assumir repercussões de ordem individual, coletiva, intra e extra muro institucional. (SCOPINHO, 2009).

Tendo em vista que as narrativas advindas do GF e o conteúdo dos questionários tinham relação entre si, organizamos os dados obtidos a partir dos domínios sugeridos pelo questionário WHOQOL-abreviado, e já iniciaremos a exposição a partir do domínio Meio Ambiente cujos enfrentamentos foram expostos nos trechos das narrativas supracitadas.

4.1. Domínio Meio Ambiente

As dificuldades de aspectos ambientais emergiram no GF e sua relação com o resultado do domínio ‘Meio Ambiente’ se mostrou significativa.

Na avaliação obtida por meio do questionário, este domínio apresentou a menor média de resultado (56%).⁶ Entende-se que este domínio trata de conteúdos complexos e diversos, contudo, as constatações no GF, neste sentido, permitiram entender que as condições ambientais, principalmente a estrutura ambiental do trabalho, foram indicativos de desajustes significativos para ambos os turnos, com implicações diretas no julgamento que realizaram sobre qualidade de vida, justificando a ocorrência do menor resultado.

O desempenho do trabalhar na Instituição esbarra em dificuldades que foram evidenciadas pelos profissionais, sendo a estrutura física a primeira a ser elencada, e, ainda, expressaram dificuldade em enxergar soluções considerando a complexidade para as modificações.

Os desafios ambientais elencados impactam diretamente sobre a saúde dos trabalhadores e assistência prestada.

Primeira coisa né gente, a estrutura. (Marta-GFD).

Porque a nossa parte mais prejudicial é a nossa estrutura física, barulho, calor, que nós não temos como resolver. (Samanta-GFD).

Foge ao alcance desses trabalhadores darem respostas a esses problemas de ordem estrutural (*não temos como resolver*) e assim permanecem em suas rotinas de trabalho pautadas em improvisos para lidar com as dificuldades estruturais.

A estrutura física foi exposta como um dos fatores que dificulta a dinâmica de trabalho (*barulho, calor*). Porém, a complexidade do processo de trabalho inviabiliza ou reduz a capacidade de promover mudanças.

Saber o problema a gente sabe, a gente não sabe como resolver. O quê que a gente pode fazer num caso desses? [...] É o ambiente. Ali você está na parte do setor barulhento, nós também, e é incrível a reclamação. O calor à tarde mata a gente e infelizmente nós sabemos disso, todo mundo sabe, a direção sabe, todo mundo sabe, só que não tem como resolver, é a questão: Como que a gente pode fazer? Eu não vou nem, eu nem me atrevo a falar pra você o quê que a gente pode fazer, porque eu acho que não tem como, eu não. (Samanta-GFD).

⁶Podemos relacionar essa ocorrência, a partir das facetas deste domínio que se referem à de recursos financeiros, situação de lazer, ambiente físico, transporte, moradia, saúde e acesso à informação, que são diversas.

[...] Quanto tempo o Pronto Socorro ficou em obras? Vários anos! Ele foi todo estruturado, você já viu que não teve um (enfaticamente), um quadradinho destinado a nós? De café. Um banheiro. Não faz sentido, faz? O café é junto com um depósito de medicação, de cadeiras. [...] Quando se faz, nós somos os últimos a serem pensados. (Raquel-GFN).

A minha opinião quanto às condições de trabalho aqui, na minha realidade de cinco anos que eu trabalho, pela estrutura é muito precário. O material nessa situação atual financeira que o país se encontra, que a cidade se encontra, é muito precário. (Alice-GFD).

Nosso espaço é muito pouquinho [...]. A sala pra reunião, porque no momento que eles estão na reunião a gente não pode nem ir lá fazer um lanche, porque tem que reunir lá. É muito pequeno, fica muito abafado, entendeu?! Então se fosse, assim, um local melhor a gente desenvolvia bem melhor. (Gisela-GFD).

Não tem banheiro pra levar o paciente! (Marta-GFD).

As narrativas evidenciam uma coerência coletiva quanto aos problemas ambientais do trabalho. Problemas estes que estão integrados à estrutura do Hospital e redundam na perda de saúde dos trabalhadores.

Um complicador ressaltado por Alice-GFD expõe o panorama atual, alavancando situações de descontentamento com relação ao trabalho diante as dificuldades estruturais/organizacionais, políticas e financeiras enfrentadas.

Os determinantes políticos, econômicos e sociais no cenário brasileiro de desajustes têm se mostrado desfavoráveis aos serviços de saúde e acabam por refletir nos profissionais de saúde.

Houve, ainda, uma colaboração crítica de Raquel-GFN ao reconhecer o desfavorecimento da equipe de enfermagem quanto à estruturação no e do ambiente de trabalho. Compreensão acolhida e ampliada por Samanta-GFD no trecho a seguir.

[Condições de trabalho] É ruim, não tô falando que é boa, claro que não é boa, é ruim, mas você consegue acudir o paciente na hora da necessidade. Você sofre, mas consegue acudir. (Samanta-GFD).

'Acudir o paciente' se torna uma missão que demanda muito mais das capacidades individuais do que da oferta de condições estruturais institucionais para esse mesmo fim.

Um dos efeitos das inconsistências organizacionais quanto ao ambiente é o sofrimento dos trabalhadores de enfermagem, que elaboram estratégias individuais e/ou coletivas para “acudir o paciente”, mas que, paradoxalmente, concorrem ao cuidado de si mesmos.

Eu acho que a enfermagem está tendo jogo de cintura [...] ou vocês não estão se sentindo assim? Porque eu estou. (Marta-GFD).

Identifica-se o uso de uma metáfora ‘*jogo de cintura*’ que faz relação as forma adaptativas dos trabalhadores para enfrentamento da realidade diante de fatores que os tornam vulneráveis.

Porque isso impacta no atendimento, bem ou mal, no bom atendimento ou mal. (Mateus-GFN).

Os desajustes da dimensão ambiental afligem os trabalhadores e potencializa processos de adoecimento individual e coletivo. Logo, impactam diretamente na compreensão que os participantes podem ter acerca da QV.

Os GFs destacaram como problemas ambientais e estruturais a ocorrência de ruídos, de ambientes pequenos, com temperatura inadequada, ventilação imprópria, tumulto, além disso, recurso material inadequado e/ou escasso.

Nos ambientes hospitalares, há vários fatores ergonômicos associados aos problemas ambientais e organizacionais que podem ter relação com a ocorrência de alterações osteomusculares, tais como recursos tecnológicos e mobiliários inadequados, falta de equipamentos especiais para movimentar pacientes, escassez de recursos humanos e a falta de treinamento. Neste contexto, os profissionais de enfermagem são os mais susceptíveis. (SILVA et al., 2011a, p. 321).

Ambientes de dimensões adequadas para trabalho e descanso, espaço para alimentação, banheiro, sala para anotações, cadeiras, camas de pacientes adequadas foram alguns outros apontamentos que poderiam ser otimizados e melhorados, segundo os participantes do GF.

[...] a importância dos fatores ambientais e ergonômicos, os quais, de forma direta ou indireta, proporcionam aos profissionais um ambiente desfavorável para a realização das atividades e podem comprometer a sua vida profissional devido à extrema solicitação cognitiva e física desses trabalhadores. (DUARTE; MAURO, 2010, p. 165).

Compreende-se a importância e impactos do ambiente estrutural do trabalho à vida individual e coletiva dos sujeitos trabalhadores. Contudo, pensar em ambiente, a partir de uma concepção ampliada comprehende também nos debruçarmos sobre as condições sanitárias, o suporte social, cultural e de serviços que devem estar em harmonia para que a partir dos espaços de convívio social, qualquer que seja ele, possa se produzir saúde e não doença.

4.2. Domínio Físico

Passamos a expor um paralelo com os dados obtidos no questionário a respeito do domínio Físico, com questões oriundas dos depoimentos do GF.

Ao tratar sobre os aspectos físicos (corporais) o questionário referiu-se à ocorrência de dor que impede ou incapacita as tarefas cotidianas, a necessidade de atendimento médico hospitalar, o quanto os sujeitos estão dispostos e satisfeitos em realizar as atividades diárias, se são capazes de se locomover satisfatoriamente, se estão satisfeitos com a qualidade do sono e se estão satisfeitos com suas capacidades para o trabalho.

Este domínio evidenciou resultados medianos, assim como verificado entre os turnos. Por meio dos depoimentos obtidos no GF foi possível identificar os elementos que concorrem a este domínio e implicam à QV dos trabalhadores.

Os debates dispostos nos GFs revelaram os desafios de ordem física dos trabalhadores da enfermagem, relacionados ao desgaste físico promovido pela atividade profissional, como disposto nos fragmentos a seguir.

A priori, os depoimentos evidenciam uma sobrecarga de trabalho percebida pelas múltiplas funções que assumem ou ainda, pelas muitas “cobranças” oriundas do processo de trabalho da enfermagem.

Se acaba o papel do banheiro é à gente que eles [pacientes] vem, se a comida não vem, atrasa, é à gente que eles vem; se o médico deixou de prescrever alguma coisa, não conseguiu ir atrás, é à gente...Parece que ta ali como um paredão pra ser batido. (Raquel-GFN).

[A enfermagem] trabalha como psicólogo, assistente social, assim né, e copeiro, faxineiro, tudo. Tudo! E se ele [paciente] reclama do médico é pra você, se reclama do seu colega é pra você, da limpeza é pra você, se ele quer uma roupa...então, você faz tudo. [...] é a sobrecarga mesmo, é a atribuição que você faz, que você faz uma coisa e faz outra, e você tem que fazer aquilo tudo para agradar e dar continuidade.[...] Ali [hospital] chega todo tipo de doente, ali, principalmente, ali no Pronto Socorro ele [profissional] atende a traumato, o psiquiátrico, a cirurgia, a pessoa em si, o que está precisando do tratamento ali na sua frente. Então, é uma demanda grande para pouca gente. (Fabiana-GFN).

Os relatos demonstram uma situação que ocasiona um desvio da função, ainda que temporária, no cotidiano das atividades no complexo Hospitalar. Identificaram uma percepção sobre sobrecarga de trabalho, pois realizam atividades que vão além de suas funções ‘*para agradar e dar continuidade*’, assegurando a assistência e satisfação dos que necessitam.

Nos depoimentos podemos perceber como esses profissionais possuem uma sobrecarga de trabalho com múltiplas funções, e que não passa despercebida, ela é sentida no cotidiano do trabalho ao refletirmos sobre o trecho ‘*paredão pra ser batido*’.

A alta demanda do cotidiano hospitalar identificada na fala de Fabiana-GFN e expressa nas muitas “tarefas” em face do volume de pacientes para prestar atendimento, foi entendida pela trabalhadora Raquel-GFN de uma forma ampliada ao tecer a seguinte consideração:

Eu não vejo a demanda como fator principal não.

A participante se referiu à má gestão de pessoas conforme habilidades e aptidões, fato que faz com que os recursos humanos disponíveis não estejam sendo bem aproveitados como forma de organização do serviço.

