



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Educação de Beja

PERCEÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS

Jorge Daniel Amaro Gonçalves

**MESTRADO EM PSICOLOGIA
(ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE)**

FARO

2008

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Educação de Beja

**PERCEÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS
ENFERMEIROS**

Jorge Daniel Amaro Gonçalves

MESTRADO EM PSICOLOGIA
(ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE)

Dissertação orientada por:
Prof.^a Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria

FARO
2008

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não seria possível sem os importantes contributos de algumas pessoas, às quais expresso um sentido agradecimento.

À Professora Doutora Maria Cristina Faria, o meu agradecimento, pela orientação e pela motivação.

À minha “mais que tudo” Catarina, pelo amor, dedicação, empenho e força que me transmite.

Aos meus pais (Laura e Francisco), por tudo...

À Luzia e ao Manuel Francisco por todo o apoio e ajuda nesta nova etapa da vida.

Aos sobrinhos (Tiago e Ana), pela sua ingenuidade, sinceridade (“criança não mente”) e alegria, que dão cor e incentivo à vida.

À Sandra pela incansável ajuda e motivação que me transmitiu.

À Manuela pela amizade, confiança e sinceridade, com o desejo de que a conclusão desta difícil etapa seja a tónica para o verdadeiro reencontro.

Aos meus amigos, por estarem comigo neste e noutros percursos da vida (“Que os laços sejam mais fortes com o passar dos anos!”).

A todos os colegas enfermeiros que participaram neste estudo.

A todos bem-hajam, os meus sinceros agradecimentos e
um caloroso abraço!

"É a nossa forma de conceber a vida que nos leva a certas atitudes, certos comportamentos e são eles que trarão resultados à nossa vida. Assim, para obtermos mudanças a nível dos resultados, não chega mudar de método ou de técnica; é necessário fazer uma mudança mais profunda, mesmo ao nível das nossas concepções da vida"

Chantal Couvreur

RESUMO

Falar de Saúde e Qualidade de Vida (QV) assume uma importância cada vez mais relevante nos dias de hoje, pela crescente competitividade e exigências ao nível das organizações, bem como pela vida apressada, rotineira e por vezes irreflectida que move as pessoas e degrada o comportamento humano. São diversos os desafios que marcam a vivência da profissão de Enfermagem. Estes prendem-se com aspectos de vária ordem: desde a exigência técnica e científica própria da profissão até às mudanças próprias das alterações da sociedade, que se relacionam com temas como a carreira profissional ou os vínculos laborais.

O presente trabalho visa compreender a Percepção de Saúde e QV dos Enfermeiros. Tendo por base um estudo quantitativo, analisámos a influência de diversas variáveis (idade, sexo, estado civil, estudos, horas de trabalho, local de trabalho, vínculo laboral e estado de doença) a nível da Percepção de Saúde e QV.

Trata-se de um estudo de natureza quantitativo, descritivo, transversal e correlacional, realizado no Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE.- Hospital José Joaquim Fernandes de Beja e Sub-região de Saúde de Beja, com uma amostra de 146 enfermeiros. Utilizamos o Questionário de Saúde Geral (Goldberg, adaptado por Faria, 1999) e o questionário WHOQOL-bref (Organização Mundial de Saúde, adaptado por Vaz Serra, Canavarro e outros colaboradores, 2006) para avaliar Percepção de Saúde e QV. Os instrumentos utilizados são de auto-resposta.

Os participantes deste estudo são adultos jovens, com média de idades de 36,6 anos, na sua maioria do sexo feminino (82%), com formação académica ao nível universitário (70%), casados (58%), que trabalham em contexto hospitalar (63%), com média de 13,1 anos de serviço, funcionários públicos (60%), com horário de 35 horas semanais (57%).

A análise dos resultados permitiu observar que os enfermeiros, têm uma percepção satisfatória de saúde e qualidade de vida. Os resultados revelaram

diferenças ao nível das variáveis sócio-demográficas, das quais destacamos o sexo, estado civil, o vínculo laboral sobre a percepção de saúde e QV.

Outro objectivo do nosso estudo foi perceber se existiam diferenças a nível da percepção de saúde e qualidade de vida entre os enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar e em contexto de cuidados de saúde primários, tendo a análise dos resultados levado a concluir que os enfermeiros de ambos os contextos apresentam uma Percepção de Saúde e QV satisfatórias e sem diferenças significativas.

Palavras-Chave: Percepção, Saúde, Qualidade de Vida, Enfermagem

ABSTRACT

Speak of Health and Quality of Life (QL) is increasingly relevant, because of growing demands and competitiveness at the level of organizations, and by the hasty life, routine and sometimes, without thinking, that degrades the human behavior.

There are many challenges that mark the experience of the profession of nursing. These relate to aspects of various kinds: since the scientific and technical requirement of the profession, until the changes of society, which relate to issues such as career or employment.

This work aims to understand the Perception of Health and Quality of Life of Nurses. Based on a quantitative study, we examined the influence of several variables (age, sex, marital status, studies, hours of work, work place, employment and status of disease) in the perception of Health and QL.

This is a quantitative study of exploratory, descriptive, correlational and cross nature, held in the Hospital do Baixo Alentejo, EPE. - Hospital Jose Joaquim Fernandes, Beja and Sub-Região de Saúde de Beja, with a sample of 146 nurses. It was used the General Health Questionnaire (Goldberg adapted from Faria, 1999) and WHOQOL-brief (OMS adapted from Vaz Serra, Canavarro and others collaborates, 2006) questionnaire to evaluate perception of Health and QL. The instruments are used auto-reply.

The participants of this study are young adults, with an average age of 36.6 years, mostly female (82%), with university studies (70%), married (58%), working in the hospital (63 %), Averaging 13.1 years of service, civil servants (60%), with work time of 35 hours (57%).

The analysis of results has noted that nurses, has a perception of good health and quality of life, the results revealed differences in the socio-demographic variables, of which feature the sex, marital status, the employment relationship on the perception of health and QL.

Another objective of our study was to understand if had differences in perception of health and quality of life among nurses who work in the hospital and in the context of primary health care. The analysis of the results led to the conclusion that the nurses of both the contexts have a Perception of Health and QL satisfactory without significant differences.

Key-Words: Perception, Health, Quality of Life, Nursing

ÍNDICE

f.

<u>INTRODUÇÃO</u>	15
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEORICO	
1. <u>PROBLEMATICA DA SAÚDE E SEUS CONTEXTOS</u>	21
1.1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE	21
1.2. DETEMINANTES DE SAÚDE/ ESTILOS DE VIDA	25
1.3. SAÚDE MENTAL	30
2. <u>CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA</u>	33
3. <u>PERCEPÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA</u>	38
4. <u>A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM</u>	43
5. <u>PREVENÇÃO DO STRESSE, SAÚDE GERAL E QUALIDADE DE VIDA EM ENFERMAGEM</u>	49
PARTE II – ESTUDO EMPIRICO	
6. <u>METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO</u>	54
6.1. MODELO DA PERCEPÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO ENFERMEIRO	54
6.2. TIPO DE ESTUDO	56
6.3. PROPÓSITO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	56
6.4. OBJECTIVOS DO ESTUDO	59
6.4.1. <u>Variáveis de Investigação</u>	60
6.4.2. <u>Questões de Pesquisa</u>	61
6.4.3. <u>População e Amostra</u>	62
6.5. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	64
6.6. PROCEDIMENTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	69

6.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	70
6.8. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	70
7. <u>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u>	72
7.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIO- DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA...	72
7.2. ANÁLISE PSICOMÉTRICA DOS INSTRUMENTOS.....	78
7.2.1. <u>WHOQOL-Bref</u>	78
7.2.2. <u>Questionário de Saúde Geral</u>	79
7.2.3. <u>Análise da Correlação entre os Questionários</u>	79
7.2.4. <u>Saúde e Qualidade de vida dos Enfermeiros</u>	81
7.2.5. <u>Implicações das análises descritivas do WHOQOL-Bref e Questionário de Saúde Geral</u>	82
7.2.6. <u>Análise da relação entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes</u>	83
8. <u>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO</u>	95
9. <u>SÍNTESE CONCLUSIVA</u>	106
10. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	107
<u>ANEXOS</u>	111
<u>ANEXO I</u> - Instrumento de colheita de dados.....	112
<u>ANEXO II</u> - Pedido de autorização para utilização do questionário Whoqol-bref e seu deferimento.....	119
<u>ANEXO III</u> - Pedido de autorização para aplicação dos questionários e seu deferimento.....	122
<u>ANEXO IV</u> - <i>t</i> - student para verificar as diferenças existentes a nível do género sexual, nas diferentes questões que compõem o Domínio Psíquico.....	127
<u>ANEXO V</u> - <i>t</i> - student para verificar as diferenças existentes a nível dos estudos, nas diferentes questões que compõem o Domínio Relações Pessoais.....	132
<u>ANEXO VI</u> - <i>t</i> - student para verificar as diferenças existentes a nível do Estado Civil, nas diferentes questões que compõem os Domínios Físico, Relações Pessoais e Meio Ambiente.....	136
<u>ANEXO VII</u> - <i>t</i> - student para verificar as diferenças existentes a nível do Vínculo Laboral, nas diferentes questões que compõem os Domínios Físico, e Meio Ambiente.....	148
<u>ANEXO VIII</u> - Escala de Avaliação Global da Assertividade (EAGA).....	157

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Modelo Biopsicossocial de Saúde e Doença (Engel)....	24
Figura 2	Modelo de Crenças em Saúde (Becker et al).....	30
Figura 3	Modelo Funcional da Saúde Mental.....	31
Figura 4	Modelo de Fluxo de Veenhoven.....	36
Figura 5	Representação da Hierarquia da informação em QdV (Cramer).....	41
Figura 6	Modelo Racional Teórico da Percepção de Saúde e Qualidade de Vida do Enfermeiro.....	55

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Representatividade da amostra em função do número total de enfermeiros de cada instituição.....	63
Tabela 2	Coeficiente de Consistência Interna (“Alpha de Cronbach”) no questionário WHOQOL- Bref.....	78
Tabela 3	Coeficiente de Consistência Interna (“Alpha de Cronbach”) no questionário de Saúde Geral.....	79
Tabela 4	Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões do questionário WHOQOL- Bref.....	80
Tabela 5	Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as questões do Questionário de Saúde Geral.....	80
Tabela 6	Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre dos diferentes domínios do questionário WHOQOL- Bref e o questionário de saúde geral.....	81
Tabela 7	Média, desvio padrão, valor máximo e mínimo dos valores obtidos para as perguntas de âmbito geral e diferentes domínios do questionário WHOQOL – Bref.....	82
Tabela 8	Média, desvio padrão, valor máximo e mínimo dos valores obtidos para as perguntas do questionário de Saúde Geral.....	83
Tabela 9	Coeficientes beta estandarizados (β) obtidos através de equações de regressão simples da influência da idade sobre as diferentes dimensões do questionário WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral.....	84
Tabela 10	Resultados obtidos no teste <i>t</i> de Student entre a variável Sexo e as diferentes dimensões do questionário WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral.....	84
Tabela 11	Resultados obtidos no teste <i>t</i> de Student entre a variável Estudos (Estudos universitários e Pós Graduados) e as diferentes dimensões do questionário WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral.....	86
Tabela 12	Resultados obtidos no teste <i>t</i> de student entre a variável Estado cívil e as diferentes dimensões do questionário WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral.....	87
Tabela 13	Coeficientes beta estandarizados (β) obtidos através de equações de regressão simples da influência dos Anos de Serviço sobre as diferentes dimensões do questionário WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral.....	89
Tabela 14	Respostas à questão “Está actualmente doente?”.....	89
Tabela 15	Resultados obtidos no teste <i>t</i> entre a variável Local de Trabalho e as diferentes dimensões do questionário WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral.....	90
Tabela 16	Resultados obtidos no teste <i>t-student</i> entre a variável Vinculo profissional e as diferentes dimensões do questionário WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral.....	91
Tabela 17	Relação entre Anos de serviço e Vinculo laboral.....	93
Tabela 18	Resultados obtidos no teste <i>t-student</i> entre a variável Vinculo profissional e as diferentes dimensões do questionário Relação entre Anos de serviço e Vinculo laboral e Questionário de Saúde Geral.....	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição da amostra por grupos etários.....	72
Gráfico 2	Distribuição da amostra por Sexo	73
Gráfico 3	Distribuição da amostra por Habilitações Literárias.....	73
Gráfico 4	Distribuição da amostra por estado civil.....	74
Gráfico 5	Distribuição da amostra por local de trabalho.....	74
Gráfico 6	Distribuição da amostra por anos de serviço.....	74
Gráfico 7	Distribuição da amostra por vínculo de trabalho.....	75
Gráfico 8	Distribuição da amostra por horário de trabalho semanal...	75
Gráfico 9	Adopta estratégias anti-stress.....	76
Gráfico 10	Que estratégia anti-stress utiliza.....	76
Gráfico 11	Sugestões para melhorar a Saúde.....	77
Gráfico 12	Sugestões para melhorar o desempenho profissional.....	78

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Plano de Formação.....	104
----------	------------------------	-----

INTRODUÇÃO

Mais que a dimensão física/biológica, a Saúde é caracterizada pelas dimensões psicológica e social (Organização Mundial de Saúde - OMS, 1997). No sentido de melhor compreender a Saúde surgiu a Psicologia da Saúde, que assume um papel relevante de intervenção clínica ao nível de um vasto campo de acção, desde a comunidade ao indivíduo, independentemente da idade, género e situação económica. O seu objecto de acção engloba a união entre manifestações físicas, psíquicas e sociais em cada indivíduo.

Assim sendo a finalidade principal da Psicologia da Saúde passa por compreender e contribuir, por meio de intervenções psicológicas, para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e comunidade. Corroborando desta afirmação, Ribeiro, no prefácio à primeira edição portuguesa, de Ogden (2004), refere que *A Psicologia da Saúde desenvolveu-se nos últimos vinte anos, interessando-se por todos os temas que, recorrendo aos conhecimentos da Psicologia, visam objectivos de Saúde, da promoção e da protecção da saúde à prevenção e tratamento das doenças* (11).

Teixeira (2004) citando a APA (American Psychological Association), refere como focos principais da investigação psicológica em saúde os determinantes comportamentais da saúde e das doenças, os métodos facilitadores do desenvolvimento de estilos de vida mais saudáveis e de comportamentos preventivos; o confronto com o stresse e com a dor crónica; as relações entre o funcionamento psicológico e o sistema imunitário; os mediadores psicológicos das influências do estatuto socioeconómico e do género sobre a saúde; as influências do stresse e do suporte social sobre a saúde e as doenças; os desenvolvimentos de instrumentos de avaliação psicológica em saúde; e os determinantes psicológicos do ajustamento e da reabilitação em doenças crónicas.

No início do terceiro milénio, o desenvolvimento científico e tecnológico ocorrido durante as últimas décadas do séc. XX e início do séc. XXI, conduziu a

alterações profundas nos sistemas de saúde, não só ao nível da utilização de recursos materiais, mas também ao nível da formação técnica, científica e humana dos profissionais que trabalham nesta área. Vivemos um momento de efervescência tecnológica e de constatação de que a tecnologia não dá conta das necessidades do ser humano. Tornou-se indispensável a todos os profissionais de saúde uma constante actualização e consciencialização, relativamente às mudanças abruptas que ocorrem no dia-a-dia e que impõem uma evolução significativa dos conhecimentos e das técnicas que estão inerentes a cada profissão e instituições em que trabalham.

Pires, citada por Abreu (2001), ao estudar o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros no âmbito dos contextos e formação de novas competências profissionais, aponta como fundamentais as atitudes e as estratégias que permitam o desenvolvimento de competências genéricas, de autonomia, adaptabilidade, aprender a aprender, flexibilidade, inovação, cidadania, criatividade e competências transferíveis (comuns a outros sectores profissionais). Refere-se ainda a estas novas competências profissionais como necessárias aos contextos de saúde.

A Enfermagem dirigida ao ser humano (indivíduo, família, grupo e comunidade), engloba o conjunto de todas as suas dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual, tendo em conta as interacções ocorridas e ajustes entre as várias dimensões no sentido de promover o equilíbrio.

Citando Collière (1989) *a prática da Enfermagem encontra a sua razão de ser na pessoa (...) que é a referente, o ponto de partida e de chegada de cuidados* (151). Desta forma, o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal, entre um enfermeiro e uma pessoa, ou grupo de pessoas (famílias ou comunidades).

Quer o enfermeiro, quer as pessoas que usufruem dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem.

Este ambiente, constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, condiciona e influencia os estilos de vida, bem como a percepção de saúde individual. Neste contexto, pretendemos

debruçar-nos sobre a complexa interdependência Pessoa (enfermeiro) / Ambiente.

Pesquisas e estudos sobre Qualidade de Vida (QV) têm crescido significativamente nos últimos anos, mostrando a preocupação dos investigadores em suprir o que o avanço tecnológico não foi capaz de fazer.

Dentro da Psicologia da Saúde a Qualidade de Vida surge como uma área de extrema importância, tal como Ribeiro, citado por Parreira (2006), afirma que: *A qualidade de vida é um tema de importância crescente, tanto para o sistema de saúde, em geral, como para a Psicologia da Saúde em particular. Qualidade de Vida e Psicologia da Saúde partilham uma coisa em comum - a centração da atenção na saúde, ao invés de na doença, e tem como consequência acelerar o desenvolvimento da conceptualização da saúde... nomeadamente a produção de estratégias de intervenção e de avaliação da saúde e da qualidade de vida* (3).

Quando pesquisamos sobre o conceito de QV damos-nos conta que é utilizado em inúmeros contextos e com sentidos, por vezes diversos.

Lentz et al (2000) refere que *Muitos são os termos usados na literatura como sinónimos de qualidade de vida, tais como bem-estar, felicidade, boas condições de vida e satisfação na vida*. A autora lembra ainda que QV é um conceito muito complexo para ser definido e a sua conceptualização, ponderação e valor sofreram uma evolução, que acompanhou a dinâmica da humanidade, as suas diferentes culturas, prioridades e crenças.

Para Romano citado por Lentz et al (2000), a QV é mais que simplesmente a ausência ou presença de saúde, abrangendo também o acesso a educação, ao saneamento básico, aos serviços de saúde, à satisfação e condições de trabalho, além de outros aspectos.

No intuito de conhecer melhor a QV dos profissionais de enfermagem, assim como a sua Percepção de Saúde, decidimos levar a cabo o presente estudo.

A elaboração deste trabalho insere-se no âmbito da Psicologia da Saúde. Trata-se de um estudo de investigação que se focaliza sobre: **Percepção da Saúde e QV dos Enfermeiros dos Centros de Saúde da Sub-região de Beja**

e Centro Hospitalar do Baixo Alentejo E.P.E.- Hospital José Joaquim Fernandes (CHBA-HJJF), de Beja.

Optámos por abordar o tema supra citado, porque a discussão em torno da Percepção de Saúde e QV abrange não só indicadores tradicionais, como as taxas de mortalidade e de morbilidade mas, também está dependente das condições de trabalho, satisfação profissional e da medição dos valores e preferências dos profissionais de enfermagem.

Tendo como ponto de partida a actual conjuntura de racionalização de recursos, quer materiais e, sobretudo humanos, o aumento da idade de reforma, o clima de insatisfação/ desmotivação gerado nos enfermeiros recém formados; o “congelamento” da carreira de Enfermagem, não permite aos novos enfermeiros uma vida estável e uma sociedade cada vez mais competitiva e exigente, despertou-nos o interesse pelo estudo da Percepção de Saúde e QV dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde e CHBA-HJJF, de Beja.

Propusemo-nos explorar a Percepção da Saúde e QV dos enfermeiros, que desenvolvem o seu trabalho em contexto de Saúde Comunitária e Hospitalar, com o objectivo de estudar as diferentes dimensões avaliadas: Física, Psicológica, Relações Sociais, Meio Ambiente (WHOQOL- Bref); e factores como acontecimentos de vida, auto-estima e depressão (Questionário e inferir se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da Percepção de Saúde e QV destes profissionais. Foi também nosso intuito perceber de que forma a Percepção de Saúde e QV é condicionada pelos factores: idade, anos de profissão, sexo, habilitações literárias e contexto físico em que os mesmos desempenham o seu trabalho. Pretende-se também perceber existência de relação das organizações de saúde e das condições de trabalho destes profissionais, relativamente à contribuição para a percepção de saúde e qualidade de vida dos mesmos.

Realizámos um estudo de natureza quantitativo, exploratório, descritivo, transversal e correlacional, para o qual traçámos, como objectivos:

- Conhecer o perfil de Saúde e QV percebidos pelos Enfermeiros do CHBA-HJJF de Beja e dos enfermeiros Sub-Região de Saúde de Beja;

- Analisar os factores e dimensões que intervêm na Percepção de QV dos Enfermeiros;
- Comparar o perfil de Saúde e QV percebido pelos Enfermeiros que desenvolvem a sua actividade em contexto de saúde comunitária e os que desempenham a sua actividade em contexto hospitalar.

Ao desenvolver este estudo de investigação, esperamos sedimentar conhecimentos e, se possível, sensibilizar a sociedade e as organizações, nas quais os profissionais de saúde estão afectos, de forma a ajudar a avaliar a sua saúde/ QV e estabelecer orientações no sentido de aumentar a promoção da saúde e qualidade de vida dos profissionais, e melhorar a qualidade dos cuidados prestados à população (“produtividade”).

A presente investigação é constituída por duas partes interdependentes: uma primeira parte – Enquadramento Teórico que visa uma problemática e reflexão sobre a investigação realizada no âmbito da Percepção de Saúde e QV dos enfermeiros. E, uma segunda parte – Estudo empírico, adoptando uma metodologia de investigação que permite, em função dos resultados obtidos, delinear uma proposta de intervenção. No *terminus* do trabalho, estão situados os capítulos de *Conclusão e Implicações*, dando uma tónica à prevenção da saúde e promoção da qualidade de vida dos enfermeiros a trabalhar em contexto hospitalar e saúde comunitária do Baixo Alentejo.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. PROBLEMÁTICA DA SAÚDE E SEUS CONTEXTOS

Neste capítulo pretende-se clarificar o conceito de Saúde, valorizando os aspectos que marcaram a sua evolução, assim como a sua relação com o ser humano.

1.1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE

Ao falarmos de saúde devemos tentar compreender como se modificou este conceito ao longo dos tempos.

A sua evolução deveu-se, sobretudo, à necessidade de adaptação e evolução do Homem para com a realidade vivenciada, nomeadamente os factores ambientais e sócio-organizacionais, que caracterizaram a comunidade e sociedade em que o mesmo se desenvolveu.

Tal como Lancaster (1999) expõe, *as pessoas sempre se preocuparam com os acontecimentos relacionados com o nascimento, a morte e a doença. Com poucas excepções, as **tribos primitivas** tinham um certo grau de espírito colectivo e um sentido de higiene. Nas suas lutas pela existência, os povos primitivos, tentavam entender a doença de modo a poderem associa-la com agentes produtores de doença (...) as suas práticas de saúde eram fortemente baseadas em magia e superstição (...)* (4).

