



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE
LISBOA

O IMPACTO DO RUÍDO NA QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORA: CRISTINA ESMÁLIA GOUVEIA ALVES

ORIENTADORA: PROF. DOUTORA MARGARIDA SANTOS

Mestrado em Segurança e Higiene do Trabalho – Edição Especial

Lisboa, 2012

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE
LISBOA

O IMPACTO DO RUÍDO NA QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORA: CRISTINA ESMÁLIA GOUVEIA ALVES

ORIENTADORA: PROF. DOUTORA MARGARIDA SANTOS

JÚRI:

Doutor Florentino Serranheira

Doutor Nelson Costa

Mestrado em Segurança e Higiene do Trabalho – Edição Especial

Lisboa, 2012

"O ruído faz pouco bem, o bem faz pouco ruído"
(São Francisco de Sales, 1946)

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo e todos ao Pedro, pela paciência, compreensão, apoio incondicional e acima de tudo por não me deixar desistir!

A todos os meus amigos, principalmente à Luzia, Elsa, Isa e Margarida...

À professora Margarida Santos, pela orientação e disponibilidade dispensada ao longo de todos estes meses.

A todos os enfermeiros que se mostraram disponíveis e motivados a participar neste estudo.

Um Muito Obrigado a todos!

RESUMO

O presente estudo foi desenvolvido a partir da problemática do ruído, de forma a tentar perceber o impacto deste na qualidade de vida dos enfermeiros de Cuidados Intensivos (CI). A população composta por 40 enfermeiros, pertencia a duas unidades distintas de CI da região de Lisboa.

Baseou-se num estudo quantitativo, exploratório e descritivo, que procurou identificar se haveria impacto na qualidade de vida dos enfermeiros devido ao ruído que vivenciavam no seu local de trabalho.

Utilizou-se um questionário como instrumento de recolha de dados, dividido em duas grandes partes, uma sobre qualidade de vida através do WHOQOL-Bref e outra sobre o ruído e sua influência na experiência individual e profissional dos enfermeiros de CI. Para o tratamento dos dados utilizou-se o programa estatístico SPSS versão 17.0.

A amostra revelou-se maioritariamente do sexo feminino (74,4%). A totalidade dos inquiridos considera haver ruído no seu local de trabalho, argumentando 64,1% que a presença desse mesmo ruído é excessiva, e portanto reconhecendo a importância do ruído na saúde e bem-estar bem como as suas repercussões a nível da sua qualidade de vida. É de relevar que mais de metade dos indivíduos (61,6%) referiu sonhar com alarmes e ficar mais stressado/irritado com a presença do ruído. Os valores obtidos nos domínios do WHOQOL-Bref, mostram que estão acima da faixa de neutralidade, com tendências à valorização positiva, traduzindo qualidade de vida satisfatória, ou seja, pouco impacto negativo ou ausência de impacto negativo dos domínios na qualidade de vida. No entanto, a correlação dos domínios com o ruído foi evidenciado que os enfermeiros na presença de ruído têm uma diminuição da sua qualidade de vida.

Palavras-Chave: Unidade de Cuidados Intensivos; Ruído; Qualidade de Vida; Enfermagem

ABSTRACT

The current study, based on the problem of noise was developed with the intent to understand its impact in the quality of life of Intensive Care Units staff. For the purpose of this study, was used a sample population of 40 nurses from two different Intensive Care Units in Lisbon area.

The project was based on a quantitative, descriptive and exploratory study and had the goal of determining whether there was an impact in the quality of life of the nurses due to the exposure to high levels of noise in their work place.

A survey, divided in two main parts, was used as an instrument for data collection. One part about the quality of life using the WHOQOL-Bref method and a second part related to the noise and its influence in the individual and professional experience of the Intensive Care nurses. SPSS version 17.0 was the selected tool for data analysis.

The sample consisted in its majority of population of the feminine sex (74,4%). All the surveyed individuals reported some level of noise in their workplace, with the large majority considering these noise levels excessive (64,1%), thus recognising the importance of this factor in their health and well-being as well as the direct impact in their quality of life. It is worth noting that 61,4% of the people alluded to the presence of alarms in their dreams and the fact they experienced increased levels of stress and anxiety in the presence of noise. The results obtained using the WHOQOL-Bref method show levels beyond the neutral point with a tendency to positive valuation resulting in a satisfactory quality of life, ie, little or no negative impact in terms of quality of life. However, in the correlation of the domains with the noise was evident that nurses have a reduction in their quality of life when the noise is present.

Key-words: Intensive Care Units; Noise; Quality of Life; Nursing

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	12
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
2.1 Som e Ruído	15
2.2 Qualidade de Vida	19
2.2.1 Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida	23
2.3 Enfermagem de Cuidados Intensivos	25
2.4 Ruído em Cuidados Intensivos	27
2.5 Relação entre Ruído e Qualidade de Vida	32
2.6 O Ruído e a Qualidade de Vida para a Higiene e Segurança do Trabalho	34
3. OBJECTIVOS	36
4. METODOLOGIA	37
4.1 Tipo de estudo	37
4.2 População e Amostra	37
4.3 Local onde se implementou o estudo	38
4.4 Instrumento de recolha de dados	40
4.4.1 Pré-teste	41
4.5 Procedimento	42
5. ANÁLISE DE DADOS	43
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	45
6.1 Caracterização da amostra	45
6.2 Resultados relativos ao objectivo "Determinar a percepção dos enfermeiros que constituíram a amostra em relação a: existência de ruído; consequências do ruído e fontes de ruído"	46
6.3 Resultados relativos ao objectivo "Determinar a percepção dos enfermeiros que constituíram a amostra, acerca da influência do ruído em contexto profissional na sua qualidade de vida"	50
6.4 Resultados relativos ao objectivo "Correlacionar o grupo etário e a experiência profissional (nº de anos) com as diferentes "vivências individuais dos enfermeiros" em contexto profissional e com as classificações atribuídas às diferentes fontes de ruído"	51

6.5 Resultados relativos ao objectivo "Avaliar a Qualidade de Vida dos enfermeiros que constituem a amostra" -----	54
6.6 Resultados relativos ao objectivo "Correlacionar a Qualidade de Vida dos enfermeiros com as variáveis demográficas, com a percepção das consequências do ruído e com a caracterização do mesmo em UCI's" ---	55
6.7 Resultados relativos ao objectivo "Identificar estratégias de redução do ruído nas UCI's utilizadas pelos enfermeiros da amostra em estudo"-----	59
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS -----	60
8. CONCLUSÕES -----	67
9. SUGESTÃO DE ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR O RUÍDO NAS UCI'S COM VISTA À PROMOÇÃO DA SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS --- -----	68
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	70
11. ANEXOS -----	79
ANEXO I – Domínios da Qualidade de Vida -----	80
ANEXO II – Consentimento para uso do WHOQOL-Bref -----	83
ANEXO III – Questionário aplicado aos Enfermeiros -----	85
ANEXO IV – Pedido de autorização de aplicação de questionários às Direcções e chefias dos serviços -----	96

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 6.1 – Características sócio-demográficas da amostra -----	45
Tabela 6.2 – Características da experiência profissional em UCI da amostra -----	46
Tabela 6.3 – Percepção dos enfermeiros quanto ao ruído na UCI -----	47
Tabela 6.4 – Percepção dos enfermeiros quanto às consequências do ruído -----	47
Tabela 6.5 – Caracterização do ruído pelos enfermeiros -----	48
Tabela 6.6 – Classificação dos enfermeiros quanto à intensidade das fontes de ruído na UCI -----	48
Tabela 6.7 – Avaliação de Qualidade de Vida e nível de audição pelos enfermeiros -----	50
Tabela 6.8 – Vivências individuais dos enfermeiros em casa e em contexto de trabalho -----	51
Tabela 6.9 – Correlação entre “grupo etário” e “experiencia profissional” (nº de anos) e as diferentes “vivências individuais dos enfermeiros” -----	52
Tabela 6.10 – Correlação entre “experiência profissional”, “grupo etário” e “classificações atribuídas às diferentes fontes de ruído” -----	52
Tabela 6.11 – Análise descritiva dos domínios WHOQOL-Bref -----	55
Tabela 6.12 – Modelo de regressão entre as variáveis “sócio-demográficas” e “intensidade do ruído” e os domínios do WHOQOL-Bref -----	55
Tabela 6.13 – Comparação de médias dos domínios tendo em conta o género -----	56
Tabela 6.14 – Correlação entre as consequências do ruído assinaladas pelos enfermeiros e a sua Qualidade de Vida -----	57
Tabela 6.15 – Correlação entre a caracterização do ruído feita pelos enfermeiros e a sua Qualidade de Vida -----	58
Tabela 6.16 – Medidas para reduzir o ruído enumeradas pelos enfermeiros -----	59

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 2.1 - Frequências sonoras (Instituto do Ambiente, 2004) -----	15
Imagem 2.2 - Limiar de Audição (Instituto do Ambiente, 2004) -----	16
Imagem 2.3 - Limiar da audição humana (Instituto do Ambiente, 2004) -----	16
Imagem 4.1 - Fotografia da UCIP do Hospital Cuf Descobertas -----	39
Imagem 4.2 - Fotografia da Unidade do doente de Cuidados Intensivos do HCD -----	40

GLOSSÁRIO DE ABREVIATURAS

ACT	Autoridade para as condições de trabalho
CI	Cuidados Intensivos
dB(A)	Décibel A (com ponderação do filtro A)
dB	Décibel
HCD	Hospital Cuf Descobertas
HCIS	Hospital Cuf Infante Santo
LA,eq	Nível sonoro contínuo equivalente ponderado A
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSHA	<i>Occupational safety and Health Administration</i>
Pa	Pascal
QV	Qualidade de Vida
REM	<i>Rapid Eye Movement</i>
SPL	<i>Sound Pressure Level</i> (nível de pressão sonora)
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCI's	Unidades de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
EU	União Europeia
EUA	Estados Unidos da América

1. INTRODUÇÃO

Na actual globalização, a competitividade gerada na procura de novos mercados visando o crescimento da produtividade, e conseqüentemente, dos lucros, implica a redefinição dos processos produtivos e novas formas de organização do trabalho. Segundo a Organização Mundial da Saúde e a Organização Internacional do Trabalho, a globalização é um factor que pode contribuir para o aumento da incidência de doenças e acidentes de trabalho (OMS, 1998).

Devido ao desenvolvimento tecnológico que ocorre concomitantemente com esta globalização e como resposta a mercados exigentes, há um aumento do número de máquinas nos locais de trabalho, grande parte a substituir o Homem, como corrobora Faria (2010) quando afirma que os avanços da tecnologia mudaram profundamente os hábitos da sociedade e as relações de trabalho. Os trabalhadores, são fortemente substituídos deste processo, e quando não excluídos, precisam estar sempre em actualização para conseguir acompanhar o ritmo do mercado que, cada vez mais, aumenta de exigência. Além disto, as máquinas vêm dar respostas mais rápidas e possuem especializações que podem salvar vidas, sendo um importante contributo para a diminuição da mortalidade, no entanto, são também fonte importante de ruído, factor que poderá contribuir como um aspecto negativo decorrente da evolução tecnológica. Assim, um dos riscos recorrentes nos locais de trabalho é a exposição ao ruído, definido por *"um som indesejado, cuja intensidade é medida em decibéis (dB). A escala de decibéis é logarítmica, de modo que o aumento do som de 3dB representa um aumento do ruído para o dobro (...) também o tempo de exposição ao ruído aumenta a sua perigosidade."* (OSHA, 2011), que em grande parte provém de máquinas existentes que o produzem. Ora qualquer coisa indesejada, é algo que não é bem-vindo, a avaliação do ruído é, deste modo medível de forma física mas igualmente depende de aspectos subjectivos e por isso psicológicos do indivíduo que o avalia (Castro e Bornholdt, 2004). O ruído pode afectar os profissionais a nível físico, psicológico e mental, comprometendo a sua qualidade de vida, esta última definida como *"percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações"* (OMS, 1998).

No âmbito do Mestrado em Segurança e Higiene do Trabalho (edição especial), desenvolveu-se esta dissertação sob o tema: Impacto do Ruído na qualidade de vida dos Enfermeiros de Cuidados Intensivos. As motivações que me levaram à escolha

deste tema prendem-se com o facto de, na minha experiência profissional, em conversas informais com colegas e pela observação directa, me fui apercebendo que os enfermeiros relatam maior irritabilidade quando expostos a ruídos constantes (bombas, seringas infusoras, ventiladores, etc.), levando a distúrbios do sono, e a perturbações do ciclo circadiano. Além disso, noto também que na minha unidade não há uma preocupação na manutenção dos aparelhos em termos de volume de alarmes e do ruído inerente aos mesmos, e nunca houve preocupação em elaborar nenhum estudo sobre o ruído. Mesmo em pesquisa exaustiva sobre estudos portugueses, não encontrei nenhum estudo elaborado em Portugal direccionado para o Ruído em Cuidados Intensivos e seus impactos nos profissionais mais directos, neste caso os enfermeiros, mas sim apenas investigações direccionadas para os malefícios deste, nos doentes. Ora, sendo esta dissertação subordinada ao Mestrado de Segurança e Saúde do Trabalho, é fulcral direccioná-la para o trabalhador, alvo premente de riscos no seu local de trabalho.

Podendo os níveis de ruído chegar a provocar malefícios na saúde e segurança dos profissionais e também dos doentes, é importante o conhecimento e a caracterização do seu impacto, de modo a ser possível alterar acções e procedimentos, minimizando a sua influência.

Da pesquisa bibliográfica efectuada, escassos são os estudos encontrados, mas alguns indicam níveis elevados de ruído em UCI's, condicionando alterações físicas, mentais e sociais nos profissionais "(...)às vezes sonho com a bomba a apitar e com uma paragem a chegar(...)" e "(...) acordo a meio da noite com o som das bombas." (Leitão *et al.*, 2006). Outros estudos referem níveis de ruído nas UCI's acima do estipulado pela OMS, "OMS recomenda que os níveis de ruído não excedam os 30dB(A) (...) frequentemente em UCI's o ruído apresenta picos de 90dB(A)" (Wenham, 2009). O ruído é assim em factor de risco importante na alteração dos processos psicológicos, quebra da comunicação interpessoal e consequentemente na ocorrência de erros, na prática de enfermagem de Cuidados Intensivos, "(...)o ruído diminui a performance, aumenta atitudes de irritabilidade e causa uma quebra na comunicação com os pacientes e outros profissionais podendo dar origem a erros." (Pugh, 2007). Considerando o referido colocam-se as questões:

- "Terão, os profissionais de enfermagem, noção da influência do ruído no seu quotidiano e qualidade de vida? E estarão os enfermeiros sensibilizados para estratégias de diminuição do ruído com vista à promoção da sua saúde e segurança no trabalho, na sua UCI?"

Desta forma, tomei como questão de partida para este estudo: Terá o Ruído impacto na qualidade de vida dos Enfermeiros de Cuidados Intensivos?

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Som e Ruído

Pode definir-se som como qualquer variação da pressão atmosférica que o ouvido humano pode detectar, seja no ar, na água ou em qualquer outro meio de propagação (OSHA, 2011).

O som apresenta três características fundamentais: frequência, amplitude, e timbre, características da fonte sonora. A frequência refere-se ao número de ciclos que as partículas materiais realizam num segundo, ou o número de vibrações por unidade de tempo. É medida pela unidade Hertz, é a altura do som e permite classificá-lo numa escala que varia de grave a agudo. A amplitude pode ser definida como a energia que atravessa uma área num intervalo de tempo, ou a força exercida pelas partículas materiais sobre a superfície na qual incidem. A amplitude relaciona-se com a intensidade sonora, sendo um processo físico utilizado na sua medição. A amplitude juntamente com a pressão efectiva e a energia transportada, permite classificar o som numa escala que vai do fraco até forte. O timbre permite diferenciar, por exemplo, a mesma nota musical emitida por instrumentos diferentes, através de diversas frequências harmónicas que compõem um determinado som complexo (Instituto do Ambiente, 2004).

O Ruído é definido como um som desagradável ou indesejável para o ser humano e a sua caracterização pode ser efectuada através da sua frequência (baixa – sons graves, média, alta – sons agudos) e da sua amplitude medida em termos do “Nível de Pressão Sonora” (OSHA, 2011). A pressão sonora não é mais do que a diferença entre a pressão ambiente instantânea relativamente à pressão atmosférica a partir da qual o ouvido humano é sensível.

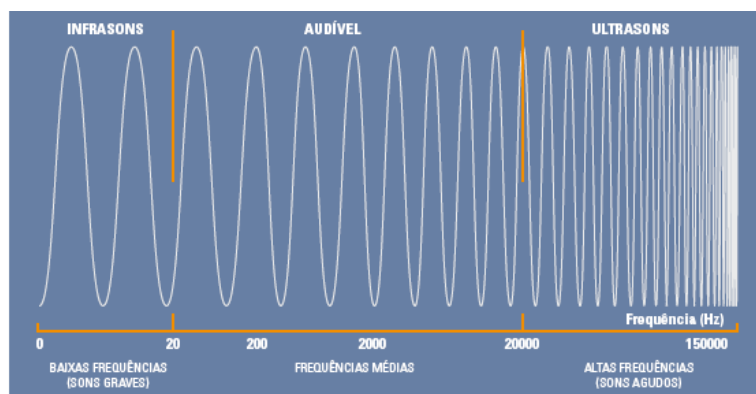


Imagem 2.1 - Frequências sonoras (Instituto do Ambiente, 2004)

O ouvido humano possui uma sensibilidade muito elevada uma vez que a relação entre a pressão sonora característica de um som que cause dor e de um som que seja audível é da ordem de 1 000 000.



Imagem 2.2 - Limiar de Audição (Instituto do Ambiente, 2004)

A gama de pressões sonoras a que o ouvido humano é sensível é, como se referiu, muito alargada, tornando-se portanto pouco prática quando utilizada na sua unidade de referência – o Pascal (Pa). É pois vantajoso recorrer a um artifício matemático, convertendo a escala linear de pressão sonora em Pascal (Pa), numa escala logarítmica de nível de pressão sonora em decibel (dB). Nesta nova escala, a relação entre um som correspondente ao limiar da audição humana e um som doloroso, abrange apenas 120 unidades (Instituto do Ambiente, 2004).



Imagem 2.3 – Limiar da audição humana (Instituto do Ambiente, 2004)

Como já se abordou, sendo a escala de decibéis logarítmica, um aumento no nível de som de três decibéis representa um aumento da intensidade de ruído para o dobro. Por exemplo, uma conversa normal pode atingir cerca de 65 dB e o nível atingido por alguém a gritar será de cerca de 80 dB. A diferença em dB é apenas de 15 valores, mas a pessoa que grita atinge uma intensidade 30 vezes superior. A sensibilidade do ouvido humano em relação a diferentes frequências também varia; por conseguinte, o volume ou intensidade do ruído são normalmente medidos em decibéis com ponderação A (dB(A)). A intensidade de um ruído não constitui o único factor que determina a sua perigosidade; a duração da exposição é também muito importante. Para considerar este factor, são empregues níveis médios de som ponderados em função da sua duração. No caso do ruído no trabalho, esta duração é geralmente de um dia de trabalho de oito horas (Instituto do Ambiente, 2004).