A demanda de trabalho, pessoas e serviços, foi evidenciada enquanto dificuldade das questões de trabalho, que refletem circunstâncias mais agravantes da estruturação do serviço de saúde. Sobre o trabalho de enfermagem:

[...] na contemporaneidade, agrega-se ao seu trabalho a pressão de metas cada vez mais acirradas em busca de competitividade, produtividade e excelência de resultados em um contexto no qual efetuar um bom procedimento não é o bastante. É preciso ir além, superar continuamente as expectativas. Aliam-se a isso os inúmeros controles e exigências instigados pelo primado da tecnologia aplicada à saúde, do rigor da técnica aliado à racionalização dos custos e do tempo de execução dos procedimentos, culminando com um desinvestimento nos aspectos humanos e afetivos que deveriam nutrir o exercício da profissão. Esta sobrecarga das demandas gerenciais contemporâneas tende à derrocada do prazer no trabalho da enfermagem atrelada à perda do sentido do sofrimento vivenciado neste cotidiano laboral. (TRAESSEL; MERLO, 2011, p. 46).

Além deste posicionamento quanto à desorganização funcional e estrutural do trabalho, outro fator elucidado pelos participantes à sobrecarga de trabalho reside no contato direto e continuado com os pacientes.

O técnico de enfermagem, ele parece, assim, ele está na frente de todos. As formas agradecidas e mais agressivas é sempre com a gente primeiro, a questão da linha de frente. (Raquel-GFN).

Porque você é o primeiro contato com o paciente. (Fabiana-GFN).

O substantivo ‘*primeiro*’ e ‘*frente*’ expressam a posição dos trabalhadores em relação ao paciente e evidencia uma relação de proximidade.

Um paradoxo é identificado: ‘*as formas agradecidas e mais agressivas*’. A relação íntima revelada entre o cuidador e o paciente, que, porém, também é tensionada e gratificante ao mesmo tempo.

A relação intensa entre paciente e trabalhador, a demanda de trabalho, as dificuldades organizacionais dentre outros fatores impactam na saúde físico-mental e social dos profissionais – que reverberará no atendimento aos pacientes, por exemplo.

Às vezes, isso gera o seu stress emocional, sua sobrecarga e a possibilidade de um adoecimento. Te dá uma dor de cabeça, te dá uma dor na perna, uma dor nas costas, né. (Fabiana-GFN).

Atualmente estou fazendo um tratamento com fisioterapia porque eu estou com tendinite no quadril, eu imagino que seja pela má postura também do trabalho. (Alice-GFD).

O próprio trabalho aí, a gente sabe que gera né, lesões que a gente pode ter, desenvolver né, a longo prazo. (Giovana-GFD).

Eu rompi os ligamentos, parcial, do ombro mexendo com um paciente lá na psiquiatria [subsetor PS]. Paciente era agressivo, violento, e nessa mexida com ele eu rompi parcialmente os ligamentos. Mas hoje eu nem sinto mais nada. Mas eu tive que ficar afastado e fazer fisioterapia. (Mateus-GFN).

Eu acho que não é só em questão de lesões sabe, eu também acho que também psicologicamente, tá. E esse psicologicamente, sabe, porque por mais que a gente queira se fazer de forte, nós somos seres humanos, nós temos sentimentos, e a gente lida com vidas, né. (Gisela-GFD).

A realidade de trabalho dos profissionais de enfermagem é intensa e as repercussões físicas se faz presente no cotidiano de trabalho, conforme foi constatado por eles próprios por meio dos trechos: *stress emocional, dor de cabeça, dor nas pernas, dor nas costas, tendinite no quadril, lesões, rompimento de ligamento do ombro e impactos psicológicos*. Sofrem os impactos diretos da atividade de trabalho que demanda condições físicas, além das relações interpessoais e organizativas que causam desgastes.

“[...] os trabalhadores de enfermagem estão expostos a cargas de trabalho que são determinantes dos processos de desgaste (adoecimento). Essas cargas são classificadas como: biológicas, químicas, físicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas.” (FELLI, 2012, p. 179). Este mesmo autor indica que esses processos de desgaste resultam em diminuição da capacidade de trabalho, absenteísmo, elevado custo com afastamentos, além de implicações à qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

Emergiu nos depoimentos uma importante circunstância que diz respeito ao adoecimento que vai além do acometimento físico, comprometendo também a saúde psíquica dos trabalhadores.

Os depoimentos demonstram que o processo saúde-doença-cuidado dos profissionais se desgasta em função do tempo – como qualquer trabalhador. Os participantes destacam o

impacto imediato da fragilização biopsíquica e que se agrava em longo prazo, produzindo quadros crônicos de adoecimento. Certamente, o quadro de fragilização biopsíquica promove rebatimentos na saúde psíquica, que trataremos a seguir.

4.3. Domínio Psicológico

Os enfrentamentos e dificuldades de ordem psíquica estão contidos, de diferentes formas, nos depoimentos do GF que se seguem.

Se você for ver as pesquisas, o pessoal da enfermagem é a classe profissional que mais tem suicídio e quadro depressivo. (Mateus-GFN).

A equipe de enfermagem diante seu trabalhar íntimo com os usuários está mais propensa ao adoecimento mental dentre os quais a depressão e o risco de suicídio se destacam. (SILVA, et al., 2015).

Esse ano, só no Pronto Socorro, a gente teve três pessoas surtando, surtando dentro do trabalho. (Raquel-GFN).

Em destaque estão ocorrências vivenciadas pelos trabalhadores, sinalizando quadro grave de acometimento psíquico.

[...] estão mais vulneráveis a desenvolver depressão os profissionais de enfermagem que realizam atividades em ambientes insalubres, com conflituosas relações interpessoais familiares e no ambiente de trabalho, casados, com alto nível de estresse, com falta de autonomia profissional, com insegurança para desenvolver as suas atividades laborais, mais jovens, com maior nível educacional, que trabalham em plantões noturnos, com baixa renda familiar, vários vínculos empregatícios e com sobrecarga de trabalho. E risco para o suicídio naqueles que já estão com sintomas de depressão e com nível elevado de cansaço emocional, alta despersonalização e baixa realização pessoal, características da Síndrome de Burnout. (SILVA, et al., 2015, p. 1034).

Verifica-se quanto são os determinantes que causam impactos à qualidade de vida do trabalhador de enfermagem e em suas condições psíquicas, sendo elencada a questão da jornada de trabalho noturna, que também concorre ao adoecimento deste profissional.

Devido ao stress e insatisfação, [...], a pessoa que trabalha insatisfeita ela é mais estressada e, no meu ponto de vista, a pessoa fica mais debilitada e adoece. (Fabiana-GFN).

O depoimento acima expõe uma relação de causa e efeito, em que a insatisfação em relação às questões de trabalho gera adoecimento no trabalhador.

Eu digo assim, todos os trabalhos dessas profissões [saúde] não são fáceis, mexe com nosso psicológico. (Gisela-GFD).

A gente lida com a morte né. [...] Você é forte, você é alegre, to morrendo de rir, mas eu chego em casa eu fico até hoje encabulada com esse menino que morreu [referência à uma morte trágica vivenciada no ambiente de trabalho]. Áí tá, chamam o psicólogo pra mãe, chama psicólogo pra não sei quem, e pra mim? Ninguém perguntou como é que eu estou. Então assim, infelizmente, eu não vou acostumar com a morte não, pelo amor de Deus, eu vou aposentar sem acostumar com a morte desse jeito. [...] Eu sei que a Marta-GFD tem que ser forte, mas tem uns trem que te pega. Eu acho que tinha que ter um quartinho para conversar com o funcionário. Quando você chora, conversa, eu acho que isso te ajuda né. (Marta-GFD).

A questão da psicologia, nós não temos acesso, nós tínhamos que ter acesso. Ah, eu não quero ir, acho que eu não to precisando, mas eu acho que você deveria ir, sabe por quê? Porque, às vezes, você não percebe o que você precisa. (Samanta-GFD).

Os depoimentos destacam um difícil enfrentamento: *a morte*. E esta possibilidade inerente ao espaço hospitalar promove rebatimentos no âmbito individual. E evidencia uma negligência com os profissionais e suas demandas individuais e/ou coletivas oriundas da atividade do trabalho, quando: *Ninguém perguntou como é que eu estou*.

O lidar com a morte pode ser gerador de impressões marcantes ao trabalhador como, por exemplo, de fracasso, de impotência, e/ou sensação de dever cumprido quando todos os recursos foram realizados em prol daquele paciente. Este enfrentamento já se mostra difícil, porém é acirrado quando nos depoimentos os trabalhadores expressaram situações em que se espera que eles não se envolvam ou que suportem veementemente tais circunstâncias de trabalho.

Aqui se coloca um dilema: a relação entre expectativas e realidade percebida. A metáfora '*tem que ser forte, mas tem uns trem que te pega*', demonstra a dificuldade do trabalhador em lidar com os sentimentos e emoções que emergem da prática profissional. E o reconhecimento/diagnóstico dessa situação estressora como desencadeadora de adoecimento mental sinaliza para a relevância de serviços de suporte aos profissionais para que o sofrimento não se torne um adoecimento, como eles próprios indicaram: *tinha que ter um quartinho para conversar com o funcionário, nós tínhamos que ter acesso (ao serviço de psicologia)*.

Tem uma coisa que eu sempre ouvi que eu acho tão interessante, que assim, que falam assim pra nós, que a partir do momento que você coloca o pé aqui pra dentro [do hospital], você não é aquela pessoa lá de fora, você tem que deixar as coisas tudo lá pra fora. Vocês já ouviram isso? Nossa ‘peraí’ gente! A gente tem essas emoções, a gente precisa disso. (Giovana-GFD).

A energia exposta em “*nossa, peraí gente!*” revela emoções e sentimentos que se misturam no cotidiano dos trabalhadores. Giovana-GFD vê no Grupo uma oportunidade, um espaço aberto para enfatizar que é humana e ‘*não máquina*’. Ao mesmo tempo, ao se “*colocar o pé para dentro* (do hospital)” não se promove uma superação dos dilemas vividos externamente ao Hospital. Ou seja, esse ‘*pé*’ não vem destituído do restante do corpo; entram para os espaços de trabalho em sua integralidade.

Eu tenho vinte e oito anos de casa e eu não quero perder essas emoções, que aí eu não sou mais gente, né gente. Virei uma máquina? O que vai acontecendo? Aí eu vou embora e tudo bem? [...] Alguém falou: Nossa!, a equipe aqui ta muito mole, o pessoal aqui ta chorando. (Marta-GFD).

Você perde o seu, o seu sentimento, você se torna o quê? (Gisela-GFD).

Parece que você é uma máquina, liga e desliga num botãozinho. (Samanta-GFD).

As participantes destacam o que inferimos acima: não são máquinas, são pessoas; e que temem perder aquilo que as torna humanas: a capacidade de se emocionar. A metáfora ‘*máquina*’, neste sentido relaciona-se a ausência de sentimentos, emoções. O trabalho exigindo do trabalhador e o distanciamento classificado como “inviável” pela lógica produtivista (em saúde também) entre o fazer e o sentir.

A indignação expressa com o fato de esperarem que não se envolvam com suas atividades cotidianas de trabalho, considerando a magnitude desta atividade para o ser humano social se mostra inaceitável. Ao contrário, os depoimentos evidenciaram que há o envolvimento e como se solidarizam com o próximo.

Processos de identificação e sobreposição com sua realidade, ao se colocar no lugar do outro, foi exemplificado nos discursos. Um misto de sentimentos e sensações que não passam despercebidos aos profissionais, como visto nas narrativas a seguir.

Eu tenho filho, meu menino tem treze anos hoje, meu filho tem quinze anos, um tamanho aquele menino, grandão, gente... a gente sofre, não é verdade?! (Marta-GFD).