Mais tarde, no **período Helénico** (cerca do Séc. V a.C.) os antigos gregos associavam a boa saúde a um equilíbrio entre a pessoa e a natureza, entendiam o Homem com parte integrante da mesma. Foi neste período que foi estabelecido um código de ética médica, sendo que os cuidados de saúde representavam uma responsabilidade da sociedade. Hipócrates foi considerado o “pai da medicina” por tentar sistematizar e desmistificar o tratamento da doença. Na **era Romana** a medicina passa a ser vista numa perspectiva de saúde pública e de medicina social. Com a **Idade Média** ocorreu o declínio

da organização e prática de saúde comunitária. O crescimento populacional e a necessidade de protecção das comunidades de invasões de grupos hostis, obrigou a construção de muros em volta das cidades, medida que levou a uma superpopulação, com o conseqüente difícil controlo de condições sanitárias, levando a um aumento de doenças contagiosas. Foi um período marcado pelo misticismo e religião (queda do cristianismo), em que a doença era vista como um castigo. Os doentes passaram a ser tratados em mosteiros e conventos, onde aparece pela primeira vez a referência às actividades de enfermagem. No final da idade média desenvolve-se o conhecimento relativamente à educação para a saúde e higiene pessoal, havendo já uma preocupação com a promoção da saúde. Mas foi com no **Renascimento** que teve início a Saúde Comunitária, tal como hoje a conhecemos. Os hospitais passaram a ser um local, não só de tratamento dos doentes mas também um local para estudar e ensinar medicina (Lancaster, 1999).

Entretanto, com a mudança dos factores sócio - organizacionais, induzidos pela **revolução industrial**, a saúde passa a ser vista como um bem de necessidade colectivo/ social. Esta alteração surge da necessidade de aumentar e melhorar o desempenho do Homem, como trabalhador industrial, inserido num grupo laboral, onde emergem os termos de “produtividade”, “progresso” e “desenvolvimento económico”. Começa a existir uma maior preocupação pela manutenção da saúde dos trabalhadores.

A medicina moderna teve início no decorrer do século XIX, o Homem era estudado através da dissecação, das investigações físicas e dos exames médicos. Onde prevalecia o modelo biomédico, reforçado pela tese de Darwin, *A Origem das Espécies*, publicada em 1856, que estudava o Homem da mesma forma que os outros seres do mundo natural haviam sido estudados em anos anteriores. Este modelo descrevia os seres humanos como tendo uma identidade biológica comum a todos os outros seres biológicos (Ogden, 2004).

O conceito de saúde assumia-se reducionista (“Ausência de doença”), facto confirmado por Parreira (2006), quando constata que *na perspectiva tradicional, a saúde era definida a partir da doença: era a ausência de doenças, a todos os níveis. Uma perspectiva que não é tão passiva como parece à*

primeira vista - radica na crença de Rousseau na bondade natural do homem, um ser saudável por definição. Sendo assim a ausência de doença é de facto a realização da saúde (53).

Foi após a II Guerra Mundial, com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948 que surgiu a necessidade de encontrar um conceito positivo de saúde, sendo definido como *um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença* (OMS, 1997, 1). Surge então, pela primeira vez a inclusão da saúde mental e social como indispensáveis para atingir “Saúde”, sendo esta definição ainda actualmente utilizada.

Neste enquadramento, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), a saúde é constituída em direito, cabendo ao estado **a responsabilidade de assegurar a sua promoção e manutenção**. Em Portugal, no ano de 1976, a saúde passa a ser um direito assegurado na primeira constituição.

Nesta evolução do conceito, de uma vertente passiva para uma vertente mais activa e dinâmica, encontram-se implícitos os conceitos de ‘equilíbrio’ e ‘harmonia’ de todas as capacidades do homem: biológicas, psicológicas e sociais (modelo bio-psico-social). Corroborando desta ideia, Stone (1987) citado por Parreira (2006) refere que *a saúde é vista como movimento em direcção a melhores níveis de saúde, nas três dimensões biológica, psicológica e social (54).*

Compreendendo todas estas possíveis definições do conceito de saúde, por mais completas que estas se proponham ser, poderemos também aceitar que a saúde começa a ser entendida como um conceito pessoal. *Se compararmos a definição de Saúde da Organização Mundial de Saúde com a que foi dada por um defensor da medicina holística, constatamos que esta ultima atribui um lugar importante à responsabilidade pessoal e vê a saúde sob um aspecto dinâmico, que se trata de encontrar um equilíbrio entre a parte física, psicológica, social e espiritual* (Couvreur, 2001, 47).

Parreira (2006) refere que a saúde é promovida por acontecimentos positivos que geram qualidade de vida e bem-estar, começando nos contextos de

proximidade e nas relações imediatas do sujeito com o seu meio, sendo mediado pelas suas características pessoais, cognitivas e comportamentais, emocionais e físicas. Estas características são eventualmente influenciadoras do modo como o sujeito enfrenta os desafios ambientais na saúde.

Ogden (2004) afirma que *a Psicologia da Saúde veio desafiar a separação da díade mente-corpo, ao propor um papel para a mente, tanto na causa como no tratamento da doença, crescente focalização na interacção mente/ corpo. (...) sendo que esta mudança de perspectiva encontra reflexo no desenvolvimento de uma abordagem holística da saúde, ou da pessoa como um todo.*

Na fig. 1, está representado o Modelo Biopsicossocial de saúde e doença de Engel, citado por Ogden (2004).

MODELO BIOPSIKOSSOCIAL DE SAÚDE E DOENÇA

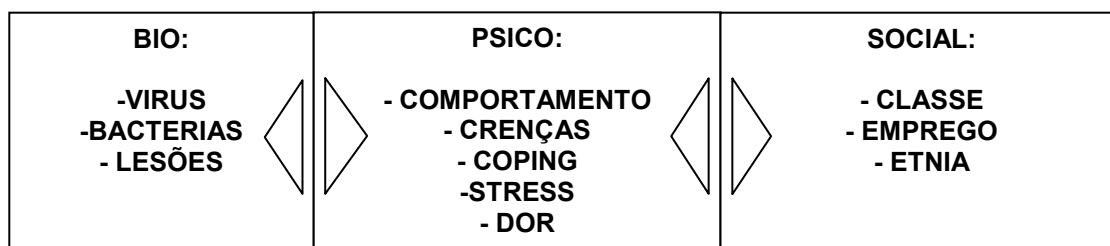


Fig. 1 - Modelo Biopsicossocial de Saúde e Doença (Engel, 1977 e 1980), citado por Ogden (2004, 18).

De acordo com este modelo são múltiplos os factores que podem ser causadores da alteração do equilíbrio biopsicossocial do ser humano. Desta forma, a doença pode advir da alteração de um factor quer biológico, psicológico ou social, ou ocorrer em simultâneo a alteração de mais de um factor, para induzir um ajuste/ compensação, ao nível dos outros factores que fazem parte deste sistema.

De acordo com Ogden (2004) *este modelo representou uma tentativa para integrar o psicológico (psico) e o meio ambiente (social) no modelo de saúde biomédico tradicional (bio) (19).*

Os factores biológicos incluem os vírus, as bactérias e as lesões (perda da integridade física), nos factores psicológicos incluem-se o nível cognitivo, as emoções, os comportamentos, aspectos sociais ligados à saúde, tendo em conta os aspectos morais do comportamento, a influência dos pares e pessoas

significativas, e os valores sociais relativos à saúde, por último, nos factores sociais estão incluídos a classe social e o grupo étnico (Ogden, 2004).

De acordo com o modelo supra citado, a pessoa é considerada um ser activo e responsável neste processo de saúde-doença. Facto corroborado por Ogden (2004) quando reconhece que (...) *o papel do comportamento na origem da doença significa que os indivíduos podem ser responsabilizados pelo seu estado de saúde e pelas suas doenças* (19).

De acordo com Psicologia da Saúde, a doença deverá ser tratada como integrada num complexo sistema e, como tal, deve ser vista de uma forma holística, valorizando-se as alterações físicas, o ajuste de comportamentos necessários a essa alteração, as mudanças nas crenças, estratégias de *coping* e adesão às recomendações (mudança de comportamentos), que permitirão, atingir de novo o equilíbrio (saúde). Assim, Ogden (2004) remete-nos para a perspectiva de saúde e doença que *não são qualitativamente diferentes, mas situadas num continuum. Ao invés de se estar saudável ou doente, o indivíduo progride ao longo deste continuum que transita do estado de saúde ao de doença, ou vice-versa* (20).

No entanto, seria difícil de abordar as influencias e interacções entre os determinados factores que contribuem para o processo continuo de Saúde-Doença, sem antes saber quais os determinantes de saúde e estilos de vida que constituem e caracterizam esses factores.

1.2. DETERMINANTES DA SAÚDE/ ESTILOS DE VIDA

Como pudemos confirmar no subcapítulo anterior, fazer uma separação clara entre as influências sobre a saúde torna-se simplista. Assim sendo, consideramos pertinente abordar os Determinantes da Saúde e os Estilos de Vida, como forma de contextualizar a complexidade da relação entre comportamento humano e saúde.

Ao falamos em determinantes de saúde, estamos a falar de factores/aspectos fundamentais do meio ambiente, e com mais expressividade no comportamento humano, que tem uma influencia directa sobre a saúde das pessoas. Quando nos remetemos para o termo “estilos de vida saudáveis”

podemos entender as formas de vida baseadas em padrões identificáveis de comportamento, determinados pela interação entre as características individuais e as condições sociais, económicas e ambientais, que contribuem para promover a saúde e evitar a doença (Plano de Acção para a Saúde, 2004, 28).

Ao falar de estilos de vida “saudáveis” estamos a estabelecer um ideal, entre o esperado e o que efectivamente acontece no dia-a-dia da vida das pessoas. Pelo exposto, Bennett e Murphy (1999), comprovam que, *os resultados de saúde relevantes para a melhoria e promoção da saúde são consequência de uma complexa interação entre os factores biológicos, sociais, ambientais e psicológicos (19).*

Desta forma interessámo-nos pelos factores sociais, visto que através deles podemos inferir aspectos do estado de saúde individual. Bennett e Murphy (1999) referem que pode existir influência dos factores sociais sobre o estado de saúde, ao existir uma distribuição desigual das oportunidades de vida, na sociedade. Estes factores podem ser preditivos dos estilos de vida adoptados, por exemplo associar a existência de uma taxa elevada de consumo de tabaco, ao stresse associado ao trabalho, bem como associar a redução do envolvimento em programas de exercício, ao acesso limitado a instalações de lazer.

Um estudo epidemiológico sobre relação entre comportamento humano e saúde e as doenças (Estudo Alameda) (Berckman e Breslow citados por Pais Ribeiro, 2004), mostrou que os melhores comportamentos de saúde estavam relacionados com melhor saúde (Breslow citado por pais Ribeiro, 2004), e que piores comportamento relacionam-se com a mortalidade (Belloc citado por Pais Ribeiro, 2004).

O conceito de “Estilo de Vida”, tornou-se componente essencial da protecção da saúde e prevenção de das doenças. A OMS citada por Pais Ribeiro (2004) define estilo de vida como *um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores.*

Temos então que o estado de saúde é formado por uma expectativa de acção face ao resultado esperado. Situação, que se for bem sucedida e valorizada

constitui uma recompensa para a prática de comportamentos de manutenção e promoção da saúde (Bennett e Murphy, 1999).

Segundo o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com Estilos de Vida, da Direcção Geral de Saúde (DGS) (2003), citando o European Health Report, OMS, refere que as doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes *mellitus*, as doenças osteoarticulares, e as perturbações da saúde mental, como a depressão) constituem hoje, a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas. Estas doenças são, também, as principais responsáveis por situações de incapacidade permanente e perda de qualidade de vida, com expressão muito significativa no consumo de serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico, medicamentos e dias de internamento, representando no ano 2000, a nível europeu, cerca de 75% da carga da doença expressa em Disabilitie Adjusted Life Years (DALY'S).

Ainda, segundo este programa, estas doenças têm como etiologia comum, um conjunto de factores, fundamentalmente ligados aos estilos de vida individuais. Compreender a forma como cada pessoa 'gere' a sua saúde ao longo da vida, através dos seus estilos de vida, contribui para a compreensão da saúde individual e colectiva. Desta opinião partilham Bennet e Murphy (1999) quando referem que *muitos dos nossos comportamentos são consequência dos modelos comportamentais a que fomos expostos ao longo da vida. A partir da observação destes modelos, aprendemos de forma vicariante a determinar resultados comportamentais e a estabelecer expectativas de eficácia, sem necessariamente termos nós próprios experiencia deles* (46).

Podemos, assim, dizer que o processo de 'modelagem' constitui um papel importante na transmissão de aptidões necessárias à alteração do comportamento ou, contribui para aumentar as expectativas quanto à eficácia, pela observação do outro, relativamente à tentativa e eficácia da mudança de comportamentos (Bennett e Murphy, 1999).

O consumo de tabaco, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, a inactividade física e a má gestão do stresse, estão hoje

claramente identificados como sendo os principais factores/ comportamentos de risco implicados na origem das doenças crónicas não transmissíveis (Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com Estilos de Vida, 2003).

Para além dos factores determinantes da saúde, já supra descritos, Bennett e Murphy (1999) remetem-nos para o factor **comportamento sexual de alto risco**, onde se incluem não só as doenças sexualmente transmissíveis, mas também as gravidezes não desejadas. Os mesmos autores referem que o comportamento sexual de alto risco deve-se à prevalência de práticas de sexo não seguro, à falta de conhecimentos, e ao sentimento de invulnerabilidade em relação à doença.

Além dos factores supra descritos, podemos introduzir neste subcapítulo a importância das influências sociais e ambientais sobre a saúde.

De acordo com Bennett e Murphy (1999) existem evidências relativamente à ligação entre o género, a condição sócio económica e a etnia, para com a saúde.

Relativamente ao **género**, os autores referem que existe uma esperança média de vida maior no sexo feminino, muito embora o sexo masculino avalie a saúde de uma forma mais positiva, manifeste menos sintomas de doença, recorra menos vezes ao médico e sofra menos de complicações agudas letais. Relativamente aos factores biológicos, as mulheres encontram-se protegidas por factores hormonais mais favoráveis, enquanto o homem apresenta uma resposta mais intensa e patogénica aos factores de stress.

Relativamente às normas sociais, está associada à mulher as responsabilidades familiares, responsabilidades conjuntas casa-trabalho. Ao homem está associado uma maior incidência de factores de risco, como o excesso de peso, hábitos tabágicos, alcoólicos e hábitos alimentares menos saudáveis. Ao nível do trabalho existe uma maior probabilidade do homem encontrar situações adversas, de contactar com substâncias cancerígenas e sofrer acidentes (Bennett e Murphy, 1999).

Relativamente à **condição sócio-económica**, os mesmos autores referem que, pode ser usada como critério da mortalidade global em relação às doenças mais graves, e que assume uma validade idêntica tanto para o sexo masculino como feminino. Podemos associar aos grupos mais desfavorecidos, maior incidência de comportamentos prejudiciais para a saúde.

Os autores associam uma maior exposição das pessoas dos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos a agressões ambientais, inclusivamente toxinas industriais, habitações húmidas e de baixa qualidade.

De acordo com Bennett e Murphy (1999) existem processos psicológicos que podem implicar a desigualdades na saúde. O stresse tem uma distribuição desigual na sociedade, sendo os grupos socioeconómicos mais baixos mais expostos aos agentes causadores de stresse, a conflitos do dia-a-dia. Estes indivíduos apresentam um controlo menor sobre o seu ambiente e recursos pessoais, bem como o apoio social que está menos disponível aos estratos socioeconómicos mais baixos.

Relativamente à **etnia** os autores referem que existem diferenças comparativamente à taxa de mortalidade por doença cardíaca, cancro doenças hepáticas, diabetes e pneumonia, a qual é maior para os indivíduos de raça negra, bem como tem uma maior probabilidade de morrer de forma violenta.

Dos modelos que tentam articular os comportamentos relacionados com a saúde e as características pessoais e ambientais do sujeito, fazemos referência ao *Modelo de Crenças em Saúde* de Becker e colaboradores, citado por Parreira (2006) na figura 2. Este modelo privilegia a mudança do comportamento individual no sentido da saúde, com base numa perspectiva motivacional da expectativa.

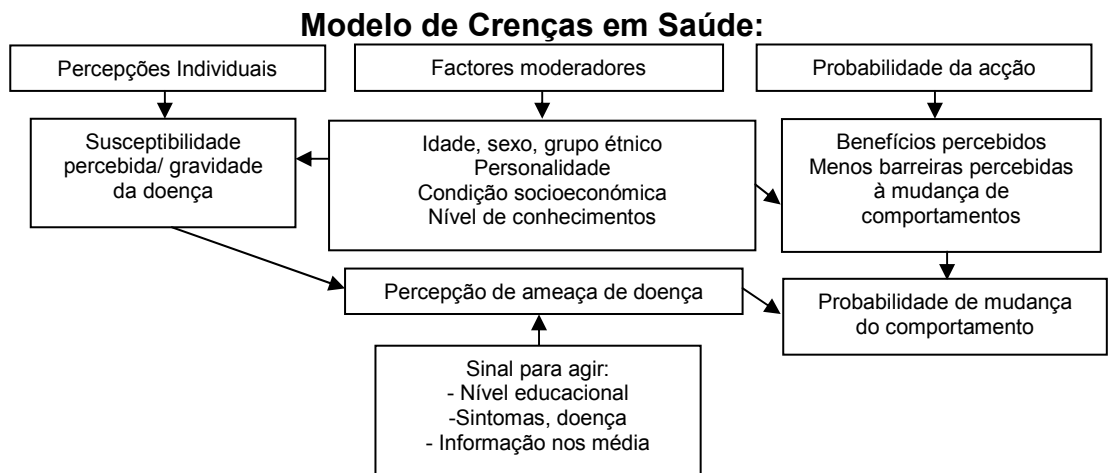


Fig. 2: Modelo de Crenças em Saúde (Becker et al), citado por Parreira (2006, 55)

Bennett e Murphy (1999) referem-se a este modelo como integrante de dois processos de avaliação inter-relacionados: a ameaça da doença e a resposta comportamental a essa ameaça. A forma como é apreciada a ameaça depende da susceptibilidade individual relativamente à doença, bem como da gravidade antecipada desta doença. A avaliação dos comportamentos é feita considerando os custos e benefícios de praticar comportamentos redutores da ameaça da doença. De acordo com este modelo podemos inferir que as decisões relativas à saúde são desencadeadas por estímulos ambientais.

Sendo a Psicologia da Saúde, uma das abordagens mais recentes, que colocou em causa os pressupostos da Biomedicina, Matarazzo (1980), citado por Ogden (2004), descreve Psicologia da Saúde como *o conjunto das contribuições específicas, educacionais, científicas e práticas da disciplina da psicologia, para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e disfunções relacionadas* (18).

A Psicologia da Saúde propõe um “papel” determinante na “mente”, entendendo-a como responsável pela doença ou sua ausência.

1.3. SAÚDE MENTAL

Para se falar em saúde, temos de entender as suas diferentes vertentes, onde a saúde mental assume uma extrema relevância.

Saúde mental é determinante na nossa saúde geral.

Sem saúde mental não há saúde. É a saúde mental que abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, bem como da integração na escola, no trabalho e na sociedade (Comissão das Comunidades Europeias, Livro Verde, 2005, 4).

A saúde mental implica que a pessoa se sinta bem consigo própria, na relação com o outro. De forma a ser capaz de lidar positivamente e com confiança, com as adversidades. A OMS define Saúde Mental como o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere (Comissão das Comunidades Europeias, Livro Verde, 2005).

A doença mental inclui perturbações e desequilíbrios mentais, disfunções associadas à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis, por exemplo, a esquizofrenia e a depressão.

Como podemos observar na figura 3, a condição mental de cada um é determinada por uma multiplicidade de factores, nomeadamente biológicos (por exemplo, genética e sexo), individuais (por exemplo, antecedentes pessoais), familiares e sociais (por exemplo, enquadramento social) e económicos e ambientais (por exemplo, estatuto social e condições de vida).

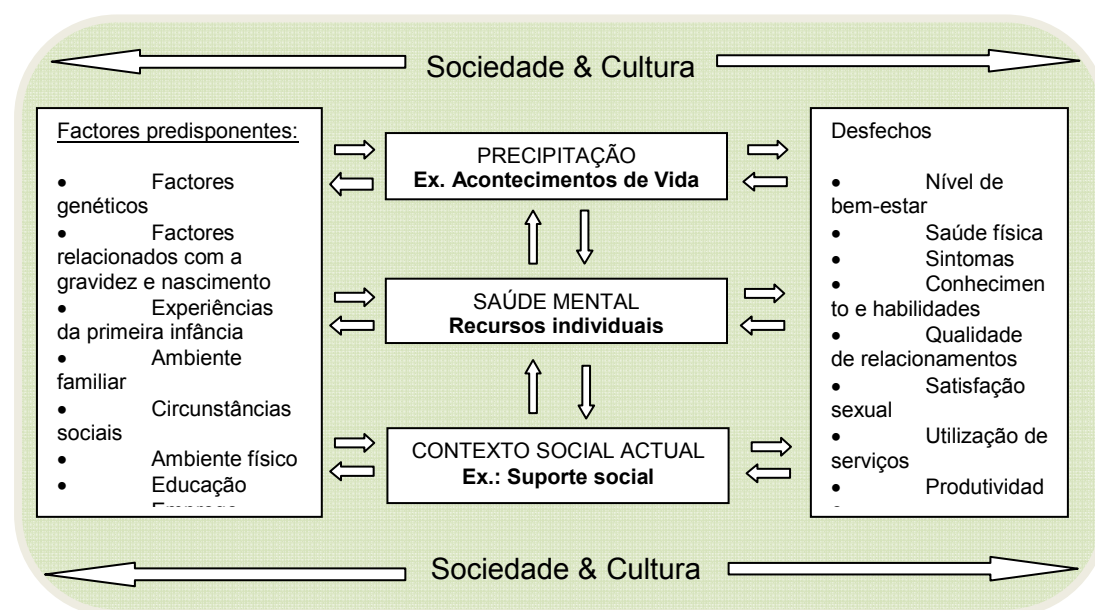


Fig. 3: Modelo Funcional da Saúde Mental

Adaptado de: Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riihonen, E., Ahonen, J. (eds): Framework for promoting mental health. Fonte: Comissão das Comunidades Europeias (Livro verde, 2005).

De acordo com a Comissão das Comunidades Europeias (Livro verde, 2005), estima-se que mais de 27% dos europeus adultos experienciem pelo menos uma forma de doença mental durante um ano.

As formas mais comuns de doença mental na União Europeia (UE) são as síndromas ansiosas e a depressão. Prevê-se que no ano 2020 a depressão seja a primeira causa de morbilidade nos países desenvolvidos.

Hoje em dia, suicidam-se na UE cerca de 58.000 pessoas por ano, o que ultrapassa o número anual de vítimas mortais de acidentes de viação, homicídio ou HIV/SIDA.

Enquanto uma “boa” saúde mental estimula a capacidade de trabalho e a produtividade; as más condições de trabalho, incluindo a intimidação por colegas, conduzem a desequilíbrios psíquicos, a baixas por doença e ao aumento dos custos.

Perante os desequilíbrios ou factores que afectam negativamente a saúde, o que é determinante é a capacidade adaptativa ou de resolução da situação. Ou seja, uma situação de stresse pode ser “ameaçadora” ou não, dependendo da interpretação/ resposta desenvolvida pela pessoa que a vivencia.

Consolidando esta ideia, Britto e Carvalho (2004) afirmam que *dependendo da maneira como se lida com a situação stressora pode-se ter como consequência o aparecimento de problemas de saúde.*

As mesmas autoras referem ainda que o trabalho nos dias de hoje parece ser um importante factor gerador de stresse, sendo que é de extrema importância aprender a enfrentá-lo, para que se torne positivo.