Segundo a OSHA (2011) citando Eurostat (2002) diariamente, há milhões de trabalhadores europeus expostos ao ruído e a todos os riscos inerentes a essa exposição nos seus locais de trabalho. Um em cada cinco trabalhadores europeus tem de falar alto durante pelo menos metade das suas horas de trabalho e 7% sofre de problemas auditivos relacionados com o trabalho. De acordo com os dados disponíveis, a perda de audição provocada pelo ruído é a doença ocupacional mais comum na União Europeia (OSHA,2011).

O espectro do som no ambiente de trabalho oscila entre moderadamente indesejado até ao indesejado irritante e pode ser descrito em períodos curtos até contínuos, previsíveis ou não. Assim, o ruído no local de trabalho pode incluir vozes de pessoas, música, sons de máquinas e equipamentos inerentes ao trabalho, e o mesmo som pode ter efeitos diferentes consoante quem o ouve, dependendo da perspectiva individual e da situação em si, sendo que alguns sons podem afectar o desempenho e a satisfação no trabalho (Bechtel e Churchman, 2002).

Não é preciso um ruído excessivamente elevado para gerar problemas no local de trabalho. O ruído pode interagir com outros perigos no local de trabalho e aumentar os riscos para os trabalhadores, por exemplo, aumentando o risco de acidente ao impedir que sinais de aviso sejam ouvidos ou sendo um factor causal no stress relacionado com o trabalho.

A exposição ao ruído pode colocar os trabalhadores perante uma série de riscos para a sua segurança e saúde:

- Perda de audição: o ruído excessivo prejudica as células ciliadas da cóclea, parte do ouvido interno, conduzindo à perda de audição. "*Em muitos países, a perda de audição induzida pelo ruído é a doença profissional irreversível de maior prevalência*" (OSHA, 2011 citando OMS, 1997). De acordo com um grupo de estudo da Universidade de Maastricht (1999) citado pela OSHA (2011), estimativas apontam para uma taxa de pessoas na UE afectada por problemas auditivos superior à população total de França.
- Efeitos fisiológicos: existem provas de que a exposição ao ruído tem efeitos sobre o sistema cardiovascular provocando a libertação de catecolaminas e o aumento da pressão arterial. Os níveis de catecolaminas no sangue (incluindo epinefrina (adrenalina) estão associados ao stress.
- Stress relacionado com o trabalho: o stress relacionado com o trabalho só muito raramente advém de uma só causa, sendo geralmente provocado pela interacção de vários factores de risco. O ruído no ambiente de trabalho pode ser stressante, mesmo em níveis bastante baixos (OSHA, 2011).
- Risco acrescido de acidentes: os elevados níveis de ruído dificultam a audição e a comunicação dos trabalhadores entre si e aumentam, por conseguinte, a probabilidade de ocorrência de acidentes. Este problema pode ser agravado devido ao stress relacionado com o trabalho (no qual o ruído pode constituir um factor) (OSHA, 2011).

O Ruído varia ao longo do tempo sendo que, quando se pretende por exemplo, caracterizar o ruído numa determinada sala de trabalho, uma medição instantânea do seu valor não é suficiente. Apenas uma média, obtida após um tempo de medição adequado, será efectivamente representativa.

Actualmente, o equipamento mais utilizado na caracterização de um ruído é o Sonómetro com análise em frequência. O Sonómetro mede o nível de pressão sonora ponderado A, permitindo assim a obtenção de um valor que corresponde à sensação com que o Ser Humano percebeu o ruído em análise. Quando o sonómetro possibilita a realização de análises em frequência, a avaliação do ruído é ainda mais precisa, já que para além da respectiva amplitude, também a sua "qualidade" fica determinada (Arezes, 2002).

O sonómetro permite a obtenção de diversos indicadores de ruído:

- instantâneos (SPL);
- médios (LAeq);

- estatísticos ou níveis percentis representado por LN, que é o nível de pressão sonora que foi excedido em N% do tempo de medição (por exemplo: L95, L50, L10);
- máximos, mínimos (Lmax, Lmin) (Arezes, 2002).

O ruído diminui com a distância do receptor à fonte sonora, propagando-se até atingir um obstáculo. Perto de um solo absorvente (por exemplo: solo cultivado, floresta) o ruído propaga-se com dificuldade; pelo contrário um solo reflector (por exemplo: calçada, piso asphaltado) facilita a propagação. Quando o ruído atinge um obstáculo, uma parte é reflectida e a restante é absorvida, dissipando-se sob a forma de calor, sendo, eventualmente, transmitida através do obstáculo. Para que um ruído não seja audível é necessário impedir a sua propagação. Tal pode ser conseguido através da colocação de obstáculos (os já existentes e/ou os especialmente construídos para o efeito) entre a fonte e o receptor, ou então controlar a fonte emissora desse mesmo ruído (Instituto do Ambiente, 2004).

Assim, qualquer pessoa exposta ao ruído está potencialmente em risco. Quanto mais elevado for o nível do ruído e mais prolongada a exposição, maior é o risco de se sofrer danos por causa do ruído.

2.2 Qualidade de vida

Nos finais do século XX, houve um aumento substancial da investigação relacionada com a qualidade de vida, daí este ser considerado um conceito recente, na sua vertente mais genérica, por ser utilizado nas mais variadas áreas como a Economia, Psicologia, Medicina, Política e a Saúde (Ribeiro, 1994).

Definir qualidade de vida não é tarefa simples. O contexto é extremamente complexo, ambíguo, lato, volúvel e difere de cultura para cultura, de época para época, de indivíduo para indivíduo e até num mesmo indivíduo se modifica com o decorrer do tempo, o que hoje é boa qualidade de vida pode não ter sido ontem e poderá não o ser daqui a algum tempo (Campos e Neto, 2008).

A expressão qualidade de vida foi utilizada pela primeira vez associada à economia por Lyndon Johnson, em 1964, data em que começou o seu mandato de presidente dos EUA, ao afirmar que os objectivos da economia não podiam ser medidos através do balanço dos bancos, mas através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas (Ribeiro, 2005). A novidade do discurso do Presidente assentava numa visão inovadora para a avaliação da variável, qualidade de vida, já que apontava como

indicador principal os aspectos que só se podiam avaliar com base na opinião das pessoas em detrimento dos respectivos objectivos.

Mais tarde, em 1976, Augus Campbell considerava que a qualidade de vida é "... *uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é.*"

Com o passar dos tempos a qualidade de vida passou a ser cada vez mais alvo de estudo e reflexão, e a partir dos anos 80 começou a ser encarada numa perspectiva multidimensional: biológica, psicológica, económica e cultural, uma vez que a qualidade de vida depende destes factores e é subjectiva (Canavarro *et al.*, 2006).

Calman (1984), por sua vez, define a qualidade de vida como um ponto em que as esperanças e as ambições são igualadas pela esperança, enquanto Ferrans e Powers (1985) definem-na como as percepções de bem-estar do indivíduo, que resultam da satisfação ou insatisfação com dimensões da vida que são importantes para o mesmo.

Já em 1994, Gil *et al.* debruçaram-se sobre este tema no âmbito da saúde, e concluíram que tanto a nível da definição do conceito de qualidade de vida, como a nível dos instrumentos de avaliação da mesma, existe pouca clareza e consistência, apesar de cada vez existirem mais definições e instrumentos, o que é comprovado por Costa Neto, que em 1998 identificou quase 450 instrumentos de avaliação da qualidade de vida, dos quais 322 só começam a aparecer em bibliografia depois dos anos 80, verificando-se que a reflexão sobre esta temática tem vindo a aumentar. De acordo com Ribeiro (1994), este afirmou que a qualidade de vida é "*um termo que surgiu como conceito de condições de vida no trabalho, como um conjunto de aspectos de bem-estar, saúde e segurança física, mental e social, capacidade de desempenhar actividades com segurança e com máximo aproveitamento possível da energia de cada trabalhador (produtividade).*"

A qualidade de vida, está directamente relacionada com a percepção que cada um tem de si e dos outros, do mundo que o rodeia e pode ser avaliada mediante critérios apropriados tais como, a educação, a formação de base, a actividade profissional, as competências adquiridas, a resiliência pessoal, o optimismo, as necessidades pessoais e a saúde (Pires, 1998). Estes critérios são valorizados de forma diferente por cada indivíduo consoante as circunstâncias físicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais e económicas em que este se encontra, o que levou a que vários autores se tenham empenhado a criarem escalas de avaliação de qualidade de vida específicas, dando origem a diversos conceitos de qualidade de vida (Leal, 2008).

De acordo com Pires (1998), a qualidade de vida tem a ver com a forma como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano. Compreende aspectos como a saúde, a educação, o transporte, a moradia, o trabalho e a participação nas decisões, em situações muito variadas como o atendimento digno em caso de doença e de acidente, o nível de escolaridade, o conforto e a pontualidade nas deslocações, a alimentação em quantidade suficiente e em qualidade e até a posse de electrodomésticos.

Barbosa e Ribeiro (2000), consideram a qualidade de vida como *"(...) uma das dimensões da vida humana, desejada e perseguida por todos os indivíduos desde a infância até à velhice"*.

Conforme afirma Meneses (2005) a proliferação de definições sobre qualidade de vida demonstra o interesse que a comunidade científica tem demonstrado nesta área, por este facto, e na ausência de uma definição operacional amplamente aceite, considera que não é descabido esperar-se que os investigadores delineiem claramente o que entendem por qualidade de vida e que identifiquem componentes específicos a considerar e a medir.

Schipper, Clinch e Power (1990) citados por Ribeiro (2005) propõem quatro características operacionais associadas ao paradigma da qualidade de vida, e que devem ser consideradas na sua avaliação: multifactorialidade, auto-administração, variação temporal e subjectividade. Explica Ribeiro (2005) que a multifactorialidade significa que os parâmetros deste conceito abrangem mais que um único aspecto ou domínio, representando uma larga variedade de experiências pessoais, e da maneira como são percebidas e relacionadas, tendo em conta, nomeadamente, dimensões físicas, psicológicas, económicas e do ambiente político.

A auto-administração significa segundo Ribeiro (2005), que *"a qualidade de vida da pessoa que está a ser avaliada só pode ser interpretada por ela"*, já que a concordância desta entre o indivíduo avaliado, os profissionais de saúde e os que lhe estão próximos, é modesta de acordo com a investigação. A variação temporal significa para o mesmo autor que a qualidade de vida varia com o tempo e que por sua vez a subjectividade se baseia na percepção pessoal da pessoa avaliada porque depende dos valores, crenças, julgamentos, preferências, expectativas e percepções pessoais. No entanto, o autor alerta que a qualidade de vida, tal como qualquer outra medida, não pode ser subjectiva do ponto de vista métrico, dado que tem de satisfazer critérios de validade, de fidelidade, entre outros, que permitam caracterizá-la como medida.

Deste modo, o conceito de qualidade de vida implícito neste trabalho vai ao encontro da definição sugerida pela OMS em 1993, e da qual decorre a construção do instrumento de avaliação WHOQOL-100, que refere que qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, do contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive, em relação aos seus objectivos, desejos, normas e inquietudes, sendo um conceito muito amplo que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio.

Assim, trata-se de um conceito amplo e complexo, que reflecte a percepção que os indivíduos têm de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas ou ainda, se lhe estão a ser negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, independentemente do seu estado de saúde físico ou das condições sociais e económicas (OMS, 1998).

Verifica-se assim, que o conceito de qualidade de vida evoluiu ao longo do tempo tendo sido avaliado em diferentes perspectivas, como por exemplo numa perspectiva biológica, a qualidade de vida é frequentemente associada à saúde, relativamente a determinadas patologias ou intervenções, de forma a indicar os efeitos que determinada medicação ou tratamento tem sobre a qualidade de vida dos pacientes a ele sujeitos, o que pressupõe um estudo prévio do seu nível de qualidade de vida, para ver se haverá ou não alterações (Ribeiro, 2002).

Quando a qualidade de vida é relacionada a intervenções de saúde específicas, é utilizada como indicador nas avaliações clínicas de doenças específicas, o que segundo Seidl e Zannon (2004) se trata "*da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e da sua adaptação à condição*".

Numa perspectiva cultural, a qualidade de vida é um conceito intimamente ligado com a educação na infância, pois nesta fase da vida os pais transmitem aos filhos hábitos e valores próprios inerentes ao meio cultural onde estão inseridos, assim há a formação de exigências, hábitos e valores do meio social onde vivem, factores estes que irão determinar o conceito pessoal de qualidade de vida, no sentido de estabelecer necessidades quanto ao vestuário, à alimentação, relacionamentos, entre outros (Ávila, 2007). Já numa perspectiva económica, a qualidade de vida parece estar intimamente ligada ao suporte financeiro e bens materiais que o indivíduo possui, bem como aos sentimentos que a eles se encontram associados. Assim, nesta perspectiva

apesar de cada vez mais indivíduos referirem que é importante possuir o suficiente e não estar preocupado com o acumular de bens materiais, Navarro, 2007 refere que *"gostamos daquilo que pode ser considerado exclusivo ou que nos diferencia dos demais à nossa volta"*, outros pontos de vista existem como o de Belinky (2010) que defende que *"o importante é planejar-se para o suficiente, sem consumir com exageros e desperdício"*.

Por fim numa perspectiva psicológica, a qualidade de vida depende da perspectiva pessoal, por isso a sua definição segundo uma perspectiva psicológica é quase impossível, no sentido de falta de concordância quanto ao seu significado, sendo muitas vezes associada à felicidade ou satisfação. Como concluiu Ribeiro (2005) a partir do trabalho efectuado em 1976, por Campbell, Converse e Rodgers, intitulado *The Quality of American Life*, um dos primeiros grandes estudos elaborados neste campo, as relações entre as condições objectivas e os estados psicológicos são muito imperfeitas e, assim, de modo a conhecer a experiência de qualidade de vida, será necessário ir directamente ao próprio indivíduo para que ele descreva como sente a sua vida. Contudo, pode dizer-se que a qualidade de vida, numa perspectiva psicológica, baseia-se no respeito mútuo, na capacidade de ultrapassar os problemas da vida, na felicidade, na promoção da saúde mental, na conservação de relações, no pensamento positivo, e no gostar de si próprio e dos outros, o que implica ser ético, pelo que a qualidade de vida depende do indivíduo, dos seus valores e da relação que estabelece com os que o rodeiam. Em consonância com esta ideia, a OMS (1995), declara que *"qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nas quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações."*

Na perspectiva psicológica, os critérios de avaliação da qualidade de vida estão relacionados com a imagem corporal, a profissão, a capacidade de desempenho das actividades diárias, a motricidade, a capacidade de manutenção de relações, a saúde, e outros aspectos pessoais que cada um acha fundamental, estando estes relacionados com a perspectiva de cada indivíduo. A definição de qualidade de vida assim como os critérios para a sua avaliação são então subjectivos e dependem de indivíduo para indivíduo (Ribeiro, 2005).

Actualmente, a qualidade de vida é definida segundo a perspectiva de determinados grupos de pessoas, por exemplo em função da idade ou de determinada doença, e têm-se criado instrumentos de avaliação para casos específicos.

2.2.1 Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida evoluiu ao longo do tempo, tornou-se progressivamente mais complexo e passou a ser avaliado segundo diferentes perspectivas, como sendo, biológica, cultural, económica e psicológica.

Existem dois tipos de instrumentos de avaliação da qualidade de vida: os genéricos e os específicos (Campos e Neto, 2008). Os genéricos podem ser aplicados a vários tipos de *doenças*, tratamentos ou intervenções médicas e em diferentes culturas e avaliam as perturbações a nível da saúde percebidos pelo doente. Como exemplos gerais de instrumentos de avaliação da qualidade de vida, tem-se:

- SHORT-FORM 36 – um instrumento de avaliação utilizado por culturas diferentes em diferentes situações: para avaliação da população em geral, para avaliação de práticas e investigações na área da saúde e para avaliação de políticas de saúde. Avalia o domínio físico, psicológico, das relações sociais e o independente. Foi criado na década de 80 por Anita Stewart; Ron Hays e John Ware.

- WHOQOL-100 – avalia a qualidade de vida numa perspectiva transcultural, epidemiológica, possibilitando o desenvolvimento de pesquisas que pretendam desenvolver medidas mais fidedignas. É composto por 100 perguntas, com o objectivo de caracterizar a qualidade de vida de diferentes culturas o melhor possível. Este instrumento surgiu através de um grupo de investigação associado à OMS, na segunda metade dos anos 90, que pretendia criar um conceito de qualidade de vida e avaliá-la perante uma perspectiva transcultural. É um instrumento mais específico que o anterior uma vez que avalia 6 domínios: físico, psicológico, de relações sociais, de independência, do ambiente e o espiritual.

- WHOQOL Bref – foi criado como alternativa ao WHOQOL-100, devido à extensão deste, sendo que o WHOQOL Bref contém apenas 26 questões, 2 de carácter geral e 24 de domínios específicos, sendo eles: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente (ANEXO I) (Canavarro, 2006).

Os instrumentos de avaliação específicos avaliam uma patologia distinta e quantificam os ganhos em saúde depois de determinado tratamento, como exemplos tem-se:

- THE (THE QUALITY OF LIFE – CORE 30) – é um questionário transcultural da qualidade de vida, criado pela organização europeia de investigação dos tratamentos para o cancro. Avalia sintomas específicos relativos ao cancro, o sofrimento psicológico, a interacção social, a dor física, os efeitos colaterais dos tratamentos, a saúde global, e a satisfação da prestação de cuidados. Avalia o

domínio físico, psicológico, de independência, de relações sociais e do ambiente. Este instrumento é composto por 30 questões, mas a sua utilização é complementada com outro instrumento THE QUALITY OF LIFE – BR23, que avalia sintomas específicos do cancro, imagem corporal, a sexualidade e as preocupações com o futuro.

Cada vez mais surgem instrumentos de avaliação da qualidade de vida, esta preocupação com a qualidade de vida e com a sua avaliação é um passo importante, visto que contribui para a procura de soluções que visem uma melhoria da mesma . Podemos então dizer que qualidade de vida, além de ser a percepção individual sobre a vida de cada um, é o sistema de valores pelo qual o indivíduo se rege, mas também o desenvolvimentos social, no trabalho, com a família, assim como o desenvolvimento económico e o desenvolvimento humano, sendo que a qualidade de vida é um processo que está em constante mudança, assim como a evolução técnico-científica, que acompanha as necessidades individuais (Campos e Neto, 2008).