E tem um momento que a gente tem um sentimento por outras pessoas, pelos pacientes, se apega, e com isso vem trazer problemas pra gente. (Gisela-GFD).

Quanto a esse respeito Traesel e Merlo (2009) realiza considerações:

Constatou-se que este profissional tem um nível de responsabilidade que transcende as horas normais de trabalho, assumindo também as

responsabilidades de outros e levando preocupações para casa, para além dos muros do hospital. Assim, infere-se que a questão afetiva que atravessa o trabalho na enfermagem é repleta de contradições, pois, a doação ilimitada para o outro pode trazer efeitos nocivos para sua própria saúde. (p.104).

Os depoimentos elucidaram, ainda, um processo de culpabilização frente aos desafios que enfrentam no cotidiano de trabalho, que gera uma carga emocional estressante.

Na minha opinião eu acho que a falha é nossa, é nossa [...]. E isso é da equipe, é da equipe, entendeu?! Não é a Instituição que é culpada não, a culpa é da equipe, porque eu já vi isso, eu já vivi isso [...]. A gente ta muito isolado. E a gente não tem apoio não. (Samanta-GFD).

Mas o culpado é nós que vivemos na base do improviso. (Marta-GFD).

Os substantivos falha/culpa são utilizados no mesmo sentido, evidenciando um processo penoso de sobrevivência às atividades de trabalho que pode resultar em adoecimento, sendo um processo individualizado ou coletivo.

No processo de auto culpabilização pela realidade que vivenciam há uma transferência dos equívocos do processo de trabalho aos próprios trabalhadores de forma que nem eles próprios reconhecem. Esse não reconhecimento não se distingue dos modos como estão organizadas as dinâmicas de trabalho.

O acometimento mental da classe trabalhadora é uma constatação cada vez mais presente e intensificada.

O trabalho, que, em diferentes circunstâncias, prediz à constituição de formas de desgaste mental e mal-estar, cujo estudo sistematizado configura, por sua complexidade, um território especial de pesquisa. O trabalho, conforme a situação, tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto vulnerabilizá-la e mesmo gerar distúrbios que se expressarão coletivamente e no plano individual. (SILVA, 2011, p. 35).

Para a equipe de enfermagem a realidade não é diferente e conforme constatado com os trabalhadores, há evidências da gravidade dos quadros de comprometimento da saúde mental percebidos em seus colegas ou em noticiários vinculados.

Com um trabalho intenso que mobiliza condições físicas e psicológicas, a equipe de enfermagem, dentre os trabalhadores de saúde, constitui os trabalhadores mais suscetíveis ao adoecimento mental, sendo o acometimento por depressão e risco de suicídios uma realidade. Por estarem em contato com a dor e sofrimento alheio, além da rotina densa de trabalho sob condições organizacionais e estruturais inadequadas e o desprestígio profissional, se tornam vulneráveis ao adoecimento psíquico. (SILVA et al., 2015, p. 1028).

“[...] a enfermagem é classificada como a quarta profissão mais estressante no setor público. Entretanto, são poucas as pesquisas que investigam os problemas que levam a equipe de enfermagem a sucumbir a esse estresse.” (FARIAS et al., 2011, p. 723).

Da mesma forma que no GF, os resultados obtidos no domínio psicológico do WHOQOL-abreviado evidenciaram que os sujeitos desta pesquisa perpassam por condição psicológica que podem melhorar, diante os resultados medianos. Os enfrentamentos dessa ordem emergiram nos depoimentos. Foi possível identificar processos penosos à que esses trabalhadores vivenciam e compartilham cotidianamente, como stress, tensão, pressão, dor, agonia, impotência.

[...] trabalhar com enfermagem exige compaixão, ou seja, nada se pode fazer com relação ao outro se a subjetividade não for mobilizada. É evidente que não se trata nesse sentido de uma profissão em que se possa “cumprir procedimentos” sem se deixar invadir pelo outro, pelo sofrimento do outro. Exigir que um profissional de saúde, mais especificamente o pessoal de enfermagem, se atenha exclusivamente àquilo que pode ser definido como “técnico”, “procedimental”, portanto frio e exclusivo do mundo da tarefa, seria destruir um dos pontos centrais da profissão. Poder sofrer, sentir junto, chorar são fundamentais na constituição deste corpo de profissão. (SZNELWAR; UCHIDA; LANCMAN, 2011, p. 24).

As circunstâncias vivenciadas por esses profissionais no serviço de pronto atendimento são inúmeras. Para enfrentamento da realidade de trabalho, os profissionais se mobilizam de forma consciente, ou não, coletivamente ou guiados pela individualidade.

A se pensar nas relações sociais, interpessoais, mantidas entre os próprios trabalhadores, com o paciente e a comunidade, no âmbito familiar; refletiremos a partir dos dados obtidos as constatações sobre as relações sociais.

4.4. Domínio de Relações Sociais

É fato reconhecer que para o domínio de Relações Sociais o resultado foi limítrofe e deve ser averiguado com prudência. Foi domínio em que as respostas mais variaram entre os respondentes, podendo estar relacionado a percepções diversas a esta temática.

As relações sociais configuram determinantes, sejam positivos ou negativos às dinâmicas de trabalho, ou seja, implicam na percepção dos indivíduos sobre posicionamento na sociedade e local de trabalho, sua importância, seus papéis e funções.

Na apuração dos dados quantitativos para este domínio, obteve-se resultados aproximado dos demais domínios, com valores medianos.⁷ Contudo, apesar dos resultados quantitativos, a atividade do GF evidenciou depoimentos que trataram, neste sentido, principalmente sobre as relações estabelecidas no trabalho, assim como identificaram os sujeitos desses processos.

Quem trabalha na saúde, no foco que eu estou hoje, ela tem que ter a vida pessoal muito boa, porque se você sair daqui e chegar em casa e não tiver uma coisa boa para você viver, sua casa, sua família; estar bem lá fora, você fica bem mais debilitado. (Raquel-GFN).

Danísia-GFN complementa a fala acima: “Não tem o suporte da família.”, elencando o núcleo familiar enquanto apoio necessário e importante ao cotidiano daqueles profissionais.

Sob a perspectiva dos participantes, reconhece-se a importância do suporte de uma rede de relações sociais. A existência dessa rede pode protegê-los e atuar na prevenção do adoecimento mental, auxiliando no enfrentamento das situações de estresse advindas do trabalho. Evidenciando, também, a realidade de condicionantes que agem num caminho de mão dupla, ou seja, o trabalho influenciando a vida individual e vice-versa.

Foram percebidas estratégias coletivas de trabalho, evidenciando as negociações existentes no coletivo a fim de atender a demanda de trabalho.

Quando eu comecei a trabalhar lá [subsetor do PS], a gente fez esse pacto assim, de um ajudar o outro. Se não, não tem como. [...] além do seu serviço você tem outras atribuições agregadas, se não, você não consegue executar o serviço. (Isaura-GFN).

Ser solidário um com o outro. (Fabiana-GFN).

[...] eu sempre procurei trazer a equipe mais em conjunto. Vamos pegar junto, que aí, a gente não sofre muito também. (Danísia-GFN).

Nos trechos em destaque temos paráfrases para o mesmo sentido do discurso que diz quanto à mobilização coletiva dos trabalhadores, valoriza-se a solidariedade neste sentido. E também, os trechos permitem uma inferência quanto à sobrecarga do trabalho, a quantidade de demandas que se agrava nos fazeres de cada profissional, fazendo necessária a adequação individual e coletiva nesses arranjos.

A inferência acima é reforçada quando se identificam falhas na interação entre a própria equipe de enfermagem e na relação dessa com os demais sujeitos da equipe

⁷Este domínio faz referência às relações pessoais, de suporte/apoio social e uma questão deste domínio que trata da atividade sexual. Esta última dimensão não apareceu nos depoimentos do GF.

multidisciplinar. Ou seja, surge um entendimento quanto a “ser solidário” e, em contrapartida, esclarecem a falta de coesão entre os mesmos, identificando outra percepção paradoxal.

A enfermagem é muito desunida, não dá valor um no outro. [...] tem uma coisa que aqui nunca melhora, é a parte de comunicação, infelizmente o pessoal da enfermagem tem uma divisão. A gente falha, [...], a gente trabalha junto e acontece aquele momento que você falha, você não percebe a necessidade do seu colega. Então isso eu acho que é falta de interagir a turma, uns com os outros, ter essa oportunidade. [...] a falta de comunicação, entre a equipe médica com a equipe de enfermagem, existe uma separação grande nessa área nossa e é o que atrapalha e na maioria das vezes o desenvolvimento do nosso próprio trabalho. (Samanta-GFD).

A enfermagem tem uma coisa que eu vou viver minha vida inteira e eu acho que ainda não vou ver isso: O porquê não somos unidos e porque não lutamos por objetivo que todos nós queremos. [...] Isso eu não consigo entender. [...] Nós somos fortes, não somos unidos. (Raquel-GFN).

Por repetidas vezes elencaram a desunião e a falha de comunicação da equipe de enfermagem enquanto problemáticas de relações, evidenciando os desafios para a solidariedade e para estreitar os laços entre os profissionais.

São discursos que vem acompanhado de clamor emocional a esse respeito, identificando a importância dada por esses sujeitos à questão em evidência.

Você não tem esse momento de confraternizar com a equipe, entendeu? Você está em nome de trabalhar. (Isaura-GFN).

Eu acho tão difícil, tem que ter um certo talento pra conversar e passar as coisas, porque nem todo mundo aceita o que eu tô falando aqui agora. (Samanta-GFD).

Mas, se fosse né, dava certo. Se fala, entra no ouvido e sai no outro, igual nas reuniões, as atas das reuniões, só a fala do que o chefe fala, não fala a nossa fala. (Raquel-GFN).

E nesse lugar de fala, também servir pra depois receber retaliação, porque infelizmente é o que tá acontecendo. Quem fala contra a chefia está sendo punido. (Mateus-GFN).

Os trechos destacam as dificuldades elencadas pelos trabalhadores ao convívio com os demais e certificam as constatações acima citadas: falha de interação, percepção e comunicação.

Quanto à convivência, o próprio grupo vislumbrou possibilidades de superação deste panorama apresentado.

[Ao se falar sobre comportamento da equipe] Isso eu acho que tem como melhorar, isso eu acho que tinha como melhorar. Reunir com a chefia, [...],

ter um horário de lazer, por exemplo [...]. É um pouquinho só, mais é um pouquinho que ajuda. O pessoal não descobriu uma coisa que eu descobri num curso recentemente: a importância de ouvir. [...] A importância de ouvir! Porque ouvindo é que você descobre muita coisa do colega que tá aqui do lado e você não percebe. (Samanta-GFD).

Deveria ter, deveria ter pra gente uma reunião. (Gisela-GFD).

E tem outra coisa, acho que poderia, acho que não temos, aquele feedback, [...], você não tem esse feedback do superior, entendeu?! Ah, você trabalhou, você tá trabalhando bem. Você não tem esse retorno. (Isaura-GFN).

E são poucas coisas que agradam o técnico de enfermagem, auxiliar, que está ali. Ele não precisa de muita coisa para trabalhar bem, ficar bem. (Raquel-GFN).