Avaliar a Percepção de Saúde e QV em pessoas mais vulneráveis e/ou portadoras de doença mental, é muito importante. Desta forma podemos contribuir para uma melhor compreensão das limitações e do sofrimento associados a estas doenças.

2. CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de Vida é um termo, relativamente, recente e cada vez mais valorizado na nossa sociedade. Couvreur (2001) refere que *dantes falava-se de uma filosofia ou de uma arte para viver. Actualmente fala-se de um conceito* (12). A mesma autora corrobora da ideia de crescente valorização do conceito de QV quando faz referência á *invasão* deste (...) em todos os domínios da sociedade, desde a *ecologia até à organização do trabalho passando pela medicina onde tentam elaborar-se escalas de avaliação da qualidade de vida segundo as patologias* (12).

Para entendermos melhor o conceito de QV deveremos ter em conta os diferentes focos onde ele se desenvolve, Minayo et al (2000) defende que a QV, conceito que em última instancia se remete ao plano individual apresenta pelo menos três fóruns de referência. O primeiro é **histórico**, que explica que o parâmetro de QV se modifica na mesma sociedade ao longo do tempo. O segundo é **cultural**, tendo em conta que valores e necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos. O terceiro refere-se à **estratificação ou classes sociais**, em que os padrões e as concepções de bem-estar se encontram estratificados, que é mais notório em sociedades com desigualdades e heterogeneidades muito fortes.

Sendo um tema pouco referido até ao séc. XX, existem relatos que remontam à antiguidade, que nos remetem para um conceito próximo do de QV, *quando se falava no conceito “boa vida”, preconizado por Aristóteles - a vida que está de acordo com as virtudes, com o bem maior, o bem supremo* (Pimentel, 2006, 15).

A preocupação com este tema aumentou a partir da II Guerra Mundial, altura em que se dão grandes alterações ao nível da mudança de valores e dos objectivos sociais, associados a uma diminuição pelos interesses materiais e aumento dos valores, das necessidades sociais e psicológicas. Os governos

das sociedades ocidentais procuraram estabelecer o bem-estar das populações, e para tal foram efectuados uma série de inquéritos para aferir o “bem-estar subjectivo” (Pimentel, 2006).

Segundo consta no instrumento de medida de QV - WHOQOL 100, citado por Cecagno et al (2003), *o termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez, pelo presidente dos Estados Unidos da América, em 1964 que declarou: “o padrão de vida não pode ser medido através do balanço dos bancos. Ele só pode ser medido através da qualidade de vida que proporciona às pessoas”.*

A definição de Saúde da OMS (1948), já referida anteriormente, é semelhante à definição de QV, sendo que é uma das primeiras a dar grande importância às três grandes dimensões: a dimensão física, a dimensão mental e a dimensão social.

A partir da década de 60, aumenta o número de investigações sobre os níveis de QV, surgindo expressões como bem-estar, condições de vida, ou simplesmente QV, que envolvem conteúdos de satisfação, felicidade, autonomia, entre outros. Importantes contribuições começam a mostrar a relevância dos indicadores sociais e psicológicos na avaliação da QV (Pimentel, 2006).

Os primeiros estudos existentes sobre o tema qualidade de vida surgiram, a partir de uma preocupação de índole económico/ sanitária.

No campo da saúde o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida, embora bastante inespecífico e generalizante existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, quando investigações sistemáticas começaram a referendar esta tese e dar subsídios para políticas públicas e subsídios sociais (Minayo et al., 2000).

Desta preocupação pela implementação de medidas sociais como forma de evitar a doença, através de medidas públicas e de controlo sanitário, a QV passa de um conceito, sinónimo de ausência de sintomas de doença (morbilidade) e de sobrevivência após diagnóstico de doença (mortalidade), e evoluiu assim para um conceito de interesse geral e comum.

A forma como cada um imagina e infere a qualidade de vida não é a mesma, nem quanto aos conteúdos a focar, nem quanto ao seu modo de avaliar. Neste sentido, *formularam-se varias definições de qualidade de vida ao longo dos anos, desde a avaliação pessoal e global dos bens e das características satisfatórias de vida, até ao nível da satisfação das necessidades físicas, sociais, psicológicas, estruturais, e materiais do indivíduo* (Guterres, 2002).

O facto de não existir um consenso sobre a conceptualização de QV origina um conflito epistemológico e filosófico. Existem, na verdade, inúmeras propostas de definição. Uma das referências mais antigas, e que mais se pode assemelhar com uma definição de QV é de Aristóteles (384-322 a.C.), tal como Pimentel (2006) nos expõe, *“Quer a pessoa mais modesta ou a mais refinada... entende **vida boa** ou **estar bem** como a mesma coisa que **estar feliz**. Mas o que é entendido como felicidade é discutível... uns dizem uma coisa e outros outra e a mesma pessoa diz coisas diferentes em tempos diferentes: quando está doente pensa que a saúde é a felicidade; quando está pobre felicidade é a riqueza”* (20).

Também Coménio, no séc. XVI-XVII, relaciona a saúde, higiene e educação com o sentido de estabelecer fundamentos para o prolongamento da vida. Pelo que se depreende uma preocupação com o destino/ sentido da vida em detrimento da quantidade de vida e a identificação de um movimento pela saúde e qualidade de vida contra os excessos do corpo (Pimentel, 2006).

Uma definição mais recente de Souza e Barroso, citados por Cecagno et al (2003) relaciona a QV com uma dimensão ampliada, associada a este conceito através da subjectividade das pessoas, com o fim de satisfazerem as necessidades básicas e aspirações pessoais através de mecanismos de *coping* e adaptação às possíveis limitações que possam surgir.

Confirmando esta ideia, o WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) Group (1998), define QV como a *percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*. Nesta definição está implícita a existência de um conjunto de valores e de um conceito de organização social e cultural, o qual permite ao indivíduo

expressar-se relativamente ao que o rodeia. Verifica-se que o conceito de QV é muito amplo e é influenciado, de forma complexa, pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo nível de independência, nas suas relações com os elementos essenciais do seu meio. Conhecer esta amplitude, permite uma reflexão sobre as dimensões a avaliar no conceito de QV, embora seja difícil de aplicar num contexto de ensaios clínicos (Pimentel, 2004).

Um dos conceitos que podemos considerar como sinónimo de QV, é o conceito de felicidade. De acordo com Veenhoven (1996), citado por Pimentel (2006), também a felicidade é fortemente influenciada por experiências negativas e/ ou positivas vivenciadas pelo indivíduo.

O Modelo de Fluxo de Veenhoven (fig.4), citado por Pimentel (2006) traduz-se nas oportunidades que a vida permite ao indivíduo para alcançar a felicidade, através de recursos sociais, de recursos pessoais e das capacidades individuais.

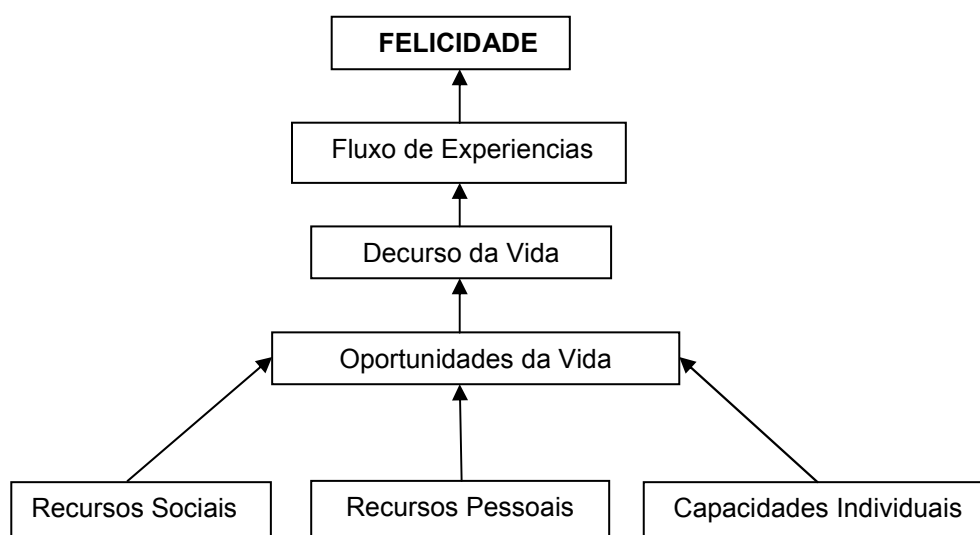


Fig.4: Modelo de Fluxo de Veenhoven (1996), citado por Pimentel (2006, 23)

Os recursos sociais são proporcionados ao indivíduo pela sociedade (bem estar económico, liberdade política, igualdade social, enriquecimento cultural e ordem moral). Os recursos que o indivíduo mais controla, denominados por recursos pessoais, compreendem posição social, bens materiais, influência política, prestígio e estatuto social. Nas capacidades individuais incluem-se as físicas e intelectuais. De acordo com este modelo, o curso da vida vai modelar o indivíduo e influenciar a felicidade global.

O fluxo de experiências é baseado nas emoções positivas ou negativas que são experimentadas e percebidas pelo indivíduo, de forma a ter uma percepção

global da vida. No entanto de acordo com Pimentel (2006) o conceito de QV à luz deste modelo é pouco operacional, no âmbito da investigação em QV, pois implica o registo e avaliação demorados de aspectos de todas as vivencias dos indivíduos.

Ao constatar o modelo supra descrito, verificamos que a QV é uma dimensão muito abrangente do ciclo vital da pessoa e inferimos que não é um conceito estanque. Para a Psicologia é também entendido como um paradigma multifactorial e subjectivo.

Pais Ribeiro citado por Silva et al. (2003), afirma que o paradigma da qualidade de vida, tal como é percebido pela Psicologia, possui um conjunto de características operacionais que o tornam substancialmente diferente das variáveis tradicionalmente consideradas no sistema de cuidados de saúde, entre as quais destaca o facto de ser um conceito multifactorial, de variar com o tempo e de ser uma medida de percepção pessoal, logo, subjectiva.

QV apresenta-se então como um conceito associado ao próprio Ser Humano, e assim, tal como a vida das pessoas, é mutável.

A Percepção de Saúde e QV sofrem alterações ao longo do tempo e das vivencias pessoais. Para aprofundarmos um pouco mais estes conceitos e a sua relação optámos por abordar no capítulo seguinte a Percepção de Saúde e QV.

3. PERCEPÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Nos nossos dias, na área da saúde, estudar a Percepção de Saúde e QV faz todo o sentido, pois o objecto de investigação e as propostas de atitudes são direccionados a indicar aquilo que é condizente com o que deve ser uma vida verdadeiramente humanizada e responsabilizada por se autopromover.

Percepção de Saúde e QV são conceitos causais e, ao mesmo tempo consequentes, de um conjunto de significados e valores em determinado momento da vida do ser humano, em interacção com o seu meio.

Percepção e Realidade

Se consultarmos a Enciclopédia de Psicologia (1999) podemos ler que percepção é um processo psicológico complexo através do qual o indivíduo tem consciência das suas impressões sensoriais e adquire conhecimento da realidade. É um mecanismo de aquisição da informação através da integração estruturada dos dados que procedem dos sentidos; em virtude dessa integração, o indivíduo capta os objectos.

Do ponto de vista neurofisiológico, no processo da percepção participam diferentes estruturas e funções nervosas que, de uma maneira complexa, possibilitam a chegada de uma impressão sensorial ao cérebro, o seu registo mnésico e o sinal afectivo-bioemocional que a acompanha, assim com a sua modelação e integração no córtex cerebral. As alterações da percepção verificam-se quando as impressões recebidas não são verídicas.

Há duas classes principais de percepções incorrectas: as falsas positivas, que tem lugar quando se atribui uma qualidade a um objecto que objectivamente não está presente nele, e as falsas negativas, quando não se atribui uma qualidade a um objecto presente objectivamente nele (149).

Estudar a percepção reveste-se de todo o sentido, uma vez que é a percepção que as pessoas têm da realidade que molda o seu comportamento, mais do que a realidade em si.

Saúde e Qualidade de vida – dois conceitos indissociáveis

Tendo em conta que o já referido anteriormente, conceito de Saúde da OMS, é muito abrangente e aparece mais como um ideal para o qual é preciso caminhar, do que como uma realidade para a maioria dos seres humanos. Surge da mesma forma, o conceito de QV que abrange não só a satisfação das actividades quotidianas mas também a alegria de viver. De acordo com a definição da OMS trata-se da percepção, por parte de indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade. (Couvreur, 2001).

Sabemos que a satisfação de um indivíduo numa dada situação é determinada em função das suas expectativas. Estas são o reflexo das suas diversas necessidades conscientes ou não.

No homem as necessidades desenvolvem-se por graus progressivos. À luz da teoria das necessidades de Maslow, podemos observar que na base da pirâmide se encontram as necessidades orgânicas primárias. De seguida surge a segurança da existência, depois os contactos sociais e por fim a necessidade de estima que compreende o reconhecimento da competência e o prestígio. No topo da pirâmide encontra-se a auto realização quando há expansão das potencialidades (Couvreur, 2001).

São múltiplos os factores que se inter-relacionam interferindo no nível de qualidade de vida e sua percepção Bollinger, citado por Cecagno et al. (2003), diz-nos que *QV é um termo geral que inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afectar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu comportamento diário, incluindo, mas não se limitando, a sua condição de saúde.*

Por seu lado Cien Ciarullo, citado por Cecagno et al. (2003), enfatiza que o *estado de saúde, pressupõe condições dignas de trabalho, renda, de*

alimentação e nutrição, de educação, de moradia, de saneamento, de transporte e de lazer, assim como o acesso a esses bens e serviços essenciais e o reconhecimento e salvaguarda dos direitos do indivíduo, como sujeito às acções e Serviços de assistência em saúde.

Saúde e QV são conceitos interligados e interdependentes, sendo quase impossível a sua dissociação. A evolução dos conceitos contribuiu para que esta associação acontecesse.

Galinha e Pais Ribeiro (2005) referem que *em 1986, a definição de Saúde pela OMS expandiu-se e concretizou-se - “a extensão em que um indivíduo ou grupo é por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve.* Nesta linha de pensamento, Pais Ribeiro citado pelos mesmos autores afirma que *A Saúde é vista como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa Qualidade de Vida e não o objectivo de vida.*

Saúde e QV são dois conceitos que se integram e se ligam através da influência que um tem no outro.

A expressão Qualidade de Vida ligada à Saúde (QVLS) foi definida por Auquier e tal, citado por Minayo et al. (2000), *como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e organização política e económica do sistema assistencial.*

Na mesma linha de pensamento é também citada pelo mesmo autor a versão inglesa do conceito health-related quality of life (HRQL), de Giachelo, que se apresenta como sendo *o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado das intervenções.* Para Gold et al citado por Minayo, o conceito de HRQL é constituído pelos conceitos percepção de saúde, funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos com eles relacionados.

QV e Saúde são então dois conceitos que se interligam pelas suas definições e pela interdependência que apresentam, o que os torna difíceis de conceptualizar.

Colocada esta dificuldade, Cramer citado por Pimentel (2006) apresenta uma forma de conceptualização de QV (fig. 5) que sintetiza uma aceitação generalizada da abordagem a este conceito.

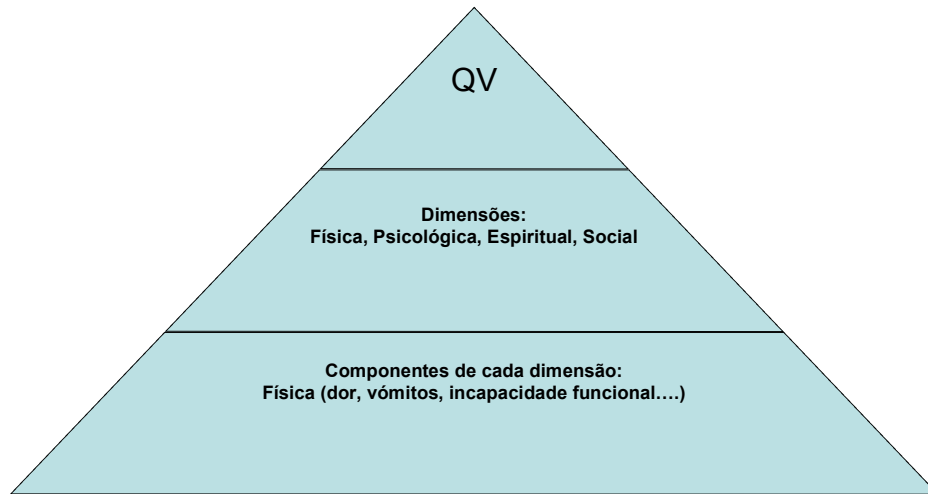


Fig. 5: Representação da Hierarquia da informação em QV (Cramer, 1998) citado por Pimentel (2006, 24).

A figura 5 representa um modelo de três níveis de hierarquia da informação em QV. O topo da pirâmide apresenta QV geral de um indivíduo, também podemos definir, como o “bem-estar geral”.

Em termos de medida, esta figura reflecte que a QV (pontuação total) resulta do somatório de todos os itens. No nível intermédio estão os domínios ou dimensões. A base da pirâmide inclui os componentes de cada dimensão (considerados como itens nos questionários de avaliação).

Após o exposto, podemos fazer um paralelismo entre a pirâmide das necessidades de Maslow e a representação da Hierarquia da informação em QV, de Cramer, citado por Pimentel (2006). Ambas apresentam uma hierarquia, em que no topo estão incluídos conceitos de emancipação das potencialidades humanas. Da mesma forma que acontece um “escalar” de necessidades na Pirâmide de Maslow, quando as necessidades que se encontram no patamar inferior estão satisfeitas (situação dependente das condições perceptivas do individuo) também, na representação da Hierarquia da informação em QV, acontece que consoante a interpretação do individuo das dimensões e dos componentes incluídos em cada dimensão, se poderá estudar/ quantificar a sua qualidade de vida.

Poderemos fazer a comparação entre os termos de “auto realização” e “QV”, sendo que ambos apresentam uma conotação com o “bem-estar” geral, embora o conceito designado de “Necessidade de auto estima” compreenda algo a atingir, o termo de ‘QV’, na representação hierárquica da informação na QV compreenda algo atingido, um valor em si.

Este constitui mais um exemplo de como a QV e Saúde se encontram cada vez mais interdependentes.

4. A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

Como vimos anteriormente são muitos os factores que influenciam a saúde, QV e suas percepções, sendo que estas se relacionam com o bem-estar pessoal e profissional. Padilha e Sousa, citado por Cecagno et al. (2003) demonstraram através de um estudo que *o trabalho é identificado como algo significativo e imprescindível na concepção do conceito de QV, possibilitando a aquisição de benefícios materiais e realização de desejos.*

A finalidade da Psicologia da Saúde *é compreender como é possível, através de intervenções psicológicas, contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades* (Teixeira, 2004). A investigação é uma das formas de obter este conhecimento, que, segundo Anton e Mendes citados pelo mesmo autor, se pode agrupar em 5 grandes áreas: Compreensão da génese e manutenção dos problemas de saúde (*Estudo das relações entre comportamentos e doença*); Promoção da saúde e prevenção das doenças (*Identificação de determinantes dos comportamentos saudáveis, dos comportamentos de risco e dos processos de mudança de comportamentos em diferentes fases do ciclo de vida*); Facilitação e potenciação do diagnóstico e tratamento médicos (*Investigação relacionada com procedimentos médicos indutores de stress*); Avaliação e tratamento de problemas de saúde (*Investigação sobre questões de avaliação e intervenção psicológicas relacionadas com doenças*) e por fim é apresentada Melhoria do sistema de cuidados de saúde, é neste âmbito que se poderá inserir o nosso estudo, pois esta área de investigação é definida como *estudos de impacto dos ambientes físicos e organizacionais dos serviços de saúde sobre o comportamento dos utentes, da comunicação e relação dos técnicos com os utentes, das relações interprofissionais e do stresse ocupacional dos técnicos de saúde* (Anton & Mendes citados por Teixeira, 2004).

O interesse em estudar a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros prende-se com o âmbito em que a profissão se desenvolve, que se traduz, em grande parte com a relação que o enfermeiro estabelece com o *objecto dos seus cuidados – pessoa com diferentes características, interesses, percepções, crenças, conhecimentos, etc.* A qualidade desta relação representa uma parte importante da qualidade do seu desempenho profissional, podendo esta ser influenciada pela forma como a *pessoa enfermeiro* se sente e se percebe.

Definir enfermagem e o seu papel em qualquer ambiente de cuidados de saúde não é de todo uma tarefa fácil. Partilhando da opinião de Hesbeen (1998) *nem sempre é fácil precisar características da enfermagem de tal modo elas são vastas, às vezes pouco nítidas e, sobretudo, pouco sistemáticas e despretensiosas. Qualquer tentativa de descrição exaustiva da enfermagem é, pela sua própria natureza, votada ao insucesso* (35).

A área de trabalho dos enfermeiros é muito vasta, estes trabalham com pessoas ao longo do ciclo de vida, saudáveis e doentes, em ambientes de alta tecnologia, como as unidades de cuidados intensivos, onde existe um controlo mais rigoroso e restrito, ou no domicílio mais pobre de qualquer zona do país, onde a principal “arma terapêutica” é o próprio enfermeiro e a relação que é estabelecida.

Em concordância com Vieira (2007), independente das mudanças ocorridas e da sua evolução ao longo dos tempos, a Enfermagem continua a ser uma profissão exigente, para a qual é necessária uma forma de ser compassiva, um saber teórico específico, um fazer técnico próprio, e capacidade para tomar decisões em situações de grande complexidade ética, na relação permanente com outras pessoas.

Pensar na Enfermagem como uma profissão de relação será facilmente compreendido se pensarmos na proximidade e possibilidade que o enfermeiro/a tem de estar perto e acompanhar cada pessoa, família ou grupo, seja no hospital ou no meio comunitário.

O enfermeiro deverá reconhecer e valorizar, na pessoa a quem presta cuidados, o seu potencial de auto determinação e as suas dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais, políticas e económicas. Neste sentido o enfermeiro/a deve apresentar algumas capacidades de auto-afirmação, criatividade e juízo clínico.

Subjacente a qualquer intervenção, o enfermeiro deverá estabelecer uma relação de ajuda, numa atitude de escuta e empatia, numa defesa constante dos direitos do cliente bem como, conhecer o seu papel/responsabilidades como membro de uma profissão. Segundo Collière (1989), mais importante do que desempenhar um papel identificado por uma teoria, é aprender a reconhecer a partir dos dados das situações vividas, o que identifica a natureza dos cuidados de enfermagem, e efectuar uma mobilização diversificada dos papéis de cada um dos actores: o que presta e o que recebe cuidados.

A profissão de enfermagem é marcada por diversos factores que influenciam física e mentalmente a saúde dos profissionais.

A literatura tem demonstrado que o trabalho de enfermagem e suas decorrências do ponto de vista psicológico tem efeitos percebidos pelos profissionais em termos de sobrecarga física e mental, sendo classificada pela Health Education Authority como a quarta profissão mais stressante, devido à responsabilidade pela vida das pessoas e a proximidade com os clientes em que o sofrimento é quase inevitável (Britto e Carvalho 2004).

São muito variados os contextos e propósitos da prestação de cuidados de Enfermagem. Desde prevenção da doença, promoção da saúde, reabilitação, cuidados curativos e paliativos. O dia-a-dia do profissional de enfermagem é marcado por diversas emoções, tanto positivas como também difíceis de gerir, ou pelo que exigem maior reflexão e trabalho interior para as vivenciar.