Concluindo, é importante referir que a reflexão sobre a qualidade de vida como a busca por instrumentos que a possam avaliar é cada vez mais importante no sentido em que traduz uma preocupação pelo bem-estar humano e pela sua dignificação, indispensável à promoção da saúde.

2.3 A Enfermagem de Cuidados Intensivos

Neste estudo torna-se fundamental contextualizar a enfermagem de cuidados intensivos. 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. 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.

A Enfermagem de Cuidados Intensivos visa a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminentes ou estabelecidas e em que o objectivo primordial é suportar e recuperar estas funções vitais de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida com qualidade. Este serviço conta na sua orgânica com uma equipa de enfermagem constituída basicamente por Enfermeiros Generalistas, Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica e Enfermeiros Especialistas em Reabilitação denotando-se portanto uma preocupação em assegurar competências técnicas nos cuidados imediatos, fundamentais para assegurar as funções vitais. Também é claramente presente o ambiente altamente tecnológico e rico em maquinaria diversa indispensável à rápida actuação do enfermeiro, precisão e manutenção das funções vitais dos vários doentes em detrimento da diminuição das taxas de mortalidade.

No entanto uma unidade de cuidados intensivos não é só tecnologia, por um lado é alguém com a sua vida e saúde em risco de morte eminente, e por outro, é muito mais que isso, é a relação que é estabelecida com o doente que nem sempre está sob efeito de sedação e nessa altura exprime emoções e sentimentos que necessitam de ser atendidos, com a sua família/pessoa significativa que vive muitas vezes situações de luto antecipado e que necessita também ela de cuidados especiais; são as relações entre os diferentes grupos de profissionais que têm de permitir o funcionamento da equipa e para que esta funcione eficazmente prestando cuidados com qualidade, também os seus elementos têm de estar em equilíbrio nas diferentes vertentes da condição humana (bio-psico-social-espiritual) e entre si. A este respeito Rôxo (2004), no seu estudo sobre a prática de enfermagem de cuidados intensivos, concluiu que estas unidades intensivas representam uma atmosfera muito particular e reúnem recursos humanos e materiais sofisticados para fazer face às necessidades dos doentes, frequentemente em estado crítico, privados da presença de familiares e amigos e dependentes dos enfermeiros para satisfazer a quase totalidade das suas necessidades como Pessoa.

Resumindo, o enfermeiro de cuidados intensivos, não só tem no seu ambiente de trabalho maquinaria diversa, complexa e sofisticada (bombas infusoras, seringas infusoras, ventiladores, monitores cardíacos, etc.) como também com o aspecto emocional, lidando com vários doentes sedados ou não, com as suas respectivas

famílias e potencialmente com processos luto. Também as relações pessoais estão fortemente presentes, tanto com médicos, como com colegas enfermeiros, auxiliares e restantes profissionais implícitos no processo cura dos doentes. 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 à proximidade com os clientes em que o sofrimento é quase inevitável (Britto e Carvalho 2004).

Em suma e de acordo com o Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro, cabe ao Enfermeiro organizar e planejar a assistência a ser prestada; disponibilizar recursos humanos, materiais e equipamentos, coordenar e distribuir a equipa, garantir a qualidade e segurança do atendimento à equipa e doentes, estabelecer prioridades, atender aos objectivos da Instituição no que tange a rotinas, fluxos e normas, e interagir com as equipas multidisciplinares.

2.4 O Ruído nos Cuidados Intensivos

O ruído em unidades de cuidados intensivos é um importante factor pela crescente utilização de equipamentos com alarmes sonoros como bombas e seringas infusoras, ventiladores, monitores, entre outros, todos usados para a monitorização de parâmetros vitais de doentes em situação grave e crítica, trazendo assim, um acréscimo sonoro ao ambiente. Além de todo este ambiente, também o ritmo de trabalho por vezes traduz maior ruído, como seja em situações de emergência, em que há necessidade de uma comunicação entre profissionais com tom de voz mais audível, o abrir e fechar portas, gavetas, caixotes do lixo, entre outros.

A padronização de níveis de ruído é feita através de normas para o conforto acústico admitidos em edifícios hospitalares, escolares ou similares, consagrado na legislação portuguesa e que não devem ultrapassar os 55 dB, como é apresentado no regulamento geral sobre o ruído, pelo Decreto-lei nº 9/2007, de 17 de Janeiro.

O ruído pode ultrapassar altos níveis durante o funcionamento de vários aparelhos em conjunto, ou actividades diárias das pessoas, principalmente em determinados períodos do dia. A falta de controlo da poluição sonora nos ambientes hospitalares, principalmente nas zonas com doentes de alto risco e em estado de saúde grave pode

ser um factor negativo na recuperação dos doentes e no desempenho dos profissionais (OSHA, 2011).

Este ambiente tecnicista, com pouco tempo para o "calor humano" e repleto de maquinaria é um ambiente gerador de "stress" e um provável responsável pelo aumento do ruído, os quais não somente atingem o doente como também os profissionais de saúde (OMS, 1998). Existem variadíssimos factores que podem desencadear "stress", como sejam, a própria gravidade do doente, o excesso de trabalho, o conflito interpessoal e profissional, as visitas do doente, as novas tecnologias, o número do "staff" e da equipa multiprofissional, e mesmo a própria morte (OMS, 1998).

Segundo a OSHA (2011) as pessoas submetidas de forma prolongada a situações como as anteriormente descritas (ruídos que a tenham perturbado e frustrado os estados de atenção, concentração ou comunicação, ou que tenham sido afectadas na sua tranquilidade, descanso ou no sono), apresentam alguns dos seguintes aspectos:

- Distúrbios da comunicação, como também refere Syder (1997) que nos ambientes barulhentos, a comunicação verbal torna-se impossível, sendo difícil dar avisos e informações de perigo iminente a trabalhadores da área, aumentando a probabilidade de erros e acidentes ocupacionais.

- Distúrbios do sono. Segundo Seligman (1993), pesquisas eletroencefalográficas apresentam alterações, demonstrando que ruídos, mesmo de fraca intensidade, provocam a passagem temporária de um estado de sono profundo para outro mais leve. Sabe-se também que o barulho perturba o sono REM (movimentos rápidos dos olhos), sem acordar o indivíduo, mas causando irritabilidade, cansaço e dificuldade de concentração. No sono REM ocorre elevada ativação cortical contrapondo-se atonia muscular, além da variação da frequência cardíaca e da pressão arterial (Reimão, 1996). Como o ruído tem interferência direta na qualidade do sono, vai agir indiretamente nos efeitos do dia-a-dia do trabalhador; é incontestável a importância de uma noite "bem dormida", para o bom desempenho do indivíduo nas suas tarefas, principalmente as que exijam concentração e habilidade, refletindo num melhor rendimento no seu trabalho e na sua vida social (Seligman, 1997).

- Distúrbios comportamentais. São relatados pela maioria dos autores, uma extensa série de sintomas comportamentais. São eles: mudanças na conduta e no humor, falta de atenção e concentração; inapetência; cefaleias; redução da potência sexual; ansiedade; depressão; cansaço; fadiga; alteração na memória e stresse. Acredita-se que estes sintomas podem aparecer isolados ou mesmo juntamente

(Pimentel-Souza, 1997). Gerges (1995), acrescenta ainda: nervosismo, fadiga mental, frustração, irritabilidade, mau ajustamento em situações novas, e conflitos sociais entre operários expostos ao ruído. Alguns psiquiatras e psicólogos crêem que níveis extremamente fortes de ruído podem desencadear agressividade e violência. Afirmam que pessoas expostas ao ruído prolongado mostram maior sensibilidade e propensão para se envolver em discussões (Gerges, 1995). O Homem que retorna a casa, após um dia em ambiente ruidoso, tende a irritar-se com maior facilidade (Pimentel-Souza, 1997). É um facto incontestável que os factores individuais têm importância muito acentuada; alguns indivíduos são mais suscetíveis que outros, os efeitos relacionam-se directamente com a reacção individual e algumas pessoas têm uma tolerância maior a sons fortes (Gerges, 1995).

- Distúrbios Neurológicos. Costa (1994) referiu algumas prováveis alterações como resposta a acção do ruído, que se manifestam como: o aparecimento de tremores nas mãos, redução da reacção a estímulos visuais, dilatação das pupilas, tremores dos olhos, mudança na percepção visual das cores e desencadeamento ou piora de crises de epilepsia.

- Distúrbios Cardiovasculares. Como referido por Lacerda (1976) podem ocorrer respostas cardiovasculares semelhantes às que ocorrem no stresse agudo, com o aumento de pressão arterial e alterações hormonais e bioquímicas. Inclusive segundo Quik & Lapertosa (1981), um mecanismo também citado como envolvido na gênese da hipertensão arterial induzida pelo ruído, é o de que este elemento pode provocar uma variação da pressão arterial, através de uma adaptação estrutural dos vasos sanguíneos, em resposta aos repetidos picos de variação da pressão arterial. Também a OSHA (2011) refere que o risco de ataques de coração em pessoas submetidas a valores de ruído superiores a 65 dB(A) no período diurno, aumenta entre os 20 a 30%.

- Distúrbios circulatórios. Segundo Joachim (1983) são relatadas pela maioria dos estudiosos alterações circulatórias; o ruído age diretamente sobre o aparelho circulatório, produzindo vasoconstrição, sendo descrito também mudanças no ritmo da pulsação, aumento da viscosidade do sangue, e má oxigenação das células, podendo ocorrer problemas a nível tecidual.

- Alterações da concentração. O ruído como um som indesejável, apresenta a característica de irritar e, com isso, diminuir a capacidade de concentração mental, afectando o desempenho na habilidade de realizar tarefas, assim trabalhadores que utilizam habilidades manuais, por exemplo, podem ser muito prejudicados, tendo em vista que sua capacidade está diminuída, aumentando a probabilidade de erros e

acidentes ocupacionais, e comprometendo a execução de tarefas que exijam atenção e concentração mental (Lacerda, 1976).

- Alterações no rendimento de trabalho. A exposição a níveis elevados de ruído por um período de tempo interfere na concentração e nas habilidades, tendo como consequência a redução da performance e do rendimento de trabalho; o indivíduo fadiga mais rápido, apresentando cansaço, prejudicando o desempenho das suas actividades (Kitamura e Costa, 1995). Os mesmos autores acreditam que os níveis elevados, embora não influenciem a produção como um todo, originam uma variação na produtividade. Observou-se que, após uma pausa à exposição ao barulho, há um aumento da produtividade.

É certo que a médio ou longo prazo o organismo se habitua ao ruído, empregando para eles dois mecanismos diferentes para cada um dos quais se paga um preço diferente. O primeiro mecanismo é a diminuição da sensibilidade do ouvido e o seu preço é a surdez temporária ou permanente. O segundo mecanismo é o cérebro que se habitua, isto é, ouvimos o ruído mas não nos damos conta. Durante o sono os sinais chegam ao nosso sistema nervoso, não nos desperta mas desencadeiam consequências fisiológicas, tais como: frequência cardíaca, fluxo sanguíneo ou actividade eléctrica cerebral aumentados. É a chamada síndrome de adaptação (AMDE, 2007).

Nas UCI's os níveis de ruído situam-se frequentemente acima daqueles considerados de conforto acústico e é a equipa de saúde geralmente a maior responsável pelo excesso sonoro na Unidade, "*nas Unidades de tratamento intensivo, constatou-se o crescente emprego de equipamentos com alarmes sonoros usados para a monitorização de parâmetros fisiológicos de doentes graves trazendo um acréscimo de ruído sonoro ao ambiente*" (Braz, 1996). Raramente a equipa profissional se dá conta do quanto poderá ser ruidosa numa UCI (rádio, TV, conversa, risos, etc.), os quais podem causar alterações fisiológicas e psicológicas, (taquicardia, hipertensão, irritabilidade, stress, alteração da personalidade, angustia, etc.). Além de ser uma fonte de "stress" o ruído desencadeia uma série de reacções físicas, debilitando o estado geral de cada pessoa. "*A estrutura física de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), e o uso de aparelhos de tecnologia avançada podem resultar num ambiente inóspito não só para o doente e família como para toda a equipa assistencial e, ao mesmo tempo os níveis de ruído situarem-se acima daqueles considerados de conforto acústico*" (Braz, 1996). Também no estudo de Leitão *et al.* (2006) são

referidas as consequências desagradáveis do ruído para com a equipa de enfermagem de cuidados intensivos, referindo a perda de audição como uma possibilidade que ocorre sem dar conta e que de futuro condiciona a segurança na actuação do enfermeiro e a sua ascensão profissional, além dos riscos de acidente de trabalhos serem maiores. Neste estudo a equipa pronunciou-se várias vezes sobre o distúrbio do sono, referindo que "(...) às vezes sonho com a bomba a apitar e com uma paragem a chegar (...)", e "por vezes acordo a meio da noite em casa e penso estar a ouvir bombas infusoras (...)". A própria equipa referiu neste estudo aumento da irritabilidade com conseqüente aumento da frequência cardíaca e tensão arterial, assim como dificuldade na comunicação entre os profissionais. Também no estudo de Nishide e Benatti (2004) é abordado o ruído como risco ocupacional no seio dos enfermeiros de cuidados intensivos. Este apesar de frequente e contínuo no ambiente de UCI, é pouco percebido pelos trabalhadores como risco para a sua saúde, mas claramente visto por todos como fonte de stresse.

Abordando um pouco a perspectiva nefasta do ruído para o doente, este é um factor perturbador do sono. De acordo com a literatura pesquisada, vários estudos apontam para o facto de o sono dos doentes internados em meio hospitalar, ser perturbado pelo ruído, principalmente porque a doença provoca maior sensibilidade ao ruído. O ambiente hospitalar deverá ser propício à recuperação da saúde do doente internado, porém se houver factores que afectem o seu bem-estar como o desconforto acústico, a falta de higiene e cuidados especiais, o doente poderá aumentar o tempo de internamento ou até mesmo agravar o seu quadro clínico.

O hospital é um ambiente stressante, movimentado e ruidoso e aqui o ruído provoca efeitos psicológicos e fisiológicos, além de danos à audição, não só no doente mas também nos profissionais que diariamente trabalham nesse ambiente (Corrêa, 2005).

Mas os efeitos mais graves da exposição ao ruído têm a ver com a alteração da acuidade auditiva. Neste sentido Ichisato (2004) considera importante diferenciar diminuição da acuidade auditiva da perda permanente de audição. A primeira denomina-se de mudança temporária de limiar. Imaginando que um indivíduo sofre uma mudança temporária de limiar de 25dB, é necessário que o som seja de pelo menos 25dB para que ele possa ouvi-lo. À segunda situação deram o nome de mudança permanente de limiar por ruído. Estes conceitos estão ligados a situações provocadas por exposição prolongada (geralmente diárias, por períodos de anos) ao ruído. Na mudança permanente de limiar por ruído ocorre perda auditiva neurosensorial bilateral, lesando as células ciliadas do ouvido interno. Não são apenas

as exposições prolongadas ao ruído que afectam a audição. Um ruído súbito e extremamente elevado pode provocar o rompimento do tímpano, onde um pequeno orifício é suficiente para provocar uma diminuição auditiva de 5dB.

Os profissionais de saúde, também manifestam frequentemente alterações que eram consideradas de carácter fisiológico, mas que, com este novo enfoque no qual o ruído é uma causa de "stress", puderam ser abordadas de uma outra forma. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, (1980): "*O ruído pode perturbar o trabalho, o descanso, o sono e a comunicação nos seres humanos ... pode prejudicar ou provocar reacções psicológicas, fisiológicas e ao mesmo tempo patológicas.*" Muitos estudos revelam que o indivíduo aceita bem o ruído quando ele tem frequência, duração e níveis relativamente baixos, assim o referiu Torreira (1997) citado por Ichisato (2004).

Existem evidências de que o nervo auditivo quando estimulado por sons excessivamente intensos cria uma situação de stress, promovendo doenças cardiovasculares, insónia, depressão, irritabilidade e agressividade. Estes efeitos podem ser perturbadores da comunicação verbal e diminuir o desempenho no trabalho tal como refere Ichisato (2004).

Também Seligman (1993) no seu estudo relata que os factores não auditivos mais frequentemente ligados ao ruído são: agitação, tensão, fadiga, irritabilidade, labilidade emocional, stress, isolamento, solidão, tristeza, depressão e baixa auto-estima.

2.5 Relação entre Ruído e Qualidade de Vida

O Decreto-Lei n.º 9/2007 de 17 de Janeiro, claramente refere que a prevenção do ruído é, em primeiro lugar, uma obrigação legal do Estado mas também é uma obrigação moral e cívica de todos os cidadãos. A prevenção do ruído e o controlo da poluição sonora que visa a salvaguarda da saúde humana e o bem-estar das populações constitui tarefa fundamental do Estado, nos termos da Constituição da República Portuguesa e da Lei de Bases do Ambiente.

No estudo descrito por Lopes *et al.* (2007) a qualidade de vida é um dos pilares das políticas sociais das empresas, numa busca constante pelo equilíbrio psíquico, físico e social dos sujeitos dentro de uma organização. A excelência dos produtos e serviços, assim como as suas inovações contínuas, somente se tornam possíveis se cada funcionário desfrutar de boa saúde, condições de trabalho, incentivos, turnos de

trabalho regulares e jornada de trabalho adequada. O ruído acarreta alterações auditivas além de problemas na saúde física e mental, tais como: distúrbios de sono, transtorno cardiovascular, stresse, fadiga e tensão psicológica (Lopes *et al.*, 2007).

Ora se a Qualidade de vida, segundo a OMS (1998) é "*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*", é também considerado um conceito abstrato, subjetivo e multidimensional por envolver vários aspectos da vida humana tais como: relações sociais, saúde, família, trabalho, meio-ambiente, dentre outros. É dinâmico e pode ser influenciado por aspectos culturais, religiosos, éticos e valores pessoais (Canavarro *et al.*, 2006).

A dinâmica da qualidade de vida pode assim ser afectada fortemente pelo ruído como corrobora Syder (1997) no seu estudo, no qual refere que nos ambientes barulhentos, a comunicação verbal torna-se impossível, podendo causar transtornos de comunicação como distorção da voz, prejudicando a compreensão da fala, levando o indivíduo ao isolamento social, já que não consegue participar efectivamente da conversação, trazendo dificuldades de interação, tanto no meio familiar, nos ambientes de lazer e no seu ambiente profissional. Também Pimentel-Souza (1997) relatou que o ruído em intensidade elevada pode desencadear alguns distúrbios comportamentais tais como stresse, causando até perda de memória. Por fim foi demonstrado também no estudo de Ávila (2007) sobre a qualidade de vida dos trabalhadores expostos ao ruído que, 44% dos trabalhadores pesquisados relataram que as pessoas os consideram mal-humorados, e 66% disseram ser considerados nervosos pelos seus familiares e/ou amigos. Conforme Pimentel-Souza (1997), existe uma série de factores de comportamento, como, por exemplo, alteração de humor, ansiedade, nervosismo e stresse, que estão relacionados com o ruído.

