

QUALIDADE DE VIDA: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS QUE TRABALHAM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ¹

Edisandra Marilúcia Silva, Flávio Silva Andrade, José Nilton Carneiro Júnior,
Ronen Dias Bressy dos Santos e Valdenir Almeida da Silva²

1. INTRODUÇÃO

O mundo europeu, a partir do século XV, segundo Bock (1995), passou por profundas mudanças em sua estrutura, que se concretizaram em todas as áreas do conhecimento, desde as artes até as ciências. Ela afirma que nesta época dava-se a transição da economia feudal para a capitalista, que teve como consequência a ocupação de novas terras. Este período é chamado de Renascimento. Bock ressalta que o filósofo René Descartes (1596-1659) postulou a separação entre corpo e mente.

Para Weil (2000), os conhecimentos do físico Isaac Newton aliados aos de Descartes formaram a base para o que ficou conhecido como paradigma newtoniano-cartesiano, cuja característica principal é a mecanização dos fenômenos e a idéia de que o universo é uma máquina. Afirma que a divisão dualista sujeito-objeto gera fatores psicológicos causadores de estresse, responsável pela maioria das doenças psicossomáticas. A visão mecanicista e reducionista do homem levou as várias áreas da ciência a um mal-estar, quando se passou a perceber que os diversos fenômenos – sejam eles sociais, econômicos, políticos ou na área da saúde – não podem ser entendidos separadamente, como as peças de uma máquina. Assim, concluiu-se que as variáveis da saúde e da doença não são exclusivamente de ordem biológica.

Ainda segundo Weil, atualmente tem-se falado na substituição do paradigma newtoniano-cartesiano pelo paradigma holístico ou novo paradigma. No paradigma newtoniano-cartesiano, a doença é vista como negativa; a saúde, como ausência de doença; a normalidade, sob o critério estatístico; as perturbações psicossomáticas são percebidas como imaginárias ou pouco reais. Em contraposição, no paradigma holístico, são feitas as seguintes considerações: a doença é uma oportunidade de restabelecer a harmonia e o equilíbrio; a saúde é vista como um estado de harmonia com a natureza e com o exterior; a normalidade, como estado ótimo de bem-estar, alegria de viver, amor altruísta e consciência plena; as perturbações psicossomáticas, vistas como produto da interação corpo-mente-ambiente.

Deste modo, o paradigma holístico se insere num contexto amplo, abrange o ser humano de forma integral, incluindo o meio ambiente que complementa esta integralidade. "[...]. Qualidade de vida é um termo que vem sendo utilizado desde a década de 60 e se trata de um tema complexo, pois envolve a subjetividade do indivíduo, sua interface com a organização e cultura organizacional". (LENZI e CORRÊA, 2000).

Segundo Padilha e Souza (1999), o tema qualidade de vida traz em seu cerne uma ampla e controversa discussão sobre conceitos e aplicabilidade, suscita reflexões sobre as relações teóricas e a vida prática, e afirmam que:

[...]. Qualidade de vida diz respeito aos atributos e às propriedades que qualificam a vida, e ao sentido que cada ser humano dá a ela. Neste sentido, inclui-se a expressão de qualidade de vida através de qualidade de saúde, suas propriedades e limitações individuais e coletivas, enquanto satisfação das necessidades, como ter comida, trabalho, lazer, interação social, dentre outros (PADILHA e SOUZA, 1999).

¹ Projeto apresentado à disciplina Metodologia do Trabalho Científico, tendo como orientadoras as Professoras Doutoras Normélia Maria Freire Diniz e Marinalva Dias Quirino.

² Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - UFBA

Assim, percebemos que qualidade de vida engloba fatores físicos e emocionais do indivíduo, que se integram nos diversos âmbitos sociais, desde o doméstico ao profissional.

De acordo com Whoqol Group 10 (1994) – Grupo de qualidade de vida da OMS – qualidade de vida é “[...] A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativa, padrões e preocupações”.

Nesta definição fica implícito que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos (SEGRE e FERRAZ, 1997). Os mesmos autores entendem que qualidade de vida é algo intrínseco, só possível de avaliar pelo próprio sujeito, sendo subjetivo, uma vez que a realidade é individual.

Ainda Padilha e Souza (1999) consideram que, para o bem-estar do cuidador, a discussão sobre qualidade de vida inclui mudanças no ambiente de trabalho, abrangendo satisfação, realização e condições adequadas de trabalho, garantindo assim, uma assistência de enfermagem competente e livre de riscos.