Dixe, citada por Abreu (2001) demonstrou no seu estudo que a identidade dos enfermeiros é profundamente influenciada pelo tipo de cuidados que os profissionais desenvolvem, chamando à atenção para o facto da prestação de cuidados em situações problemáticas poder ser perturbador para a pessoa que a concretiza.

Abreu (2001, 34), citando Watson e Leininger refere que os objectivos da enfermagem centrar-se-iam na qualidade de vida dos indivíduos ou famílias, na promoção da dignidade humana e na optimização da relação com o meio

ambiente.

Perguntamo-nos se os enfermeiros, por terem este íntimo contacto com a consciência da importância da qualidade de vida e bem-estar, terão também eles uma maior preocupação com a sua própria qualidade de vida.

Watson citada por Abreu (2001, 35) refere que “a enfermagem consiste em ajudar as pessoas a alcançar um maior grau de harmonia dentro da mente, corpo e alma, o que por sua vez vai gerar auto-conhecimento, o auto-respeito e o auto-cuidado, permitindo que a pessoa vivencie a própria afectividade, de forma a crescer e a realizar-se.”

Por outro lado, Cabral citada por Abreu (2001) questiona até que ponto as enfermeiras cuidam de si, *concluindo que na área dos comportamentos saudáveis, elas dedicam-se pouco à sua saúde e à vigilância que a mesma requer* (35).

Como vimos anteriormente a saúde é directamente afectada pelo estilo de vida. Questionamo-nos se os enfermeiros adoptam estilos de vida saudáveis e estratégias para controlo do stress. Sendo este um aspecto tão importante para a satisfação pessoal e profissional.

Outros aspectos que influenciam a prática de enfermagem estão relacionados com as condições de trabalho, físicas ou organizativas, tipo de vínculo laboral, número de horas de trabalho ou trabalho por turnos, por outro lado serão de considerar as relações entre a equipa de enfermagem e multidisciplinar. *Muitas vezes os enfermeiros atribuem o seu estado de saúde a aspectos da actividade profissional, vêem a sua jornada de trabalho, folgas e carga horária como distribuídas de maneira inadequada e argumentam que o seu exercício requer muito controlo emocional. Tais factores são vistos como negativos, ocasionando mal-estar e sofrimento psicológico. No pólo positivo da avaliação vêem a necessidade da independência financeira e de fazer bem a outrem como aspectos valorizados nas suas profissões* (Lazarus & Folkman, citados por Britto & Carvalho, 2004).

Sendo a enfermagem marcadamente uma profissão feminina, muito relacionada com a própria história da profissão, um aspecto a valorizar na qualidade de vida destes profissionais são as diferenças associadas ao género sexual. Simões e Amâncio (2004) referem que a *assimetria de significados que*

regula as comparações entre homens, entre mulheres e entre homens e mulheres em diferentes contextos, como mostram os estudos sobre o género, enquanto ideologia, define uma relação de dominação, na medida em que remete as mulheres para o conflito entre a liberdade (individual) e alteridade (colectiva) (...), ou entre autonomia e a feminilidade, reservando para os homens o lugar do ser sujeito, livre de constrangimentos contextuais. Este facto sugere uma dificuldade de afirmação e valorização por parte das mulheres no contexto profissional, que se pode relacionar com a dificuldade de afirmação da própria Enfermagem. Esta diferença de género poderá traduzir-se também numa diferença na percepção de Saúde e QV entre enfermeiras e enfermeiros. Devemos ter também em conta a forma como são afectadas as relações pessoais, Cecagno et al. (2003) *ênfatisa que o enfermeiro apresenta uma sobrecarga e um excesso na jornada de trabalho afastando-se do convívio social e familiar, contradizendo o que os autores retratam acerca da importância deste convívio e a subjectividade na qualidade de vida.*

Uma parte considerável dos profissionais de enfermagem que trabalham por turnos, apresentam este factor como causa de desorganização a nível físico e psicológico, tendo também repercussões a nível das relações familiares em particular e relações sociais em geral. Esta realidade leva a um desgaste físico e mental que pode condicionar o seu desempenho profissional e QV.

As perturbações da saúde manifestam-se através de insónia, irritabilidade, sonolência excessiva, fadiga contínua e mau funcionamento do aparelho digestivo e cardiovascular. As interferências nas relações sócio-familiares são traduzidas pela ausência dos familiares e amigos mais próximos; ausência em momentos de datas comemorativas, fins-de-semana e feriados. As consequências destas perturbações são observadas a curto, médio e longo prazo, tanto na qualidade de vida do trabalhador como da sua família, na saúde dos trabalhadores, na qualidade da assistência prestada, na segurança do trabalho e consequentemente na capacidade para o trabalho (Fischer, citado por Martins, 2003).

Podemos assim concluir que são, por um lado, aspectos relacionados com o âmbito da prestação de cuidados de enfermagem e por outro, aspectos físicos

do serviço e relacionados com a sua organização, que parecem influenciar mais a QV e Saúde dos enfermeiros.

Por tudo o que foi exposto anteriormente, estudar a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros torna-se de extrema importância. Esta percepção está intimamente ligada com o exercício da profissão, o que nos leva a pensar que existem particularidades dentro de profissão de enfermagem, que necessitam ser compreendidas e reflectidas de forma a contribuir para maior satisfação pessoal e profissional deste grupo.

5. PREVENÇÃO DO STRESSE, SAÚDE GERAL E QUALIDADE DE VIDA EM ENFERMAGEM

Aquando da revisão bibliográfica, na tentativa de encontrar estudos direccionados para os enfermeiros sobre este tema, verificámos que existe pouca informação sobre o mesmo. Vários estudos são encontrados sobre o stresse nos enfermeiros, a profissão e características da profissão de Enfermagem num serviço hospitalar. No que concerne aos cuidados de saúde primários, verificamos que existem poucos estudos dirigidos aos profissionais de Enfermagem, com o sentido de avaliar num carácter mais particular e pessoal, aspectos da sua vida que podem estar interligados com o desempenho das suas funções.

Nos estudos consultados, direccionados para os enfermeiros, no âmbito do seu contexto de trabalho, fazemos referência a um estudo realizado por Brito e Carvalho (2004) no âmbito do *Stress, Coping (enfrentamento) e Saúde geral dos enfermeiros que actuam em unidades de terapia intensiva e problemas renais*, com o objectivo de avaliar comparativamente como os enfermeiros de duas unidades hospitalares vêem o seu contexto de trabalho, que recursos de enfrentamento utilizam e como avaliam a sua saúde. Este estudo foi aplicado a 37 enfermeiros de diferentes contextos profissionais, de um hospital universitário (27 enfermeiros da unidade de terapia intensiva e 10 enfermeiros da unidade transplante renal e hemodiálise) e concluiu que “em geral os enfermeiros não consideram o contexto de trabalho como stressante, utilizam mecanismos de enfrentamento mais centrados no problema que na emoção e avaliam a sua saúde de forma positiva”. A investigadora refere ainda que “não foi identificada correlação entre a avaliação do contexto de trabalho- stresse-saúde”, ao contrário do que era esperado.

Rodrigues e Ferreira (1999), realizaram um estudo no âmbito dos factores de risco para a profissão de Enfermagem, debruçando-se sobre o risco por

“excesso de carga física”, “contaminação por fluidos orgânicos” e “trabalho nocturno”, tendo concluído que relativamente ao risco de contaminação por fluidos biológicos se verificou que existe uma grande exposição dos enfermeiros a este factor de risco (83% tinham sido expostos a fluidos biológicos, materiais cortantes e/ou perfurantes). Relativamente ao risco psico-fisiológico por trabalho nocturno, foram utilizados os seguintes indicadores das complicações da perda de sono associada ao stresse e ao desgaste físico durante o turno da noite: queixas gastrointestinais (predominância de azia, cólicas abdominais e cólicas gástricas), perturbação do padrão de sono (sensação de cansaço ao acordar, dificuldades em adormecer e despertar frequentes) e alteração psico-emocional (a mais referenciada, a irritabilidade, seguida da fadiga psicológica e dificuldade na concentração). Relativamente ao risco por carga física verificou-se que 75,7% dos enfermeiros queixam-se de complicações músculo-esqueléticas, sendo que a incidência das lesões ocorreu independentemente da idade, sexo e anos de profissão, sendo a faixa etária 22-31 anos a mais atingida.

Lentz et al. (2000) realizaram um estudo sobre a QV do profissional de Enfermagem, adoptando uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan, para o qual delineou os seguintes objectivos:

- Verificar o (s) significado (s) de QV para os profissionais de Enfermagem;
- Identificar as dimensões da QV segundo a Escala de QV de Flanagan (EQV), mais valorizadas pelos profissionais de enfermagem;
- Explorar a relação existente entre os *scores* de QV obtidos pelos profissionais de enfermagem actuantes numa Unidade de terapia Neonatal e uma Unidade de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Sida segundo a Escala de QV de Flanagan (EQV).

Neste estudo, os autores concluíram que independentemente do contexto profissional existe concordância sobre o que os profissionais consideram fundamental para o seu viver. A dimensão da qualidade de vida, segundo a escala de Flanagan, mais valorizada pelos dois grupos foi a dimensão “relação com outras pessoas”, mais especificamente, no item “ter e criar filhos” a menos valorizada foi “actividades sociais comunitárias e cívicas”, no item “participar em associações e actividades de interesse público”. Os scores totais de

qualidade de vida obtidos nas duas unidades estão, na sua grande maioria, acima de 6.0 para o T, ou seja acima da faixa de neutralidade ou indiferença, com tendências á valoração positiva. Ao aplicar o teste não paramétrico de Kolmogorov-Sminorv, os autores concluíram que existiam diferenças no nível de qualidade de vida dos dois grupos, sugerindo a necessidade de aprofundar estudos da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem segundo as áreas de actuação.

Martins (2003) realizou um estudo sobre ***Qualidade de Vida e Capacidade para o Trabalho dos Profissionais de Enfermagem no Trabalho por Turnos***, tendo chegado às seguintes conclusões:

- Os profissionais têm uma percepção satisfatória de sua qualidade de vida. De onde a autora infere que também estão satisfeitos com o seu trabalho já que a satisfação no trabalho é um elemento fundamental na determinação da qualidade de vida;
- Em todos os turnos de trabalho predominou uma boa capacidade para o trabalho, não encontrando diferença significativa entre os turnos de trabalho;
- O turno da manhã teve a peculiaridade de ser o único turno a apresentar trabalhadores com capacidade para o trabalho baixa, sendo bem possível estar relacionado a sobrecarga das actividades de enfermagem neste turno;
- O turno de trabalho não interfere na qualidade de vida e na capacidade para o trabalho dos profissionais em questão;
- Existe uma forte associação entre a qualidade de vida com o índice de capacidade para o trabalho, pois quanto mais alto os escores de ICT mais alto também foram os escores de qualidade de vida.

Simões e Amâncio (2004) realizaram um estudo com o tema “Género e Enfermagem” no sentido de estudar a minoria masculina. Os autores colocaram a hipótese para o estudo: “A imagem dos enfermeiros será mais semelhante à imagem dos profissionais em geral do que a imagem das enfermeiras”. Após aplicação de um questionário que listava atributos sobre ‘profissão de enfermagem’ e ‘cuidar em enfermagem’ a 171 pessoas internadas numa instituição hospitalar, os autores concluem que o estudo foi marcado pela

ausência de 'sexuação' tanto dos enfermeiros como das enfermeiras, sendo os juízos dos utentes orientados para as dimensões gerais da profissão. Referem os autores que *as enfermeiras não são sexuadas porque estão num contexto que lhes é próprio e que se confunde com a identidade feminina. Mas os homens também não o são, porque o universalismo da sua identidade não faz deles diferentes em contextos femininos, antes essa situação contribui para acentuar a sua humanidade.* Os autores referem ainda que *dada a diversidade de competências que a ideologia de género lhes permite acumular, os homens saem claramente favorecidos por este olhar dos utentes sobre os que lhes prestam cuidados.* Não impedindo que se possa continuar a ver a Enfermagem como uma profissão feminina, é apontada *a credenciação de saberes como a via mais adequada para minimizar esses efeitos, nomeadamente ao nível da profissão.*

PARTE II
ESTUDO EMPIRICO

6. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

A investigação científica é um processo rigoroso que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. Quando efectuada no âmbito de uma disciplina, visa a produção de uma base científica para guiar a prática dos cuidados a assegurar a credibilidade da profissão (Fortin, 1999).

Tendo em conta a temática do estudo em questão, e as variáveis envolvidas optámos por um estudo de investigação de natureza quantitativa, porque permite delimitar o problema de investigação e suprimir os efeitos de variáveis estranhas no contexto natural.

Neste capítulo serão enumerados os procedimentos referentes à componente empírica desta investigação. Neste sentido, descrever-se-á de forma sistematizada o propósito e delimitação do problema a analisar, a elaboração das hipóteses, a descrição dos instrumentos para a recolha da informação e o procedimento metodológico utilizado.

6.1. MODELO DA PERCEPÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO ENFERMEIRO

De forma a sistematizar o nosso estudo, as relações entre as variáveis dependentes e independentes e os domínios do mesmo, desenvolvemos um modelo, ao qual denominámos de Modelo da Percepção de Saúde e QV do enfermeiro. O qual apresentamos e passamos a descrever.

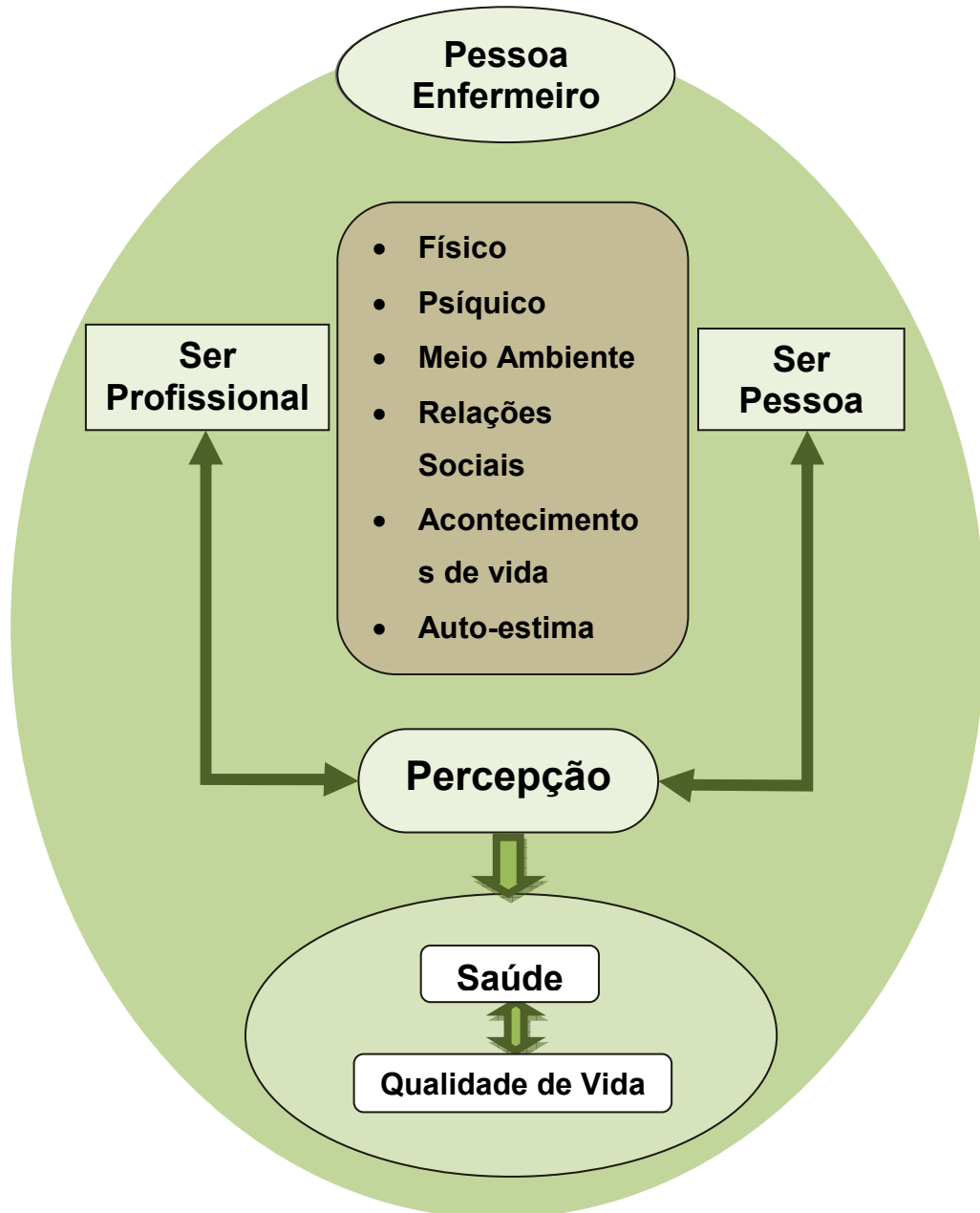


Fig.6- Modelo Racional Teórico da Percepção de Saúde e Qualidade de Vida do Enfermeiro.

Tendo presente que cada *pessoa* tem uma **Saúde e uma Qualidade de Vida** que lhe são próprias, influenciadas pelos diversos factores/dimensões, que interagem entre si, pretende-se com este estudo compreender como é que os enfermeiros percebem a sua saúde e QV, sendo que esta percepção é também influenciada pela dinâmica entre os mesmos factores e dimensões. Com a aplicação dos questionários Whoqol- Bref e Questionário Saúde Geral, que incidem sobre as dimensões referidas no modelo apresentado, temos o objectivo de perceber que factores e de que modo estes alteram ou influenciam esta percepção, no sentido de sensibilizar os profissionais, instituições e

comunidade em geral para a forma de como é influenciada a Saúde e QV dos enfermeiros. Temos o intuito de criar um momento de reflexão e de consequente mudança relativamente à forma como os enfermeiros, instituições e comunidade percebem e interferem na Saúde e QV dos enfermeiros.

Assim de acordo com o modelo da Percepção de Saúde e QV do enfermeiro, podemos inferir que existe um campo em que a pessoa/ enfermeiro experiencia as vivências como ser profissional e ser pessoal, conceitos integrantes da sociedade em que está inserido. O ser profissional e ser pessoa são indissociáveis. As experiências vivenciadas no contexto extra-laboral e no contexto laboral que podemos incluir nos domínios (físico, psíquico, meio ambiente e relações sociais, auto estima e humor) vão ser percebidas (situação dependente da interpretação que a pessoa faz das dimensões vivenciadas) e desta forma são “traduzidos” em conceito de saúde e qualidade de vida. Sendo a saúde e qualidade de vida conceitos indissociáveis e integrantes da pessoa/enfermeiro.

6.2. TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho é uma pesquisa de natureza quantitativa, descritiva, transversal e correlacional.

Segundo Fortin (1999), os estudos descritivos *visam caracterizar os fenómenos. Podem variar em complexidade, indo do estudo de um conceito ao estudo de vários conceitos. As relações entre os conceitos são estabelecidas de maneira a produzir um perfil geral do fenómeno em estudo* (170).

O presente estudo é transversal, tendo o questionário sido aplicado no período de tempo compreendido entre 15 de Março e 15 de Abril de 2008.

6.3. PROPÓSITO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Vivemos num mundo cada vez mais globalizado e exigente, caracterizado por uma crescente competitividade e excessiva mercantilização, quer dos bens materiais, quer das relações humanas. A ameaça ao homem pela evolução

tecnológica, torna-se evidente, surgem cada vez mais exigências ao nível da competência técnica dos recursos humanos, em detrimento das capacidades de competências relacionais. As sociedades assumem políticas cada vez mais restritivas e economicistas, implementam-se medidas, no sentido de aumentar a produtividade e são desvalorizados os conceitos sociais, de relação e de partilha. Neste enquadramento o Homem é avaliado por aquilo que produz, e não pela forma como desempenha o seu trabalho ou a relação que estabelece entre os colegas e a organização a que está afecto.

Alves, citado por Cecagno et al. (2003), complementa o exposto referindo que as empresas tornaram-se mais complexas na segunda metade do séc. XX e com isso a gestão de produtos e serviços centraram-se num novo “status” do cliente, que passou a fazer novas e maiores exigências. Houve uma diversificação na produção em todos os ramos da economia para atender à ansiedade do consumidor: consumir mais procurando a possibilidade de melhorar a QV, ou seja, viver melhor.

No entanto nesta procura de melhorar a QV, observa-se, que cada vez se trabalha mais e se vive menos. Os trabalhadores foram submetidos a pressões físicas e psíquicas, levando, assim a QV no trabalho, a uma situação inferior ao desejado pela grande maioria dos indivíduos.

Um dos grandes desafios actualmente colocados a qualquer sistema de saúde consiste na adequação de recursos (humanos e materiais) às necessidades da população que serve. Nos últimos quarenta anos as instituições de saúde evoluíram rapidamente. Abreu (2001) refere que *os próprios padrões de saúde e doença também evoluíram, segundo um processo culturalmente determinado. Os enfermeiros nas instituições de saúde passaram a assumir um papel central e viram crescer as suas actividades autónomas. Paralelamente os padrões sociais também se alteraram.* (81)

Pelo exposto a profissão de Enfermagem encontra-se exposta, a crescentes exigências, o que implicou uma grande mudança, ao nível da formação, com padrões mais elevados e diferenciados. Também as alterações ocorridas na profissão de enfermagem ao nível das responsabilidades, nas expectativas de progressão de carreira e nas novas situações de saúde/ doença, provocaram alterações nas relações entre pares, entre a classe médica e, implicou, também, uma alteração ao nível da dinâmica institucional, onde os enfermeiros desenvolvem o seu trabalho.

A Enfermagem é de acordo com diferentes autores uma profissão em mudança. E, neste processo de mudança parece evidente que tenta conquistar novas funções, competências e autonomias, sem (perder) um conjunto de valores que tradicionalmente têm referenciado a sua prática (Abreu, 2001).

Exactamente por ser a pessoa um todo complexo por natureza, e enquanto objecto de intervenção, constituir o alvo da atenção dos enfermeiros, torna a Enfermagem, de facto, difícil de definir. Quando associamos à pessoa - foco de atenção outra pessoa - sujeito de intervenção (enfermeiro), também ela com os seus valores e crenças, limitações dificuldades e constrangimentos, compreendemos bem a dificuldade que há em dizer o que é Enfermagem, ou o que é “Ser Enfermeiro”.

Se a esta dualidade relacional, sem a qual não se concebe a profissão de enfermagem, associarmos as características de um contexto muitas vezes adverso e em constante mutação, o qual compreende inúmeras actividades relacionadas não só quanto à sua competência, mas também com outros profissionais, ficando sem tempo para reflectir criticamente a sua prática.

Tendo em conta as situações vivenciadas com a problemática/ conflitos de relação inter-pares, para com outros profissionais que complementam o trabalho de enfermagem (médicos, auxiliares de acção médica, administrativos, outros técnicos,...) e relações institucionais, procurámos, com este estudo, compreender a perspectiva do profissional, como elemento central do processo de trabalho e percebe-lo na sua singularidade, como ser activo e reflexivo numa visão multidimensional.

Este estudo propõe-se investigar de que forma se caracteriza a Percepção de Saúde e Qualidade de vida nos enfermeiros que desenvolvem o seu trabalho na Sub-Região de Saúde de Beja e no CHBA-HJJF de Beja. Para este efeito, foram utilizados dois instrumentos: WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral.