Com tudo isto, o ruído é claramente um stressor ambiental, como corrobora o estudo de Menzani e Bianchi (2009) que detectaram que quando existe um ruído inesperado, este provoca no organismo uma reacção de alarme pelo aumento de corticóides, adrenalina e noradrenalina, levando a uma situação de stresse, originando sintomas como náuseas, cefaleia, irritabilidade, instabilidade emocional, ansiedade, insônia, diminuição da produtividade e aumento do número de acidentes.

Assim, o ruído gerado nos locais de trabalho, denominado ruído laboral/ocupacional, assume um papel importante na vida dos nossos dias, por ser uma das principais causas de doenças profissionais em Portugal levando a que a surdez profissional seja uma das doenças profissionais mais frequentes, e surge devido a uma exposição dos

trabalhadores a elevados níveis de ruído afectando e condicionando as suas prestações no trabalho ao nível da qualidade, produtividade e da propensão para os acidentes (OSHA, 2011). No entanto os trabalhadores ficam claramente afectados não só a nível físico mas também psicológico, pois sendo o ruído uma fonte de stresse ambiental como foi abordado anteriormente, este altera o modo de agir dos sujeitos influenciando a sua postura perante a vida. Tal facto é descrito em mais um estudo de Santos e Castro (1998) "*o stresse modifica o comportamento das pessoas perante as outras (...) as pessoas podem-se tornar menos sociáveis e adoptam uma postura mais hostil e insensível perante os outros, assim como poderão desenvolver sintomas de tristeza e solidão*".

2.6 O Ruído e a Qualidade de Vida para a Higiene e Segurança do Trabalho

Torna-se fundamental abordar um pouco os conceitos de higiene, segurança e saúde do trabalho afim de se entender o ruído como risco laboral e conseqüente influenciador na qualidade de vida dos trabalhadores. A higiene do trabalho propõe-se combater, dum ponto de vista não médico, as doenças profissionais, identificando os factores que podem afectar o ambiente do trabalho e o trabalhador, visando eliminar ou reduzir os riscos profissionais ou condições inseguras de trabalho que podem afectar a saúde, segurança e bem-estar do trabalhador (ACT, 2011).

A segurança do trabalho propõe-se combater, também dum ponto de vista não médico, os acidentes de trabalho, quer eliminando as condições inseguras do ambiente, quer educando os trabalhadores a utilizarem medidas preventivas. Para além disso, as condições de segurança, higiene e saúde no trabalho constituem o fundamento material de qualquer programa de prevenção de riscos profissionais e contribuem, na empresa, para o aumento da competitividade com diminuição da sinistralidade. Já a saúde do trabalho visa a abordagem que integra para além da vigilância médica, o controlo dos elementos físicos, sociais e mentais que possam afectar a saúde dos trabalhadores (ACT, 2011).

Os vários tipos de trabalho sempre estiveram associados à vertente humana, mas nem sempre tratada como a sua componente preponderante. Até meados do século XX, as condições de trabalho nunca foram levadas em conta, sendo sim importante a produtividade, mesmo que tal implicasse riscos de doença ou mesmo a morte dos trabalhadores (AEP, 2004). Para tal contribuía dois factores, uma mentalidade em que o valor da vida humana era pouco mais que desprezível e uma total ausência por

parte dos Estados de leis que protegessem o trabalhador. Apenas a partir da década de 50/60, surgem as primeiras tentativas sérias de integrar os trabalhadores em actividades devidamente adequadas às suas capacidades (AEP, 2004).

Actualmente em Portugal existe legislação que permite uma protecção eficaz de quem integra as diferentes actividades, devendo a sua aplicação ser entendida como o melhor meio de beneficiar simultaneamente as empresas e os trabalhadores na salvaguarda dos aspectos relacionados com as condições ambientais e de segurança de cada posto de trabalho (OSHA, 2011).

Na actualidade, em que certificações de Sistemas de Gestão da Qualidade e Ambientais ganham tanta importância, as medidas relativas à Higiene e Segurança no Trabalho tardam em ser implementados pelo que o despertar de consciências é fundamental.

Já descrito na OSHA (2011) o ruído é visto como um agente físico que pode afectar de modo significativo a qualidade de vida. Sem medidas de controlo ou protecção, o excesso de intensidade do ruído, acaba por afectar o cérebro e o sistema nervoso, sendo que o recomendado para 8 horas diárias de trabalho, o limite máximo de ruído estabelecido é de 85 decibéis. A OSHA (2011) refere ainda que em condições de exposição prolongada ao ruído por parte do aparelho auditivo, os efeitos podem não só resultar na diminuição da acuidade auditiva, como também deixar o trabalhador com dificuldades para se relacionar com os colegas e família, assim como dificuldades acrescidas em se aperceber da movimentação de equipamentos móveis ou alarmes de máquinas, agravando as suas condições de risco por acidente físico, para si ou para outros.

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde do Trabalho foi criada pela União Europeia com vista a satisfazer as necessidades de informação em matéria de Segurança e Saúde no trabalho, tendo como principal fim a melhoria da qualidade de vida da população trabalhadora. Esta refere assim que o ruído poderá afectar em diferentes níveis, não só a perda de capacidade auditiva mas também pode ter repercussões na capacidade produtiva das pessoas, assim como pode destruir a sua vida social, isolando-as da comunidade que as rodeia, decrescendo a sua qualidade de vida.

Perante toda esta panóplia de estudos e informações encontradas, o presente estudo foi elaborado tendo como objectivo avaliar o impacto do ruído na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de cuidados intensivos.

3. OBJECTIVOS

Define-se como objectivos deste estudo:

a) Objectivo Geral

- Identificar o impacto do ruído na percepção de qualidade de vida dos enfermeiros de Cuidados Intensivos.

b) Objectivos Específicos

- Determinar a percepção dos enfermeiros que constituíram a amostra, em relação a: existência de ruído, consequências do ruído e fontes de ruído;

- Determinar a percepção dos enfermeiros, que constituíram a amostra, acerca da influência do ruído em contexto profissional na sua qualidade de vida;

- Correlacionar o grupo etário e a experiência profissional com as diferentes "vivências individuais dos enfermeiros" em contexto profissional e com as classificações atribuídas às diferentes fontes de ruído;

- Avaliar a Qualidade de Vida dos enfermeiros que compõem a amostra;

- Correlacionar a Qualidade de Vida dos enfermeiros com as variáveis demográficas, com a percepção das consequências do ruído e com a caracterização do mesmo em UCI's;

- Identificar estratégias de redução do ruído nas UCI's utilizadas pelos enfermeiros da amostra em estudo.

Pretende-se ainda com este trabalho, tentar apontar estratégias para a redução do ruído nas UCI's com vista à promoção da saúde e segurança dos enfermeiros.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O estudo que se apresenta é definido como quantitativo, porque entende medir de forma objectiva e com a utilização de questionários e tratamento de dados objectivos, sendo que o que existe pode ser medido, além de obter resultados susceptíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecerem melhorias em situações particulares (Fortin, 2009). É um estudo exploratório descritivo pois "*descreve um fenómeno mal conhecido (...) visa compreender a incidência de fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar um situação (...) a descrição precede a exploração*" (Fortin, 2009).

4.2 População e Amostra

A população "*conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns*" (Fortin, 2009), compreende neste estudo, 40 Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Cuf Descobertas e Hospital Cuf Infante Santo, todos eles sujeitos a um ambiente físico idêntico. Definiram-se como critérios de inclusão: os enfermeiros no activo; com mais de um ano de profissão em unidade de cuidados intensivos. Definiu-se como único critério de exclusão os enfermeiros com menos de um ano de profissão em UCI.

Quanto à amostra englobou-se a totalidade da população, considerando-se os 40 enfermeiros, uma vez ser uma população pequena e a exequível no tempo disponível. O método de amostragem é não probabilístico uma vez que se considerou como amostra o total da população, logo na primeira encontravam-se as características conhecidas na segunda, ou seja, o total de enfermeiros, femininos e masculinos, a trabalhar no activo em cuidados intensivos com mais de um ano de profissão, sem critérios de exclusão de idade, habilitações literárias ou tempo de profissão, apenas excluindo aqueles que trabalham há menos de 1 ano nas respectivas unidades de cuidados intensivos em estudo.

4.3 Local onde se implementou o estudo

Considera-se oportuno fornecer algumas informações sobre o Hospital Cuf Descobertas (HCD) e o Hospital Cuf Infante Santo (HCIS), nomeadamente das suas Unidades de Cuidados Intensivos.

Os dois Hospitais envolvidos neste estudo pertencem ao Grupo José de Mello Saúde SA, e são hospitais de fundos privados, que apostam na componente técnica e humana dos profissionais envolvidos com vista a um serviço público de elevada qualidade. Todas as pessoas são possíveis clientes, embora estes hospitais não possuam acordo com alguns sistemas de saúde, assim, são os possuidores de seguros e os clientes particulares que se tornam o principal grupo a recorrer a estas instituições de saúde.

O Hospital Cuf Infante Santo foi inaugurado em 1945, altura em que se designava Hospital da Cuf, e localiza-se no centro de Lisboa, na zona de Santos. Tem capacidade para 142 camas de internamento, das quais 12 na UCIP. Em relação aos recursos humanos, a UCIP do HCIS tem um total de 22 enfermeiros, 7 auxiliares de acção médica e 6 médicos.

O Hospital Cuf Descobertas teve o seu início de actividade em 2001, comportando características físicas modernas, localizando-se no Parque das Nações. Tem a capacidade de 159 camas de internamento, 9 das quais na UCIP. Quanto aos recursos humanos, a UCIP do HCD tem um total de 18 enfermeiros, 7 auxiliares de acção médica e 5 médicos.

Estas unidades têm um espaço físico relativamente diferente das enfermarias, uma vez que todas as camas estão visíveis da bancada central, chamada de bancada de trabalho, e portanto estão dispostas em espaço totalmente aberto, onde as unidades dos diferentes doentes estão separadas por cortinas. Possuem ainda várias janelas para o exterior, no entanto apenas duas no extremo têm possibilidade de abertura. Fazem também parte da estrutura destas UCI's, uma sala de sujos, uma sala de passagem de turno, 2 gabinetes, um médico e outro de enfermagem, que pertencem às chefias. Existem outras salas anexas a estas unidades, no entanto considerou-se não referir uma vez que não influenciam directamente no funcionamento das mesmas.



Imagem 4.1 – Fotografia da UCIP do Hospital Cuf Descobertas

Estas unidades de cuidados intensivos polivalentes, como este último nome indica, não abarcam nenhuma patologia mais comum, apenas tratam doentes em risco de vida e com necessidade premente de cuidados de enfermagem e médicos intensivos. Comportam doentes graves e muito graves do foro cirúrgico ou médico, com as mais diversas patologias, sejam elas cardíacas, respiratórias, infecciosas, oncológicas e neurológicas, entre outras.

Tanto no HCD como no HCIS por cada turno de trabalho estão sempre presentes 3 enfermeiros, 1 auxiliar de acção médica e 1 médico, excepto no turno da manhã que ocorre entre as 8h e as 16h, em que o fluxo de trabalhadores está aumentado, resultando em 4 enfermeiros (sendo um deles a Enfermeira Chefe), 2 auxiliares de acção médica, 3 médicos e 1 secretária de unidade. Além destes poderão sempre recorrer à unidade vários técnicos de saúde com vista à intervenção junto dos doentes graves, como sendo, fisioterapeutas, técnicos de imagiologia, técnicos de cardiologia e ainda médicos de especialidades que poderão ser chamados a intervir.

As UCIP's dos hospitais acima referidos, abarcam um vasto leque de materiais de trabalho que devido ao avanço tecnológico e à gravidade dos doentes internados, resulta num aumento de maquinaria diversa, tornando as unidades ricas em sons variados resultantes de camas articuláveis, seringas e bombas infusoras, ventiladores, aspiradores, bombas de alimentação, monitores cardíacos, todos estes com os seus sons próprios mas também com sons pontualmente agudos devido a alarmes.



Imagem 4.2 – Fotografia da Unidade do doente de Cuidados Intensivos do HCD

Outros sons comuns e permanentes nestas unidades são os telefones do serviço, a comunicação entre profissionais, as vozes dos familiares em horário de visita, as campainhas dos doentes e da porta de entrada, o rádio, entre outros.

4.4 Instrumento de recolha de dados

Como instrumento de colheita de dados, utilizou-se um questionário com questões fechadas, que no seu total englobou 50 perguntas. Este questionário foi adaptado de dois já existentes, um elaborado e utilizado num estudo com o intuito de perceber a “Influência do Ruído na Comunicação Interpessoal” (Sousa, 2006), composto por 27 perguntas, apresentando duas partes distintas, uma primeira sobre a percepção da influência do ruído como experiência na UCI, na experiência profissional e na individual dos inquiridos. A segunda engloba sete questões para a caracterização da amostra, referindo-se a dados pessoais (sexo e idade) e dados profissionais (tempo de profissão e tempo de trabalho na UCI em questão ou noutra). O outro é o questionário abreviado, WHOQOL-Bref, versão portuguesa (Canavarro, 2006), sobre qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, obtida por consentimento pela Universidade de Coimbra (ANEXO II). Esta é uma versão composta por vinte e seis questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídos do WHOQOL-100, versão não abreviada e validada para a população portuguesa, Canavarro *et al.* (2006), e comporta quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio

ambiente, que por sua vez integram vários subdomínios ou facetas. Ou seja, o Domínio Físico é constituído pelas facetas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; actividades de vida quotidiana; dependência de 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. Já o Domínio Relações Sociais é constituído pelas facetas: relações pessoais, suporte social e actividade sexual, enquanto que o Domínio Meio Ambiente é constituído pelas facetas: segurança física e protecção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; oportunidades de lazer; ambiente físico e transporte. O questionário é ainda constituído por duas questões gerais, uma sobre a percepção de saúde e outra sobre a percepção de Qualidade de Vida, as quais perfazem o domínio Geral para o qual é atribuído valores, obtidos a partir das respostas para se chegar ao resultado final, à semelhança do que é feito com as questões de cada um dos domínios acima referidos. Cada pergunta de cada domínio é pontuada numa escala de 1 a 5, em que as pontuações mais elevadas indicam melhor qualidade de vida.

A escolha do questionário como instrumento de recolha de dados foi feita por apresentar certas vantagens como, ser uma forma eficaz de recolha de informação pelo facto do sujeito responder ele próprio às questões formuladas, permitir a codificação das respostas à maior parte das perguntas e além disso permitir a quantificação de uma multiplicidade de dados (Quivy e Campenhoudt, 1988).

4.4.1 Pré-teste

Para adaptação do questionário ao presente estudo, foi efectuado um pré-teste a cerca de 10% da amostra (4 enfermeiros) numa outra Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), do Hospital de Santa Marta. Pois *“pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo”* (Fortin, 2009).

Tendo em conta os resultados do pré-teste, o questionário não teve necessidade de ser reformulado, e portanto, foi distribuído à população em causa (ANEXO III). Para

facilitar a expressão de resposta convencionou-se que cada inquirido assinalava o indicador mais adequado à sua opinião.

O pedido de autorização para a realização deste estudo e conseqüentemente a aplicação do instrumento de recolha de dados que permitisse a realização do mesmo, foi feito através de uma carta dirigida à Direcção dos Serviços de Enfermagem do Hospital Cuf Descobertas e Hospital Cuf Infante Santo e respectivas chefias dos serviços onde se aplicou o questionário.

4.5 Procedimento

O procedimento do estudo iniciou-se pelo contacto com as instituições, de modo a explicar o intuito e o que poderia trazer de novo às mesmas, em prol não só do trabalhador mas também do patronato. De seguida, foi redigida carta com a explicação do estudo e apresentação do questionário, à Direcção dos hospitais Cuf Descobertas e Cuf Infante Santo e posteriormente às chefias dos serviços de cuidados intensivos. Após a sua autorização (ANEXO IV), foram distribuídos os questionários, todos eles precedidos de uma carta de apresentação e de sensibilização, motivando o inquirido para a sua colaboração, frisando o anonimato das respostas. O questionário foi então auto-administrado, uma vez que após a leitura das instruções, o respondente preencheu o questionário sem qualquer ajuda ou presença.

Os questionários foram deixados ao cuidado das chefias das UCI's num envelope devidamente identificado para o efeito, e outro ao lado onde se colocou os questionários preenchidos. Aquando do preenchimento, os profissionais além de colocarem no envelope fechado o seu questionário, colocaram um visto no seu nome, em folha própria, por forma a haver garantia de preenchimento por parte de todos os enfermeiros da unidade em questão. No final foram recolhidos nos respectivos envelopes fechados e numerados de 1 a 40 com vista a facilitar o tratamento de dados. Apesar de não ter sido recusado o preenchimento do questionário por nenhum elemento da população, houve a necessidade de anular um dos questionários uma vez que não estava preenchido na sua totalidade, por falta dos dados demográficos.

5. ANÁLISE DOS DADOS

Tratou-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e correlacional, uma vez que foi através de correlação múltipla e de regressão que se tentou determinar a influência de uma ou mais variáveis independentes, sobre a variável dependente.

A análise dos dados foi realizada utilizando por base o programa de análise de dados SPSS versão 17.0.

A análise quantitativa, foi do tipo estatística descritiva e correlacional através da organização e descrição dos dados de forma numérica, através de tabelas de frequências e percentagens. Para efectuar correlações utilizou-se o coeficiente de *Spearman* e *Pearson*, e igualmente os valores foram organizados por tabelas e assinalados na presença de significância.

Quanto aos dados do WHOQOL-Bref foram igualmente tratados pelo programa SPSS 17.0, codificados sob forma numérica, de acordo com o manual de utilizador e sintaxe fornecidos previamente pela universidade de Coimbra. Depois da respectiva pontuação do instrumento, o tratamento de dados iniciou-se pela análise estatística dos resultados WHOQOL – Bref obtidos junto dos enfermeiros. Posteriormente, explorou-se as médias e desvio-padrão dos diferentes domínios fazendo a sua interpretação. Utilizou-se para a análise dos dados, como referido anteriormente, o coeficiente de correlação de *Spearman* que é uma medida de correlação não-paramétrica, sendo utilizado para determinar a existência de relações entre 2 variáveis com dados ordinais, que neste estudo se referia a averiguar se o grupo etário ou a experiência profissional, número de anos de actividade, ocorriam simultaneamente com as vivências individuais dos enfermeiros. Também usada foi a correlação de *Pearson* pois é um coeficiente de correlação usado para medir o grau de relação entre duas variáveis quantitativas de intervalos ou proporções (Fortin, 2009), variando o seu valor ente -1 e +1, e neste caso pretendeu-se analisar se a “experiência profissional em UCI`s” e as “classificações atribuídas aos ruídos produzidos por diferentes fontes de ruído” ou o grupo etário se relacionavam entre si.