Para Matsuda e Évora (2003), a satisfação no trabalho tem se destacado como ferramenta indispensável na busca da qualidade e da produtividade. Na enfermagem, ao falar em qualidade, estas autoras citam Pelaz e Martínez (1999), os quais afirmam que, pelo fato dessa abordagem ter crescido durante os últimos anos em todo o mundo, converteu-se em requisito indispensável para a sobrevivência de qualquer empresa. Afirmam também ser o recurso humano a chave para proporcionar qualidade no atendimento e, para isso, há necessidade de valorizar as pessoas no trabalho bem como o conhecimento preciso das suas necessidades e o grau de satisfação.

O bem-estar de uma pessoa, segundo Hoga (2002), pode ser afetado por múltiplas causas e influenciar negativamente em sua qualidade de vida. Esta autora cita Gerber (1988), o qual relata 12 causas de estresse: a psicológica, a deficiência nutricional, a sobrecarga alergênica, os poluentes ambientais, a superexaustão física, a variação extrema de temperatura, a contaminação microbiológica, os efeitos colaterais de medicamentos, a radiação de baixo nível, a poluição eletromagnética, o estresse geopático e as energias do pensamento negativo.

Para Pereira (1997), exerce importância em serviço de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) o relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem, o nível de ansiedade e tensão provocado pela elevada responsabilidade que a enfermagem enfrenta em seu cotidiano profissional nesta unidade.

No que se refere a estresse, Pinheiro e Estarque (2000) indicam que abrange tanto situações negativas como positivas. Não é uma doença a princípio, é apenas uma preparação do organismo para enfrentar as situações diárias, sendo uma resposta do mesmo a um determinado estímulo e varia de pessoa a pessoa. Entretanto, a vivência contínua de uma situação específica, a depender das características individuais, pode gerar alterações indesejáveis. Assim, o risco de um estímulo estressor gerar uma doença é aumentado quando estão associados exaustão física ou fatores orgânicos. Nesse sentido, a unidade de terapia intensiva pode se tornar um ambiente propício ao desenvolvimento de estresse pelos constantes estímulos a que estão expostos os indivíduos atuantes nesta unidade.

Para Hoga (2002), em UTI os fatores mais significativos, devido às características desse local, são: os sinais sonoros, a superexaustão física, a contaminação microbiológica, a poluição eletromagnética e o estresse geopático. Motivos estes que exigem a necessidade da autovigilância contínua para evitar a perda de controle das situações, a reação depressiva e a reação histérica resultante de conflitos gerados por sentimentos contraditórios vivenciados no dia-a-dia.

Lenzi e Corrêa (2000) apontam medidas que podem ser adotadas no trabalho, a fim de propiciar o fortalecimento da harmonia e bem-estar. Assim, estas autoras citam as relações interpessoais com desenvolvimento da comunicação, solidariedade e autoconhecimento; pausas entre turnos de trabalho para a realização de exercícios de alongamento, dinâmicas de grupo e confraternizações.

Além disso, Hoga (2002) ainda defende o desenvolvimento de grupos de auto-ajuda com acompanhamento profissional como oportunidade para a exposição de angústias que afetam os profissionais de enfermagem, sessões periódicas para troca de mensagens entre os próprios

profissionais. Ela sugere que a escala de trabalho da enfermagem obedeça aos princípios da cronobiologia, como fazer rodízios de trabalho em turnos, sempre em sentido horário, ou seja, na seqüência manhã-tarde-noite-manhã. Segundo esta autora, é necessário formular escala de trabalho de tal forma que o trabalhador do horário noturno não permaneça durante muito tempo nesse mesmo turno.

Com base no que foi exposto, percebe-se a necessidade de harmonização entre o corpo e a mente, e que este estado de harmonia, conforme proposto pelo paradigma holístico, é um dos pilares para uma vida com qualidade, sobretudo quando se trata da enfermagem, que é considerada uma das profissões mais estressantes. Entende-se que a qualidade de vida dos enfermeiros é uma condição indispensável para que seja prestada uma assistência com presteza, respeito e atenção indispensáveis à pessoa cuidada.

Deste modo, a partir do conhecimento adquirido sobre qualidade de vida, decidimos realizar este estudo, que tem o objetivo de **conhecer a percepção de enfermeiros que trabalham em UTI de um hospital público de Salvador sobre sua qualidade de vida.**

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que tem como objeto o estudo da qualidade de vida de enfermeiros e enfermeiras de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital público de Salvador, e como objetivo conhecer a percepção desses enfermeiros sobre sua qualidade de vida. Para Richardson (1989), esta abordagem justifica-se por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social.