Tendo em conta a problemática em estudo e os objectivos definidos, emergiu a seguinte questão de investigação:

Existe diferença na Percepção de Saúde e QV nos enfermeiros que desenvolvem o seu trabalho na Sub-Região de Saúde de Beja e CHBA-HJJF de Beja?

Adicionalmente, a nível científico, será pretensão deste trabalho:

Investigar a existência de possíveis diferenças, ao nível da Percepção de Saúde e QV nos enfermeiros, em relação a determinadas variáveis (idade, sexo, habilitações literárias, estado civil, tempo de serviço, estado de saúde/doença actual, local de trabalho, situação contratual, horas de trabalho semanal).

Ao desenvolver este estudo de investigação, esperamos sedimentar conhecimentos e, se possível, sensibilizar a sociedade e as organizações, nas quais os profissionais de saúde estão afectos, de forma a ajudar a avaliar a sua saúde/ qualidade de vida e estabelecer orientações no sentido de aumentar a promoção da saúde e qualidade de vida dos profissionais, e melhorar a qualidade dos cuidados prestados à população (“produtividade”).

6.4. OBJECTIVOS DO ESTUDO

Segundo Fortin (1999) *o objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação* (100).

Tendo em conta o tipo de estudo realizado, bem como a sua natureza, traçámos como objectivos para este estudo os seguintes:

- Conhecer o perfil de saúde e QV percebidos pelos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Beja e CHBA-HJJF de Beja.
- Analisar os factores que intervêm na percepção de QV dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Beja e CHBA-HJJF.
- Comparar o perfil de saúde e QV percebidos pelos enfermeiros que trabalham na Sub-Região de Saúde de Beja e CHBA-HJJF.

6.4.1. Variáveis de Investigação

Considerando o nosso problema de investigação, os nossos objectivos, e a revisão da literatura, definimos as seguintes variáveis:

Variáveis dependentes

As variáveis dependentes neste estudo são a Percepção de Saúde e QV dos enfermeiros dos Centros de Saúde e Hospital.

As variáveis dependentes vão ser medidas através dos seguintes instrumentos de medida:

- World Health Organization Quality of Life– Bref (WHOQOL – Bref) criado pela OMS, do qual fazem parte quatro (4) domínios, físico, psicológico, relações sociais e ambiente, que por sua vez integram vários subdomínios ou facetas e também por duas questões gerais, uma sobre saúde e outra sobre QV, as quais perfazem um grupo para o qual é feito o calculo entre os valores obtidos a partir das respostas para se chegar ao resultado final questões, à semelhança do que é feito com a questões de cada um dos domínios.
- Questionário de Saúde Geral (General Health Questionnaire, v. 12 itens criado por Goldberg, 1978 e traduzido e adaptado para Português por Faria (1999), do qual fazem parte dois factores:
 - Factor 1: Acontecimentos de vida e auto-estima
 - Factor 2: Depressão

Variáveis independentes

Para o presente estudo, definimos como variáveis, as seguintes:

- A idade, em anos.
- Sexo, com duas categorias, masculino e feminino.
- Habilitações literárias, com as categorias Não sabe ler nem escrever, Sabe ler e/ou escrever, 1º-4º anos, 5º-6º anos, 7º-9º anos, 10º-12º anos, Estudos Universitários, formação pós-graduada.

- O estado civil, com as categorias de Solteiro, Casado, União de e Facto, Separado, Divorciado, Viúvo.
- Situação de doença.
- Local de trabalho, com as categorias Centro de Saúde, Hospital.
- Tempo de serviço, em anos.
- Situação contratual, com as categorias Funcionário Publico, Contrato Administrativo de Provisamento, Contrato de Trabalho Termo Certo, Contrato de Trabalho sem Termo.
- Número de horas de trabalho semanal, em horas/semana

6.4.2. Questões de Pesquisa

Perante a curiosidade e interesse enquanto profissional de saúde em contexto comunitário, para a prestação de cuidados de enfermagem, surgiram-nos questões que achámos pertinente estudar, tais como:

- Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente da idade?
- Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente do sexo?
- Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente dos estudos?
- Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente do seu estado civil?
- Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente do tempo de serviço?
- Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente do seu estado de saúde/doença actual?
- Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente do local onde prestam cuidados?
- Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente da sua situação contratual?
- Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente do número de horas de trabalho semanal?

Na tentativa de enunciar o estudo sob a forma de uma pergunta de partida, que serviu de fio condutor da investigação, formulámos a seguinte questão:

- Qual a Percepção de Saúde e QV dos enfermeiros dos Centros de Saúde da Sub-região de Saúde de Beja e CHBA-HJJF de Beja?

6.4.3. População e Amostra

Fortin (1999, 202) considera que a população é *uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios*. A mesma autora entende a população alvo como sendo *constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações* (1999, 202).

No nosso estudo a população alvo é constituída pelos enfermeiros a exercer a sua profissão nos centros de saúde da Sub-região de Saúde de Beja e do CHBA-HJJF de Beja.

No que respeita à amostra a mesma autora entende como sendo *um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte uma mesma população (...)*. Deve ser *representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada* (1999, 202).

Burns e Grove (1993) consideram que uma amostra superior a 30 elementos permite-nos uma maior facilidade na análise dos dados, uma vez que poderemos utilizar estatísticas paramétricas e não paramétricas para este fim.

Segundo Abrantes, Tavares & Godinho (1989), apesar de a bibliografia apresentar várias fórmulas para se calcular o tamanho da amostra, estas são no entanto muito difíceis de utilizar, pois exigem que o investigador conheça um certo número de parâmetros, que estão sempre identificados. No entanto ainda segundo os mesmos autores, o valor de 10% da população é

habitualmente considerado aceitável, salientando também o número 30, como o número mínimo ideal para uma amostra.

A amostragem probabilística é aconselhada pelos autores da bibliografia de investigação consultada (Fortin, 1999), visto ser indicada para assegurar determinada precisão na generalização dos parâmetros da população reduzindo o erro amostral.

No entanto devido, sobretudo, a limitações de tempo (horário extra- laboral), distancia do local de trabalho e residência, foi utilizada uma amostragem não probabilística convencional e intencional.

Amostra prevista foi de 150 enfermeiros dos centros de saúde e hospital (que fazem parte da população alvo).

Foram distribuídos 200 questionários, dos quais foram recolhidos 152 questionários, sendo 95 questionários do CHBA-HJJF e 57 questionários da Sub-Região de Saúde de Beja. Da totalidade dos questionários recolhidos, 6 foram excluídos do estudo por se encontrarem incompletos. Pelo que se conseguiu uma amostra efectiva de 146 enfermeiros (**Tabela 1**), 92 enfermeiros do CHBA-HJJF (de um total de 353 enfermeiros), que representam 26,1% da população e 54 enfermeiros da Sub-região de Saúde de Beja (de um total de 184 enfermeiros) que representam 29,4 da população.

Tabela 1 – Representatividade da amostra em função do número total de enfermeiros de cada instituição

Instituição	Total de Enfermeiros da instituição	N.º de enfermeiros Inquiridos (validados)	Representatividade %
CHBA-HJJF	353	92	26,1%
Sub-região de Saúde de Beja	184	54	29,4%

Tendo em conta que a totalidade de enfermeiros que exercem funções no CHBA - HJJF compreende 353 profissionais de enfermagem e, que a Sub-região de saúde de Beja, compreende 184 profissionais, temos de acordo com Abrantes, Tavares & Godinho (1989), supra citados, que a amostra efectiva conseguida pela recolha dos questionários é representativa (superior a 10%) da população em estudo de cada instituição.

6.5. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A escolha do instrumento de colheita de dados é feita tendo em conta o tipo de estudo e objectivos do mesmo.

Assim optou-se pela aplicação de um questionário (**Anexo I**), que de acordo com Fortin (1999, 249), é *um instrumento de medida que traduz o objectivo de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.*

Entre os vários instrumentos de colheita de dados destinados a avaliar saúde de qualidade de vida foram escolhidos dois questionários validados, traduzidos e adaptados à realidade portuguesa.

Foi utilizado o questionário WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) - Bref elaborado pela OMS.

Para além deste foi também aplicado o Questionário de Saúde Geral de Goldberg, cedido pela Professora Doutora Maria Cristina Faria, o qual adaptou, em 1999 no âmbito da sua tese de doutoramento.

Foram ainda introduzidas algumas questões que visam completar a caracterização da amostra.

WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) - Bref

O WHOQOL-Bref é um questionário criado no âmbito de um projecto da Organização Mundial de Saúde, em colaboração de 15 centros em simultâneo e em diferentes culturas, do qual foram desenvolvidos dois instrumentos gerais de avaliação da qualidade de vida; o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. O WHOQOL-100 é constituído por cem questões que avaliam seis domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio Ambiente e Espiritualidade/ Crenças Pessoais. O WHOQOL-Bref é uma versão abreviada composta por 26 questões, sendo duas questões de âmbito geral e vinte e quatro questões representativas dos domínios que compõem o instrumento original. Assim, diferentemente do WHOQOL-100, em que cada uma das facetas é avaliada a partir de quatro questões, na versão abreviada, o WHOQOL-Bref é composto pelas questões que obtiveram os melhores

desempenhos psicométricos do WHOQOL-100. Esta versão abreviada é composta por quatro (4) domínios: **físico**, **psicológico**, **relações sociais e meio ambiente**, que por sua vez integram vários subdomínios ou facetas: o **Domínio físico** é constituído pelas facetas: Dor e desconforto; Energia e Fadiga; Sono e repouso; Mobilidade; Actividades de vida quotidiana; Dependência da medicação ou de tratamentos e Capacidade de Trabalho, o **Domínio psicológico** é constituído pelas facetas: Sentimentos positivos; Pensar, aprender, memória e concentração; Auto-estima; Imagem corporal e aparência; Sentimentos negativos e Espiritualidade/religião/crenças pessoais, o **Domínio relações sociais** é constituído pelas facetas: Relações pessoais, Suporte Social e actividade sexual e o **Domínio meio ambiente** é constituído pelas facetas: Segurança física e Protecção; Ambiente no lar; Recursos financeiros; Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; Participação em, e Oportunidades de recreação/lazer; Ambiente físico e Transporte. O questionário é ainda constituído por duas questões gerais, uma sobre saúde e outra sobre Qualidade de Vida, as quais perfazem um grupo para o qual é feito o cálculo entre os valores obtidos a partir das respostas para se chegar ao resultado final questões (ao qual chamamos Questões Gerais de saúde e QV), à semelhança do que é feito com as questões de cada um dos domínios.

A primeira versão em português destes instrumentos foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Centro de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. Foi utilizada a metodologia preconizada para a versão deste instrumento, as características psicométricas preencheram os critérios de desempenho exigidos: consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério, fidedignidade do teste-reteste.

Na versão abreviada do instrumento (WHOQOL-Bref) foram aplicados critérios de selecção da amostra, bem como a metodologia utilizada no pré-teste semelhantes para os dois instrumentos (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref). A consistência interna do WHOQOL-Bref foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach. Os valores obtidos atestam uma consistência interna satisfatória. Os domínios 3 (relações sociais) e 4 (meio ambiente),

considerados individualmente, apresentaram os menores valores no coeficiente de Cronbach.

A consistência interna do WHOQOL- Bref medida pelo coeficiente alfa de Cronbach foi boa, quer se tomem as 26 questões, os 4 domínios ou cada um dos domínios: para o domínio Físico foi de 0,84; domínio Psicológico foi de 0,79; domínio Relações Sociais foi de 0,69 e para o domínio Meio Ambiente foi de 0,71. Para as 26 questões foi de 0,91.

Quando comparada com a consistência interna do WHOQOL-100, o coeficiente de Cronbach foi inferior. Este facto era esperado, pois instrumentos que são compostos por um número maior de questões tendem a ter coeficientes de Cronbach mais elevados.

Refere ainda FLECK et al (2000,8) que *nos resultados desta versão abreviada, o WHOQOL- Bref, observou-se que as características são semelhantes.*

As pontuações da escala são feitas de 0 a 100 em cada domínio, sendo que os maiores scores indicam melhor qualidade de vida (FLECK et al, 1999).

Em Portugal, foi feita tradução e normalização para a população portuguesa do WHOQOL-100 e o WHOQOL- Bref por Vaz Serra, Canavarro e outros colaboradores em 2006. Foi solicitada autorização ao centro Português da Organização Mundial de Saúde para avaliação da Qualidade de Vida.

Optámos neste trabalho pela versão abreviada (WHOQOL- Bref), por ser mais fácil e rápido o preenchimento. Sendo constituído por 26 questões, duas questões gerais e as demais 24 divididas em quatro domínios: Físico (questões n.º 3,4,10,15,16,17,18), Psicológico (questões n.º 5,6,7,1,19,26), Relações Sociais (questões n.º 20,21,22) e Meio Ambiente (questões n.º 8,9,12,13,14,23,24,25).

As questões do WHOQOL foram formuladas por uma escala de resposta tipo Likert, com uma escala de intensidade (nada, muito pouco, mais ou menos, bastante, extremamente), capacidade (nada, muito pouco, médio, muito e completamente), frequência (nunca, algumas vezes, frequentemente, muito frequentemente e sempre) e avaliação (muito insatisfeito, insatisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, satisfeito e muito satisfeito e ainda, muito ruim, ruim, nem ruim, nem boa, boa e muito bom) (WHOQOL, 2003).

Questionário de Saúde Geral

O **segundo grupo** destina-se a avaliar a percepção que o indivíduo apresenta da sua saúde de um modo geral (Questionário de Saúde Geral de Goldberg, 1978, adaptado por Faria em 1999 no âmbito da sua tese de doutoramento), face aos acontecimentos de vida recentes, sendo constituído por 12 itens.

Este questionário pretende avaliar a *percepção que o indivíduo apresenta da sua saúde de um modo geral, face aos acontecimentos de vida recentes, e tem sido aplicado a populações de adultos* (Faria, 1999).

Inicialmente criado por Goldberg (1972), surgiu no âmbito de avanços no domínio da saúde e dos conceitos de saúde e doença, com o sentido de compreender melhor as possíveis relações que se estabelecem entre as emoções negativas e as condições em que elas se desencadeiam.

Entendido como satisfatório, válido e bem relacionado com outros instrumentos de avaliação psicológica, permite a discriminação entre indivíduos doentes e os outros. Foi largamente utilizado na investigação inglesa apresentando três versões, de 60, 30 e 12 itens (1978); sendo a mais curta de fácil administração e indicadora dos efeitos da classe social, desemprego e outras variáveis de saúde mental relacionadas com a angústia percebida pelos indivíduos (Argyle, 1987).

É composto por uma escala de tipo *Likert* em que se solicita a cada indivíduo que responda aos pontos de interrogação do questionário a partir de 4 categorias (0= *agree strongly* até 4), apresentando a nota mínima de 0 e a máxima de 48 pontos.

O *General Health Questionnaire* (GHQ) na sua versão inicial é um dos instrumentos de auto-avaliação mais utilizados para avaliar saúde, tendo como objectivo principal a detecção de perturbações gerais, não psicóticas, em pessoas atendidas em consultas externas hospitalares ou em clínica geral (Garyfallos *et al.*, 1991).

Os resultados obtidos através de várias investigações efectuadas até à data permitiram chegar á conclusão de que o GHQ deve ser validado para populações específicas, sejam elas clínicas ou não clínicas. Várias investigações têm sido efectuadas com o objectivo de estudar as suas características psicométricas, os resultados obtidos têm confirmado a sua

fidelidade em diferentes populações e perturbações (Miguel, Carvalho & Batista, 1999).

Neste sentido a versão portuguesa do GHQ (v. 12 itens) foi objecto de um estudo que decorreu nos anos de 1997 e 1998 realizado por Faria (1999) no âmbito da sua tese de doutoramento.

Os valores médios da versão portuguesa do Questionário de Saúde Geral não podem ser comparados com os da escala original visto que se optou, na versão portuguesa apresentada neste estudo, por 5 posições (1=absolutamente verdadeiro; 2=verdadeiro; 3=indiferente; 4=falso; 5=absolutamente falso), oscilando a pontuação entre o mínimo de 12 e o máximo de 60 pontos.

Faria (1999) avaliou as características psicométricas do GHQ de Goldberg (1978) da versão com 12 itens, para a população portuguesa. A partir da análise factorial obtiveram-se relativamente à consistência interna um *alpha* de Chronbach para o total do questionário de .83, considerado bom (um valor *muito bom* ($\alpha \geq .90$) é superior ao *suficiente* ($\alpha \geq .70$), variando as sub-escalas entre .799 e .829.

Pode ser administrado individualmente ou em grupo, sem tempo limite para finalizar o questionário, mas com uma média de preenchimento de seis minutos, dependendo do nível de escolaridade dos indivíduos. Cada item é cotado numa escala de 1 a 5 pontos, embora a pontuação total possa variar entre 12 a 60 pontos. A interpretação dos resultados deve ir no sentido de que quanto maior a pontuação, maior a saúde geral percebida pelo indivíduo na escala global e para cada um dos dois factores apresentados. Neste questionário existem seis questões em que a cotação se encontra invertida, nomeadamente as questões nº 1, 3, 4, 7, 8 e 12.

De acordo com Faria (1999), o instrumento apresenta “uma estrutura de factor e por conseguinte as informações recolhidas a partir do FACTOR 1 (Acontecimentos de Vida e Auto-Estima) e o FACTOR 2 (Depressão) podem revelar-se muito úteis, para um melhor conhecimento da saúde dos indivíduos e possível actuação na prevenção do risco e na promoção de comportamentos salutarres”.

6.6. PROCEDIMENTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Qualquer investigação que envolve seres humanos levanta questões morais e éticas. De um modo geral a ética é um conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e nos quais estes se inspiram para guiar a sua conduta (Fortin, 1999).

A investigação aplicada a seres humanos pode causar danos aos seus direitos e liberdades pessoais. Torna-se, desta forma, imprescindível tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades pessoais dos participantes.

Para a realização deste estudo tivemos sempre presentes os aspectos formais e éticos, relativos às instituições e aos seus profissionais (população alvo do estudo).

A todos os sujeitos foram garantidos os cinco princípios fundamentais: o direito à auto determinação, segundo o qual a pessoa deve ser informada sobre os objectivos do estudo e ter o conhecimento que tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não no estudo. A pessoa deve estar também informada que pode abandonar livremente o estudo, não correndo nenhum prejuízo, nem penalidade.

O direito à intimidade, através do qual se assegurará que o estudo será o menos invasivo possível e que a intimidade dos seu participantes está protegida. O anonimato do sujeito e a confidencialidade dos dados serão salvaguardados, bem como o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo. E, finalmente e não menos importante, teremos sempre em conta o direito de um tratamento justo e leal.

Para utilização do questionário WHOQOL-BREF procedeu-se ao pedido de autorização, ao Centro Português da Organização Mundial de Saúde para Avaliação da Qualidade de Vida, o qual foi deferido. **(Anexo II)**

Para a utilização do Questionário de Saúde Geral de Goldberg, adaptado pela Professora Doutora Maria Cristina Faria, em 1999, no âmbito da sua tese de doutoramento foram, também, seguidos os procedimentos éticos habituais.

Foi solicitada a autorização por escrito à Administração Regional de Saúde de Beja e Conselho Administrativo do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo E.P.E. **(Anexo III)** para a aplicação dos instrumentos de colheita de dados, aos Enfermeiros dos Centros de Saúde e serviços hospitalares, respectivos, bem

como de outras informações pertinentes para o estudo (número de enfermeiros, etc.). Os quais foram deferidos. **(Anexo III)**.

A colheita de dados decorreu no período compreendido entre 15 de Março e 15 de Abril de 2008, no CHBA-HJJF e Sub-região de Saúde de Beja, após formalização e cedência de autorização, para aplicação dos mesmos.

6.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As principais limitações deste estudo foram as distâncias físicas entre o investigador e os locais de trabalho da população alvo, principalmente ao nível dos Centros de saúde da Sub-Região Saúde de Beja que se encontram distribuídos por numa vasta área geográfica (Beja, Ferreira do Alentejo, Cuba, Vidigueira, Serpa, Odemira, Ourique e Castro Verde).

Outra limitação do estudo foi a indisponibilidade (motivos profissionais) dificuldade em poder estar mais presente com os enfermeiros, embora o trabalhar por turnos ao nível hospitalar, seja uma limitação, que contribua para esta dificuldade em poder estar mais presente.

6.8. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o auxílio do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 12.0.

Os dados foram previamente codificados no programa, de forma ser possível o seu tratamento estatístico.

Para ambos os instrumentos recorreremos á apresentação dos resultados através de tabelas e gráficos, onde serão descritos os dados mais relevantes para este estudo.

Para o estudo das variáveis dependente e independentes foi utilizada a correlação de Pearson para analisar as relações entre as variáveis. Esta correlação permite-nos aferir o tipo de influência entre as variáveis.

Recorreu-se á estatística descritiva, usando as medidas de tendência central e também, o Teste t de *Student* que é um teste paramétrico que permite

comparar duas médias. Para a utilização deste teste as variáveis em questão têm que seguir uma distribuição normal e ter homogeneidade de variâncias.

Para avaliar a relação estatística entre as variáveis, foi utilizado como critério o nível de significância de 0.05, que traduz uma diferença considerada significativa.

7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo iremos apresentar os resultados relativos à análise da consistência interna dos questionários utilizados. De seguida, apresentamos análises descritivas dos resultados obtidos em função de cada instrumento. Posteriormente, apresentamos a análise da influência das variáveis sócio-demográficas sobre cada uma das variáveis em estudo com respectiva verificação das questões de pesquisa.

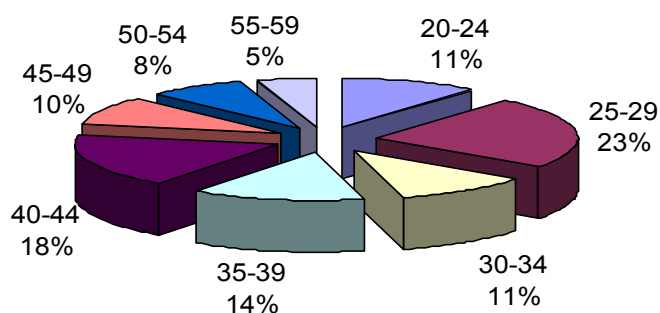
7.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Passamos agora a descrever a população estudada, recorrendo à apresentação de gráficos e respectiva análise.

Idade

A média de idades da amostra é de 36,62 anos, o desvio padrão é de 10,41 anos. A mediana é de 36 anos, significando que 50% da nossa amostra tem idades \leq 36 anos. Através do **gráfico 1** podemos constatar que o grupo etário mais representativo é o de 25-29 e que a maioria dos enfermeiros da amostra (113 inquiridos) tem menos de 45 anos, sendo que 25 enfermeiros inquiridos têm entre 45 e os 54 anos, 7 entre os 55 e 60 e apenas 1 inquirido acima dos 65 anos, o que torna esta faixa etária não representativa para o estudo.

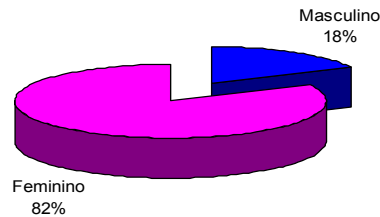
Gráfico 1 – Distribuição da amostra por grupos etários



Sexo

De um total de 146 enfermeiros, 26 pertencem ao sexo masculino (18%) e 120 pertencem ao sexo feminino (82%) – Ver gráfico 2. É de salientar a relevante discrepância existente entre os dois sexos, própria da realidade actual da profissão.