Utilizaram-se ainda modelos de regressão linear múltiplos para analisar o efeito das variáveis sócio-demográficas (género, grupo-etário, experiência profissional e experiencia profissional em UCI) e da variável “intensidade do ruído” nos diferentes domínios do WHOQOL-Bref (Domínio Geral, Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio Relações Sociais e Domínio Meio Ambiente – ANEXO I). Na sequência da análise anterior procedeu-se à comparação das médias dos domínios que constituem

o WHOQOL-Bref consoante o género, sendo utilizada a estatística ANOVA que permite analisar dados provenientes de mais do que dois grupos, ou seja, permite comparar a variância de cada grupo com a variância que existe entre os grupos (Fortin, 2009).

Por fim, foi feita também a correlação entre as consequências do ruído assinaladas pelos enfermeiros e a sua Qualidade de Vida através do correlação *bisserial-Pearson*, que estima a correlação de *Pearson*, mas que é usada quando em presença de variáveis dicotómicas (neste caso, "Sim" e "Não") versus variáveis quantitativas, neste caso os scores dos vários domínios do WHOQOL - Bref (Fortin, 2009), afim de verificar se as consequências do ruído estavam correlacionadas com a sua qualidade de vida. Foi feita também a correlação entre a caracterização do ruído feita pelos enfermeiros e a sua Qualidade de Vida através da correlação de *Spearman*, anteriormente explicada, a fim de perceber se a percepção da presença de ruído e a sua necessidade de controlo interferia na qualidade de vida dos inquiridos.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados referentes aos questionários foram analisados com base no programa SPSS 17.0, como referido anteriormente. Para as variáveis categóricas utilizou-se análise descritiva a partir do cálculo de frequências, tanto absolutas, como a nível percentual. Foi empregado ainda, a sintaxe WHOQOL-Bref no SPSS para avaliação dos valores encontrados para a Qualidade de Vida.

6.1 Caracterização da Amostra

Como se pode observar na tabela 6.1, a amostra do estudo foi constituída por 39 indivíduos, 10 (26%) do género masculino e 20 (74%) do género feminino. A maioria dos sujeitos (59%) tinha idades inferiores a 40 anos e 57% exerciam a profissão há menos de 15 anos.

Tabela 6.1 - Características sócio-demográficas da amostra

		N	%
		39	100
Género	Masculino	10	25,6
	Feminino	29	74,4
Grupo Etário (anos)	23-30	7	17,9
	31-40	16	41,0
	41-50	10	25,6
	≥ 51	6	15,4
	Experiência Profissional (anos)	1-5	5
	6-10	5	12,8
	11-15	12	30,8
	16-20	5	12,8
	21-25	7	17,9
	≥ 26	5	12,8

O exercício profissional até 10 anos em Unidade de Cuidados Intensivos representava 64% dos inquiridos, porém 48,7% dos sujeitos adquiriram ainda experiência profissional noutras UCI's.

Tabela 6.2 - Características da experiência profissional em UCI da amostra

		N	%
Experiência Profissional na UCI (anos)	1	6	15,4
	1,5	1	2,6
	3	1	2,6
	4	2	5,1
	5	3	7,7
	7	1	2,6
	8	2	5,1
	9	1	2,6
	10	8	20,5
	11	5	12,8
	12	1	2,6
	17	1	2,6
	18	2	5,1
	20	1	2,6
	21	2	5,1
Exercício Profissional noutra UCI (anos)	22	1	2,6
	34	1	2,6
	Não	20	51,3
	Sim	19	48,7
	1	3	7,7
	2,5	2	5,1
	3	2	5,1
	4	2	5,1
	5	3	7,7
	6	2	5,1
	7	1	2,6
	8	1	2,6
	12	1	2,6
	13	1	2,6
14	1	2,6	

6.2 Resultados relativos ao objectivo "Determinar a percepção dos enfermeiros que constituíram a amostra em relação a: existência de ruído; consequências do ruído e fontes de ruído"

Para dar resposta ao objectivo, como se pode observar na tabela 6.3 a totalidade dos inquiridos refere a presença de ruído no local de trabalho (100%), argumentando 64%

dos sujeitos que é “muito” o ruído existente. O ruído parece afetar frequentemente o desempenho a 46% dos inquiridos.

Tabela 6.3 – Percepção dos enfermeiros quanto ao ruído na UCI

		N	%
Existe ruído no seu local de trabalho?	Sim	39	100
Considera o ruído existente?	Muito	25	64,1
	Algum	14	35,9
O seu desempenho pode ser afetado pelos efeitos do ruído?	Sempre	4	10,3
	Frequentemente	18	46,2
	Ocasionalmente	15	38,5
	Raramente	2	5,1

Quanto às consequências mais graves do ruído para o desempenho profissional assinaladas (Tabela 6.4) foram referidas: a diminuição da concentração dos profissionais (92,3%); o aumento da irritabilidade entre profissionais (84,6%) e a dificuldade de comunicação (76,9%), sendo que os sintomas físicos como dores de cabeça foram também assinalados por mais de metade dos profissionais (53,8%).

Tabela 6.4 – Percepção dos enfermeiros quanto às consequências do ruído

	N	%
Diminuição da concentração dos profissionais	36	92,3
Perturbações de depressão nos profissionais	3	7,7
Dificuldade de comunicação	30	76,9
Aumento da irritabilidade entre profissionais	33	84,6
Diminuição do tempo de presença no serviço	2	5,1
Perturbações sensoriais dos profissionais	6	15,4
Enxaquecas e dores de cabeça dos profissionais	21	53,8
Outras	5	12,8

Em relação à necessidade de controlar o ruído, considerando a totalidade da amostra, 59% (N=23) indicaram a necessidade de controlar o ruído existente; 56,4% (N=22) assinalaram que frequentemente existe ruído desnecessário na UCI; 76,9% (N=30) sentiam-se incomodados na presença de ruído; 66,7% (N=26) consideravam o período da manhã o mais ruidoso e 59% (N=23) consideravam que na UCI "se fala mais alto do que o habitual".

Tabela 6.5 - Caracterização do ruído pelos enfermeiros

		N	%
Sente necessidade de controlar o ruído existente ao seu redor?	Sempre	7	17,9
	Frequentemente	23	59,0
	Ocasionalmente	8	20,5
	Raramente	1	2,6
Considera que existe ruído desnecessário?	Frequentemente	22	56,4
	Ocasionalmente	16	41,0
	Raramente	1	2,6
Como se sente na presença do ruído?	Indiferente	2	5,1
	Incomodado	30	76,9
	Ansioso	1	2,6
	Irritado/Stressado	6	15,4
Período do dia em que o ruído é mais intenso?	Manhã	26	66,7
	Tarde	11	28,2
	Noite	2	5,1
No serviço fala-se?	Mais alto que o habitual	23	59,0
	Normalmente	16	41,0

As fontes de ruído mais frequentes na UCI segundo os inquiridos, são produzidas pela: campainha da entrada 89,7% (N=35); telefone 87,1% (N=34); alarmes 84,6% (N=33); visitas dos doentes 79,5% (N=31); mudanças de turno 76,9% (N=30); ventiladores 61,5% (N=24) e higiene 53,9% (N=21).

Tabela 6.6 – Classificação dos enfermeiros quanto à intensidade das fontes de ruído na UCI

		N	%
Ruído produzido visitas médicas	nada ruidoso	7	17,9

	pouco ruidoso	17	43,6
	Ruidoso	11	28,2
	muito ruidoso	4	10,3
Ruído produzido mudanças de turno	nada ruidoso	1	2,6
	pouco ruidoso	8	20,5
	ruidoso	14	35,9
	muito ruidoso	16	41,0
Ruído produzido actividades profissionais	pouco ruidoso	21	53,8
	ruidoso	16	41,0
	muito ruidoso	2	5,1
Ruído produzido conversação e vozes	pouco ruidoso	8	20,5
	ruidoso	25	64,1
	muito ruidoso	6	15,4
Ruído produzido higienes	nada ruidoso	3	7,7
	pouco ruidoso	15	38,5
	ruidoso	20	51,3
	muito ruidoso	1	2,6
Ruído produzido visitas doentes	pouco ruidoso	8	20,5
	ruidoso	16	41,0
	muito ruidoso	15	38,5
Ruído produzido pelos ventiladores	nada ruidoso	5	12,8
	pouco ruidoso	10	25,6
	ruidoso	17	43,6
	muito ruidoso	7	17,9
Ruído produzido pelos equipamentos de perfusão	nada ruidoso	8	20,5
	pouco ruidoso	15	38,5
	ruidoso	10	25,6
	muito ruidoso	6	15,4
Ruído produzido pelo ar condicionado	nada ruidoso	32	82,1
	pouco ruidoso	5	12,8
	ruidoso	1	2,6
	muito ruidoso	1	2,6
Ruído produzido pela aspiração de secreções	nada ruidoso	8	20,5
	pouco ruidoso	25	64,1
	ruidoso	5	12,8
	muito ruidoso	1	2,6
Ruído produzido pelos alarmes	nada ruidoso	1	2,6
	pouco ruidoso	5	12,8
	ruidoso	8	20,5
	muito ruidoso	25	64,1

Ruído produzido pela campainha entrada	nada ruidoso	2	5,1
	pouco ruidoso	2	5,1
	ruidoso	11	28,2
	muito ruidoso	24	61,5
Ruído produzido pela rádio	nada ruidoso	26	66,7
	pouco ruidoso	12	30,8
	ruidoso	1	2,6
Ruído produzido pelo telefone	nada ruidoso	2	5,1
	pouco ruidoso	3	7,7
	ruidoso	13	33,3
	muito ruidoso	21	53,8

6.3 Resultados relativos ao objectivo “Determinar a percepção dos enfermeiros que constituíram a amostra, acerca da influência do ruído em contexto profissional na sua qualidade de vida”

Na definição do objectivo anteriormente proposto, obtiveram-se os seguintes resultados:

Frequentemente ou ocasionalmente o ruído interfere na qualidade de vida de 79,5% (N=31) dos inquiridos. Os enfermeiros consideram ainda que a sua audição comparativamente com as pessoas da sua idade é “boa” (N=21, 53,8%).

Tabela 6.7 – Avaliação de Qualidade de Vida e nível de audição pelos enfermeiros

		N	%
O ruído interfere na sua qualidade de vida	Sempre	7	17,9
	Frequentemente	13	33,3
	Ocasionalmente	18	46,2
	Raramente	1	2,6
Genericamente, considera a sua audição comparativamente com as pessoas da sua idade	Muito boa	8	20,5
	Boa	21	53,8
	Razoável	9	23,1
	Medíocre	1	2,6

As experiências individuais mais referidas foram respetivamente: “sonho com alarmes” 61,6% (N=24) e “fico mais irritável e stressado(a)” 61,6% (N=24).

Tabela 6.8 – Vivências individuais dos enfermeiros em casa e em contexto de trabalho

		N	%
Em casa tenho dificuldade em adormecer	Sempre	1	2,6
	Frequentemente	3	7,7
	Ocasionalmente	17	43,6
	Raramente	18	46,2
Sonho com alarmes	Sempre	4	10,3
	Frequentemente	20	51,3
	Ocasionalmente	12	30,8
	Raramente	3	7,7
Se estiver num turno ruidoso, fico mais irritável e stressado(a)	Sempre	4	10,3
	Frequentemente	20	51,3
	Ocasionalmente	12	30,8
	Raramente	3	7,7
Com ruído sinto-me incapaz de trabalhar	Frequentemente	3	7,7
	Ocasionalmente	23	59,0
	Raramente	13	33,3
Sinto necessidade de sair por momentos	Sempre	1	2,6
	Frequentemente	7	17,9
	Ocasionalmente	13	33,3
	Raramente	18	46,2

6.4 Resultados relativos ao objectivo “Correlacionar o grupo etário e a experiência profissional (nº de anos) com as diferentes “vivências individuais dos enfermeiros” em contexto profissional e com as classificações atribuídas às diferentes fontes de ruído”

Para se averiguar se o grupo etário ou a experiência profissional (número de anos de actividade) ocorrem simultaneamente com a vivência individual dos enfermeiros, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Spearman* que é uma medida de correlação não-paramétrica, sendo utilizado para determinar a existência de relações entre 2 variáveis com dados ordinais. O coeficiente de correlação de *Spearman* revelou a existência de uma relação significativa entre a experiência profissional (número de anos de actividade) e a variável referente à experiência individual dos inquiridos “sonhar com alarmes” ($r_s=0,341$; $\alpha=0,05$), isto é, os indivíduos com maior número de anos de exercício profissional eram os que mais referiam a experiência de

“sonhar com alarmes”. Para as restantes variáveis não se observaram quaisquer relações significativas.

Tabela 6.9 - Correlação entre “grupo etário” e “experiência profissional” (nº de anos) e as diferentes “vivências individuais dos enfermeiros”

		Grupo Etário	Experiência Profissional
Em casa, tenho dificuldade em adormecer	Correlação Spearman	0,031	0,114
	P-value	0,852	0,491
Sonho com alarmes	Correlação Spearman	0,272	0,341*
	P-value	0,094	0,034
Se estiver num turno particularmente ruidoso, fico mais irritável e stressado	Correlação Spearman	0,018	0,080
	P-value	0,916	0,629
Com ruído sinto-me incapaz de trabalhar	Correlação Spearman	0,098	0,233
	P-value	0,551	0,153
Sinto necessidade de sair por momentos da UCI	Correlação Spearman	0,161	0,235
	P-value	0,305	0,149
* Correlação significativa ($\alpha=0,05$)			

Para se analisar se a “experiência profissional em UCI’s” e as “classificações atribuídas aos ruídos produzidos por diferentes fontes de ruído” ou o grupo etário se relacionavam entre si, utilizou-se a correlação de *Pearson* pois é um coeficiente de correlação usado para medir o grau de relação entre duas variáveis quantitativas de intervalos ou proporções (Fortin, 2009), variando o seu valor ente -1 e +1. Este revelou a inexistência de uma qualquer relação entre as variáveis.

Tabela 6.10 - Correlação entre “grupo etário” e “experiência profissional” e as “classificações atribuídas às diferentes fontes de ruído”

		Grupo Etário	Experiência Profissional em UCI

Visitas médicas	Correlação Pearson	0,195	0,146
	P-value	0,233	0,376
Mudanças de turno	Correlação Pearson	0,120	0,060
	P-value	0,469	0,718
Actividades gerais	Correlação Pearson	0,059	0,148
	P-value	0,719	0,367
Conversação e vozes	Correlação Pearson	-0,101	-0,015
	P-value	0,541	0,926
Higienes	Correlação Pearson	-0,012	0,042
	P-value	0,441	0,802
Visitas dos doentes	Correlação Pearson	0,011	-0,068
	P-value	0,946	0,681
Aparelhos de ventilação	Correlação Pearson	-0,059	-0,113
	P-value	0,721	0,495
Aparelhos de perfusão	Correlação Pearson	-0,149	-0,211
	P-value	0,365	0,196
Ar condicionado	Correlação Pearson	-0,122	-0,074
	P-value	0,459	0,655
Aspiradores de secreções	Correlação Pearson	-0,230	0,270
	P-value	0,160	0,097
Alarmes	Correlação Pearson	-0,031	0,150
	P-value	0,853	0,362
Campainha da porta	Correlação Pearson	0,102	0,190
	P-value	0,536	0,362
Rádio	Correlação Pearson	-0,223	-0,143
	P-value	0,172	0,384
Telefones de serviço	Correlação Pearson	0,085	0,159
	P-value	0,172	0,333
* Correlação significativa ($\alpha=0,05$)			

6.5 Resultados relativos ao objectivo "Avaliar a Qualidade de Vida dos enfermeiros que constituem a amostra"

Para ir ao encontro deste objectivo, recorreu-se à análise descritiva dos domínios do WHOQOL-Bref, onde foi possível verificar que os domínios que apresentaram as maiores médias de scores foram o domínio Físico e o domínio Psicológico ($83,6 \pm 3,4$ e $83,2 \pm 2,7$ respectivamente). Por outro lado, a menor média dos scores observou-se nas questões que constituíam o domínio Meio Ambiente ($73,15 \pm 3,5$). De um modo geral, a média dos diferentes domínios foram altas, evidenciando uma boa qualidade de vida por parte dos enfermeiros inquiridos.

No domínio Físico, os sujeitos posicionaram-se na escala de resposta apresentada tal que, o somatório das questões (Score) que compõem esse domínio (Q3; Q4; Q10; Q15; Q16; Q17 e Q18) variou entre um score mínimo de 22 e um score máximo de 35. A observação do P_{75} (percentil 75) permite afirmar que neste domínio 25% da amostra tinha um score superior a 31.

No domínio Meio-Ambiente, os sujeitos posicionaram-se na escala de resposta apresentada tal que, o somatório das questões que compõem esse domínio variou entre um score mínimo de 22 e um score máximo de 39, tendo o P_{50} (percentil 50) mostrando que 50% da amostra tinha um score inferior a 29.

No domínio Geral o somatório das questões que compõem esse domínio variou entre 5 e 10, revelando o P_{75} que 25% da amostra tinha um score superior a 9.

No domínio Psicológico os enfermeiros posicionaram-se na escala de resposta apresentada tal que, o score das questões que compõem este domínio variou entre um score mínimo de 17 e um score máximo de 29. A observação do P_{75} (percentil 75) permite afirmar que neste domínio 25% da amostra tinha um score superior a 27.

O domínio das Relações Sociais apresentou uma média de 82,7, sendo que 25% dos inquiridos tiveram um score acima de 14, bastante alto tendo em conta que o score máximo neste domínio é de 15.

Tabela 6.11 – Análise descritiva os domínios WHOQOL-Bref

	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Média ± DP	81,5±1,14	83,6±3,4	83,2±2,7	82,7±1,9	73,15±3,5
Mínimo	5(50)	22(62.8)	17(56,6)	5(33,3)	22(55)
Máximo	10(100)	35(100)	29(96,6)	15(100)	39(97,5)
Percentil	25	8	27	12	27
	50	8	29	12	29
	75	9	31	14	32

6.6 Resultados relativos ao objectivo “Correlacionar a Qualidade de Vida dos enfermeiros com as variáveis demográficas, com a percepção das consequências do ruído e com a caracterização do mesmo em UCI’s”

Com vista a ir ao encontro deste objectivo, utilizaram-se modelos de regressão linear múltiplos para analisar o efeito das variáveis sócio-demográficas (género, grupo-etário, experiência profissional e experiencia profissional em UCI) e da variável “intensidade do ruído” nos diferentes domínios do WHOQOL-Bref (Domínio Geral, Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio Relações Sociais e Domínio Meio Ambiente – ANEXO I), tendo-se observado que apenas a variável género explicava as variações nos domínios Geral e Físico.