As estratégias de superação elaboradas e manifestas pelos participantes se mostram enquanto uma possibilidade de mudanças, porém refletem ações ainda tímidas nesse sentido. E ainda, verifica-se por mais de uma vez trechos de discursos que remetem as expectativas de melhorias por menores que sejam, quando expressam: *são poucas coisas que agradam/ não precisam de muita coisa/ um pouquinho só já ajuda.*

Apesar das possibilidades evidenciadas, os sujeitos estão conscientes das dificuldades de realização como já se viu em outros momentos, ao destacarem:

Se propôs fazer reuniões constantes e desapareceu, ninguém aparece mais. (Giovana-GFD).

Iniciou [atividade física laboral], mas não deu certo no horário, marcou um horário pra ir, mas nem todos poderiam ir aí começou a dar pouca gente aí ele [educador físico] saiu. (Gisela-GFD).

Ações descontinuadas evidenciam as dificuldades de implementação de melhorias.

Uma das coisas que a gente precisa e queria, a gente, nós, precisamos de ter força. Eu não digo só força, eu digo força política. (Mateus-GFN).

A equipe de enfermagem constitui quantitativo expressivo de trabalhadores no serviço de saúde, por isso sua representatividade e força. Porém, a realidade é de fragilidade representativa, haja visto os enfrentamentos perenes de ordens diversas que os profissionais vivenciam.

No cenário atual, visualiza-se a necessidade da incorporação de profissionais que se destaquem nos serviços de saúde, que mobilizem seus pares, lideranças em Enfermagem que atuem politicamente para a consolidação dos avanços conquistados com o SUS e para a organização da categoria para o

fortalecimento de suas próprias pautas. (MENEGAZ; BACKES; AMESTOY, 2012, p. 191).

Conforme verificado nos trechos dos discursos dos participantes, os ajustes despendidos pelos profissionais para responderem à desordem estrutural do trabalho é representado nas negociações diárias realizadas para suprir as demandas de trabalho. (SILVA, 2011).

As formas organizativas representam uma forma de enfrentamento da realidade destes profissionais, como já anteriormente apresentado, que tem suas funções multiplicadas e acumuladas.

[...] o real do trabalho não é somente o real da tarefa, isto é, aquilo que, pela experiência do corpo a corpo com a matéria e com os objetos técnicos, se dá a conhecer o sujeito pela sua resistência a ser dominado. Trabalhar é, também, fazer a experiência da resistência do mundo social; e mais precisamente, das relações sociais, no que se refere ao desenvolvimento da inteligência e da subjetividade. O real do trabalho, não é somente o real do mundo objetivo; ele é, também, o real do mundo social. (DEJOURS, 2004a, p. 31).

A realidade de trabalho em equipe e as mobilizações individuais e coletivas evidenciadas nos discursos enquanto estratégias para efetuar ações de trabalho prescritas, por meio de pactos e solidariedade, não excluem a ocorrência de conflitos intra e inter equipe.

As situações conflituosas para esta equipe de trabalhadores foram identificadas durante as narrativas em diferentes momentos da realização dos GFs, com referência à desunião da equipe, falhas de comunicação e interação, dificuldade da mediação à ideários divergentes.

Quanto à convivência, os Grupos entenderam que não há estimulação de vínculos entre trabalhadores dentro e extra muro Institucional, e, na verdade, ressaltaram o contrário, mencionaram a formação de grupos subsetoriais, desfavorecendo a troca de informações, a comunicação e a aproximação entre membros da equipe como um todo. Este cenário posto dispõe a reações indesejáveis, conforme Antunes (2009), as disputas, a concorrência e a desunião entre os trabalhadores.

As dificuldades com relação às lideranças e administração também foram identificadas como um fator de influência direta nas dinâmicas de trabalho, podendo ser positivo ou negativo, a depender de suas ações. A importância da administração cuja assertividade de ações tem reflexos para além de resultados de produtividade, podendo assumir repercussões que transponha barreiras.

Em um momento dos depoimentos, uma trabalhadora que exerce suas funções em cuidados com crianças, ao expor sua realidade de trabalho fez com que outra trabalhadora

reagisse à sua fala: “Nossa, eu não tenho estrutura.”, evidenciando que as especificidades de cada subsetor e o perfil dos profissionais que devem ser considerados.

Mediante isto, expressaram, também, a necessidade de avaliarem melhor os posicionamentos dos profissionais em áreas de atendimentos específicos, pensando no rendimento adequado das rotinas de trabalho de forma personalizada, avaliando interesse, habilidades que estão passando despercebidas pelas chefias imediatas, sobrecregendo alguns profissionais.

A figura de um responsável mediador de conflitos foi mencionada em outro momento do GF, apresentada como meio de solução, mas que foge as suas possibilidades e a transfere à um profissional habilitado no auxílio a questões de convívio em equipe.

Um espaço de fala e escuta se mostrou como uma possibilidade para coleta dos anseios dos trabalhadores e momentos para se mobilizarem. Porém, conforme os trabalhadores deixaram claro, acerca dos momentos de expressão de opinião, que a viabilidade para a ocorrência desse espaço só é possível com o respeito às opiniões divergentes, ressaltando a importância de escuta e estímulo à fala sem represálias. Uma tarefa meticulosa, porém, possível, além de necessária.

A superação tecnicista, o estímulo ao pensamento crítico e reflexivo, a educação, constituem estratégias de superação. Sendo que os agentes dessa mudança não devem se limitar à área acadêmica, como integrar também os conselhos de classes, os serviços de saúde e aqui pontua-se os gestores, coordenadores, administradores. (MENEGAZ; BACKES; AMESTOY, 2012).

Nota-se que, em geral, ao serem estimulados, os participantes foram trazendo ideias de intervenção, de ações e mobilizações que pudessem alterar a realidade, porém com ideias desarticuladas fragilizando um plano de ação.

As mobilizações dos trabalhadores para tomada de consciência, autonomia e o controle aos processos organizativos configuram estratégias para enfrentamento da realidadeposta, tomando para si o controle. (LACAZ, 2000).

Acredita-se que os planos devam sair do ideário. Para isso é necessário o empoderamento desses sujeitos, o reconhecimento da representatividade de seus deveres para a Instituição e à organização coletiva. As micropolíticas são os meios de ação para aquele setor, para que o que pareça difícil e distante seja possível e exequível.

5. Perspectiva de turnos: diferenças na percepção sobre Qualidade de Vida

Em uma perspectiva de turnos, os dados quantitativos não evidenciaram diferenças significativas. Inclusive ao analisarmos a faceta que trata especificamente da questão de sono e repouso, em Tabela 9 desta pesquisa, a qual se relaciona diretamente à questão de turnos.

O desvendamento desse resultado foi possível a partir das percepções obtidas por meio da atividade em Grupo.

Nos GFs foi demonstrada uma diferença na perspectiva de QV entre os trabalhadores dos turnos. Quando indagado ao turno Noturno sobre a relação/impactos entre QV e a atividade de trabalho noturno obtivemos as seguintes considerações.

Eu acho que [impacta] mais negativamente. (Mateus-GFN).

[Impacta] Negativamente. (Isaura-GFN).

[Impacta] Mais negativamente. (Danísia-GFN).

Pra mim é positivo, eu não me vejo trabalhando de dia. (Raquel-GFN).

Os sujeitos utilizaram o advérbio '*negativamente*' para classificarem a influência da jornada de trabalho noturna à QV. Apenas uma depoente entendeu ser positiva esta relação e a seguir está a justificativa para essa percepção.

Eu já me adaptei esse horário à minha vida. Minha vida adaptou a ele já. Não me vejo mais levantando cedo pra vir trabalhar. Porque já, embora achamos que ele não deixa a gente fazer isso ou aquilo, nós já adaptamos a vida, o nosso organismo ao nosso horário. (Raquel-GFN).

O discurso de adaptação trazido por esta colaboradora que entendeu a relação como sendo positiva também foi evidenciado em outros sujeitos apesar de terem feito uma avaliação diferente de Raquel-GFN, e assim como ela, não demonstraram interesse em mudança de turno de trabalho evidenciando uma contradição.

Eu hoje em dia, assim, embora esteja adaptado, pelo o que eu vejo o tipo que ta a enfermagem aí, eu não queria trabalhar durante o dia. (Mateus-GFN).

Eu também não dou conta de trabalhar de dia não. Quando eu faço plantão de dia eu não consigo, eu fico super..., meu temperamento muda totalmente. Aí sim eu fico com dor de cabeça, fico com enjôo. Já se adaptou já, nosso organismo [ao turno noturno]. (Danísia-GFN).

Hoje eu trabalho só aqui no noturno e não me vejo trabalhando durante o dia. Que eu acho, assim, que eu canso mais fisicamente e gera mais stress, pelo tumulto. Assim, eu fico mais irritada com o movimento, com o barulho, aí eu penso: se eu passar pro dia eu vou começar a jogar pedra. (Fabiana-GFN).

As narrativas mostram que os sujeitos referem se sentirem adaptados à rotina de trabalho noturno, identificadas pelos trechos das falas: *não dou conta de trabalhar de dia/ não me vejo trabalhando durante o dia/ eu não queria trabalhar durante o dia.*

E justificam o motivo de se sentirem adaptados à jornada de trabalho noturna por considerarem que o trabalho diurno causa: *dor de cabeça, enjôo; cansaço físico, gera mais stress pelo tumulto; irritação com o movimento e com o barulho.*

Danísia-GFN utiliza a expressão ‘Aí sim’ sinalizando que as ocorrências das dores são um fato, que pioram com a mudança para a jornada diurna. Por sua vez, Fabiana-GFN utiliza de metáfora ‘jogar pedra’ para expressar a insatisfação que o ‘tumulto’ do trabalho diurno causa ao seu íntimo, sendo possível identificar a certificação de rotinas diferenciadas entre os turnos.

Os trabalhadores diurnos também referiram suas preferências para o turno diurno e apresentaram justificativas ao compararem com o trabalho noturno.

Eu trabalhava a noite, trabalhei muitos anos e assim, o que eu via o pessoal comentar do dia: Ah não, o dia é terrível, nossa! é uma bagunça, é... Sabe quando você vai criando dentro de você, assim, barreiras. Não vou trabalhar no dia, então eu fiquei muito tempo à noite, poderia ter passado para o dia, mas continuei à noite. Aí depois, quando foi uma necessidade também, de estudo, que eu precisava trabalhar, fazer a faculdade, estudar a noite e trabalhar de dia, eu passei para o dia. E hoje eu falo que foi a melhor coisa que eu fiz, porque é totalmente diferente como eu era antes e como eu sou hoje. Muda tudo, humor muda, assim, vontade de fazer as coisas, sabe?, relacionamento, tudo o que você pensar. Porque quem trabalha no período noturno, gente!, é difícil, sabe, é muito difícil. Então, eu gosto muito do período diurno, adoro e aconselho todo mundo trabalhar só diurno. (Alice-GFD).

Eu trabalho a noite só quando eu faço um, dois, três plantões, que eu trabalho a noite, [...] mas eu fico desconecta, parece que eu estou..., entendeu, flutuando [...]. Eu sempre optei, sempre que deu pra mim, eu trabalhei de dia, né. Se fosse pra mim passar anos e anos à noite eu não daria conta não. Eu sou sincera. (Gisela-GFD).

Eu vim pro dia porque eles me passaram para o dia e daí eu não quero trabalhar a noite mais. Não porque eu não goste da noite, mas a verdade é que é igual a Giovana-GFD está falando, quem trabalha a noite fica um pouco desconectado do mundo, entendeu?! A noite é bom de trabalhar, é bom de trabalhar, mas não é bom pra gente, entendeu? É bom de trabalhar, mas é prejuízo pra gente. (Samanta-GFD).