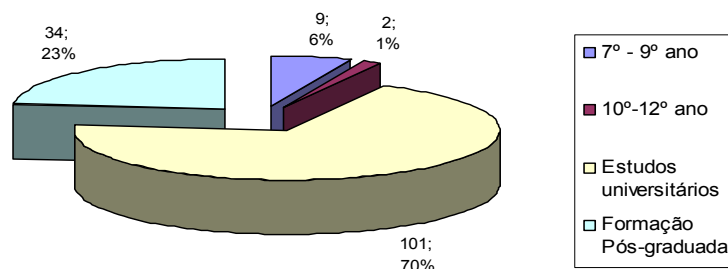
Gráfico 2 – Distribuição da amostra por Sexo (em %)



Estudos

Tal como podemos observar no **gráfico 3**, os dois grupos mais representativos são os estudos universitários (101 inquiridos) e a formação pós graduada (34 inquiridos). Nove enfermeiros referem ter entre o 7º e o 9º ano e dois referem ter o 12º ano.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra por Estudos

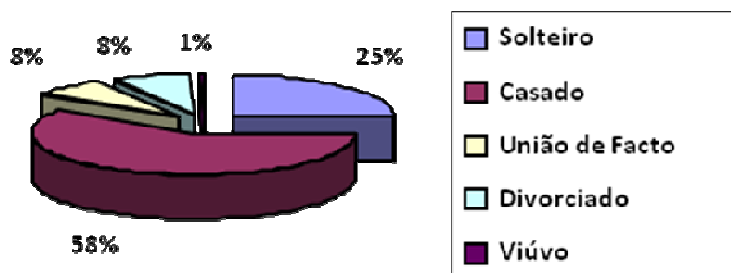


Estado Civil

Através da análise do **gráfico 4**, podemos observar que 66,4% dos enfermeiros são casados ou vivem maritalmente, sendo o estado civil solteiro, o segundo

mais representativo com 25,3%. No estado civil divorciado, encontram-se 7,5 % dos inquiridos.

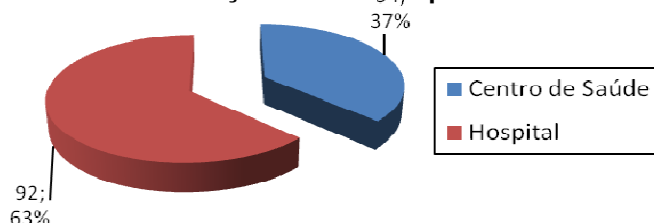
Gráfico 4 - Distribuição da amostra por estado civil



Local de trabalho

Ao analisarmos o **gráfico 5**, observamos que 92 dos enfermeiros inquiridos trabalham no Centro Hospitalar do Litoral do Baixo Alentejo – Hospital José Joaquim Fernandes (Beja), onde trabalham um total de 353 enfermeiros, correspondendo a amostra a 26,1% da totalidade dos enfermeiros a trabalhar na instituição. A nível da sub-região de Saúde de Beja foram inquiridos 54 enfermeiros, que representa 29,4% da totalidade dos enfermeiros a trabalhar na instituição.

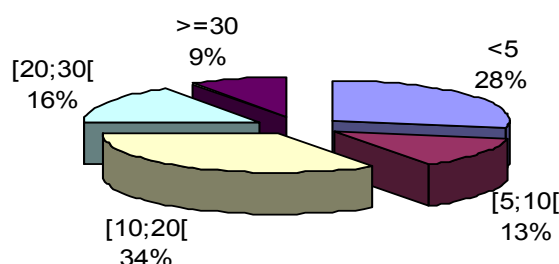
Gráfico 5 - Distribuição da amostra por local de trabalho



Tempo de Serviço

A informação mais significativa que podemos retirar do **gráfico 6** é que a grupo que trabalha há mais de 10 anos e menos de 20 é o mais relevante da amostra, com 33%. O segundo grupo mais representativo, com 28%, tem menos de 5 anos de serviço.

Gráfico 6 - Distribuição da amostra por anos de serviço

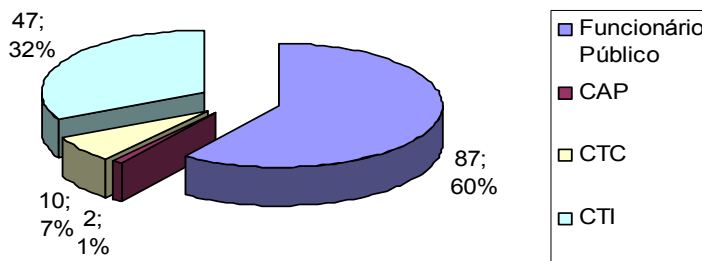


Vínculo

A nível das instituições abrangidas pelo presente estudo obtivemos a informação que dos 353 enfermeiros que trabalham no CHBA-HJJF, 232 são funcionários públicos (65,7%) e 121(34%) são contratados por tempo indeterminado (CTI). Na Sub-Região de Saúde de Beja, dos 184 enfermeiros, 175 (95%) são funcionários públicos e 9 (5%) têm um contrato de termo certo (CTC). Ou seja, da totalidade da população abrangida pelo estudo 75,8% dos enfermeiros são funcionários públicos, 22,5% são contratados por tempo indeterminado (CTI) e 1,7% tem contrato de termo certo (CTC).

Podemos dizer que a nossa amostra reflecte a realidade. Conforme podemos observar no **gráfico 7**, mais de metade dos enfermeiros inquiridos são funcionários públicos (59,6%). Podemos ainda observar que o segundo vínculo de trabalho mais encontrado, com 32,2% é o contrato por tempo indeterminado (CTI).

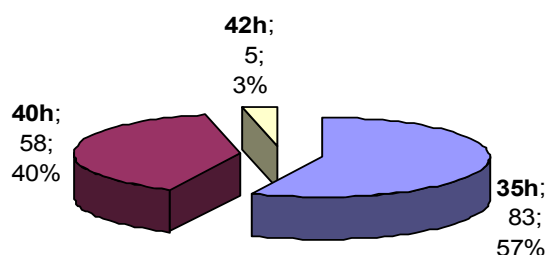
Gráfico 7 - Distribuição da amostra por vínculo de trabalho



Horas de Trabalho semanal

Tal como podemos observar no **gráfico 8**, 57% dos enfermeiros da amostra trabalha 35h semanais, 40% da amostra trabalha 40h semanais, sendo que, apenas 3% dos enfermeiros inquiridos têm horário de 42h semanais.

Gráfico 8 - Distribuição da amostra por horário de trabalho semanal

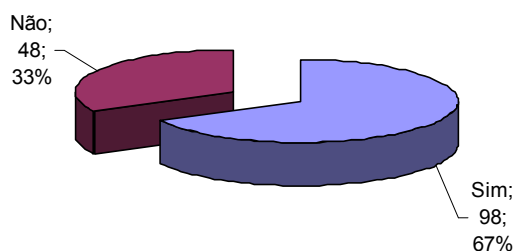


Adopção de estratégias anti-stress

Para uma caracterização da amostra mais completa optámos por colocar a questão: *Adopta estratégias anti-stress?*

A esta questão, 98 dos inquiridos (67,12%) responderam afirmativamente e 48 (32,88%) respondeu **Não**. (Gráfico 9)

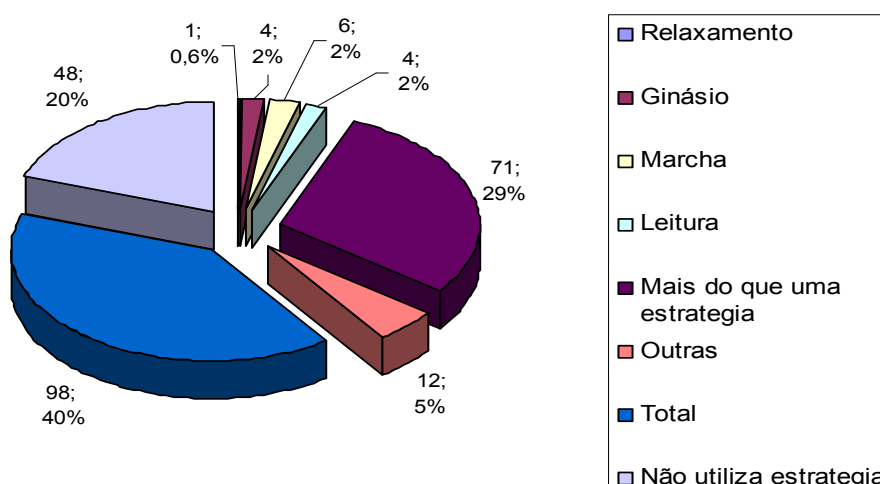
Gráfico 9 – Adopção estratégias anti-stress



Que estratégia adopta

De entre os enfermeiros que afirmam adoptar estratégias anti-stress, questionámos qual a estratégia adoptada. No **gráfico 10** podemos ver quais são essas estratégias. De entre as estratégias apresentadas, 71 dos enfermeiros inquiridos (48,63%) seleccionou mais do que uma estratégia. Relativamente às restantes respostas podemos constatar como se distribuem.

Gráfico 10 – Que estratégia anti-stress utiliza



Sugestões

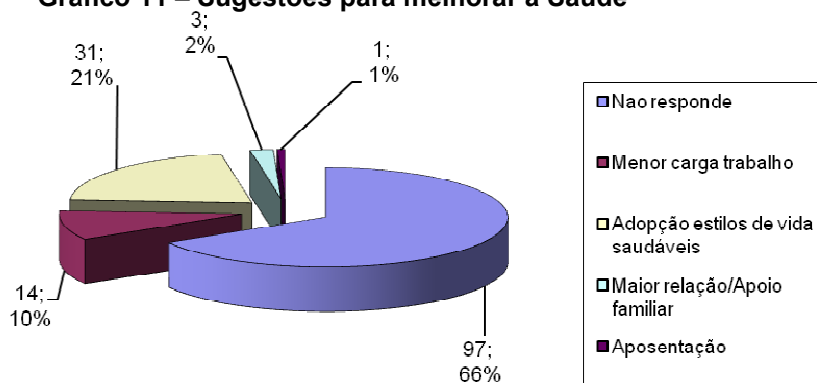
Foi ainda solicitado aos enfermeiros que referissem uma sugestão para melhorar a sua saúde e outra para melhorar o seu desempenho profissional.

Para analisarmos as respostas foi efectuada uma análise de conteúdo das respostas. Passamos apresentar seguidamente:

Sugestões para melhorar a saúde

Podemos observar no **gráfico 11**, que apenas 49 dos enfermeiros (34%) responderam a esta questão. A maioria dos enfermeiros (31) que respondeu a esta questão considera que pode melhorar a sua saúde se adoptar **estilos de vida saudáveis**, 14 enfermeiros referiram a **menor carga de trabalho** como meio de melhorar a saúde, 3 consideram importante a **maior relação/apoio familiar** e apenas 1 enfermeiro referiu a **aposentação**. Não podemos esquecer que apenas 6% da amostra tem mais de 55 anos de idade, o que pode ter influenciado a pouca referência a esta última condição.

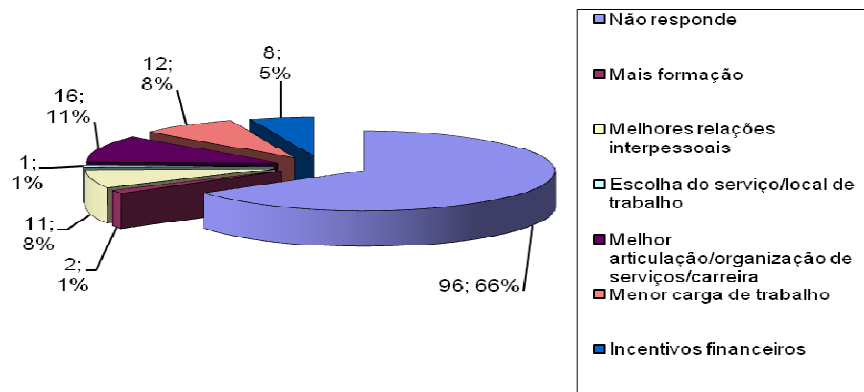
Gráfico 11 – Sugestões para melhorar a Saúde



Sugestões para melhorar o desempenho profissional

Responderam 50 enfermeiros (34%) a esta questão, sendo que destes, 16 enfermeiros referem a **melhor articulação/organização de serviços/carreira**, 12 enfermeiros referem a **menor carga de trabalho**; 11 enfermeiros consideram que podiam melhorar o desempenho profissional se houvesse **melhoria das relações interpessoais**, 8 enfermeiros destacaram **os incentivos financeiros**, 2 enfermeiros referiram a **formação** e 1 referiu a **escolha de serviço/local de trabalho** como uma forma de melhorar o desempenho.

Gráfico 12 – Sugestões para melhorar o desempenho profissional



7.2. ANÁLISE PSICOMÉTRICA DOS INSTRUMENTOS

Análise dos questionários utilizados para avaliar as variáveis em estudo

Foi analisada a consistência interna (Alfa de Cronbach) de ambos os questionários, correlação entre os seus domínios e, no final do capítulo correlação entre os questionários, que será seguidamente apresentada-

7.2.1. WHOQOL- Bref

O questionário WHOQOL- Bref (**Tabela 2**), nas suas questões de âmbito geral e diferentes dimensões, apresenta os seguintes valores de alfa cronbach: alfa=.58 para as questões de âmbito geral de Saúde e Qualidade de Vida; alfa=.79 para o domínio Físico; alfa=.82 para o domínio Psíquico; alfa=.76 para o domínio Relações Sociais e alfa= .75 para o domínio Meio Ambiente. O Alfa de Cronbach para a totalidade do questionário é de alfa=.92.

Tabela 2: Coeficiente de Consistência Interna (“Alpha de Cronbach”) no questionário WHOQOL- Bref

Instrumento		Alpha de Cronbach
WHOQOL- Bref	Questões gerais de saúde e QV	.58
	Domínio 1 - Físico	.79
	Domínio 2 - Psíquico	.82
	Domínio 3 - Relações Sociais	.76
	Domínio 4 - Meio Ambiente	.75
	Questionário no seu conjunto	.92

Fleck et al. (2000) aquando da tradução para português deste instrumento, encontrou os seguintes valores de alfa de Cronbach para o domínio físico igual a .84, domínio psicológico .79, domínio relações sociais .69, domínio meio ambiente .71 e para a totalidade das vinte e seis questões .91, os quais considerou satisfatórios.

Podemos dizer que os valores encontrados são satisfatórios, uma vez que são semelhantes aos encontrados pelo autor.

7.2.2. Questionário de Saúde Geral

O Questionário de Saúde Geral (**Tabela 3**) apresenta um alfa de Cronbach de .86.

Tabela 3: Coeficiente de Consistência Interna (“Alpha de Cronbach”) no questionário de Saúde Geral

Instrumento		Alpha de Cronbach
Saúde Geral	12 Questões	.86

É de referir que aquando da sua aplicação por Faria (1999), o alfa de cronbach encontrado foi de .83, sendo considerado de bom pela investigadora, o que quer dizer que a consistência interna encontrada no nosso estudo é bastante satisfatória.

7.2.3. Análise da Correlação entre Questionários

De seguida apresentamos a correlação entre os diferentes domínios do questionário WHOQOL BREF e entre estes e o questionário de Saúde Geral, através dos valores decorrentes da correlação de Pearson.

Correlação entre os domínios do questionário WHOQOL- Bref.

Na **tabela 4** observamos a correlação existente entre as questões gerais de saúde e QV e domínios do questionário WHOQOL- Bref.

Tabela 4: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões do questionário WHOQOL- Bref

		Domínio Físico	Domínio Psíquico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Questões gerais de Saúde e QV	Correlação	.62**	.44**	.40**	.55**
Domínio Físico	Correlação		.68**	.53**	.67**
Domínio Psíquico	Correlação			.67**	.61**
Domínio Relações Sociais	Correlação				.53**

**p<0,01 e *p< 0,05

Constatamos que existem correlações estatisticamente significativas e positivas entre todos os domínios, apresentando um significativo coeficiente de correlação.

Correlação entre as questões do Questionário de Saúde Geral

Na **tabela 5** estão representadas as correlações existentes entre as questões do questionário de Saúde Geral.

Tabela 5: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as questões do Questionário de Saúde Geral

Questões		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Correlação	n.s.	.41**	.42**	.19*	.40**	.45**	.49**	.42**	.41**	.40**	.33**
2	Correlação		n.s.	n.s.	.32**	.39**	n.s.	.26**	.50**	.30**	.30**	n.s.
3	Correlação			.65	n.s.	.35**	.43**	.49**	.31**	.30**	.46**	.29**
4	Correlação				n.s.	.46**	.49**	.51**	.34**	.32**	.55**	.41**
5	Correlação					.41**	.17*	.21*	.53**	.29**	.24**	n.s.
6	Correlação						.36**	.38**	.56**	.54**	.38**	.24**
7	Correlação							.52**	.36**	.32**	.36**	.40**
8	Correlação								.46**	.42**	.51**	.33**
9	Correlação									.55**	.47**	.18*
10	Correlação										.47**	.30**
11	Correlação											.44**

1-Ultimamente, tem sido capaz de se concentrar naquilo que faz?; 2-Tem perdido o sono por estar preocupado(a)?; 3-Tem sentido que tem uma participação útil nos acontecimentos?; 4-Tem sido capaz de tomar decisões?; 5-Tem-se sentido constantemente sob pressão?; 6-Tem sentido que não consegue ultrapassar as suas dificuldades?; 7-Tem sentido prazer nas suas actividades diárias?; 8-Tem-se sentido triste ou deprimido(a)?; 9-Tem-se sentido triste ou deprimido(a)?; 10-Tem perdido confiança em si próprio(a)?; 11-Tem-se considerado uma pessoa sem valor?; 12-Apesar de tudo, tem-se sentido razoavelmente feliz?

(**p<0,01 e *p< 0,05; n.s. – Não significativo)

Podemos observar, na **tabela 5**, que a questão 2- ‘*Tem perdido o sono por estar preocupado(a)?*’ não apresenta correlação com as questões 1- ‘*Ultimamente, tem sido capaz de se concentrar naquilo que faz?*’, 3- ‘*Tem sentido que tem uma participação útil nos acontecimentos?*’, 4- ‘*Tem sido capaz de tomar decisões?*’, 7- ‘*Tem sentido prazer nas suas actividades diárias?*’, 12- ‘*Apesar de tudo, tem-se sentido razoavelmente feliz?*’.

A questão 5- ‘*Tem-se sentido constantemente sob pressão?*’ não se correlaciona com as questões 3- ‘*Tem sentido que tem uma participação útil nos acontecimentos?*’, 4- ‘*Tem sido capaz de tomar decisões?*’ e 12- ‘*Apesar de tudo, tem-se sentido razoavelmente feliz?*’.

Todas as outras questões apresentam uma correlação significativa e positiva entre si.

7.2.4. Saúde e Qualidade de vida dos Enfermeiros

No sentido de saber de que forma as várias dimensões se encontram relacionadas entre si procedemos à correlação entre domínios do questionário WHOQOL- Bref e o Questionário de Saúde Geral.

A **tabela 6** mostra a correlação entre cada domínio do questionário WHOQOL- Bref e o Questionário de Saúde Geral.

Tabela 6 - Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre dos diferentes domínios do questionário WHOQOL- Bref e o Questionário de Saúde Geral

		Questionário de Saúde Geral
Questões gerais de Saúde e QV	Correlação	.37**
Domínio Físico	Correlação	.47**
Domínio Psíquico	Correlação	.50**
Domínio Relações Sociais	Correlação	.37**
Domínio Meio Ambiente	Correlação	.42**

**p<0.01

Na **tabela 6** observamos que existe uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre o questionário WHOQOL- Bref (questões gerais de saúde e QV e os domínios) e o questionário de Saúde Geral. Pelo exposto podemos inferir que todos os domínios do questionário WHOQOL-Bref influenciam e são influenciados pelo Questionário de Saúde Geral, pelo sentido em que quanto maior for o resultado de cada domínio, maior será o resultado do Questionário de Saúde Geral e vice-versa.

Pelos resultados destes questionários podemos afirmar a interdependência entre Saúde e QV.

Bollinger citado por Cecagno et al. (2003) reafirma esta dependência entre conceitos quando diz que **QV** *é um termo geral que inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afectar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu comportamento diário, incluindo, mas não se limitando, a sua condição de saúde.*

7.2.5. Implicações das análises descritivas do WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral

Para a análise descritiva dos resultados obtidos em cada questionário procedeu-se ao cálculo das medidas de tendência central (Médias, Medianas Desvio padrão e Valores mínimos e máximos) para cada um dos questionários, o WHOQOL- Bref (cada um dos seus domínios) e para o Questionário de Saúde Geral.

Tabela 7 –WHOQOL– Bref (Média, Mediana, Desvio padrão, Valor máximo e mínimo)

	Média	Mediana	Desvio padrão	Máximo	Mínimo
Questões de gerais de Saúde e QV (%)	69,9	75,0	14,1	100,0	37,5
Domínio Físico (%)	73,8	75,0	13,7	100,0	32,1
Domínio Psíquico (%)	73,2	75,0	13,3	100,0	29,2
Domínio Relações S (%)	72,0	75,0	15,8	100,0	8,3
Domínio Meio Ambiente (%)	62,4	62,5	10,8	84,4	34,4

Ao observarmos a **tabela 7** constatamos que o domínio físico é o que apresenta uma média mais alta de resultados das respostas, não se

observando, no entanto, diferenças significativas entre as médias dos resultados das respostas aos domínios físicos, psíquico, relações sociais e Questões gerais de Saúde e Qualidade de Vida, assim como da mediana. O domínio Meio Ambiente é o que apresenta média de respostas menor, sendo que, pela mediana podemos constatar que 50% dos inquiridos tem um resultado igual ou inferior a 62,5% para este domínio.

O valor médio da amostra para o total dos domínios do WHOQOL- Bref foi de 70,4%, pelo que evidenciamos um perfil de qualidade de vida **satisfatório** para estes profissionais.

Tabela 8 – Questionário de Saúde Geral (Média, Mediana, Desvio padrão, Valor máximo e mínimo)

	Média	Desvio padrão	Mediana	Máximo	Mínimo
Saúde Geral (0-60)	43	7	45	58	16

A **tabela 8** mostra-nos que o resultado das respostas a este questionário tem uma média de 43 (de 0 a 60). Desta forma e, comprovando o instrumento descrito, o valor da média da amostra traduz uma percepção de saúde geral nos enfermeiros **satisfatória**.

Podemos ainda observar que 50% dos enfermeiros inquiridos apresentou um resultado igual ou inferior a 45 (0-60) para as respostas a este questionário.

7.2.6. Análise da relação entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes

Para esta análise utilizaremos os valores de *t de student*, para comparar as médias de uma variável do tipo quantitativo, constituída por dois grupos diferentes (tendo cada grupo um mínimo de 30 indivíduos) e equações de regressão simples para analisar o nível de influência de uma variável sobre outra, através do valor **p**, assim como qual o tipo de relação (proporcional ou inversamente proporcional) através do valor **β**.

Idade

Através da **tabela 9** podemos concluir que o factor **idade** não apresenta uma influência estatisticamente significativa para as diferentes dimensões do questionário WHOQOL- Bref, assim como para o questionário de Saúde Geral.

Tabela 9: Coeficientes beta estandardizados (β) obtidos através de equações de regressão simples da influência da idade sobre as diferentes dimensões do questionário WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral

		Questões gerais de Saúde e QV	Domínio Físico	Domínio Psíquico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente	Questionário de Saúde Geral
Idade	β	-.02	.026	.08	-.125	.012	-.09

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$ (sem valores significativos)

Poderemos então dizer que vem dar resposta negativa à questão de pesquisa *‘Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente da idade?’*.