Tabela 6.12 - Modelo de regressão entre variáveis sócio-demográficas e intensidade do ruído e os domínios do WHOQOL - Bref

Variáveis independentes do modelo		P-value
Género	Domínio Geral	0,042*
	Domínio Físico	0,008*
	Domínio Psicológico	0,882
	Domínio Relações Sociais	0,463
	Domínio Meio Ambiente	0,330

Grupo etário	Domínio Geral	0,715
	Domínio Físico	0,223
	Domínio Psicológico	0,254
	Domínio Relações Sociais	0,509
	Domínio Meio Ambiente	0,356
Experiência Profissional	Domínio Geral	0,474
	Domínio Físico	0,742
	Domínio Psicológico	0,687
	Domínio Relações Sociais	0,647
	Domínio Meio Ambiente	0,252
Experiência Profissional em UCI	Domínio Geral	0,217
	Domínio Físico	0,825
	Domínio Psicológico	0,501
	Domínio Relações Sociais	0,543
	Domínio Meio Ambiente	0,382
"Intensidade" do Ruído	Domínio Geral	0,817
	Domínio Físico	0,196
	Domínio Psicológico	0,294
	Domínio Relações Sociais	0,147
	Domínio Meio Ambiente	0,159
	Domínio Geral	0,817

Na sequência da análise anterior procedeu-se à comparação das médias dos domínios que constituem o WHOQOL-Bref consoante o género, a estatística ANOVA foi utilizada uma vez que permite analisar dados provenientes de mais do que dois grupos, ou seja, permite comparar a variância de cada grupo com a variância que existe entre os grupos (Fortin, 2009). A estatística ANOVA revelou diferenças estatisticamente significativas nas médias do Domínio Geral, concluindo-se que existiam scores de qualidade de vida significativamente mais elevados nos indivíduos do género feminino.

Tabela 6.13 - Comparação de médias dos domínios tendo em conta o género

		Média±SD	P-value
Domínio Físico	Masculino	17,31±1,375	0,278
	Feminino	16,53±2,088	
Domínio Psicológico	Masculino	17,07±1,546	0,900

	Feminino	17,22±3,665	
Domínio Geral	Masculino	14,80±2,700	0,013*
	Feminino	16,83±1,891	
Domínio Relações Sociais	Masculino	15,20±3,454	0,055
	Feminino	17,01±2,098	
Domínio Meio Ambiente	Masculino	13,60±1,713	0,031
	Feminino	14,98±1,666	

* T. Anova significativo, $\alpha=0,01$.

Para se averiguar se as consequências mais graves do ruído assinaladas pelos respondentes se relacionavam com os domínios WHOQOL-Bref, utilizou-se a correlação *bisserial-Pearson*, que estima a correlação de *Pearson*, mas que é usada quando em presença de variáveis dicotómicas (neste caso, “Sim” e “Não”) versus variáveis quantitativas, neste caso os scores dos vários domínios (Fortin, 2009). A estatística calculada revelou a inexistência de qualquer relação entre as variáveis, isto é, as consequências mais graves do ruído assinaladas parecem não interferir nos domínios estudados.

Tabela 6.14 – Correlação entre as consequências do ruído assinaladas pelos enfermeiros e a sua Qualidade de Vida

		Diminuição da concentração dos profissionais	Perturbações de depressão nos profissionais	Dificuldade de comunicação	Aumento da irritabilidade entre profissionais	Diminuição do tempo de presença no serviço	Perturbações sensoriais dos profissionais	Enxaquecas e dores de cabeça dos profissionais	Outras
D. Geral	Correlação Pearson	0,211	0,046	0,292	-0,005	-0,136	-0,058	0,035	0,016
	P-value	0,197	0,780	0,071	0,977	0,411	0,724	0,831	0,924
D. Físico	Correlação Pearson	-0,033	-0,053	0,173	0,120	-0,136	-0,058	0,035	0,016
	P-value	0,842	0,749	0,293	0,465	0,411	0,724	0,831	0,924

D. Psicológico	Correlação Pearson	-0,113	-0,071	0,064	0,159	0,002	0,167	-0,304	0,209
	P-value	0,493	0,669	0,697	0,334	0,989	0,309	0,060	0,202
D. Social	Correlação Pearson	0,215	-0,187	-0,064	-0,111	0,132	0,020	-0,043	0,278
	P-value	0,190	0,254	0,696	0,500	0,423	0,904	0,793	0,087
D. Meio Ambiente	Correlação Pearson	0,062	-0,062	0,054	0,128	-0,050	-0,072	-0,050	-0,072
	P-value	0,709	0,709	0,745	0,436	0,760	0,662	0,763	0,662

Para se averiguar se a caracterização do ruído assinalada pelos profissionais se relacionava com os domínios WHOQOL-Bref utilizou-se a correlação de Spearman para as variáveis "sente necessidade controlar o ruído ao seu redor", "existe ruído desnecessário" "no serviço fala-se", a qual revelou uma relação fraca mas significativa entre as variáveis assinaladas ($\alpha=0,01$).

Tabela 6.15 – Correlação entre a caracterização do ruído feita pelos enfermeiros e a sua Qualidade de Vida

		"Sente necessidade de controlar o ruído ao seu redor"	"Existe ruído desnecessário"	"No serviço fala-se"	"Como se sente na presença do ruído"	"Período em que ruído é mais intenso"
D. Geral	Correlação Spearman	0,373*	-0,061	-0,280	0,112	-0,223
	P-value	0,019	0,714	0,084	0,496	0,173
D. Físico	Correlação Spearman	0,070	-0,340*	-0,098	0,182	-0,240
	P-value	0,672	0,034	0,554	0,268	0,141
D. Psicológico	Correlação Spearman	-0,089	-0,198	-0,077	0,187	-0,087
	P-value	0,592	0,227	0,641	0,255	0,600
Global	Correlação	-0,084	-0,209	-0,285	0,249	-0,101

	Spearman					
	P-value	0,613	0,201	0,079	0,126	0,542
D. Meio Ambiente	Correlação Spearman	0,222	0,000	-0,212	0,212	-0,278
	P-value	0,174	1,000	0,196	0,195	0,087

6.7 Resultados relativos ao objectivo “Identificar estratégias de redução do ruído nas UCI’s utilizadas pelos enfermeiros da amostra em estudo”

Para responder a este objectivo, evidenciou-se que as medidas mais pertinentes referidas pelos enfermeiros para reduzir o ruído na UCI foram: 89,7% (N=35) manter portas e janelas fechadas; 79,5% (N=31) uso de dispositivos com alarme luminoso e 69,2% (N=27) utilização de ventiladores pouco ruidosos.

Tabela 6.16 - Medidas para reduzir o ruído enumeradas pelos enfermeiros

		N	%
Programas de sensibilização para os profissionais	Sim	11	28,2
	Não	28	71,8
Manter portas e janelas fechadas	Sim	35	89,7
	Não	4	10,3
Diminuir volume dos alarmes	Sim	13	33,3
	Não	26	66,7
Uso de dispositivos com alarme luminoso	Sim	31	79,5
	Não	8	20,5
Utilização de ventiladores pouco ruidosos	Sim	27	69,2
	Não	12	30,8
Não utilizar telemóveis com sinal sonoro	Sim	20	51,3
	Não	19	48,7
Medições frequentes dos níveis de ruído	Sim	19	48,7
	Não	20	51,3
Manutenção do equipamento para diminuir ruído	Sim	13	33,3
	Não	26	66,7
Outras	Sim	35	89,7
	Não	4	10,3

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O questionário aplicado abordou diversos aspectos que podem ser sistematizados em três dimensões consideradas relevantes para relacionar: uma primeira sobre a qualidade de vida englobando 26 questões, uma segunda sobre o ruído e a sua percepção no contexto de trabalho em Cuidados Intensivos, com 13 questões e uma terceira sobre os efeitos do ruído no quotidiano dos inquiridos, com 5 questões. Como visto no capítulo anterior, importou também relacionar com os dados demográficos encontrados junto da amostra.

A análise dos resultados evidenciou que:

A amostra revelou-se maioritariamente do sexo feminino, o que vai ao encontro da estatística de prevalência por género na profissão de enfermagem. No sector da saúde, em muitos países, a ocupação da força de trabalho feminino ultrapassa 75%, o que torna as mulheres indispensáveis à prestação dos serviços de saúde (OMS, 2008). Também como refere Hugman citado por Simões e Amancio (2004) os homens são minoritários na prática de cuidados de enfermagem, no entanto estão sobre representados a todos os níveis de gestão e supervisão.

Com vista a ir ao encontro do primeiro objectivo proposto que visava determinar a percepção dos enfermeiros em relação a: existência de ruído, consequências do ruído e fontes de ruído, constatou-se que quase a totalidade dos inquiridos considera que existe ruído desnecessário no seu local de trabalho e mais de metade considera que a sua presença afeta o seu desempenho profissional, referindo quase a totalidade diminuição da concentração, aumento da irritabilidade entre profissionais e dificuldade de comunicação, sendo que metade refere ainda a presença de sintomas físicos como cefaleias, como corrobora Leitão *et al.* (2008) em que os enfermeiros referiram cansaço auditivo, com diminuição da concentração e aumento do stresse profissional na presença de ruído em cuidados intensivos. A este respeito, também Syder (1997) referiu que em ambientes com ruído a comunicação verbal se torna impossível, sendo difícil dar avisos e informações pertinentes, aumentando a probabilidade de erros e acidentes ocupacionais. Efectivamente, a maioria dos inquiridos referiu dificuldade na comunicação sendo que quase a totalidade referiu diminuição da concentração na presença de ruído. Estes dados vão ao encontro do referido por Lacerda (1996), em que o ruído sendo um som indesejável, apresenta a característica de irritar e, com

isso, diminuir a capacidade de concentração mental, afectando o desempenho na habilidade de realizar tarefas, assim trabalhadores que utilizam habilidades manuais, por exemplo, podem ser muito prejudicados, tendo em vista que sua capacidade está diminuída, aumentando a probabilidade de erros e acidentes ocupacionais, e comprometendo a execução de tarefas que exijam atenção e concentração mental.

Também a irritabilidade e as cefaleias, que neste estudo forma fortemente apontadas respectivamente pelos inquiridos, estão descritas como alterações comportamentais e físicas em estudos realizados em ambientes ruidosos. Neste sentido, refere Pimentel-Souza (1997) defendem que o indivíduo que retorna a casa, após um dia em ambiente ruidoso, tende a irritar-se com maior facilidade, relata este ainda, que estes mesmos indivíduos podem apresentar vários sintomas físicos isolados ou em simultâneo, sendo eles: cansaço, irritabilidade, cefaleias, ansiedade e depressão. Também Gerges (1995) acrescenta ainda que além da irritabilidade também o nervosismo é fortemente presente em indivíduos que trabalham expostos ao ruído.

Globalmente, poder-se-á admitir que a totalidade dos inquiridos considera haver ruído no seu local de trabalho, argumentando quase a totalidade, que a presença desse mesmo ruído é excessiva, e portanto reconhecendo a importância do ruído na saúde e bem-estar bem como as suas repercussões a nível da sua qualidade de vida.

Foi clara que a maioria dos inquiridos considera como principais fontes de ruído nas unidades de cuidados intensivos, o som da campainha da entrada, telefones, alarmes, visitas, mudanças de turno, apontando também os ventiladores e o período das higiènes, sendo o período da manhã considerado o mais ruidoso para mais de metade dos inquiridos. Estes resultados reforçam o estudo de Muniz e Stroppa (2009) que referem ter constatado que é no período da manhã que há um maior aumento do ruído podendo isso dever-se ao facto de serem realizados mais procedimentos na parte da manhã, como as higiènes, a visita médica e do fisioterapeuta, possibilitando maior fonte de ruído. Também o som da campainha da porta e os telefones foram referenciados como os maiores produtores de ruído, assim como as mudanças de turno (que foi referido tanto pelos profissionais como pelos doentes), as visitas, os alarmes e os ventiladores. Pereira *et al.* (2003), constatou que o ruído excessivo está presente nas unidades de cuidados intensivos, sendo o período da manhã aquele que teve medições (dB) mais elevadas, devido aos banhos dos doentes, visita médica, visitas de familiares associado ao trabalho dos profissionais, alarmes e telefones do serviço. Este estudo refere ainda que foram encontradas alterações comportamentais importantes, como irritabilidade acrescida e distúrbios do sono nos profissionais,

referindo estes não conseguirem iniciar o período de sono, ou acordarem com agitação por pensarem estar na unidade.

Quanto aos resultados relativos ao segundo objectivo que visava determinar a percepção dos enfermeiros que constituíram a amostra, acerca da influência do ruído em contexto profissional na sua qualidade de vida, é de relevar que mais de metade dos indivíduos referiu sonhar com alarmes e ficar mais stressado/irritado com a presença do ruído, no entanto entrando no terceiro objectivo que pretendeu correlacionar o grupo etário e a experiência profissional com as diferentes "vivências individuais dos enfermeiros" em contexto profissional e com as classificações atribuídas às diferentes fontes de ruído, evidenciou-se que foram os indivíduos com maior número de anos de exercício profissional os que mais referiram a experiência de "sonhar com alarmes", devido talvez a uma constante presença desses mesmos sons no seu quotidiano por um período de tempo mais longo que nos mais novos. No estudo de Leitão *et al.* (2008) a equipa de enfermagem de cuidados intensivos pronunciou-se várias vezes sobre o distúrbio do sono na presença de ruído, referindo que era constante a frequência com que referiam sonhar com alarmes, sendo que os mais velhos diziam acordar várias vezes pensando ouvir alarmes de bombas infusoras ou monitores, assim como relatando uma constante presença de irritabilidade no seu comportamento.

Seligman (1993) afirma que os indivíduos expostos ao ruído mesmo, de fraca intensidade, apresentam alterações no sono, provocando a passagem temporária de um estado de sono profundo para outro mais leve, causando irritabilidade, cansaço e dificuldade de concentração; afirma ainda que ruídos escutados durante o dia podem atrapalhar o sono de horas, causando dificuldade para iniciar o sono, provocando insónias e despertares frequentes, o que determina cansaço no dia seguinte. Também no estudo de Nishide e Benatti (2004) é abordado o ruído como risco ocupacional no seio dos enfermeiros de cuidados intensivos. Este apesar de frequente e contínuo no ambiente de UCI, é pouco percebido pelos trabalhadores como risco para a sua saúde, mas claramente visto por todos como fonte de stresse.

Já com vista em perceber se haveria relação na experiência profissional, grupo etário e as classificações atribuídas aos ruídos produzidos pelas diferentes fontes de ruído na unidade, após a realização dos testes estatísticos os resultados demonstraram não ser significativa a sua relação.

A qualidade de vida sugerida pela OMS (1993) é a percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, do contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive, em relação aos seus objectivos, desejos, normas e inquietudes, sendo um conceito muito amplo que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio. Assim, qualquer alteração ou impedimento de atingir os seus objectivos, irá influenciar a percepção que o indivíduo tem da sua qualidade de vida.

Com o intuito de responder ao quarto objectivo específico deste estudo em que se pretendeu avaliar a Qualidade de Vida dos enfermeiros que compõem a amostra, a análise dos diferentes domínios do WHOQOL-Bref, constatou que as médias dos domínios não apresentaram diferenças significativas, tendo obtido escores semelhantes entre si.

Foi evidenciado que o domínio Físico que foca como itens principais, a dor, o desconforto, a satisfação com o sono e capacidade para o trabalho e actividades diárias, e o domínio Psicológico que avalia, por exemplo, se o entrevistado está satisfeito consigo próprio e mesmo com a sua aparência ou a frequência de sentimentos negativos, entre outras, obtiveram as maiores médias de scores. Observou-se que a menor média dos scores se deu nas questões que constituíam o domínio Meio Ambiente. Neste domínio estão incluídas questões relacionadas à segurança, condições do ambiente físico, dinheiro para as necessidades, lazer, moradia, transporte e acesso aos serviços de saúde, como corrobora o estudo sobre a qualidade de vida dos enfermeiros de terapia intensiva, de Silveira e Monteiro (2003) em que os enfermeiros tinham valores mais baixos neste domínio, já que factores socioeconômicos têm extrema influência na qualidade de vida, e estes sentiam-se mal remunerados, considerando estes que, dependendo da situação financeira é que o indivíduo encontra suporte para seu bem-estar, na qualidade de sua habitação, no acesso à saúde, educação e lazer.

Constatou-se ainda que a maioria dos sujeitos da pesquisa possui uma qualidade de vida satisfatória tendo em conta as médias dos vários domínios, nomeadamente do geral, como corrobora Pinho e Kaercher (2007) que refere que apesar do stresse e da sobrecarga de trabalho ao qual os enfermeiros são submetidos a cada dia, sendo estes factores, fortes indicadores para diminuição da qualidade de vida, estes profissionais relatam ter uma boa qualidade de vida por actuarem com dedicação e

amor e encontrarem suporte nas relações humanas e auto-estima após o confronto diário com pessoas em sofrimento e situações de fragilidade.

Tentando ir o encontro do quinto objectivo específico deste estudo, em que se pretendeu correlacionar a Qualidade de Vida dos enfermeiros com as variáveis demográficas, com a percepção das consequências do ruído e com a caracterização do mesmo em UCI's, de acordo com os resultados encontrados em relação à qualidade de vida dos enfermeiros, pareceu não haver qualquer relação significativa entre o grupo etário, experiência profissional e mesmo a intensidade de ruído nos diferentes domínios do WHOQOL-Bref, apenas a variável género (masculino ou feminino) explicou as variações nos domínios Geral e Físico. Nesta sequência, procedeu-se à comparação das médias dos domínios do WHOQOL-Bref consoante o género, sendo que os testes estatísticos evidenciaram ser as mulheres com scores de qualidade de vida significativamente mais elevados. No entanto, a variação obtida na média dos domínios (entre os 13,60 e os 17,31) mostra que esses valores estão acima da faixa de neutralidade, com tendências à valorização positiva, traduzindo qualidade de vida satisfatória, ou seja, pouco impacto negativo ou ausência de impacto negativo dos domínios na qualidade de vida. O que efectivamente se corrobora com estudos encontrados, por exemplo o apresentado por Silveira e Monteiro (2003) segundo o qual os enfermeiros viam a sua qualidade de vida como boa. Constatou-se ainda que as consequências mais graves do ruído assinaladas pelos enfermeiros parecem não interferir nos domínios estudados, ou seja com a qualidade de vida dos inquiridos. Enquanto que, em relação à correlação entre a caracterização do ruído assinalada pelos profissionais e a qualidade de vida dos mesmos, evidenciou-se uma relação fraca mas significativa entre as variáveis. Isto é, os enfermeiros que sentiam frequentemente necessidade em controlar o ruído eram aqueles que tinham um score maior no domínio geral, que aborda directamente o inquirido sobre como vê a sua qualidade de vida. Sendo o score máximo deste domínio de 10, mais de metade dos inquiridos tiveram scores superiores a 8. Daqui pode-se constatar que talvez os enfermeiros que sentiram mais necessidade em controlar o ruído, são talvez os mais despertos para os seus malefícios e por isso mais interventivos, tornando o ambiente da UCI menos ruidoso, logo aumentando a sua valoração quanto à qualidade de vida. Lawson (2011) num estudo referente à avaliação das consequências do ruído em cuidados intensivos refere que os enfermeiros mais sensibilizados para o controle do

ruído, trabalhavam em turnos menos ruidosos e stressantes, favorecendo o bem-estar dos profissionais e também dos doentes.