Identificamos que ambos os turnos reconheceram prejuízos bio-psíquico e social associados à jornada de trabalho noturna. Secções que identificam isso: *muda tudo, humor muda, assim, vontade de fazer as coisas/ relacionamento/ eu fico desconecta, parece que eu*

to, [...] flutuando/ quem trabalha a noite fica um pouco desconecto do mundo/ não é bom pra gente/ é prejuízo pra gente.

Alguns preferem manter no trabalho noturno visto a necessidade e/ou adaptação, apesar de reconhecido os impactos que julgaram ser negativos.

A ‘adaptação’ ao trabalho noturno, sugerida enquanto forma de justificar a permanência por longos períodos à jornada de trabalho noturna, evidencia o subjugamento por parte dos trabalhadores das consequências deste tipo de trabalho, quando já foi cientificamente comprovado as implicações físicas, psicológicas e sociais, além dos dados contidos nos relatos.

Nos fragmentos acima podemos observar ainda que, a participante Gisela-GFD fez referência a plantões extras remunerados que realizam diante a necessidade do serviço. Para esclarecimento, são plantões destinados a funcionários de vínculo RJU e para aquele com enquadramento funcional no cargo de enfermeiro para o vínculo CLT. O fato que esse participante trouxe à tona é que muitos trabalhadores escalados em turno diurno desempenham atividade também no turno noturno visto a ocorrência de plantões remunerados fora do horário de trabalho. Da mesma forma que o inverso também acontece, ou seja, trabalhadores noturnos que desempenham atividades extras no período diurno. E, ainda, que a ocorrência desses plantões não é esporádica, ‘eu faço um, dois, três plantões’, são para suprir as necessidades do serviço e de ocorrência muito frequente.

Dessa forma temos em tela que a questão de turnos pode não estar bem delimitada entre os trabalhadores.

A escolha pela jornada de trabalho noturna para esses trabalhadores esteve relacionada, a princípio, a uma necessidade individual, conforme fragmentos de falas a seguir.

Eu vim pra noite, primeiro porque tinha dois empregos, depois a possibilidade de ficar de dia [turno] também não penso. Porque de dia [descanso] tem como eu cuidar da minha casa, da minha família. Eu posso fazer os dois: trabalho e tomo conta da casa. (Raquel-GFN)

Foi porque eram dois [empregos] né, então, não tinha como trabalhar todo dia. (Mateus-GFN).

No meu caso é porque, por causa do curso de graduação mesmo, porque, antes eu trabalhava de dia, o curso é integral durante o dia e como eu preciso trabalhar eu tive que trocar o turno do trabalho pra conseguir fazer a graduação. (Isaura-GFN).

Eu comecei a trabalhar à noite também para conciliar estudo e trabalho né, e também tinha dois [empregos] né, um dia e outro à noite né. (Fabiana-GFN).

Quando eu trabalhei, eu comecei trabalhando à noite, eu estudava, então sobrou o período da noite pra eu trabalhar, então eu comecei à noite. Foi uma necessidade. (Giovana-GFD).

Eu trabalhei a noite vinte e sete anos por necessidade. (Samanta-GFD).

Destaca-se nos trechos a referência à jornada dupla: *tinha dois empregos, foi porque eram dois, também tinha dois.*

Uma trabalhadora, ainda, trouxe em seu relato a questão do trabalho doméstico, ‘cuidar da minha casa, da minha família’, que pode surgir enquanto uma segunda ou terceira jornada de trabalho. E ainda, que o turno de trabalho pode servir como conveniência às necessidades.

Enquanto justificativa para trabalho noturno obtivemos a finalidade financeira, para estudo e para auxiliar em atividades domésticas.

As características do trabalho noturno em comparação ao trabalho diurno foram identificadas, havendo diferenças e similaridades apontadas pelos participantes.

A única coisa que eu acho que diferencia o turno, uma das coisas que diferencia o turno do dia e da noite são os banhos [aos pacientes], lá no meu setor tem banho à noite. Mas, [...] alguns procedimentos são padronizados durante o dia, é o que me parece. A quantidade de pessoas à noite no setor é menos. [...] o setor fica mais calmo e mais tranquilo por essa redução de também de pessoas no setor. (Isaura-GFN).

O movimento de pessoas que diminui [período noturno]. (Mateus-GFN).

À noite tem menos gente circulando. (Raquel-GFN).

As atividades são as mesmas. É o movimento de pessoas [menor]. (Fabiana-GFN).

Trabalhar a noite é bom porque é menos movimento, é menos, por exemplo, em termos de estudantes, menos gente. (Samanta-GFD).

É diferente [turnos]. (Marta-GFD).

É, é diferente [turnos]. (Gisela-GFD).

Sim é diferente [...]. É bem diferente, no sentido até mesmo dos procedimentos realizados com próprio paciente. Numa urgência, ali na emergência, é realizado; fora isso fica pro período da manhã, que seria com mais movimento, exames a serem realizados e outros procedimentos. A preferência é pro período diurno. Já a noite, já é mais, até mesmo os próprios profissionais que falam que é pro descanso do próprio paciente em si, pelo movimento durante o dia e pro profissional também. (Alice-GFD).

Entre os participantes do turno noturno as atividades de trabalho, na percepção desses, não se diferenciam significativamente do turno diurno. Para os trabalhadores diurnos, há diferenças nas atividades de trabalho entre os turnos.

Quanto ao grande número de pessoas envolvidas no trabalho diurno, também foi uma consideração constatada pelos funcionários do turno diurno. Esse fato gera fatores estressores relacionados ao trabalho que foi identificado como queixa por ambos os turnos.

Também se identificou percepções de especificidade das atividades desenvolvidas na unidade PS.

É aberto o Pronto Socorro né, tá entrando e saindo [pessoas] o tempo inteiro, então não tem isso de deu oito horas não tem mais ninguém. Lá no Pronto Socorro não tem isso né. Por isso tinha que ser um setor diferenciado, com o tratamento um pouco mais humanizado. (Raquel-GFN).

Se o leito tá cheio não vai chegar mais ninguém, não existe isso. No Pronto Socorro não existe isso. Se está cheio vai chegar mais um, e vai chegar mais um e quantos de vaga zero for necessário chegar. (Fabiana-GFN).

Certificou-se a dinamicidade do setor durante as vinte e quatro horas do dia, com densa demanda de trabalho, o que reflete na QVT haja vista a rotina de trabalho sobrecarregada.

Na avaliação quantitativa entre os turnos, a diferenciação pouco significativa entre os turnos chamou a atenção ao serem consideradas as implicações biológicas psíquicas e sociais a que os trabalhadores noturnos estão submetidos. Enquanto justificativa para essa ocorrência, obtivemos no grupo esclarecimentos que justifica tal ocorrência de aproximação de dados entre os turnos.

Primeiramente, o fato de haver trabalhador com dupla jornada de trabalho nos remete ao cenário de que alguns trabalhadores estão enquadrados como funcionários diurnos nesta pesquisa. Pela ocorrência do segundo emprego e sendo este outro possivelmente um trabalho noturno, pode contribuir para a ocorrência de resultados congruentes ao analisarmos em uma perspectiva de turnos, pois, não é possível o trabalhador se desvincilar dos acontecimentos e questões que estão além da rotina de trabalho em uma dada Instituição, no caso, a que se deu a pesquisa. Dessa forma, a plenitude do ser humano é constatada nas respostas da pesquisa, o sujeito e todas suas noções, concepções e circunstâncias.

Segundo, diante a ocorrência de plantões extras regularmente em ambos os turnos, fazem com que as percepções dos trabalhadores possam ser aproximadas.

Terceiro, assim como os colaboradores participantes da dinâmica de GF que em sua maioria desenvolveram atividades profissionais em ambos os turnos, inclusive por longos

períodos, possivelmente os demais participantes deste estudo podem ter tido mesma experiência de trabalho em ambos os turnos e por longos períodos, ou seja, experimentaram ambas as rotinas de trabalho, aproximando o julgamento sobre qualidade de vidas na perspectiva de turnos.

Além disso, outra justificativa para tal ocorrência pode ser vista nas questões elencadas pelos trabalhadores quanto enfrentamentos e dificuldades que podem se tornarem protagonistas à questão de turnos e suas consequências biológicas, psíquicas e sociais da questão de turnos ficam subjugada, em segundo plano.

Na avaliação qualitativa entre os turnos foram obtidas resultados que evidenciaram particularidades dos turnos.

Conhecer as lacunas para as questões evidenciadas pelo questionário foi possível por meio do recurso metodológico qualitativo, evidenciando a complementaridade entre ambos.

A análise não se esgotou apenas nas categorias com relação ao WHOQOL-abreviado. Os resultados advindos do Perfil Socioeconômico foram significativos e reveladores, e também estabeleceram relação com o conteúdo do GF, evidenciando como os diferentes recursos metodológicos contribuíram para a verificação da realidade daqueles trabalhadores a partir de variadas dimensões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As redes usadas pelos membros da confraria eram boas? Muito boas. Os peixes pescados pelos membros da confraria eram bons? Muito bons. As redes usadas pelos membros da confraria se prestavam para pescar tudo o que existia no mundo? Não. Há muita coisa no mundo, muita coisa mesmo, que as redes dos membros da confraria não conseguem pegar. São criaturas mais leves, que exigem redes de outro tipo, mais sutis, mais delicadas. E, no entanto, são absolutamente reais. Só que não nadam no rio.

Rubem Alves

A pesquisa iniciou com um levantamento teórico com o intuito de alicerçar a perspectiva teórica e a estruturação metodológica que nos permitisse evidenciar a hipótese inicial do estudo com os trabalhadores, ou mesmo refutá-la.

O objetivo inicial da pesquisa foi avaliar a Qualidade de Vida (QV) da equipe de enfermagem e, ainda, tomar a variável ‘turno’ como problemática de investigação. Como resultado inicial, constatamos que os trabalhadores, em geral, consideram-se satisfeitos com a QV que possuem e ainda, ao compararmos os resultados entre os pares, diurno e noturno, não obtivemos discrepâncias significativas.

Os objetivos específicos eram dimensionar a QV, traçar Perfil Socioeconômico, conhecer as percepções dos sujeitos sobre trabalho e qualidade de vida, identificar fatores determinantes e/ou agravantes à qualidade de vida e comparar os resultados entre os pares.

Os resultados do Perfil Socioeconômico para este estudo evidenciaram a predominância do sexo feminino, fato que vai ao encontro com a realidade desta profissão e que também permite considerações pertinentes à questão de gênero, remuneração, reconhecimento da mulher, e atualmente, diante das novas conformações de famílias, o surgimento das mulheres provedoras das famílias, com duplas ou triplas jornadas de trabalho. Para esta pesquisa as mulheres cujo vínculo estava duplicado eram, em sua maioria, mulheres com vínculo CLT, evidenciando que a remuneração menor é fator que as predispõe às múltiplas jornadas de trabalho.

A análise dos tipos de vínculo trabalhistas, obtidos por meio do Perfil Socioeconômico, estão relacionados diretamente à variável tempo de trabalho na Instituição, idade, estado civil, escolaridade e dupla jornada de trabalho.