Género

Ao analisarmos a **tabela 10** podemos perceber que o **género** sexual masculino apresenta médias superiores em todos os domínios do WHOQOL- Bref e também do Questionário de saúde Geral.

Tabela 10: Resultados obtidos no teste t de Student entre a variável Género e as diferentes dimensões do questionário WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral

		Média	DIF. M	SD	t	df	p
Questões gerais de Saúde e QV	Masculino	71,15	1,57	12,63	0,51	144	.60
	Feminino	69,58		14,47			
Domínio Físico	Masculino	77,75	4,80	13,00	1,63	144	.11
	Feminino	72,94		13,75			
Domínio Psíquico	Masculino	77,88	5,69	15,13	1,99	144	.05*
	Feminino	72,19		12,76			
Domínio Relações Sociais	Masculino	72,77	0,89	16,26	0,26	144	.80
	Feminino	71,88		15,77			
Domínio Meio Ambiente	Masculino	64,07	2,08	12,79	0,89	144	.37
	Feminino	61,99		10,28			
Q. Saúde Geral (0-60)	Masculino	46,35 (77,25%)	3,5378	7,07	2,40	144	.02*
	Feminino	42,81 (71,35%)		6,76			

*Valores significativos com $p < 0,05$

Através do *t- Student* podemos concluir que o sexo masculino apresenta uma diferença estatisticamente significativa relativamente ao sexo feminino, no sentido de apresentar uma percepção mais positiva no âmbito do Questionário de Saúde Geral e domínio psíquico do questionário WHOQOL- Bref.

Dentro do Domínio Psíquico aplicamos o *t - Student* para verificar as diferenças existentes a nível do género sexual, nas diferentes questões que compõem este domínio (**Anexo IV**). Verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas nas questões 11- *É capaz de aceitar a sua aparência física?* ($p<0,01$), 19- *Até que ponto esta satisfeito(a) consigo Próprio(a)?* ($p<0.05$) e, 26- *Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero ou depressão?* ($p<0,05$), sendo que o sexo masculino apresenta uma média superior em todas as questões.

Pela análise dos resultados (**Anexo IV**), podemos concluir que os enfermeiros percebem mais positivamente a sua aparência física, apresentam uma auto-estima superior e tem menos sentimentos negativos, em comparação com as enfermeiras.

Relativamente ao Questionário de Saúde Geral, podemos concluir que os enfermeiros percebem mais saúde geral que as enfermeiras.

Os dados encontrados vão de encontro aos encontrados por Faria (1999), pois concluiu que os homens percebem mais saúde geral que as mulheres, aquando da aplicação deste instrumento no seu estudo.

A questão de pesquisa ‘Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente do sexo?’ é assim, parcialmente confirmada

Estudos

Dado que são os estudos universitários (70%) e formação pós graduada (Pós universitária) (23%) os dois grupos mais representativos da amostra (93%), não sendo os restantes grupos estatisticamente representativos, optámos por aplicar o *t- Student* para averiguar se existem diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos relativamente à Percepção de Saúde e QV.

A **tabela 11** mostra que os enfermeiros com formação pós graduada apresentam uma média superior relativamente aos enfermeiros com estudos universitários em todos os domínios do WHOQOL- Bref e também no Questionário de Saúde Geral.

Tabela 11: Resultados obtidos no t- Student entre a variável Estudos (Estudos universitários e Pós Graduados) e as diferentes dimensões do questionário WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral

		Média	DIF. M	SD	t	df	p
Questões gerais de Saúde e QV	Pós Graduada	72,43	3,24	13,34	1,16	133	.25
	Universitária	69,18		14,42			
Domínio Físico	Pós Graduada	75,62	2,96	13,53	1,13	133	.26
	Universitária	72,66		13,08			
Domínio Psíquico	Pós Graduada	75,49	3,38	12,89	1,28	133	.20
	Universitária	72,11		13,41			
Domínio Relações Sociais	Pós Graduada	76,48	5,76	13,99	1,94	133	.05*
	Universitária	70,71		15,30			
Domínio Meio Ambiente	Pós Graduada	63,89	2,37	10,92	1,12	133	.26
	Universitária	61,52		10,56			
Q. Saúde Geral	Pós Graduada	44,82 (74,7%)	1,97	8,05	1,48	133	.14
	Universitária	42,85 (71,42%)		6,22			

*Valores significativos com $p < 0,05$

Podemos observar que existe uma diferença estatisticamente significativa entre as médias obtidas pelos dois grupos estudados ($p < 0,05$) a nível do domínio Relações Sociais, sendo o grupo com **formação pós graduada** (pós estudos universitários) o que apresenta uma média superior face os enfermeiros com estudos universitários (formação base – bacharelato ou licenciatura).

Após verificarmos que era nas relações sociais que se observavam diferenças significativas, aplicámos o *t- Student* para averiguar em que questões componentes deste domínio esta diferença era mais notória (**Anexo V**).

Verificámos nesta análise que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos apenas na questão 21- *Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?* ($p < 0,05$).

Esta constatação não nos leva a nenhuma conclusão para o estudo, este resultado não nos permite estabelecer uma relação entre as variáveis, que possa ser apoiada em suporte teórico, o que nos remete para um resultado de mera casualidade.

Em relação à questão de pesquisa *'Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente das Estudos? Não conseguimos encontrar resultados que nos permitam dar uma resposta.*

Estado civil

A fim de termos um número estatisticamente aceitável dos grupos existentes dentro da variável *Estado Civil* optámos por criar dois grupos a partir dos existentes, da seguinte forma: grupo 1- Solteiro/Separado/Divorciado/viúvo e grupo 2: Casado/União de Facto.

Podemos observar na **tabela 12** que o grupo 2 (casado/união de facto) apresenta médias superiores em todos os domínios do WHOQOL- Bref.

Tabela 12: Resultados obtidos no teste t de student entre a variável Estado civil e as diferentes dimensões do questionário WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral

		Média	DIF. M	SD	t	df	p
Questões gerais de Saúde e QV	Solteiro/Separado/Divorciado/Viúvo	68,09	2,53	15,16	1,00	142	.32
	Casado/União de Facto	70,62		13,75			
Domínio Físico	Solteiro/Separado/Divorciado/Viúvo	70,05	5,53	14,65	2,29	142	.02*
	Casado/União de Facto	75,59		13,03			
Domínio Psíquico	Solteiro/Separado/Divorciado/Viúvo	70,92	3,35	15,01	1,41	142	.16
	Casado/União de Facto	74,27		12,47			
Domínio Relações Sociais	Solteiro/Separado/Divorciado/Viúvo	66,85	7,56	17,51	2,75	142	.01*
	Casado/União de Facto	74,40		14,40			
Domínio Meio Ambiente	Solteiro/Separado/Divorciado/Viúvo	58,99	4,94	12,61	2,63	142	.01*
	Casado/União de Facto	63,93		9,45			
Q. Saúde Geral	Solteiro/Separado/Divorciado/Viúvo	43,79	0,50	6,26	0,40	142	.69
	Casado/União de Facto	43,29		7,28			

**Valores significativos com p<0,05*

Constatamos diferença estatisticamente significativa entre as médias obtidas para os dois grupos ao nível do **Domínio Físico** ($p<0,05$), do **Domínio Relações Sociais** ($p<0,05$) e do **Domínio Meio Ambiente** ($p<0,05$), sendo que o grupo Casado/união de facto apresenta uma média superior em todos estes domínios.

De notar que os valores mais significativos são encontrados nos domínios *Relações Sociais e Meio Ambiente*.

Aplicamos o *t- Student* entre estes dois grupos, ao nível das questões que compõem o **Domínio físico, Domínio Relações Sociais e Domínio Meio Ambiente (Anexo VI)**.

No **Domínio Físico** verificamos que, existem diferenças estatisticamente significativas a nível das questões 17- *Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?* ($p < 0,05$) e na questão 18- *Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?* ($p < 0,05$).

Estes resultados levam-nos a pensar que ser casado ou viver maritalmente pode constituir um factor que leva a uma percepção mais positiva a nível das actividades de vida quotidiana e de trabalho.

Ao nível do **Domínio Relações Sociais** encontramos diferenças estatisticamente significativas nas questões 20- *Até que ponto está satisfeito (a) com as suas relações pessoais?* ($p < 0,05$) e 21- *Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?* ($p < 0,05$), pelo que podemos inferir que estar Casado ou em União de facto tem influência positiva sobre as relações pessoais e actividade sexual.

Relativamente ao **Domínio Meio Ambiente** encontramos diferenças estatisticamente significativas nas questões 8- *Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?* ($p < 0,01$), 9- *Em que medida é saudável o seu ambiente físico?* ($p < 0,01$), 23- *Até que ponto está satisfeito (a) com as condições do lugar em que vive?* ($p < 0,01$) e 25- *Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?* ($p < 0,05$). Pela análise destes resultados podemos concluir que a percepção ao nível da segurança física e protecção, ambiente no lar, ambiente físico e transporte, parece ser afectada positivamente pelo facto de se ser Casado ou em União de Facto, em detrimento do grupo Solteiro/ Separado/ Divorciado/ Viúvo.

Assim para a questão de pesquisa ‘Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente do seu estado civil?’ pode ser respondida afirmativamente.

Tempo de serviço

Na **tabela 13** apresentamos os resultados obtidos através de equações de regressões simples para estudar o nível de influência da variável *Anos de Serviço* na percepção de Saúde e Qualidade de Vida.

Tabela 13: Coeficientes beta estandarizados (β) obtidos através de equações de regressão simples da influência dos Anos de Serviço sobre as diferentes dimensões do questionário WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral

		Questões gerais de Saúde e QV	Domínio Físico	Domínio Psíquico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente	Questionário de Saúde Geral
Tempo de Serviço	β	-.05	.03	-.06	-.13	.02	-.11

Valores significativos com * $p < 0,05$

Através da **tabela 13** podemos concluir que a variável *Anos de Serviço* não apresenta uma influência estatisticamente significativa para as diferentes dimensões do questionário WHOQOL- Bref, assim como para o questionário de Saúde Geral.

Esta constatação dá uma **resposta negativa à questão de pesquisa ‘Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente do tempo de serviço?’**.

Situação actual de Saúde/doença

Sobre a situação de saúde/doença não poderemos tirar conclusões estatisticamente válidas, uma vez que à questão *‘Está actualmente doente?’* apenas 15 inquiridos responderam *Sim* (**Tabela 14**), o que corresponde a um número insuficiente para aplicar um teste estatístico.

Tabela 14: Respostas à questão “Está actualmente doente?”

		N	%
Está actualmente doente?	Sim	15	10,3
	Não	131	89,7
	Total	146	100,0

Este facto não permite dar resposta à questão de pesquisa *‘Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente do seu estado de saúde/doença actual?’*.

Local onde prestam cuidados

Ao analisarmos a **tabela 15** podemos perceber que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre as médias obtidas para os inquiridos dos diferentes locais de trabalho (Centro de Saúde e Hospital).

Tabela 15: Resultados obtidos no teste t entre a variável Local de Trabalho e as diferentes dimensões do questionário WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral

	Local de Trabalho	Média	DIF. M	SD	t	df	p
Questões gerais de Saúde e QV	C. Saúde	70,83	1,54	16,47	0,63	144	0,53
	Hospital	69,29		12,62			
Domínio Físico	C. Saúde	75,99	3,48	12,52	1,49	144	0,14
	Hospital	72,51		14,26			
Domínio Psíquico	C. Saúde	73,99	1,26	12,54	0,55	144	0,58
	Hospital	72,73		13,83			
Domínio Relações Sociais	C. Saúde	73,15	1,77	13,52	0,65	144	0,51
	Hospital	71,38		17,05			
Domínio Meio Ambiente	C. Saúde	62,80	0,69	11,16	0,37	144	0,71
	Hospital	62,11		10,56			
Q. Saúde Geral	C. Saúde	42,87	-0,90	7,16	-0,76	144	0,45
	Hospital	43,77		6,81			

Valores significativos com * $p < 0,05$

Assim, a Percepção de Saúde e Qualidade de Vida não parece depender do local de trabalho, o que **responde negativamente à questão de pesquisa** *‘Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente do local onde prestam cuidados?’*

Vínculo Laboral

Como não foram encontrados todos os vínculos laborais em número estatisticamente representativo, decidimos agrupá-los em dois:

- Grupo 1: Funcionário Público/ CAP (Contrato Administrativo de Provisamento);

- Grupo 2: CTI (Contrato de Tempo Indeterminado) / CTC (Contrato de Termo Certo).

Aplicámos o *t- Student* para averiguar as diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, ao nível dos Domínios do WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral (**tabela 16**).

Tabela 16: Resultados obtidos no *t-Student* entre a variável Vínculo profissional e as diferentes dimensões do questionário WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral

	Vínculo	Média	DIF. M	SD	t	df	p
Questões gerais de Saúde e QV	F.P./CAP	70,5	1.65	13,49	.68	144	.49
	CTI/CTC	68,9		15,15			
Domínio Físico	F.P./CAP	75,7	4.82	13,72	2.09	144	.04*
	CTI/CTC	70,9		13,27			
Domínio Psíquico	F.P./CAP	73,7	1,37	13,78	.60	144	.55
	CTI/CTC	72,4		12,69			
Domínio Relações Sociais	F.P./CAP	72,6	1,37	16,10	.51	144	.61
	CTI/CTC	71,2		15,44			
Domínio Meio Ambiente	F.P./CAP	63,9	4,08	9,93	2.27	144	.02*
	CTI/CTC	59,9		11,57			
Q. Saúde Geral	F.P./CAP	43,4 (72,3%)	-,09	7,31	-.07	144	.94
	CTI/CTC	43,5 (72,5%)		6,35			

F.P. – Funcionário Público; CAP- Contrato Administrativo de Provimento; CTI – Contrato por Tempo Indeterminado; CTC- Contrato de Termo Certo

*Valores significativos com $p < 0,05$

Em todos os domínios do WHOQOL- Bref observamos que todos enfermeiros funcionários públicos/ CAP apresentam médias superiores, relativamente aos enfermeiros com CTI/ CTC. No entanto, pela observação dos resultados do Questionário de Saúde Geral não conseguimos fazer inferências, relativamente ao vínculo laboral, visto se observar uma diferença entre as médias muito ténue e sem significado estatístico.

Pela análise dos resultados do WHOQOL- Bref, verificamos uma diferença estatisticamente significativa na variável Vínculo Profissional a nível do **Domínio Físico** e do **Domínio Meio Ambiente**, sendo que em ambos os domínios, são os enfermeiros com vínculo de *Funcionário Público/ CAP* que apresentam uma média superior e que o nível de significância é mais vincado no domínio Meio Ambiente.

Aplicámos o *t- Student* entre estes dois grupos, ao nível das questões que compõem o **Domínio Físico e Domínio Meio Ambiente (Anexo VII)**.

Ao nível do **Domínio Físico** encontrámos diferenças estatisticamente significativas nas questões 10- *Tem energia suficiente para a sua vida diária?* ($p<0,05$), 16- *Até que ponto está satisfeito com o seu sono?* ($p<0,05$), 17- *Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?* ($p<0,01$) e 18- *que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?* ($p<0,01$).

Pela análise dos resultados podemos concluir que a percepção ao nível da energia, sono e repouso, actividades da vida quotidiana e capacidade de trabalho parece estar relacionada com o vínculo laboral, sendo os enfermeiros Funcionários públicos e com CAP, que apresentam valores superiores em comparação com os enfermeiros em CTI e CTC.

Ao nível do **Domínio Meio Ambiente** encontrámos diferenças estatisticamente significativas nas questões 9- *Em que medida é saudável o seu ambiente físico?* ($p<0,05$), 23- *Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?* ($p<0,01$) e 25- *Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?* ($p<0,01$).

Os dados apresentados evidenciam uma relação entre o vínculo laboral e a percepção de qualidade de vida ao nível do ambiente no lar, ambiente físico e transportes, no sentido de ser melhor nos enfermeiros Funcionários Públicos e CAP.

Ao reflectir sobre estes dados, fomos levados a levantar uma hipótese de relação entre eles. Provavelmente os enfermeiros Funcionários Públicos/ CAP, tem mais anos de serviço, estão a evoluir na carreira e conseqüentemente tem maior estabilidade profissional. Pois os CTI e CTC são formas de contratação mais recentes que abrangem enfermeiros com menos anos de serviço, conforme podemos observar na **Tabela 17**.

Tabela 17 – Relação entre Anos de serviço e Vínculo laboral

		Vínculo laboral		Total
		F.P./ CAP	CTI/ CTC	
Tempo de serviço	<=5	0	40	40
	5-9	5	14	19
	10-19	46	2	48
	20-29	26	0	26
	>=30	12	1	13
Total		89	57	146

F.P. – Funcionário Público; CAP- Contrato Administrativo de Provimento; CTI – Contrato por Tempo Indeterminado; CTC- Contrato de Termo Certo

À questão de pesquisa **‘Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente da sua situação contratual?’** é parcialmente respondida afirmativamente.

Horas de trabalho semanal

Dado que os grupos estatisticamente representativos da amostra estudada são o grupo de enfermeiros inquiridos que trabalham 35h semanais (57%) e o grupo de enfermeiros inquiridos que trabalha 40h semanais (40%), perfazendo 97% da amostra, optámos por aplicar o *t- Student* para estudar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à percepção de saúde e qualidade de vida (tabela 18).

Tabela 18: Resultados obtidos no *t-Student* entre a variável Vínculo profissional e as diferentes dimensões do questionário WHOQOL- Bref e Questionário de Saúde Geral

	Horário	Média	DIF. M	SD	t	df	p
Questões gerais de Saúde e QV	35h	69,28	-0,55	13,46	-0,23	139	.82
	40h	69,83		14,45			
Domínio Físico	35h	74,52	2,05	13,73	0,90	139	.37
	40h	72,47		13,11			
Domínio Psíquico	35h	72,74	-0,90	13,84	-0,42	139	.68
	40h	73,64		13,03			
Domínio Relações Sociais	35h	72,09	0,40	15,93	0,15	139	.88
	40h	71,70		15,72			
Domínio Meio Ambiente	35h	63,64	-0,55	9,79	1,78	139	.08
	40h	60,35		11,83			
Q. Saúde Geral	35h	43,00	2,05	7,34	-1,0	139	.32
	40h	44,14		6,50			

*Valores significativos com $p < 0,05$ (sem valores significativos)

Podemos concluir, ao analisar a **tabela 18** que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos relativamente à Percepção de Saúde e QV.

A questão de **pesquisa** *'Estará a percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros dependente do horário semanal de trabalho?'* é assim **respondida negativamente**, contrariando a nossa expectativa de que mais horas de trabalho se iriam reflectir em Percepção menor Saúde e Qualidade de Vida.

8. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Falar de Saúde e QV assume uma importância cada vez mais relevante nos dias de hoje, pela crescente competitividade e exigências ao nível das organizações, bem como pela vida apressada, rotineira e por vezes irreflectida que move as pessoas e degrada o comportamento humano.

O aumento de conflitos gerados entre os profissionais, o aumento de comportamentos de risco e perda da QV, entre as profissões de ajuda, nomeadamente, na classe de Enfermagem, são evidências irrefutáveis, e são cada vez mais objecto de estudo por diversos autores, de diversos países da América e da Europa, nas diferentes áreas e domínios do comportamento humano.

Estudos realizados, em diversos países têm demonstrado que a profissão de enfermagem é, pela sua natureza, uma profissão exposta a diversos factores de risco, e os enfermeiros estão sujeitos a uma deterioração progressiva da sua saúde física e mental. Neste âmbito, insere-se o presente estudo, realizado com profissionais de diferentes contextos de trabalho, na área de Enfermagem, procurando contribuir para um maior conhecimento sobre a Percepção de Saúde e QV neste grupo profissional.

Quanto aos resultados obtidos no presente estudo, temos consciência que só podem possuir algum valor, no contexto em que foram extraídos. No entanto, os mesmos permitiram algumas reflexões que gostaríamos partilhar.

De uma forma geral, os resultados obtidos a partir da população de enfermeiros permitiram observar que, na nossa amostra predominam os adultos jovens, com média de idades de 36,6 anos, do sexo feminino, com estudos Universitários (licenciatura), casados, que trabalham em contexto hospitalar (63%), com média de 13,1 anos de serviço, funcionários públicos, que praticam um horário semanal de 35 horas.

Em relação ao primeiro objectivo proposto: *Conhecer o perfil de saúde e qualidade de vida percebidos pelos Enfermeiros do CHBA- HJJF e da Sub- Região de Saúde de Beja*, foi alcançado, através dos resultados do Questionário de Saúde Geral e dos questionários de WHOQOL- Bref em que, no Questionário de Saúde Geral foi de 43, numa escala de 0 a 60, o que corresponde a 71,6% e, para o WHOQOL- Bref o score médio da amostra foi de 70,4%. Estes resultados traduzem uma Percepção de Saúde e QV satisfatórias.

O segundo objectivo deste estudo: *analisar os factores e dimensões que intervêm na percepção de qualidade de vida dos enfermeiros*, foi alcançado pela análise da relação entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes. Utilizámos os valores do *t- Student*, para comparar as médias de uma variável do tipo quantitativo, constituída por dois grupos diferentes (tendo cada grupo um mínimo de 30 indivíduos) e equações de regressão simples para analisar o nível de influência de uma variável sobre outra, através do valor p , assim como qual o tipo de relação (proporcional ou inversamente proporcional) através do valor β .

Relativamente à influência das variáveis socio-demográficas (idade, género sexual, estudos, estado civil, tempo de serviço, local de trabalho, vínculo laboral, horas de trabalho por semana, e situação de saúde/ doença actual) sobre as variáveis Percepção de Saúde e QV, identificámos um papel mediador para com as mesmas.

Relativamente à variável **idade**, pudemos concluir que não existe influência estatisticamente significativa relativamente à *Percepção de Saúde e QV*. Estes resultados vão de encontro aos do estudo que Martins (2003) desenvolveu no âmbito da QV e capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem no trabalho em turnos, no qual concluiu que a faixa etária não interfere no perfil de qualidade de vida destes trabalhadores.

Para a variável **género sexual**, pudemos concluir que os enfermeiros percebem mais positivamente a sua aparência física, apresentam uma

auto-estima superior e tem menos sentimentos negativos em comparação com as enfermeiras.

No contexto da profissão de enfermagem podemos encontrar condutas que podem agravar esta diferença de sentimentos. Hugman citado por Simões e Amancio (2004) enfatiza acerca da divisão de trabalho entre sexos que *na profissão de enfermagem, onde os homens, sendo minoritários ao nível da prática de cuidados estão, no entanto, sobrerrepresentados a todos os níveis de gestão e supervisão.*

Por outro lado, podemos também pensar na forma como a imagem dos enfermeiros e enfermeiras que as pessoas, fora do âmbito da profissão, desenvolvem sobre eles. Num estudo sobre as diferenças entre a imagem da enfermeira e do enfermeiro, Simões e Amancio (2004) conclui que *as enfermeiras não são sexuadas porque estão num contexto que lhes é próprio e que se confunde com a identidade feminina. Mas os homens também não o são, porque o universalismo da sua identidade não faz deles diferentes em contextos femininos, antes essa situação contribui para acentuar a sua humanidade.* Ou seja, será atribuído mais valor às capacidades de *cuidador* dos enfermeiros do que das enfermeiras, sendo que estas capacidades são assumidas como inerente a condição feminina (são esperadas na enfermeira), e como uma vocação para os homens, o que se poderá relacionar com a diferença encontrada a nível da auto-estima.