Segundo Chizzotti (2000), há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

Neste estudo a qualidade de vida abrangerá a satisfação das necessidades física, psicológica e profissional dos sujeitos. Incluindo nesta última a assistência integral prestada ao paciente internado na UTI. O estudo será realizado em um hospital público da cidade de Salvador e os sujeitos serão enfermeiros e enfermeiras que atuam em uma UTI. A coleta de dados será feita através de entrevista contendo perguntas norteadoras.

Richardson (1989) afirma que a entrevista é uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas. Para ele, neste modo de comunicação, a informação é transmitida de uma pessoa A para uma pessoa B.

Os aspectos éticos da pesquisa serão observados segundo a resolução N 196/96. Será apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados será realizada segundo a análise temática de Bardin (1997), que recomenda a utilização do tema como base do material proveniente da coleta de dados.

3. EXPECTATIVA DE RESULTADOS

Esperamos com este estudo conhecer a percepção de enfermeiros e enfermeiras sobre sua qualidade de vida e possivelmente identificar alguns fatores que nela interfira. Esperamos obter, após um levantamento, idéias e/ou sugestões para a melhoria da qualidade de vida de enfermeiros e enfermeiras de uma UTI. Partindo do pré-suposto de que a qualidade de vida do indivíduo, em geral, depende de sua freqüente auto-avaliação, divulgaremos os resultados entre estes profissionais com a finalidade de conscientizá-los para um melhor cuidado tanto em nível físico quanto psíquico-emocional.

Admitindo-se que os profissionais de enfermagem trabalham em um ambiente multiprofissional, espera-se que algumas medidas, tanto administrativas quanto de suporte, venham a ser inseridas neste ambiente, tais como: designar para o setor profissionais cujo relacionamento

seja cordial e respeitoso; disponibilidade e atenção às problemáticas pessoais enfrentadas pelos profissionais; disponibilização de recursos para promoção da saúde física e mental; sessões de terapias de grupos e/ou momento de lazer.

5. REFERÊNCIAS

BOCK, A. M. B., FURTADO, O., TEIXEIRA, M. de L. A psicologia ou as psicologias. In: _____. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 8. ed., São Paulo: Saraiva, 1995, cap.1, pp. 15-25; cap.2, pp. 29-39.

HOGA, L. A. K. Causa de estresse e mecanismo de produção de bem-estar dos profissionais de enfermagem de unidade neonatal. *Acta Paul Enf. São Paulo*, v. 15, 2, abr-jun. 2002, pp. 18-25.

LEITÃO, G. da C. M., ALMEIDA, D. T. de. O cuidador e sua qualidade de vida. *Acta Paul Enf., São Paulo*, v. 13, 1, jan - abr. 2000, pp. 80-85

LENZI, M. M., CORRÊIA, L. B. Qualidade de vida no trabalho: uma experiência possível. *Divulgação em Saúde para Diabete*, Rio de Janeiro, 19, nov. 2000, pp. 24-29.

MATSUDA, L. M., ÉVORA, Y. D. M. Satisfação profissional em uma UTI adulto: subsídios para a gestão da equipe de enfermagem. *Revista Nursing*, v. 56, 6, jan. 2003, pp. 22-27.

PADILHA, M. I. C. de S., SOUZA, L. N. A. de. Qualidade de vida. Reflexão de enfermeiras. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 8, 3, set.-dez. 1999, pp. 11-26.

PEREIRA, M.E.R., BUENO, S.M.V. Lazer. Um caminho para aliviar as tensões do ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. *Rev. latino am. enfermagem*, Ribeirão Preto, v.5, 4, out. 1997, pp. 75-83.

PINHEIRO, M.; ESTARQUE, M. Rio de Janeiro Disponível em: < <http://www.marcelomarcia.na-web.net/estresse.html#A>> Acesso em:19/08/03 às 10:25.

RESOLUÇÃO N.º 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. *Bioética*. Brasília, Ed. Brasil, v. 4, 2, Suplemento, 1996.

RICHARDSON, R. J., et al. Pesquisa social: métodos e técnicas. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989, cap.3, Pp. 38-39; cap.10, pp. 160-163.

SEGRE, Marco e FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v.31, 5, out.1997, pp. 538-542.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética*.Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 10, 2, p. 73-88, 2002.

THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J., KUYKEN, W. (eds). *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. pp. 41-60.

WEIL, P. A mudança de paradigma na ciência e na medicina. In: _____. *A mudança de sentido e o sentido da mudança*, Rio de Janeiro: Record, 2000. cap. 1, pp. 17-44.