Os resultados obtidos por meio do WHOQOL-abreviado dimensionaram a QV dos participantes quanto “satisfatória” para ambos os turnos. A partir do Grupo Focal (GF) os trabalhadores expressaram o que compreendem como indicadores de QV ao elencarem: saúde, família, lazer, remuneração, atividade física, alimentação, sono e descanso, moradia, transporte e mesmo um sofá ou geladeira, bens de consumo que geram conforto. A pesquisa incluiu como condicionantes à QV o acesso à educação, o sistema de crenças/valores/cultura, as relações sociais, a existência e acesso a equipamentos sociais.

Ainda que os resultados obtidos no questionário indicassem nível de satisfação sobre QV, numericamente os resultados evidenciavam desajustes ainda perenes àqueles sujeitos, diante os resultados que margeiam o limite inferior da escala que qualifica a satisfação dos sujeitos. Tais desarranjos interferem na avaliação e julgamento da QV e foram identificados nos depoimentos obtidos por meio do GF.

As categoriais temáticas foram organizadas segundo os domínios do WHOQOL-abreviado. Contudo, pudemos identificar outros enfrentamentos para a QV, possíveis a partir do Perfil Socioeconômico, como a desvalorização da profissão e falta de reconhecimento, e, em paralelo, o nível de satisfação com o exercício da profissão.

Esses atravessamentos influem no processo saúde-doença-cuidado dos trabalhadores ao ocasionar o adoecimento, tanto físico quanto mental, aliados às capacidades de enfrentamento e mobilizações individuais e coletivas para se protegerem desses condicionantes.

A pesquisa reconheceu, enquanto resultado, a importância do trabalho como atividade essencial e vital ao ser humano, colocando a subjetividade do trabalho e a relação dialética do trabalho em destaque. Evidenciado, principalmente, nos discursos proferidos nos GFs, como sendo uma atividade que significa moralmente e possibilita a realização pessoal aliada à satisfação financeira que permite a compra de um bom sofá ou de uma geladeira. Esse aspecto merece maior debate em estudos posteriores.

A dimensão ampliada de saúde-doença adotados nesse estudo reconhece o trabalho em seu movimento antagônico: como possibilidade premente para causa de adoecimento e, portanto, de incapacitação para o trabalho, ao passo que o mesmo atribui sentido à vida humana.

A relação entre trabalho e adoecimento são reciprocamente influenciada pelo panorama econômico, político, social e mesmo cultural. Relação essa que se metamorfoseia de acordo com os tempos históricos de desenvolvimento das forças produtivas de uma dada sociedade. E que impõem sua força, também, sobre os profissionais da enfermagem, em particular, ante o desafio de promover o restabelecimento da saúde.

Como todo estudo de natureza qualitativa-quantitativa, as temáticas não foram esgotadas nas verificações obtidas por meio das metodologias empregadas. É evidente a complementaridade entre os métodos utilizados, logo, adotar a triangulação de métodos, apesar de desafiante, possibilitou conhecer com profundidade a realidade dos trabalhadores de enfermagem.

Enfim, atuar no campo da saúde, em geral, e na enfermagem hospitalar, em particular, pode revelar uma realidade contraditória: profissionais satisfeitos com o trabalho de enfermagem enquanto finalidade (o cuidado), porém, em sua concretude, revela-se desgastante. Contudo, os profissionais se mostram resistentes, ainda que desmotivados, mas não resignados, pois anseiam as possibilidades de transformação.

REFERÊNCIAS

ABEN-PE. História da enfermagem: As práticas de saúde ao longo da história e o desenvolvimento das práticas de enfermagem. 2016. Não paginado. Disponível em: <www.abenpe.com.br/home/hist_enfermagem.pdf>. Acesso em: Mar. 2016.

ALVES, G. et al. **Métodos e técnicas de pesquisa sobre o mundo do trabalho**. Bauru: Canal 6, 2014. 204p.

ANTUNES, R. et al. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo, SP: Boitempo, 2013a. 448p.

ANTUNES, R. et al. **A dialética do trabalho**. São Paulo, SP: Expressão Popular, 2013b. 160p.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo, SP: Boitempo, 2009. 278p.

_____. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO, 2008, São Paulo.

ARAÚJO, J. N. G. de. Qualidade de vida no trabalho: controle e escondimento do mal-estar do trabalhador. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 573-585, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462009000300011>>. Acesso em: Jan. 2016.

ARAÚJO, M. de F. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 22, n. 2, 2002. Não paginado. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932002000200009>>. Acesso em: Mar. 2016.

AQUINO, R. L. de. **Impacto do trabalho noturno na qualidade de vida do profissional de enfermagem do gênero masculino**. 2016, 104 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, 2009. Disponível em: <<http://repositorio.ufu.br/handle/123456789/17813>>. Acesso em: Fev. 2017.

ASSUNCAO, H. B.; MIRANZI, S. de S. C.; SCORSOLINI-COMIN, F. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem das unidades de pronto socorro de um hospital universitário. In: SEMINARIO DE SAUDE DO TRABALHADOR DE FRANCA 7, 2010, Franca. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000011201000100012&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 07 Nov. 2016.

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo em saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/10_GrupoFocal.pdf>. Acesso em: Jul. 2015.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 2001. 258p.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.9, n. 1, p. 213-223, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n1/19838.pdf>>. Acesso: 10 Nov. 2015.

BRASIL. Política nacional de promoção da saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/.../2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: Set. 2016.

BRASIL. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário oficial da União** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: Set. 2016.

BRASIL. Lei nº 13.328, de 29 de Julho de 2016. Cria, transforma e extingue cargos e funções; reestrutura cargos e carreiras; altera a remuneração de servidores; altera a remuneração de militares de ex-Territórios Federais; altera disposições sobre gratificações de desempenho; dispõe sobre a incidência de contribuição previdenciária facultativa sobre parcelas remuneratórias; e modifica regras sobre requisição e cessão de servidores. **Diário oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/DetalhaDocumento.action?id=270217>>. Acesso em: Nov. 2016.

CAVALCANTI, M. C. S. et al. A Evolução da enfermagem: um recorte histórico, político e cultural. In: 17º CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 2014, Belém. Não paginado. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/anais.php?evt=12&sec=91&niv=6.1&con=10220>>. Acesso em: Mar. 2016.

CONH, A.; MARSIGLIA, R. G. Processo e organização do trabalho. In: ISTO É TRABALHO DE GENTE? VIDA, DOENÇA E TRABALHO NO BRASIL. São Paulo: Vozes, 1993, p. 56-75.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Decreto-lei nº 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html>. Acesso em: Jun. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERIAS. Parecer ASSESP nº 06/2012. Necessidade uniformização de procedimento no âmbito do Sistema COFEN/COREN ante os efeitos decorrentes do ato fiscalizatório. Disponível em: <<http://www.corenmg.gov.br/parecerassesp06-2012.pdf>>. Acesso em: Fev. 2016.

COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n.8, p. 661-9, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/07.pdf>. Acesso em: Abr. 2016.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Jun. 2015.

_____. **Da piscopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004b, p. 346.

_____. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 17, n. 3, p. 363-371, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Nov. 2016.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho – contribuições da escola dejouriana à análise de relação prazer, sofrimento e trabalho**. Itinerário teórico em psicologia do trabalho. São Paulo, SP: Atlas, 1994. 119-145 p.

DIAS, D. M. T.; MANDELLI, J. P.; SILVA, R. B. As Relações de Trabalho na Sociedade Líquido-Moderna: Desafios para Psicologia Organizacional e do Trabalho. In: 15º ENCONTRO REGIONAL SUL DA ABRASPO. O clamor das ruas: as demandas sociais e as práticas da psicologia social, 2014, Londrina. Não paginado. Disponível em: <www.encontroregionalsul2014.abraspo.org.br/resources/anais/13>. Acesso em: Jan. 2016.

DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA. Compreende o vocabulário geral, bem como os termos mais comuns das principais áreas científicas e técnicas. 2015. Disponível em: <<http://www.pribерам.pt/dlpo/>>. Acesso em: Jun. 2015.

DUARTE, N. S.; MAURO, M. Y. C. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 35, n. 121, p. 157-167, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Nov. 2016.

ERDMANN, A. L. et al. A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , n. 4, v. 62, p. 637-643, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Jan. 2016.

FARIAS, S. M. de C. et al. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 722-729, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300025>>. Acesso em: Out. 2016.

FARIAS, S. N. P. de; ZEITOUNE, R. C. G. A qualidade de vida no trabalho de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 487-93, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000300014>>. Acesso em: Abr. 2016.

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**, v. 3, n. 4, p. 178-181, 2012. Disponível em:

<<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/379/170>>. Acesso em: Out. 2016.

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

FLECK, M. P. de A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n. 2, p.178-183, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>>. Acesso em: Mar. 2016.

FONSECA, J. S.; MARTINS, G. de A. **Curso de Estatística.** 6^a edição, Ed. Atlas, 2006, 320p.

FRANÇA, A. L. de; SCHIMANSKI, E. Mulher, trabalho e família: uma análise sobre a dupla jornada feminina e seus reflexos no âmbito familiar*. **Emancipação**, Ponta Grossa, n. 9, v. 1, p. 65-78, 2009. Disponível em:<<http://www.uepg.br/emancipacao>>. Acesso em: Jan. 2016.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S. G. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 2005, Bauru. Não paginado. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/236036099_A_avaliacao_da_confiabilidade_de_questionarios_uma_analise_utilizando_o_coeficiente_alfa_de_Cronbach. Acesso em: Mar. 2016.

GOMES, B. dos S. et al. A identidade profissional da enfermagem numa perspectiva de gênero. In: CONVIBRA CONGRESS CONFERESS: GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2013. Não paginado. Disponível em:
<http://www.convibra.com.br/dwp.asp?id=5723&ev=31>. Acesso em: Abr. 2016.

HC-UFG. Apresentação do Hospital de Clínicas de Uberlândia. Uberlândia 2015. Disponível em: <<http://www.hc.ufu.br>>. Acesso em: Mai. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população em 2013. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>. Acesso em: Out. 2016.

LACAZ, F. A. de C. Qualidade de vida n(d)o trabalho: um conceito político e polissêmico. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 565-572, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462009000300010>>. Acesso em: Jan. 2016.

_____. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100013>> . Acesso em: Jan. 2016.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). MEDICINA SOCIAL: ASPECTOS HISTÓRICOS E TEÓRICOS. São Paulo: Global, 1983, p. 1-15.

LISBOA, M. T. L. et al. O trabalho noturno e suas repercuções na saúde do trabalhador de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 478-83, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a25.pdf>>. Acesso em: Jan. 2015.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, n. 24, p.105-125, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>. Acesso em: Abr. 2016.

LOURENÇO, E. A. S. **Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca/SP**. 2009. 426 p. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2009. Disponível em: <www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/edvania.pdf>. Acesso em: Nov. 2016.

MAAR, W. L. A dialética da centralidade do trabalho. **Ciência e Cultura**, São Paulo, 2006, v. 58, n.4, p. 26-28. Disponível em: <<file:///C:/Users/Online/Dropbox/artigo%20centralidade%20do%20trabalho.pdf>>. Acesso em: Abr. 2016.

MACIEL, M. E. D.; OLIVEIRA, F. N. de. Qualidade de vida do profissional técnico de enfermagem: a realidade de um hospital filantrópico em Dourados-MS. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 6, n. 1, p. 83-89,2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: Nov. 2016.

MARCITELLI, C. R. de A. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde. **Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 215-228, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/260/26022135015.pdf>>. Acesso em: Fev. 2016.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 7º ed., 2010. 320 p.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. do C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana*. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n.4, p.1107-11, 2010. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 15 Nov. 2015.

MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos**. 2002. 85 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós –Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis. 2002. Disponível em: <nucidh.ufsc.br/files/2011/09/dissertacao_marilu.pdf>. Acesso em: Set. 2016.

MARX, K. **O processo de trabalho**. In: O capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo, SP: Boitempo, 2013, 255-263 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>. Acesso em: Nov. 2016.

MENEGAZ, J. do C.; BACKES, V. M. S.; AMESTOY, S. C. Formação política para fortalecimento de liderança em enfermagem: um relato sobre a experiência. **Enfermagem em Foco**, n. 3, v. 4, p. 190-193, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/382/173>>. Acesso em: Nov. 2016.

MENEZES, L. S. **A respeito do mal-estar atual e a montagem perversa no campo do Trabalho.** Psicanálise e saúde do trabalhador: nos rastros da precarização do trabalho. São Paulo: Primavera Editorial, 2012, p.156-69.

MENZANI, G. **Stress entre enfermeiros brasileiros que atuam em pronto socorro.** 2006. 112 f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a13.htm>>. Acesso em: Mai. 2015.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 12º ed., 2010. 408 p.

MINAYO, M. C. de S. et al. **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244p.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: Jan. 2016.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p. 239-262, 1993. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>>. Acesso em: Jul. 2016.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 3, supl. 2, p. 21-32, 1997. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X1997000600003&lng=e>. Acesso em: Jun. 2015.

MONTALI, L. Provedoras e co-provedoras: mulheres-cônjuge e mulheres-chefe de família sob a precarização do trabalho e o desemprego*. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, n. 2, v. 23, p. 223-245, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n2/a03v23n2>. Acesso em: Fev. 2016.

MONTEZELI, J. H. **O trabalho do enfermeiro no pronto-socorro:** uma análise na perspectiva das competências gerenciais. Dissertação (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, 2009. Disponível em: <www.ppgenf.ufpr.br/DissertaçãoJulianaMontezeli.pdf>. Acesso em: Mar. 2017.

NEVES, M. J. A. de O. et al. Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 42-47, 2010. Disponível em: <www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a08.pdf>. Acesso em: Abr. 2016.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos da noção de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: Barros AFR, Santana JP, Santos Neto PM, organizadores. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; v. 2 p. 1-28, 2004. Disponível em: <www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio.../NESP.../Limites_criticos.pdf>. Acesso em: Mar. 2017.

NORIEGA, M. Organização de trabalho, exigências e doenças. In: A.C. Laurell (coord.). PARA A INVESTIGAÇÃO SOBRE A SAÚDE DOS TRABALHADORES. Tradução nossa. Washington: Opas. 1993, p. 63-81. Original espanhol.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso:** princípios e procedimentos. SP, Campinas: Pontes. 9. ed., 2009. 100p.

PADILHA, V. Qualidade de vida no trabalho num cenário de precarização: a panaceia delirante. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 549-563, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462009000300009>>. Acesso em: Jan 2016.

PADILHA, M. I. C. de S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 292-300, 2006. Disponível em: <www.facenf.uerj.br/v14n2/v14n2a21.pdf>. Acesso em: Abr. 2016.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios da bioestatística**. São Paulo: Thomson, 2004. 506 p.

PEDROSO, B. et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 2, n. 1, p. 31-36, 2010. Disponível em: <<http://www.brunopedroso.com.br/whoqol-bref.html>>. Acesso em: Ago. 2016.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>>. Acesso em: Jan. 2016.

PILARTE, J. R.; SÁNCHEZ, M. S. História da enfermagem – ciência do cuidar. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 5, n. 3, p.1181-96, 2014. Disponível em: <<https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/29316/mod>>. Acesso em: Mar. 2016.

PIMENTA, A. M. et al. Trabalho noturno e risco cardiovascular em funcionários de universidade pública. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 168-177, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n2/v58n2a12>>. Acesso em: Jan. 2015.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , n. 5, v. 62, p. 739-744, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Jan. 2016.

PORTAL BRASIL. Mulheres comandam 40% dos lares brasileiros. Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres, IBGE e Sebrae (on-line), 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/05/mulheres-comandam-40-dos-lares-brasileiros>>. Acesso em: Nov. 2016.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO NO BRASIL (PNUD). **Human Development Report 2015 – "Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience"**. 2015. Disponível em: <<http://www.undp.org/content/brazil/pt/home/>>. Acesso em: Nov. 2016.

QUEIROZ, D. L. de. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital de grande porte de Dourados MS**. 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco Campo Grande, MS, 2012. Disponível em: <<http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8222-qualidade-de-vida-e-capacidade-para-o-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-de-um-hospital-de-grande-ponte-de-dourados-ms.pdf>>. Acesso em: Out. 2016.

REGIS FILHO, G. I. Síndrome da Má-adaptação ao trabalho em turnos: uma abordagem ergonômica. **Produção**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 69-87, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v11n2/v11n2a05.pdf>>. Acesso em: Dez. 2014.

RIBEIRO, A. C.; SOUZA, J. F. de; SILVA, J. L. da. A precarização do trabalho no sus na perspectiva da enfermagem hospitalar. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 569-77, 2014. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33034>>. Acesso em: Mar. 2017.

SÁ, T. “Precariedade” e “trabalho precário”: consequências sociais da precarização laboral. **Configurações**, n.7, p. 91-105, 2010. Disponível em: <<http://configuracoes.revues.org/203>>. Acesso em: Mai. 2015.

SANTOS, B. de S. **Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade**. Porto, 7^a Edição, 1999. 299p.

SATO, L; HESPAÑOL BERNARDO, M.; OLIVEIRA, F. de. Psicología social del trabajo e cotidiano: a vivencia de trabajadores en diferentes contextos micropolíticos. **Psicología para América Latina**, México, n. 15, 2008, não paginado. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2008000400010&script=sci_arttext>. Acesso em: Mai. 2015.

SARTURI, F. **Nível de stress do enfermeiro hospitalar frente a suas competências**. 2009. 2009. 123 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/11019484-Nivel-de-stress-do-enfermeiro-hospitalar-frente-a-suas-competencias.html>>. Acesso em: Jan. 2016.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, n.1, v.14, p. 54-60, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a08.pdf>>. Acesso em: Maio. 2015.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 23^ºed. rev. e atual., 2007. 304p.

SILVA, E. S. **Trabalho e desgaste mental:** o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011. 624p.

SILVA, D. dos S. D. et al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 1023-1031, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000600020>>. Acesso em: Out. 2016.

SILVA, P. A.B. et al. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.3, p.390-397, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt_0034-8910-rsp-48-3-0390.pdf>. Acesso em: Fev. 2016.

SILVA, L. A. da et al. Enfermagem do trabalho e ergonomia: prevenção de agravos à saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 317-323, 2011a. Disponível em: <www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a24.pdf>. Acesso em: Out. 2016.

SILVA, R. M. da et al. Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, n. 2, v. 15, p. 270-276, 2011b. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=20276&indexSearch=ID>>. Acesso em: Jun. 2015.

SILVA JÚNIOR, S. D. da; COSTA, F. J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, São Paulo, v. 15, p. 1-16, 2014. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/5969183-Mensuracao-e-escalas-de-verificacao-uma-analise-comparativa-das-escalas-de-likert-e-phrase-completion.html>>. Acesso em: Mar. 2016.

SILVA, R. V. S.; DEUSDEDIT-JÚNIOR, M.; BATISTA, M. A. A relação entre reconhecimento, trabalho e saúde sob o olhar da Psicodinâmica do Trabalho e da Clínica da Atividade: debates em psicologia do trabalho. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, n. 8, v. 2, p. 415-427, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8n2/v8n2a10.pdf>>. Acesso em: Nov. 2016.

SCOPINHO, R. A. Qualidade de vida versus condições de vida: um binômio dissociado. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n.3, p. 599-607, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462009000300013>>. Acesso: Jan. 2016.

SZNELWAR, L. I.; UCHIDA, S.; LANCMAN, S. A subjetividade no trabalho em questão. **Tempo Social USP**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 11-30, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v23n1/v23n1a02>>. Acesso em: Out. 2016.

TEIXEIRA, L. P.; CASANOVA, E. G.; SILVA, T. A. S. M. Doenças ocupacionais na enfermagem - Quando o trabalho adoece. **Revista Pró-Univer SUS**, n. 5, v. 2, p. 19-24, 2014. Disponível em: <www.uss.br/pages/revistas/revistaprouniversus/V5N22014/pdf/003.pdf>. Acesso em: Mar. 2017.

TONINI, N. S.; FLEMING; S. F. História de enfermagem: evolução e pesquisa. **Arquivo Ciências Saúde UNIPAR**, v. 6, n. 3, p. 131-134, 2002. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/?journal=saudes&page=article&op=view&path%5B%5D=1189>. Acesso em: Mar. 2016.

TRAESSEL, E. S.; MERLO, Á. R. C. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 36, n. 123, p. 40-55, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572011000100005>>. Acesso em: Set. 2016.

TRAESSEL, E. S.; MERLO, Á.R. C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **Psico**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 102-109, 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/3594/4148>>. Acesso em: Set. 2016.

UMANN, J.; GUIDO, L. A.; GRAZZIANO, E.S. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 20, v. 1, não paginado, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_21.pdf>. Acesso em: Mar. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (UFU). Diretoria de processos seletivos: concursos. Disponível em: <<http://www.ingresso.ufu.br/concursos>>. Acesso em: Out. 2016.

VASCONCELLOS, L. C. F. de; OLIVEIRA, M. H. B. de et al. **Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011. 600p.

VERONESE, S. M. Hospital: disciplinamento do sujeito ou da Subjetividade social? In: VII EDUCERE - V ENCONTRO NACIONAL SOBRE ATENDIMENTO ESCOLAR HOSPITALAR, 2007, Curitiba. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/trabalhos5.htm>>. Acesso em: Mar. 2017.

VITORINO, L. M; et al. Qualidade de vida da equipe de enfermagem em unidades de urgência e emergência. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 23, n. 2, p. 83-89,2014. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/2527/1869>>. Acesso em: Out. 2016.

VEIGA, K. C. G.; FERNANDES, J. D.; PAIVA, M. S. Análise fatorial de correspondência das representações sociais sobre o trabalho noturno da enfermeira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 18-24, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a03.pdf>>. Acesso em: Nov. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido



Ministério da Educação

Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba – MG

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Rua Madre Maria José, 122 – Abadia - 38025-100-Uberaba-MG - Telefax (0**34)3318-5776 - E-mail:
cep@pesgpg.ufmt.edu.br

CEP/UFTM

PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

Título do Projeto: ESTUDO COMPARATIVO DA QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM TURNOS EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Estudo comparativo da qualidade de vida de profissionais de enfermagem que atuam em turnos em um Hospital de grande porte”, sob a responsabilidade do orientador Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão e da Mestranda Roberta Peixoto Nogueira.