Relativamente ao Questionário de Saúde Geral, tendo em conta que a interpretação dos resultados deste questionário deve ir no sentido de quanto mais pontuação, maior a saúde geral percepcionada no global da escala. (Faria 1999), podemos concluir que os enfermeiros percepcionam mais saúde geral que as enfermeiras.

Este resultado vem confirmar o que afirmam Bennett e Murphy (1999), quando referem que o sexo masculino avalia a saúde de uma forma mais positiva, manifesta menos sintomas de doença, recorre menos vezes ao médico e sofre menos de complicações agudas letais.

Para a variável **Estudos**, os dados não nos permitem concluir uma relação estatisticamente significativa com a Percepção de Saúde e QV, que possa ser apoiada em suporte teórico.

Na variável **estado civil**, concluímos que os enfermeiros casados, ou a viver em união de facto, apresentam uma percepção mais positiva a nível das actividades de vida quotidiana e de trabalho. Observámos também que a percepção das relações pessoais, actividade sexual e nível da segurança física e protecção, ambiente no lar, ambiente físico e transporte, parece ser afectada positivamente pelo facto de se ser Casado ou viver em União de Facto, em detrimento de quem está Solteiro/ Separado/ Divorciado/ Viúvo.

Estes resultados vão, em parte, de encontro ao que dizem os autores Maslach e Jackson (1985) quando referem que estar casado fornece o apoio necessário para confrontar com maior resistência os problemas emocionais.

Fischer, citado por Martins (2003) refere também que estar longe da família (por falta de tempo) tem interferências nas relações sócio-familiares, traduzidas pela ausência dos familiares e amigos mais próximos, podendo as consequências destas perturbações ser observadas a curto, médio e longo prazo, tanto na qualidade de vida do trabalhador como da sua família, na saúde dos trabalhadores, na qualidade da assistência prestada, na segurança do trabalho e conseqüentemente na capacidade para o trabalho. Se associarmos esta afirmação ao resultado encontrado no nosso estudo, podemos inferir que explica, de algum modo, as diferenças entre pessoas Casadas/União de Facto e Solteiras/Separadas/Divorciadas/Viúvas, pois deduzimos que quem tem uma relação conjugal terá mais apoio e uma relação familiar mais próxima com a pessoa com quem partilha intimamente a vida.

Para a variável **tempo de serviço** pudemos concluir que, de acordo com o nosso estudo, esta variável não tem influência sobre a Percepção de Saúde e QV dos enfermeiros. O que também vai de encontro ao resultado do estudo no âmbito dos factores de risco para a profissão de Enfermagem, realizado por Rodrigues e Ferreira (1999), pois também não verificaram diferenças de risco por carga física a nível desta variável.

Para a variável **Vínculo laboral** concluímos que em todos os domínios do WHOQOL- Bref, observamos que os enfermeiros funcionários públicos/ CAP apresentam médias superiores, relativamente aos enfermeiros com CTI/ CTC. No entanto, pelo Questionário de Saúde Geral não podemos fazer qualquer

inferência, visto apresentar uma diferença entre médias muito ténue sem qualquer resultado estatístico.

Assim, para o instrumento WHOQOL- Bref, observamos uma diferença estatisticamente significativa na variável Vínculo laboral (Profissional) a nível do Domínio Físico e do Domínio Meio Ambiente, sendo que em ambos os domínios, são os enfermeiros com vínculo de *Funcionário Público/ CAP* que apresentam uma média superior. Observa-se ainda, que existe maior significância para com o domínio Meio Ambiente.

Para o Domínio Físico, a percepção ao nível da energia, sono e repouso, actividades da vida quotidiana e capacidade de trabalho parece estar relacionada com o vínculo laboral, sendo os enfermeiros funcionários públicos e com CAP, apresentam valores superiores em comparação com os enfermeiros em CTI e CTC.

No Domínio Meio Ambiente, evidenciamos uma relação entre o vínculo laboral e a percepção de qualidade de vida ao nível do ambiente no lar, ambiente físico e transportes, no sentido de ser melhor nos enfermeiros funcionários públicos e/ ou em CAP.

Este facto poderá estar relacionado com o facto dos enfermeiros funcionários públicos/ CAP, terem mais anos de serviço, estarem a progredir na carreira e consequentemente terem maior estabilidade profissional. Os CTI e CTC são formas de contratação mais recentes que abrangem enfermeiros com menos anos de serviço. Estas formas de contratação mais recentes não estão previstas na actual carreira de enfermagem, sendo que para além serem passíveis de ser encaradas como uma forma de vínculo mais precário, acabam por trazer alguma frustração de expectativa de evolução hierárquica da profissão e consequente aumento remuneratório. Este facto pode explicar as diferenças existentes na percepção de QV entre os enfermeiros, dentro do tipo de vínculo que apresentam.

A percepção sobre as condições de vida reflecte-se na percepção de QV. Lembrando a definição do WHOQOL Group (1998): QV é a *percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.*

Para a variável **horas de trabalho** por semana, concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos relativamente à Percepção de Saúde e QV, o que contrariou a nossa expectativa de que mais horas de trabalho se iriam reflectir em Percepção menor de Saúde e Qualidade de Vida. Este resultado contraria a ideia de Lazarus e Folkman, citados por Britto e Carvalho (2004), quando diz que *muitas vezes os enfermeiros atribuem o seu estado de saúde a aspectos da actividade profissional, vêm a sua jornada de trabalho, folgas e carga horária como distribuídas de maneira inadequada e argumentam que o seu exercício requer muito controlo emocional.*

Para a variável estado de saúde/ doença actual não podemos tirar conclusões estatisticamente válidas, uma vez que à questão *Está actualmente doente?* Apenas 15 inquiridos responderam afirmativamente, o que corresponde a um número insuficiente para aplicar um teste estatístico.

O terceiro objectivo deste estudo, que pretendia comparar o perfil de saúde e qualidade de vida percebido pelos enfermeiros que desenvolvem a sua actividade em contexto de saúde comunitária e os que desempenham a sua actividade em contexto hospitalar, foi conseguido. Pudemos constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas dos Domínios do instrumento WHOQOL- Bref e para o Questionário de Saúde Geral, para os inquiridos dos diferentes locais de trabalho (Centro de Saúde e Hospital). A Percepção de Saúde e Qualidade de Vida não parece depender do local de trabalho.

Pela análise do Questionário de Saúde Geral e dos questionários de WHOQOL- Bref, para os profissionais que trabalham nos Cuidados de Saúde Primários, verificámos que o resultado médio do Questionário de Saúde Geral foi de 42,8 (0 a 60) e para o WHOQOL- Bref o *score* médio da amostra foi de 71,5 %. Estes resultados traduzem uma Percepção satisfatória de Saúde e QV destes profissionais. Quanto aos enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar, verificamos um total de 43,8 para o Questionário de Saúde Geral (0-60) e 69,7% de *score* médio da amostra de enfermeiros relativamente ao questionário WHOQOL- Bref.

Pelos valores descritos não podemos dizer qual o grupo de enfermeiros que tem percepção mais satisfatória de Saúde e QV, uma vez que os resultados são semelhantes para os dois grupos (contexto hospitalar e contexto de cuidados de saúde primários).

Estes resultados vêm de encontro aos resultados obtidos no estudo de Brito e Carvalho (2004) no âmbito do Stresse, *Coping* e Saúde geral dos enfermeiros que trabalham em dois contextos diferentes (unidades de terapia intensiva e problemas renais), pois os autores referem que não foi identificada correlação entre a avaliação do contexto de trabalho- stresse- saúde, ao contrário do que era esperado.

Por outro lado Lentz et al. (2000) realizaram um estudo sobre a QV do profissional de Enfermagem, tendo como um dos objectivos explorar a relação existente entre os scores de QV obtidos pelos profissionais de enfermagem a trabalhar numa Unidade de terapia Neonatal e uma Unidade de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Sida, tendo concluído que existiam diferenças no nível de QV dos dois grupos, sugerindo a necessidade de aprofundar estudos da QV dos profissionais de enfermagem segundo as áreas de actuação.

No sentido de sensibilizar a população em geral para este assunto, é relevante a divulgação dos resultados para poder mudar/ despertar/intervir.

Apresentamos seguidamente algumas sugestões que decorrem da reflexão sobre alguns resultados encontrados neste estudo.

Pensamos/Consideramos que a nível institucional devem-se desenvolver estratégias no sentido de promover a saúde dos seus profissionais, melhorando a Percepção de Saúde e QV.

Relativamente ao vínculo laboral, entendemos que a população alvo deverá ser os enfermeiros com CTI e CTC. Este tipo de vínculo laboral comporta em si mesmo uma interferência negativa ao nível da Percepção de Saúde e QV. Na amostra utilizada, este grupo representa uma faixa etária mais jovem, em início de carreira, com expectativas por vezes mais altas quanto ao início de uma vida independente, mas frequentemente com expectativas de estabilidade profissional frustradas.

Como tal, pensamos que ao nível das organizações, deverá haver um maior contacto/ apoio entre estruturas directivas e este grupo, de forma a gerar segurança e estabilidade, passando pela adequação da carreira profissional a esta realidade contratual.

Tendo em conta que a enfermagem, é uma profissão, em que existe uma maior percentagem de profissionais de género sexual feminino, e que este apresenta mais tendência para uma menor auto-estima e percepção de saúde geral, sugerimos que este seja um dos públicos alvo de intervenção ao nível das instituições de saúde no sentido de uma maior vigilância e de proporcionar neste grupo o desenvolvimento de estratégias de reforço da auto-estima e da saúde geral. Este tipo de acções poderá passar pela sensibilização das enfermeiras para este facto, promover a interacção/ reuniões de grupo, “treino” de comportamentos adaptativos, maior vigilância do estado de saúde físico, pela medicina do trabalho. No entanto, entendendo a Enfermagem como uma profissão em que é necessário o trabalho de equipa e de entre ajuda, defendemos que estas acções deverão abranger todos os enfermeiros de ambos os géneros sexuais, como forma de evitar constrangimentos e proporcionar o desenvolvimento de estratégias em conjunto para atingir o mesmo objectivo (comportamentos assertivos, na relação inter-pares, melhorar a dinâmica do trabalho em equipa) e proporcionar uma Percepção de Saúde e QV mais satisfatória nos enfermeiros.

Consideramos que uma das estratégias a incrementar será a realização de uma formação direccionada para a Promoção de Saúde e QV dos enfermeiros a desenvolver nos dois contextos profissionais (Centro de Saúde e Hospital). Apresentamos seguidamente as linhas orientadoras de uma proposta de formação.

Esta formação tem como finalidade, promover a Percepção de Saúde e QV dos enfermeiros que desenvolvem a sua prática em contexto de cuidados de saúde primários e hospitalar, pelo desenvolvimento de competências, mais especificamente a assertividade. A assertividade é definida como a capacidade de se auto-afirmar na interacção social, expressar adequadamente opiniões, sentimentos, necessidades e insatisfações, defender os próprios direitos sem

desrespeitar os dos outros e solicitar mudanças de comportamentos indesejados. No âmbito da profissão de enfermagem, uma formação sobre a assertividade tem todo o interesse, na medida em que podemos capacitar os profissionais com competências no âmbito das relações profissionais (entre colegas e para com os utentes) e, também pessoais. Esta competência é cada vez mais importante tendo em conta que atravessamos um tempo de crescente competitividade interpares, aumento de conflitos institucionais, que temos de saber gerir, pelos quais a profissão de Enfermagem e os seus profissionais se podem afirmar.

Proposta de formação para o desenvolvimento de competências de Assertividade

Tema: *Assertividade na prática de Enfermagem.*

Objectivo Geral: Promover competências de assertividade nos enfermeiros.

Objectivos específicos:

- Uniformizar conceitos e atitudes face a comportamentos padrão;
- Discutir comportamentos assertivos;
- Treinar comportamentos assertivos.

Destinatários: Enfermeiros a trabalhar nos Centros de saúde da Sub-Região de Saúde de Beja e do CHBA-HJJF de Beja.

Locais de formação: Sala de formação dos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Beja e do CHBA-HJJF de Beja.

Data: de 10 de Outubro de 2008 a 17 de Novembro de 2008

Entidades formadoras: Núcleos de formação do Hospital e dos Centros de Saúde em parceria com o promotor do projecto.

Plano da formação

A formação terá duração de 20 horas, ocorrendo em horário extra laboral (das 17h às 20h), dois dias por semana (durante três semanas). Este horário será tão flexível quanto possível, de forma a melhor servir os interesses dos enfermeiros. O Plano de formação é apresentado no quadro que se segue, quanto aos módulos, conteúdos e objectivos. Relativamente à duração de cada módulo será apresentado o cronograma, no qual estão representados os dias da semana e a duração dos diferentes módulos.

Quadro 1 - Plano de formação

MODULO	CONTEÚDOS	OBJECTIVO
1. Assertividade o que é?	Conceito de assertividade e sua importância nas relações humanas	Compreender o conceito de assertividade e seus contextos práticos; Reflectir a importância da relação do dia-a-dia;
2. Treinar a Assertividade	Técnicas de promoção de assertividade, role Playing	Adquirir competências de assertividade ao nível do comportamento;
3. Comportamento assertivo na prática de Enfermagem	Identificação de experiências pessoais e de comportamentos assertivos para a prática de Enfermagem Técnica da entrevista de ajuda	Moldar e treinar o comportamento para a assertividade.

Ao nível do cronograma está previsto que o 1º e 3º módulo sejam leccionados em 6 horas, nomeadamente no primeiro e quarto dia. Para o segundo módulo, prevemos 12 horas para praticar e utilizaremos como técnicas a modelagem para ser assertivo, o feedback assertivo e o reforço, redução da ansiedade e resolução de problemas.

Os enfermeiros serão avaliados ao longo do decurso da formação, com base na participação e discussão dos conteúdos e na execução correcta das diferentes técnicas de entrevista de ajuda e *role playing*. Sendo uma formação com forte componente prática, será mais valorizada em termos de avaliação, a participação nas aulas práticas e a correcta execução das diferentes técnicas que, cujo objectivo é serem apreendidas e aplicadas. Para esta proposta foi elaborada uma grelha (tipo) de observação *in loco* para avaliação de uma das técnicas de entrevista (constituente do módulo 3, **Anexo VIII**). A avaliação deverá ainda ser contínua, sendo sempre tida em conta a auto avaliação dos

alunos. Para esta auto-avaliação da Assertividade propomos a escala de Avaliação Global da Assertividade (Jardim & Pereira, 2006) que proporcionará informações sobre os aspectos desenvolvidos até ao momento, e aqueles a que os formandos deverão dar maior atenção quando comunica.

Quanto à avaliação do módulo, esta será feita pelos alunos, que terão oportunidade de avaliar cada formação ao longo do seu decurso, havendo avaliações no final de cada módulo.

Reconhecendo as limitações que este estudo apresenta, compreendendo que mais estudos relacionados com a Percepção de Saúde e QV devem ser realizados, e considerando que os instrumentos que avaliam, sobretudo a QV, provocam muitas discussões.

Recomendamos replicar este estudo de Percepção de Saúde e QV para os enfermeiros recém-formados, como forma de investigar possíveis alterações na Percepção de Saúde e QV, tendo em conta as especificidades deste grupo.

9. SÍNTESE CONCLUSIVA

Os contextos actuais em que a Enfermagem é praticada, revelam-se exigentes e cada vez mais competitivos. O tempo para a reflexão sobre as condições de vida do enfermeiro ao nível do trabalho e/ ou extra-laboral, influenciam o seu conceito de saúde e qualidade de vida. Neste âmbito emergiu o presente estudo de forma a investigar *Qual a Percepção de Saúde e Qualidade de vida dos Enfermeiros*, que trabalham em contexto hospitalar e em contexto de Cuidados de Saúde Primários. Foi realizado para o efeito, um estudo de natureza exploratório, descritivo, transversal e correlacional, pela aplicação de dois instrumentos de colheita de dados, nomeadamente, o WHOQOL- Bref (OMS adaptado por Vaz Serra, Canavarro e colaboradores, 2006) e Questionário de Saúde Geral de Goldberg (adaptado por Faria, 1999). Este estudo, é composto de uma amostra de 146 enfermeiros que exercem funções em contexto Hospitalar e contexto de Saúde Comunitária.

Dos resultados deste estudo, observamos que a amostra é representativa dos enfermeiros adultos jovens, com média de idades de 36,6 anos, na sua maioria do sexo feminino (82%), com formação académica ao nível universitário (70%), casados (58%), que trabalham em contexto hospitalar (63%), com média de 13,1 anos de serviço, funcionários públicos (60%), com horário de 35 horas semanais (57%). Relativamente à Percepção de Saúde e QV dos enfermeiros do estudo, considera-se satisfatória. Os resultados revelaram diferenças ao nível das variáveis socio-demográficas, das quais destacamos o sexo, estado civil, o vínculo laboral sobre a percepção de saúde e QV. Relativamente à existência de diferenças a nível da percepção de saúde e qualidade de vida entre os enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar e em contexto de cuidados de saúde primários, concluímos também que os enfermeiros de ambos os contextos apresentam uma Percepção de Saúde e QV satisfatórias e sem diferenças significativas.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, A., Tavares, A., & Godinho, J. (1989). *Manual de métodos de Investigação em Saúde*. Lisboa: Edições Especiais/ Associação Portuguesa Medicina Clínica Geral.
- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: FORMASAU, formação e saúde Lda. e EDUCA (Co-edição).
- American Psychological Association. (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington, DC : American Psychological Association.
In site: <http://www.library.uq.edu.au/training/citation/apa.pdf> (a 12/04/2008, pelas 11h)
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Burns, N., & Grove, S. K. (1993). *The practice of nursing research: conduct, critique & utilization*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtudes aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Couvreur, Chantal. (2001). *A Qualidade de Vida: Arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência
- Da Silva Britto, E., & Pimenta Carvalho, A. M. (2004, Abril). Stress, Coping (Enfrentamento) e Saúde geral dos enfermeiros que actuam em unidades de terapia intensiva e problemas renais. *Enfermeria Global - Revista Electrónica e semestral de Enfermeria*, (n. 4),1-14.
In site: <http://www.um.es/eglobal/> (06/03/2008, pelas 14h)
- Faria, M.C. (1999). *Comunicação e Bem-Estar no Limiar do Século XXI: Conhecer através da Relação e Orientar para a Saúde*. Dissertação de Doutoramento no âmbito da Psicologia da Saúde apresentada à Universidade de Coimbra, n.p.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Vieira, G., Santos L. et al. (2000, Abril). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". *Revista de Saúde Pública*, vol. 34 (2),178-183.
In site: <http://www.fsp.usp.br/rsp> (25/04/2008, pelas 12h)

- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (Nídia Salgueiro, Manuel Gameiro, Nídia Salgueiro, trad.) Loures: Lusociência. (obra original publicada em 1996)
- Galinha, Iolanda & Pais Ribeiro, José L. (2005). História e evolução do conceito de Bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*. (Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde). Vol. VI, (002),203-214
In site: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/362/36260208.pdf> (a 02/06/2008, pelas 3h)
- Gispert, C.(dir.), & Matos, J. (dir.) (cop. 1999). *Enciclopédia da Psicologia*. Oceano Lisboa: Liarte. Vol. 4.
- Guterres, M. C. (2002). A Qualidade de Vida das Pessoas com Perturbações Mentais Crónicas Apoiados por Serviços Comunitários.
In site: <http://www.inr.pt> (a 06/04/2008, pelas 18h)
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar* (Maria Manuela Martins, trad.). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1998).
- Lancaster, J. (1999) *História da Saúde e da Enfermagem Comunitária*. In Stanhoppe, Marcia; Lancaster, Jeanette (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. (Maria negrão, Maria dos Santos, Maria da Fonseca, Maria Guimarães, Maria Tojal e Maria Abecasis, trad.) (4ª edição, pp. 13-19), Lisboa: Lusociência. (Obra original publicada em 1992).
- Lentz, Rosemary A., Costenaro, Regina G. S., Gonçalves, Lúcia H.T., & Nassar, Sílvia M. (2000, Agosto). O Profissional de Enfermagem e a Qualidade de Vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.8 (4), 7-14.
In site: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1169200000400002&script=sci_arttext (a 01/05/2008, pelas 21h)
- Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais – Guia Prático para a Mudança Positiva*. Porto: ASA Editores, S.A.
- Martins, M. M. (2003). Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais de Enfermagem no trabalho em turnos. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desenvolvimento Humano*, , vol.5, n.1.
In site: <http://www.rbcdh.ufsc.br> (a 22/04/2008, pelas 23h)
- Maslach, C. & Jackson,S. E. (1999). Progress in understanding teacher burnout. In Vandenberghe & M. Humberman (Eds), *Understanding and preventing teacher burnout*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Minayo, Maria C., Hartz, Zulmira M., & Buss, Paulo M. (2000, Janeiro). Qualidade de Vida e Saúde: Um debate necessário. *Ciência & Saúde Colectiva*, vol.5 (4), 7-18.
In site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000100002 (28/04/2008, pelas 20h)
- Ogden, Jane (2004). *Psicologia da Saúde: Manuais Universitários 11*. 2ª edição, Lisboa: Climepsi editores.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (1997) WHOQOL: Measuring Quality of Life. Geneva.
In site: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf (a 23/03/2008, pelas 18h)
- Pais Ribeiro, J. L. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, Vol. 21 (2), 387-397.
- Parreira, Artur (2006). *Gestão do stress e da Qualidade de Vida*. Lisboa: Monitor.
- Pimentel, F.L. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Almedina.
- Portugal, Direcção Geral de Saúde (2003). Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida. Despacho 465/2003 de 15 de Dezembro. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Portugal, Direcção Geral de Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Quivy, Raymond, & Canpenhout, Luc Van (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª edição, Lisboa: Gradiva.
- Rodrigues, A. X., & Ferreira, I.F. (1999, Dezembro). Enfermagem, uma profissão exposta a diversos factores de risco. *Revista Nursing- Formação Contínua em Enfermagem* (edição portuguesa). Ano 11, (139), 38-40.
- Seidl, Eliane Maria Fleury and Zannon, Célia Maria Lana da Costa. (2004, Mar./Abr.). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.20 (2), 580-588.
In site: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf> (a 20/05/2008, pelas 4h50)
- Silva, Isabel; Pais Ribeiro, José; Cardoso, Helena *et al.* (2003, abr.). Qualidade de vida e complicações crónica da diabetes. *Análise Psicológica*, , vol.21 (2), 185-194.
In Site: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n2/v21n2a05.pdf> (a 03/06/2008, pelas 5h03)
- Simões, Joaquim & Amâncio, Lúcia (2004). Género e enfermagem: um estudo sobre a minoria masculina. *Sociologia, Problemas e Práticas*. (44), 71-81.
In site: <https://repositorio.iscte.pt/handle/10071/420>. (a 06/ 04/2008, pelas 13h)
- Teixeira, José A. C. (2004, Setembro). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, Vol. 22, (3), 441- 448.
- The Whoqol Group. *The World Health Organization Quality of life assessment (Whoqol): development and general psychometric properties*. 1998. *Soc Sci Med* 1998; 46:1569-1585.

- União Europeia (2005). *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população- rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.
In site: http://europa.eu/documents/comm/green_papers/index_pt.htm (a 30/04/2008, pelas 22h)
- Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência*. 1ª Edição, Lisboa: Universidade Católica Editora

Anexos