Já os enfermeiros que neste estudo veêm o ruído na UCI frequentemente como desnecessário, são aqueles que apresentam menor score no domínio Físico. Ora sendo o domínio Físico aquele que foca como itens principais a presença de desconforto, a satisfação com o sono, a capacidade para o trabalho e actividades diárias, mostra assim que estes enfermeiros na presença de ruído têm uma diminuição da sua qualidade de vida, como refere o estudo de Souto (2003) sobre as experiências do enfermeiro com os riscos no trabalho que concluiu que os problemas de saúde e condições de trabalho estão interrelacionados e é impossível isolar causa e efeito, o ruído está presente como risco ocupacional em enfermeiros e este interfere directamente na sua qualidade de vida. Nishide e Benatti (2004) concluíram no seu estudo que o ruído como risco ocupacional nos enfermeiros de UCI's é pouco percebido, apesar de fortemente presente, contribuindo para um decréscimo da satisfação do seu bem-estar. Também Ganime *et al.* (2010) evidenciou que a presença contínua de ruído associado a ambientes específicos, como UCI's, consegue afetar em muitos aspectos a saúde dos trabalhadores, e conseqüentemente a sua qualidade de vida.

Abordando o sexto e último objectivo específico do estudo em que se pretende identificar estratégias de redução do ruído nas UCI's utilizadas pelos enfermeiros da amostra em estudo, salienta-se o claro reconhecimento dos profissionais quanto à necessidade de estratégias de controlo do ruído em cuidados intensivos apontando estes, várias medidas apropriadas a fim de o atenuar, no entanto, parece não existir junto destes profissionais a crença que as acções de sensibilização poderão ser muito importantes na divulgação do problema. Neste estudo constatou-se que as medidas mais pertinentes referidas pelos enfermeiros para reduzir o ruído na UCI foram manter portas e janelas fechadas, o uso de dispositivos com alarme luminoso e a utilização de ventiladores pouco ruidosos, como corrobora Aurélio e Tochetto (2010) no estudo sobre o ruído numa unidade de cuidados intensivos, em que os profissionais da saúde referiram a necessidade de troca dos equipamentos em uso por outros menos ruidosos, nomeadamente ventiladores e aspiradores, ou mesmo Silva *et al.* (2012) no estudo sobre a percepção do ruído pela equipa multidisciplinar de cuidados intensivos em que o manter portas e janelas fechadas, afim de evitar que estas batam e com vista à redução de sons externos à unidade, foram apontadas como medidas a implementar, por parte dos enfermeiros. Também neste último estudo foram

referenciados os alarmes como extremamente ruidosos, e apontados pelos enfermeiros a possibilidade de se usar dispositivos de alarme luminoso para certos equipamentos, nomeadamente, monitores cardíacos.

Em suma, as unidades de Cuidados Intensivos, tendo em conta a modernização e o avanço da tecnologia, são cada vez mais detentoras de equipamentos diversificados, que comportam alarmes acústicos essenciais para alertar os profissionais de mudanças nas condições clínicas dos seus doentes, ou de mau funcionamento dos próprios aparelhos. De facto, com o objectivo de aumentar a eficiência e segurança monitoriza-se mais parâmetros fisiológicos e mais equipamentos são aplicados na rotina clínica. Não só este factor como também uma vigilância acentuada 24h sobre 24h dos profissionais sobre os doentes, com procedimentos variados, contribuem para um ambiente mais ruidoso e menos tranquilo do que seria desejado. Na caracterização do ambiente de maquinaria usada em cuidados intensivos Mateus *et al.* (2006) refere que não nos podemos cingir ao facto do avanço tecnológico trazer mais ruído, e sim tentar minimizar o problema, iniciando por uma tomada de consciência por parte dos profissionais, e manutenção e avaliação dos equipamentos utilizados. Refere ainda que a qualidade dos cuidados fica elevada e assim dar-se-á maior importância às condições de higiene e segurança dos trabalhadores, visando a sua integridade física e melhoria da sua qualidade de vida.

Já a Agência Europeia para a Segurança e Saúde do Trabalho que visa satisfazer as necessidades de informação em matéria de Segurança e Saúde no trabalho, tendo como principal fim a melhoria da qualidade de vida da população trabalhadora, refere que o ruído poderá afectar em diferentes níveis, não só a perda de capacidade auditiva mas também pode ter repercussões na capacidade produtiva das pessoas, assim como pode destruir a sua vida social, isolando-as da comunidade que as rodeia, decrescendo a sua qualidade de vida. Um trabalhador satisfeito, é mais motivado e conseqüentemente tem maior produção e qualidade no seu trabalho, daí este estudo mostrar não só a importância para o trabalhador, mas também para o empregador que tirará proveito de uma mais elevada qualidade de prestação de serviços. Com tudo isto, se torna claro a importância de se ter estudado o impacto do Ruído na qualidade de vida dos enfermeiros de Cuidados Intensivos.

8. CONCLUSÕES

Em suma, foi claramente identificado que neste estudo o ruído é um stressor ambiental que trará elevados custos de adaptação para os profissionais. É certo que a médio ou longo prazo o organismo se habitua ao ruído, empregando dois mecanismos diferentes para cada um dos quais se paga um preço diferente. O primeiro mecanismo é a diminuição da sensibilidade do ouvido e o seu preço é a surdez temporária ou permanente, enquanto que no segundo mecanismo é o cérebro que se habitua, isto é, ouvimos o ruído mas não nos damos conta. Durante o sono os sinais chegam ao nosso sistema nervoso central, não nos desperta mas desencadeiam consequências fisiológicas, tais como: aumento da frequência cardíaca, aumento do fluxo sanguíneo ou aumento da actividade eléctrica cerebral. Este é chamado Síndrome de Adaptação e foi estudado e descrito por Hans Selye (1932) no seu estudo sobre efeitos de stressores no Homem.

Os enfermeiros inquiridos neste estudo efectivamente sentem e relatam efeitos físicos do ruído mas no entanto, indicam poucas medidas para o controlar. Estes vêm a sua qualidade de vida como satisfatória no global, mas confirmam o ruído como existente e negativo. Isto prende-se com o facto de a qualidade de vida ser um conceito extremamente complexo e abrangente, e assim os enfermeiros ao responderem ao WHOQOL-Bref, acabam por ter em conta não só o ruído, mas sim todas as outras vertentes avaliadas no questionário de qualidade de vida, como seja, a satisfação com o ambiente familiar, amigos, lazer, espaço físico, remuneração, etc., acabando por estas facetas no seu conjunto terem grande ênfase no resultado satisfatório de qualidade de vida.

Fica clara a premente importância da redução do ruído nos Cuidados Intensivos, com a necessária tomada de consciência por parte dos profissionais não só nos malefícios que este poderá trazer para a sua saúde, como também nos malefícios potenciais na prática de enfermagem, como seja, os erros e nas suas consequências para a recuperação dos respectivos doentes.

Se tudo o descrito em cima for tomado em consideração, sem dúvida que haverá um aumento de satisfação da qualidade de prestação de serviços, levando a um empregador, trabalhadores e clientes mais satisfeitos e em segurança.

9. SUGESTÃO DE ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR O RUÍDO NAS UCI'S COM VISTA À PROMOÇÃO DA SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS

Naturalmente este tema complexo não se esgotou, nem foi pretensão fazê-lo. Sentir-me-ia recompensada se este trabalho vier a constituir um contributo para ser reconhecida a necessidade de controlar o ruído em ambientes profissionais, nomeadamente em Unidades de Cuidados Intensivos; serem encetadas estratégias concretas e adequadas a cada circunstância com a participação activa de todos os profissionais e servir de motivação para a continuação de estudos relacionados. No estudo sobre o ruído como um dos principais riscos ocupacionais, elaborado por Ganime et al. (2010), ficou claro que o ambiente de trabalho adequado constitui-se como um dos fatores mais importantes que devem ser investigados nas empresas visando uma melhoria no ambiente laboral e o desempenho dos trabalhadores, sendo o ruído um dos riscos ocupacionais que mais aparecem no meio laboral.

Isto vem de encontro a uma das pretenções por mim referidas no capítulo dos objectivos que visava a sugestão de estratégias com vista à promoção da saúde e segurança dos profissionais de cuidados intensivos. Assim, tendo como enquadramento alguns dos resultados deste estudo e o enquadramento teórico, apontam-se algumas estratégias para a redução do ruído nas UCI:

- Divulgar a nível hospitalar as recomendações sobre os princípios que devem ser tomados relativamente ao controlo do ruído e a legislação vigente;
- Serem realizadas acções de formação que privilegiem a temática do ruído, inseridas em programas de sensibilização que atinjam todos os profissionais, corroborado por vários estudos nomeadamente Leitão et al (2008) que vê a implementação de programas de prevenção e consciencialização para os profissionais como imprescindíveis de uma prática segura de cuidados;
- Preparar um manual de procedimentos, eventualmente protocolado a nível da Instituição ou do Serviço, conducentes ao controlo do ruído e, sobretudo, à prevenção de ruídos incómodos ou desnecessários, mostrando resultados deste estudo e outros a fim de haver uma maior adesão por parte dos profissionais. Também referido por Wenham (2009) como medidas de controlo de ruído, foram as medições periódicas de ruído na unidade e fornecimento desses dados e métodos actuação à equipe de modo a haver consciencialização do controle do mesmo na prática clínica;

- Elaborar um guia para a consciencialização da necessidade de diminuir o ruído hospitalar, destinado aos doentes e às respectivas visitas, como Aurélio e Tochetto (2010) que no seu estudo evidenciaram as visitas como fonte importante de ruído e daí ser também fundamental a intervenção junto destas;
- Proceder a medições, por rotina e inesperadas, dos níveis de ruído nas unidades de internamento mais susceptíveis, com destaque para os cuidados intensivos, e proceder à divulgação dessas mesmas medições junto dos profissionais a fim de haver maior interiorização do problema;
- Ter atenção na selecção de novos equipamentos com vista a serem menos ruidosos ou poderem ser manuseados quanto ao volume dos seus alarmes;
- Dar preferência ao uso de alarmes luminosos em vez dos sonoros, por exemplo quando o toque vem da sala de visitas, este poder ser luminoso;
- Uso de som de campainha da porta e telefones de volume reduzido e apenas com um único toque a fim de reduzir fortemente a prevalência de sons abruptos e ruidosos nas unidades.

Estes três últimos pontos referenciados são vistos como de extrema importância em vários estudos nomeadamente no estudo de Mateus et al. (2006) em que na caracterização acústica dos equipamentos de cuidados intensivos, concluiu que seria de grande pertinência o uso de equipamentos menos ruidosos, dando preferência a alarmes luminosos, e uma grande consciencialização por parte dos profissionais numa chegada rápida junto dos alarmes, telefones e campainhas por forma a diminuir a predominância do ruído desnecessário.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMDE (2007). O Ruído. Acedido em 21 de Março de 2011, em: http://www.amde.pt/pagegen.asp?SYS_PAGE_ID=452227.

Arezes, P. M. F. M. (2002). *Percepção do risco de exposição ocupacional ao Ruído*. Tese de Doutoramento em Engenharia de Produção. Universidade do Minho. Braga. 240pp.

Associação Empresarial de Portugal, (2004). *Manual de formação de PME*. Lisboa. Acedido em 10 de Outubro de 2011, em: http://pme.aeportugal.pt/Aplicacoes/Documentos/Uploads/2004-10-15_16-29-37_AEP-HIGIENE-SEGURANCA.pdf.

Aurélio, F. S. e Tochetto T. M. (2010). Ruído numa unidade de terapia intensiva neonatal: mensuração e percepção dos profissionais e pais. [Versão electrónica] *Revista Paulista Pediátrica*. Acedido a 10 de Abril de 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n2/v28n2a06.pdf>.

Autoridade para as condições do Trabalho. *Princípios Gerais de Prevenção*. Lisboa. Acedido em 13 de Março de 2011, em: [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/CentroInformacao/PrincipiosGeraiPrevencao/Paginas/default.aspx](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/CentroInformacao/PrincipiosGeraiPrevencao/Paginas/default.aspx).

Ávila, D. M. (2007). *Avaliação da qualidade de vida dos trabalhadores expostos ao ruído ocupacional*. Graduação em Fonoaudiologia. Universidade de Guarulhos. Brasil.

Barbosa, A. e Ribeiro, J. (2000). *Perturbações do medo e da ansiedade: uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental*. Psicopatologia do desenvolvimento: trajectórias adaptativas ao longo da vida. Coimbra: Quarteto.

Bechtel, R. B. e Churchman, A. (2002). Environmental Psychology. [Versão electrónica]. *John Wiley and Sons, Inc*. New York. 443-460p.

Belinky, A. (2010). *Consumo, Cidadania e a construção da democracia no Brasil contemporâneo*. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo. Acedido em 14 de Novembro de 2011, em:

<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/5374/62080100005.pdf?sequence=1>.

Braz, J. R. C. A. (1996). *Anestesiologia – Risco Profissional para o Anestesiologista*. Cap. I, 46-72p.

Britto, S. e Carvalho, A. M. P., (Abril, 2004). Stress, Coping (Enfrentamento) e Saude geral dos enfermeiros que actuam em unidades de terapia intensiva e problemas renais. [Versão electrónica]. *Enfermeria Global - Revista Electrónica e semestral de Enfermeria*. n 4. 1-14p. Acedido em 10 de Janeiro de 2012, em: <http://www.um.es/eglobal/>.

Calman, K. (1984). Quality of life in cancer patients a hypothesis. [Versão electrónica]. *Journal of medical Ethics*. 124-128p.

Campos, M. O. e Neto, J. F. R. (Maio/Agosto, 2008). Qualidade de Vida: um instrumento para promoção da Saúde. [Versão electrónica]. *Revista Baiana de Saúde Pública*. V.32, n.2, 232-240p.

Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J. (2006). *Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal*. *Psiquiatria Clínica*. Acedido em 15 de Outubro de 2011, em: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/7113/1/Estudos%20Psicom%C3%A9tricos%20do%20Instrumento%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Qualidade%20de%20Vida%20...pdf>.

Canavarro, M.C. (2006). *WHOQOL-Bref versão portuguesa*. Acedido em 15 de Outubro de 2011 em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53373/3/WHOQOLBref%20PORTUGAL.pdf>.

Castro, E., K. e Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde versus psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. [Versão electrónica]. *Psicologia ciência e profissão*. Brasília. Acedido em 15 de Outubro de 2011, em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932004000300007&script=sci_arttext.

Conselho Pedagógico da ESAB. (2003). American Psychological Association. *Normas para apresentação de referências bibliográficas*. Acedido em 14 de Março de 2011, em: <http://www.apastyle.org/>.

Corrêa, A. L. (2005). - "*Ruído: Níveis de pressão sonora captados no interior e exterior de incubadora em unidade de cuidados intensivos neonatal*". Dissertação de Mestrado. São José dos Campos, SP, 130pp.

Costa, V. H. C. (1994). O ruído e suas interferências na saúde e no trabalho. [Versão electrónica]. *Revista da Sobrac*. São Paulo.

Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro. *Diário da República nº 184 – 1ª série*. Ministério da Saúde. Lisboa. Acedido em 13 de Março de 2011, em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2009/09/18400/0676106765.pdf>.

Decreto-Lei nº 9/2007 de 17 de Janeiro. *Diário da República nº 12 – 1ª série*. Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional. Lisboa. Acedido em 13 de Março de 2011, em: <http://www.amde.pt/document/447750/454023.pdf>.

Directiva 2003/10/CE, de 06 de Fevereiro - prescrições mínimas de segurança e de saúde em matéria de exposição dos trabalhadores aos riscos devidos aos agentes físicos (ruído). *Jornal Oficial da União Europeia*. Lisboa. Acedido em 13 de Março de 2011, em: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:042:0038:0044:PT:PDF>.

Faria, E. P. (2010). *Homem X Máquina*. Universidade Metodista de São Paulo. Acedido a 14 de Abril de 2012, em: <http://www.metodista.br/cidadania/numero-32/homem-x-maquina>.

Ferrans, C. e Power, S. (1985). Quality of life index: development and psychometric properties. [Versão electrónica]. *Advanced Nursing Science*. 15-24p.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência. Loures.

Ganime, J. F., Almeida, L., Robazzi, M. L., Valenzuela, S. S. e Faleiro, S. A. (Junho/2010). O ruído como um dos riscos ocupacionais. [Versão electrónica]. *Revista enfermagem global*. Acedido a 10 de Abril de 2012, em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/pt_revision1.pdf.

Gerges, Y.N. (1995). *Ruído - Fundamentos e controle*. Florianópolis, Atheneu.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Accao na Perspectiva do Cuidar* (Maria Manuela Martins, trad.). Loures: Lusociencia. (Obra original publicada em 1998).

Ichisato, S. M.T. (2004). - "*Ruído em unidade de cuidado intensivo neonatal de hospital universitário de Ribeirão Preto - SP*". Tese de doutoramento. Ribeirão Preto – São Paulo, 190pp.

Instituto do Ambiente (2004). *O Ruído e a Cidade*. Acedido em 20 de Março de 2011, em: http://www.apambiente.pt/politicasambiente/Ruido/SomRuidoIncomodidade/Documentos/o_ru%C3%ADdo_e_a_cidade.pdf.

Joachim, E. (1983). Poluição sonora industrial. [Versão electrónica]. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo.

Kitamura, S. e Costa, E. A. (1995). Órgão do sentido – Audição. Patologia do Trabalho. [Versão electrónica]. *Revista Mendes*. São Paulo.

Lacerda, A.P. (1976). *Audiologia Clínica*. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara.

Lawson, N., Thompson, K., Sounders, G., Saiz, J., Richardson, J., Brown, D., Ince, D., Caldwell, M. e Pope, D (2011, 7 de Março). Sound intensity and noise evaluation in a

critical care unit [Versão electrónica]. *American Journal of Critical Care*, 19: 88-98. Acedido em 12 de Março de 2011, em: <http://www.aacn.org/WD/CETests/Media/A1019064.pdf>.

Leal, C. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Trabalho da Universidade dos Açores. Açores. 23pp.

Leitão, I.M.T.A., Fernandes, A.L., Ramos, I.C., (2008, Outubro/Dezembro). Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva [Versão electrónica]. *Cienc Cuid Saude*, 7: 476-484. Acedido em 10 de Março de 2011, em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6630/3907>.

Lopes, G., Russo, I. C. P. e Fiorini, A. C. (2007). Estudo da audição e da qualidade de vida em motoristas de caminhão. [Versão electrónica]. *Revista CEFAC*. Acedido em 01 de Julho de 2011, em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462007000400014.