Os avanços na área científica ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Nesta pesquisa nós estamos buscando realizar um estudo comparativo entre profissionais de enfermagem que desempenham suas funções no período diurno e no noturno, para conhecer os determinantes e/ou os agravantes para a qualidade de vida desses profissionais. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Roberta Peixoto Nogueira. Será realizado agendamento com o colaborador, em espaço público e em momento ideal conforme sua disponibilidade, sem causar prejuízo à sua função e à sua vida pessoal. A abordagem será individual. E você poderá ser convidado a participar de um Grupo Focal, também com adesão voluntária. Sua participação na pesquisa será por meio da aplicação de um Questionário e participação em um Grupo Focal com gravação de áudio. Os dados serão analisados por bases estatísticas e os depoimentos no Grupo serão transcritos e analisados qualitativamente. Após a transcrição das gravações para a pesquisa as mesmas serão desgravadas. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. A pesquisa oferecerá riscos mínimos à equipe, uma vez que sua participação tem caráter voluntário, sem fins financeiros. Sua contribuição se fará, apenas, por meio de respostas pessoais a um Questionário e a participação no Grupo Focal. Os benefícios dessa pesquisa estão em seus resultados que subsidiarão discussões e reflexões acerca da qualidade de vida do trabalhador e aprimoramento no processo de trabalho de enfermagem. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.



Ministério da Educação

Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba – MG

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Rua Madre Maria José, 122 – Abadia - 38025-100-Uberaba-MG - Telefax (0**34)3318-5776 - E-mail:
cep@pesgpg.ufmt.edu.br

CEP/UFTM

**PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES
HUMANOS**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

**Título do Projeto: ESTUDO COMPARATIVO DA QUALIDADE DE VIDA DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM TURNOS EM UM HOSPITAL
DE GRANDE PORTE**

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e comprehendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Receberei uma via deste Termo.

.....,//

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do Orientador da pesquisa

Assinatura da Mestranda pesquisadora

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores: Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão e a mestranda Roberta Peixoto Nogueira, no seguinte endereço e telefone:

Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-graduação Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Campus Santa Mônica – Bloco H – Sala 1H18, Av. João Naves de Ávila, 2.121. CEP 38408-100 Uberlândia – Minas Gerais – Brasil; telefones: (34) 3239-4169 ou 3239-4044.

Ou ainda, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone (34) 3318-5776.

APÊNDICE B – Carta Convite

CARTA CONVITE

Esta carta tem o intuito de auxiliar no agendamento dos momentos ideais para aplicação dos instrumentos de coleta de dados, após o aceite em colaborar com esta pesquisa.

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Estudo comparativo da Qualidade de Vida de profissionais de enfermagem que atuam em turnos em um hospital de grande porte”, sob a responsabilidade do orientador Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão e da mestrandona Roberta Peixoto Nogueira.

Esta pesquisa ocorrerá em duas etapas. A primeira etapa se refere à aplicação do questionário WHOQOL-abreviado. A segunda etapa refere-se à participação em um Grupo Focal, o qual se realiza por meio de uma dinâmica em grupo para reflexão e discussão sobre a temática proposta por essa pesquisa que gira em torno da relação trabalho e qualidade de vida.

Sua participação confere em uma colaboração à pesquisa, e para melhor adequar às suas disponibilidades, solicitamos que sugira local, data e horário para realização da coleta de dados.



Nome do participante:

Sugestão de Local:	Sugestão de Data e Hora:

2º ETAPA

Para a participação na segunda etapa desta pesquisa, será realizada uma seleção aleatória, podendo o senhor (a) ser selecionado ou não. Mesmo assim, solicito uma Sugestão de agendamento, para que em caso de ser selecionado (a) sua disponibilidade seja levada em consideração.

Sugestão de Local:

Sugestão de Data e Hora:

Contato

Neste campo, solicitamos que deixe uma forma de contato, para confirmação do encontro para a coleta das informações referentes a esta pesquisa. Sugestão: contato telefônico e/ou email.

--

APÊNDICE C – Roteiro Grupo Focal

1. Introdução (aproximadamente 10 minutos)

Em ambiente confortável, com cadeiras dispostas em semi-círculo, o facilitador receberá os colaboradores de forma acolhedora, orientará quanto à dinâmica do Grupo Focal e seus objetivos em relação à pesquisa.

Abrirá espaço para apresentação de cada participante.

2. Construção do Entendimento (aproximadamente 10 minutos)

Iniciam-se as atividades do Grupo Focal com perguntas simples, questionando sobre suas expectativas em relação à participação nessa atividade, além de abrir espaço para a apresentação de cada participante, a fim de promover a interação entre os participantes.

3. Aprofundamento da discussão (60-90 minutos)

Ocorre o questionamento por parte do facilitador acerca dos objetivos específicos dessa pesquisa. As temáticas serão divididas em 4 blocos.

A temática de cada bloco será introduzida pela pergunta norteadora. As intervenções pelo facilitador podem ocorrer caso, em sua avaliação, haja a necessidade de aprofundamento à temática, auxiliando a exposição das percepções por parte dos participantes. Ou seja, as intervenções poderão ocorrer ou não, da mesma forma que poderão ocorrer de forma diferenciada em cada Grupo Focal, tendo em vista a demanda de cada grupo ao serem consideradas suas particularidades.

Bloco 1 – Tema: Trabalho

Pergunta norteadora 1: O que você entende por trabalho?

Intervenções:

- Qual o significado de trabalho para você?
- Você está satisfeito com as condições do seu trabalho? (Com relação à: recursos humanos suficiente, sobrecarga de trabalho, trabalho em equipe, relação com chefia, condições físicas para o trabalho)
- A remuneração é satisfatória? Necessita de complementar a renda com outras atividades?

Bloco 2 – Tema: Profissão

Pergunta norteadora 2: Qual sua percepção sobre sua profissão?

Intervenções:

- Porque escolheu essa profissão?
- Você se considera realizado profissionalmente?
- Sente-se reconhecido pela profissão? (Na instituição onde trabalha, frente à população usuária e frente ao próprio serviço de saúde?)
- Sente prazer em desempenhar sua atividade profissional?

Bloco 3 – Tema: Qualidade de vida.

Pergunta norteadora 3: O que você entende por Qualidade de Vida?

Intervenções:

- Considera ter Qualidade de Vida?
- Realiza atividades além da atividade profissional? Se sim, quais? (lazer, esporte)

- Como é sua alimentação?
- Como é a sua relação familiar?
- Faz uso de medicações? Se sim, quais e por quê?
- Possui alguma doença? Alguma relacionada ao trabalho?

Bloco 4 – Tema: Turno de atuação

Pergunta norteadora 4: Qual relação do seu turno de trabalho com sua Qualidade de Vida?
Intervenções:

- Caracterize o turno que desempenha suas funções.
- Analise e relate os benefícios do seu turno de trabalho.
- Analise e relate os prejuízos, se houver, em relação ao seu turno de trabalho.

4. Conclusão (aproximadamente 10 minutos)

Construção de sínteses coletivas a partir do Grupo Focal. Agradecimentos aos colaboradores e indicação do término da participação na pesquisa.

ANEXOS

ANEXO A – Questionário WHOQOL-abreviado

QUESTIONÁRIO WHOQOL-ABREVIADO

Preencha a ficha com dados que se referem à configuração do Perfil Socioeconômico.

Sexo:	Idade:
Estado Civil:	Escolaridade:
Renda familiar média:	Tempo de serviço na instituição:
Vínculo empregatício:	Possui outro vínculo empregatício?

O questionário a seguir, WHOQOL-abreviado, é sobre como você se sente a respeito de sua Qualidade de Vida, de sua saúde e outras áreas de sua vida. Para respondê-lo leia atentamente as questões e responda fazendo uma marcação, um círculo ou um X, na alternativa que mais lhe parece apropriada, conforme o significado de cada expressão numérica contida no início do questionário.

Tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações para responder às questões.

Por favor, lembre-se de responder a todas as questões.

Em caso de dúvida, haverá a mestrandona responsável para colaborar nos esclarecimentos.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

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 avaliaria sua qualidade de vida? 1 2 3 4 5
 (1) muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeita nem insatisfeita, (4) satisfeita, (5) muito satisfeita

2. Quão satisfeita(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 satisfeita 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 insatisfeita, (2) insatisfeita, (3) nem satisfeita nem insatisfeita, (4) satisfeita, (5) muito satisfeita

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

ANEXO B – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa



Continuação do Parecer: 1.283.089

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_570909.pdf	02/09/2015 20:21:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaUFTM.docx	02/09/2015 20:19:55	AILTON DE SOUZA ARAGAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUFTM.pdf	01/09/2015 09:52:39	AILTON DE SOUZA ARAGAO	Aceito
Outros	RoteiroGrupoFocal.pdf	26/08/2015 21:39:28	AILTON DE SOUZA ARAGAO	Aceito
Outros	CartaConvite.pdf	26/08/2015 21:38:32	AILTON DE SOUZA ARAGAO	Aceito
Outros	QuestionarioWHOQOL.pdf	26/08/2015 21:37:58	AILTON DE SOUZA ARAGAO	Aceito
Outros	CurriculoLattes.pdf	26/08/2015 21:32:00	AILTON DE SOUZA ARAGAO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	EquipeExecutora.pdf	26/08/2015 21:28:33	AILTON DE SOUZA ARAGAO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoCoParticipante.pdf	26/08/2015 21:24:14	AILTON DE SOUZA ARAGAO	Aceito
Folha de Rosto	FolhadadeRosto.pdf	26/08/2015 21:19:39	AILTON DE SOUZA ARAGAO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 16 de Outubro de 2015

Assinado por:
Marly Aparecida Spadotto Balarin
(Coordenador)

Endereço: Rua Madre Maria José, 122	CEP: 38.025-100
Bairro: Nossa Senhora Abadia	
UF: MG	Município: UBERABA
Telefone: (34)3318-5776	Fax: (34)3318-5776
	E-mail: cep@pesqpg.utfm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.350.217

orientador Prof. Dr. Ailton Souza Aragão e da pesquisadora mestrandona Roberta Peixoto Nogueira. Constitui um projeto de pesquisa de mestrado da referida pesquisadora acima citada, fazendo parte do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, pelo Instituto de Geografia da mesma instituição. Como parte da equipe do Programa de Pós-graduação acima citado a orientação é proferida pelo docente o qual também faz parte da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.) Neste caso quem assina? Os logotipos dos documentos são da UFU ou da UFTM?

Recomendações:

O CEP/UFU recomenda que se insira no texto do TCLE as informações complementares que estão na "carta convite".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/UFU aprova o desenvolvimento da presente pesquisa na Instituição Co-participante.

Considerações Finais a critério do CEP:

Mantém-se a necessidade de apresentação do Relatório Final da Pesquisa, ao seu término, para o CEP da Instituição PROPONENTE.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_570909.pdf	02/09/2015 20:21:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaUFTM.docx	02/09/2015 20:19:55	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_570909.pdf	01/09/2015 09:54:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUFTM.pdf	01/09/2015 09:52:39	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	27/08/2015		Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Bta. Mônica
 Bairro: Benta Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

Página 01 de 05



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.350.217

Básicas do Projeto	ETO_570909.pdf	22:16:03		Aceito
Outros	RoteiroGrupoFocal.pdf	26/08/2015 21:39:28	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
Outros	CartaConvite.pdf	26/08/2015 21:38:32	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
Outros	QuestionarioWHOQOL.pdf	26/08/2015 21:37:58	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
Outros	CurriculoLattes.pdf	26/08/2015 21:32:00	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	EquipeExecutora.pdf	26/08/2015 21:28:33	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoCoParticipante.pdf	26/08/2015 21:24:14	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	26/08/2015 21:19:39	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 22 de Dezembro de 2015

Assinado por:
 Sandra Terezinha de Farias Furtado
 (Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Bta. Mônica
 Bairro: Benta Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

Página 01 de 05