Mateus, M., Martinho, N., Afonso, J.L. e Dias, M. (2006). Acoustic characterization of monitoring equipments in intensive care units. [Versão electrónica]. *Sinais Vitais*. 65: 16-22p.

Meneses, R. (2005). *Promoção da qualidade de vida em doentes crónicos: Contributos no contexto das epilepsias focais*. Porto: Edições Fernando Pessoa.

Menzani, G e Bianchi, E. R. F. (2009). Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. [Versão electrónica]. *Revista electrónica de enfermagem*. Acedido em 15 de Julho de 2011, em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a13.htm>.

Muniz, L. M. N. e Stroppa, M. A. (Julho/Dezembro, 2009). Desconfortos dos pacientes internados na unidade de cuidados intensivos, quanto a poluição sonora. [Versão electrónica]. *RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*. Acedido em 10 de janeiro de 2012, em: <http://www.face.ufmg.br/revista/index.php/rahis/article/viewFile/808/682>.

Navarro, V. L. (Novembro, 2005). Saúde do trabalhador no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*. V.22, n.11. Rio de Janeiro.

Nishide, V. M. e Benatti, M. C. C. (2004). *Riscos Ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva*. Acedido a 15 de Junho de 2011, em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n4/06.pdf>.

Noção e Conceito de Qualidade de Vida. Acedido em 30 de Junho de 2011, em: <http://vidadequalidade.org/conceito-de-qualidade-de-vida/>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1980). *Critérios de Salud ambiental – El Ruído*, México, 33pp. Acedido em 14 de Novembro de 2011, em: <http://www.who.com>.

Organização Mundial de Saúde (1993). *The health of young people: A challenge and a promise*. Geneva: World Health Organization. Acedido em 14 de Novembro de 2011, em: <http://www.who.com>.

Organização Mundial de Saúde. (1998). *Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida*. Acedido em 12 de Março de 2011, em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>.

Organização Mundial de Saúde (2008). *Estatísticas sobre género e força de trabalho em saúde*. Acedido em 14 de Abril de 2012, em: http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_2_PO.pdf

OSHA. *Noise Section of the European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA)*. Acedido em 11 de Março de 2011, em: <http://osha.europa.eu/pt/topics/noise/index.html>.

Paschoa, S. e Whitaker, I. Y. (2007). *Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de terapia intensiva*. *Acta paulista de enfermagem*. Acedido a 10 de Outubro de 2011, em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000300010&script=sci_arttext.

Pereira, R. P., Toledo, R. N., Amaral, J. L. e Guilherme, A. (Nov./Dez, 2003). *Qualificação e Quantificação da exposição sonora ambiental numa unidade de terapia*

intensiva geral. [Versão electrónica]. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. Acedido em 10 de janeiro de 2012, em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992003000600007&script=sci_arttext.

Pimentel-Souza, F. (Junho/Julho, 1997). Os riscos ao sono. [Versão electrónica]. *Revista Proteção*, v.5, nº 23.

Pinho, A. A. S. e Kaercher, A. (2007). *Qualidade de Vida dos profissionais de enfermagem que trabalham em UTI*. Bahia. Acedido em 10 de Janeiro de 2012, em: 189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/.../I3446.E1.T672.D1.doc

Pires G. L., Matiello E., Gonçalves A., (Setembro,1998). Alguns Olhares sobre Aplicações do Conceito de Qualidade de Vida em Educação Física/Ciências do Esporte. [Versão electrónica]. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. V. 20, n. 1, 53-57p.

Pugh, R.J. (2007, Março). The impact of noise in the intensive care unit. *Critical & Emergency care*. Acedido em 10 de Março de 2011, em: <http://www.ihe-online.com/fileadmin/artimg/the-impact-of-noise-in-the-intensive-care-unit.pdf>.

Quick, C. T. e Lapertosa, B. J. (1981). Contribuição ao estudo das alterações auditivas e de ordem neuro-vegetativas atribuíveis ao ruído. [Versão electrónica]. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. V.36, n 9.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª Ed. Lisboa: Gradiva, 190pp.

Reimão, R. (1996). *Sono: estudo abrangente*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2ªed.

Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.

Ribeiro, J. L. (1994). *A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde*. *Análise Psicológica*. Lisboa. 179-191p.

Ribeiro, J. L. (2002). *Qualidade de vida e doença oncológica*. Territórios da psicologia oncológica. Lisboa: Climepsi Editores. 75-98p.

Rôxo, J. R. S. (2004). *La Implicación en la Práctica de Enfermería en Cuidados Intensivos: O toque na Prática de Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Tese da Universidade da Estremadura. Badajoz. 90p.

Santos, A. M. e Castro, J. J. (1998). *O stress. Análise Psicológica*. Acedido a 01 de Julho de 2011, em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n4/v16n4a12.pdf>.

Seidl, E. M. F. e Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro.

Seligman, J. (1993). Considerações a respeito da perda auditiva induzida pelo ruído. *ACTA AWHO*. Acedido em 15 de Junho de 2011, em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=5195204&pid=S0034-7299200200010000800012&lng=en.

Silva, A. C. A., Amorim, N. E., Fonseca, L. M., Fujinaga, C. I., Benutti, D. P. e Scochi, C. G. (2012). Percepção da equipe multiprofissional sobre o ruído em unidade de cuidados intermédios. [Versão electrónica]. *Acta paulista de Enfermagem*. Vol 25. Acedido a 10 de Abril de 2012, em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000100013&script=sci_arttext.

Silveira, V. A. e Monteiro, M. I. (2003). *Qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva*. Acedido em 10 de janeiro de 2012, em: http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/foruns_interdisciplinares_saude/evolucao/evolucao_cap17.pdf.

Simoës, J. e Amancio, L. (2004). Género e enfermagem: um estudo sobre a minoria masculina. [Versão electrónica]. *Sociologia, Problemas e Práticas*. n 44. 71-81p. Acedido em 10 de Janeiro de 2012, em: <https://repositorio.iscte.pt/handle/10071/420>.

Sousa, F.M.C. (2006). *Influência do Ruído na Comunicação Interpessoal*. Dissertação do Mestrado em Comunicação em saúde. Universidade Aberta. Lisboa. 91pp.

Souto, M.C. (2003) As experiências do trabalhador de enfermagem com os riscos, sofrimento e prazer. Rio de Janeiro. Acedido a 10 de Abril de 2012, em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=415109&indexSearch=ID>

Syder, D. (1997). O efeito de uma deficiência auditiva na comunicação. [Versão electrónica]. *Introdução aos distúrbios de comunicação*. Rio de Janeiro: Revinter.

The WHOQOL Group. *WHOQOL user manual*. Geneva: World Health Organization, 1998b. Acedido a 10 de Novembro de 2011, em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-publicacoes.html>.

Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência*. 1ª Edição, Lisboa: Universidade Católica Editora.

Wenham, T. (2009). *Intensive care unit environment*. Acedido em 11 de Março de 2011, em: http://www.medscape.com/viewarticle/713277_3.

11. ANEXOS

ANEXO I – Domínios da Qualidade de Vida

Domínios	Facetas
Domínio I – Domínio Físico	1. Dor e desconforto
	2. Energia e fadiga
	3. Sono e repouso
	4. Mobilidade
	5. Atividades da vida quotidiana
	6. Dependência de medicação ou de tratamentos
	7. Capacidade de trabalho
Domínio II – Domínio Psicológico	8. Sentimentos positivos
	9. Pensar, aprender, memória e concentração
	10. Autoestima
	11. Imagem corporal e aparência
	12. Sentimentos negativos
	13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio III – Relações Sociais	14. Relações pessoais
	15. Suporte (Apoio) social
	16. Atividade sexual
Domínio IV – Meio Ambiente	17. Segurança física e proteção
	18. Ambiente no lar
	19. Recursos financeiros
	20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	22. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
	23. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
	24. Transporte

Quadro 1: Domínios e facetas do WHOQOL-bref (WHO Group, 1998)

Tendo por base os quatro domínios supracitados, as questões que compõem o WHOQOL-bref, são as seguintes:

Domínios	Questões
Domínio I – Domínio Físico	<p>Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que você precisa?</p> <p>Tem energia suficiente para a sua vida diária?</p> <p>Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?</p> <p>Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a))?</p> <p>Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?</p> <p>Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?</p> <p>Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?</p>
Domínio II – Domínio Psicológico	<p>Até que ponto gosta da vida?</p> <p>Até que ponto se consegue concentrar?</p> <p>Em que medida sente que a sua vida tem sentido?</p> <p>É capaz de aceitar a sua aparência física?</p> <p>Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</p> <p>Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?</p>
Domínio III – Relações Sociais	<p>Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?</p> <p>Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?</p> <p>Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?</p>
Domínio IV – Meio Ambiente	<p>Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?</p> <p>Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?</p> <p>Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?</p> <p>Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?</p> <p>Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?</p> <p>Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?</p> <p>Em que medida é saudável o seu ambiente físico?</p> <p>Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?</p>
Qualidade de vida global e percepção geral da saúde	<p>Como avalia sua qualidade de vida?</p> <p>Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?</p>

Quadro 2: Questões do WHOQOL-Bref (WHO Group, 1998)

ANEXO II – Consentimento para uso do WHOQOL-Bref

Pedido de Autorização á Universidade de Coimbra, ao Grupo Português de Avaliação
da Qualidade de Vida (Email)

Sofia Gameiro

1 attachment (212.0 KB)



WHOQOL-BR...zip

[Download](#)(212.0 KB)

Download as zip

Cara Dra. Cristina Alves,

Em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-bref
- manual de aplicação e cotação
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS

Na nossa página <http://www.fpce.uc.pt/saude/whoqolbref.htm> poderá encontrar indicação de bibliografia sobre a versão portuguesa do WHOQOL-Bref.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

O Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida agradecia se pudesse, após realização do trabalho/investigação a que se propõe, disponibilizar um resumo dos resultados obtidos.

Com os melhores cumprimentos,

P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida

Sofia Gameiro

--

Sofia Gameiro

sgameiro@fpce.uc.pt

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade de Coimbra
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153
3001-802 COIMBRA
telf. 239 851450 / fax 239 851465

ANEXO III – Questionário aplicado aos Enfermeiros

QUESTIONÁRIO

No âmbito do Mestrado em Segurança e Saúde do Trabalho, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, estou a preparar uma dissertação intitulada:

“O Impacto do Ruído na Qualidade de Vida dos Enfermeiros de Cuidados Intensivos”

Pretendo utilizar um questionário a ser respondido por enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente deste Hospital e solicito a sua colaboração mediante o preenchimento. O seu testemunho é muito importante.

Este questionário é composto por 4 partes, uma primeira direccionada para a sua qualidade de vida, uma segunda para ruído e sua percepção no contexto de trabalho, a terceira para a sua experiência individual e uma quarta que comporta a abordagem dos dados demográficos a fim de caracterizar a população envolvida.

As suas respostas são estritamente confidenciais e anónimas não sendo necessário identificar-se. Responda na totalidade e sinceramente a cada pergunta e depois de ler cada questão, pondere todas as hipóteses de resposta, para que seja a mais adequada à sua opinião.

Para qualquer esclarecimento, encontro-me ao seu dispor.

Muito Obrigado.

Cristina Alves

Telm. 938622358

ainhabe@hotmail.com

Lisboa, 2012

QUESTIONÁRIO

1ª Parte

Tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Peço-lhe que tenha em conta a sua vida nas **últimas duas semanas**.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1(G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2(G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3(F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5

5(F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10(F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15(F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a))?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16(F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5

22(F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26(F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

2ª Parte

Por favor, leia cada questão com atenção e coloque um X na que lhe parecer a melhor resposta.

Tenha em conta a sua experiência profissional em Unidades de Cuidados Intensivos e seleccione a resposta que lhe parecer mais adequada.

2.1 Considera que existe ruído no seu local de trabalho?

Sim	
Não	

2.1.1 Se respondeu sim, considera o ruído existente:

Extremo	Muito	Algum	Pouco

2.2 Considera que o seu desempenho pode ser afectado pelos efeitos do ruído?

Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente

2.3 Assinale com um X, quais considera ser as consequências mais graves do ruído para o desempenho profissional?

Diminuição da concentração dos profissionais	
Perturbações de depressão nos profissionais	
Dificuldade de comunicação	
Aumento da irritabilidade entre os profissionais	
Diminuição do tempo de presença no serviço	
Perturbações sensoriais (como perturbação da visão) dos profissionais	
Enxaquecas e dores de cabeça dos profissionais	
Outras	

2.4 Sente necessidade de controlar o ruído existente ao seu redor?

Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente

2.5 Considera que existe ruído desnecessário?

Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente

2.6 Como se sente na presença do ruído?

Tranquilo	Indiferente	Incomodado	Ansioso	Irritado/stressado

2.7 Assinale o período do dia/turno, em que considera que o ruído é mais intenso:

Manhã (8h às 16h)	Tarde (15h30 às 23h)	Noite (23h às 8h)

2.8 Pensa que no serviço se fala:

Mais alto que o habitual	Normalmente	Baixo	Mais baixo que o habitual

2.9 De acordo com a sua experiência profissional em UCI's, e numa escala de 1 (nada ruidoso) a 4 (muito ruidoso), como classificaria o ruído produzido pelas seguintes fontes:

Visita médica	
Mudanças de turno	
Actividades dos profissionais em geral	
Conversação e vozes	
Higienes	
Visitas dos doentes	
Aparelhos de ventilação	

Aparelhos de perfusão	
Ar condicionado	
Aspiradores de secreções	
Alarmes	
Campainha da porta de entrada	
Rádio	
Telefones do serviço	

2.10 Assinale, com um X, as medidas que considera pertinentes para diminuir o ruído nesta UCI:

Programas de sensibilização para os profissionais	
Manter portas e janelas fechadas	
Diminuição do volume dos alarmes	
Uso de dispositivos com alarme luminoso e não sonoro	
Utilização de ventiladores pouco ruidosos	
Não utilizar telemóveis com sinal sonoro	
Medições frequentes dos níveis de ruído	
Manutenção do equipamento, de forma a diminuir o ruído	
Outras	

2.11 Considera que o ruído interfere na sua qualidade de vida?

Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente

2.12 Genericamente, considera a sua audição comparativamente com as pessoas da sua idade:

Muito boa	Boa	Razoável	Medíocre

3ª Parte

Selecione a resposta que melhor corresponde à sua experiência individual, colocando um X na que lhe parecer mais adequada.

3.1 “*Em casa, tenho dificuldade em adormecer*”

Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente

3.2 “*Sonho com os alarmes*”

Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente

3.3 “*Se estiver num turno particularmente ruidoso, fico mais irritável e stressado(a)*”

Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente

3.4 “*Com ruído sinto-me incapaz de trabalhar*”

Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente

3.5 “*Sinto necessidade de sair por momentos da unidade (UCI), afim de promover um período de silêncio e tranquilidade*”

Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente

4ª Parte

DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Sexo:

<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Feminino

Idade:

Entre 23 e 30 anos	Entre 31 e 40 anos	Entre 41 e 50 anos	≥ que 51 anos

Tempo de profissão:

Entre 1 e 5 anos	Entre 6 e 10 anos	Entre 11 e 15 anos	Entre 16 e 20 anos	Entre 21 e 25 anos	≥ que 26 anos

Tempo de actividade nesta UCI: _____ anos

Já trabalhou noutra UCI?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

Se sim, durante quanto tempo? _____ anos

Muito Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO IV – Pedido de autorização de aplicação de questionários
às Direcções e chefias dos serviços

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

À Direcção de Enfermagem do Hospital Cuf Infante Santo

Exmo. Sr. Enfermeiro Director:

Eu, Cristina Esmália Gouveia Alves, enfermeira na UCIP do Hospital Cuf Descobertas e a frequentar o Mestrado de Segurança e Saúde do Trabalho na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, tendo como orientadora a Prof. Doutora Margarida Santos, venho por este meio solicitar a V. Exa. que me seja dada autorização para efectuar o estudo conducente à elaboração da minha dissertação neste hospital, nomeadamente na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, e cujo tema é:

“O Impacto do Ruído na qualidade de vida dos Enfermeiros de Cuidados Intensivos”

Sem outro assunto, aguardo a referida autorização.

Com os melhores cumprimentos



Cristina Alves

Lisboa, Fevereiro de 2012

*Autorizada
pelo Sr. Dr. Coelho
6/2/2012*

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

À Chefia de Enfermagem da UCIP do Hospital Cuf Infante Santo

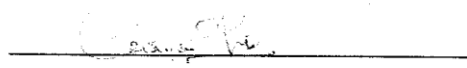
Exmo. Sra. Enfermeira Chefe:

Eu, Cristina Esmália Gouveia Alves, enfermeira na UCIP do Hospital Cuf Descobertas e a frequentar o Mestrado de Segurança e Saúde do Trabalho na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, tendo como orientadora a Prof. Doutora Margarida Santos, venho por este meio solicitar a V. Exa. que me seja dada autorização para aplicação de questionário conducente à elaboração da minha dissertação neste serviço, e cujo tema é:

"O Impacto do Ruído na qualidade de vida dos Enfermeiros de Cuidados Intensivos"

Sem outro assunto, aguardo a referida autorização.

Com os melhores cumprimentos


Cristina Alves

Lisboa, Julho de 2011

Autorizado: Enf. Tóscano (gestora UCIP do Hcuf)

Autorizado.



20.02.2012

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

À Direcção de Enfermagem do Hospital Cuf Descobertas

Exmo. Sr. Enfermeiro Director:

Eu, Cristina Esmália Gouveia Alves, enfermeira neste hospital e a frequentar o Mestrado de Segurança e Saúde do Trabalho na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, tendo como orientadora a Prof. Doutora Margarida Santos, venho por este meio solicitar a V. Exa. que me seja dada autorização para efectuar o estudo conducente à elaboração da minha dissertação neste hospital, nomeadamente na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, e cujo tema é:

"O Impacto do Ruído na qualidade de vida dos Enfermeiros de Cuidados Intensivos"

Sem outro assunto, aguardo a referida autorização.

Com os melhores cumprimentos



Cristina Alves

Lisboa, Fevereiro de 2012

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

À Chefia de Enfermagem da UCIP do Hospital Cuf Descobertas

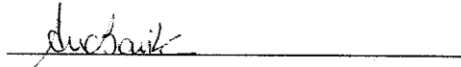
Exmo. Sra. Enfermeira Gestora:

Eu, Cristina Esmália Gouveia Alves, enfermeira neste hospital e a frequentar o Mestrado de Segurança e Saúde do Trabalho na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, tendo como orientadora a Prof. Doutora Margarida Santos, venho por este meio solicitar a V. Exa. que me seja dada autorização para aplicação de questionário conducente à elaboração da minha dissertação neste serviço, e cujo tema é:

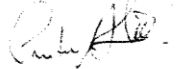
"O Impacto do Ruído na qualidade de vida dos Enfermeiros de Cuidados Intensivos"

Sem outro assunto, aguardo a referida autorização.

Com os melhores cumprimentos



Cristina Alves



Lisboa, Fevereiro de 2012