



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Lousana Bioni Cavalcante

**Características pessoais e institucionais e comportamentos de autocuidado de docentes de enfermagem segundo os modos adaptativos de Roy:
estudo em Instituições Públicas do Estado do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2009

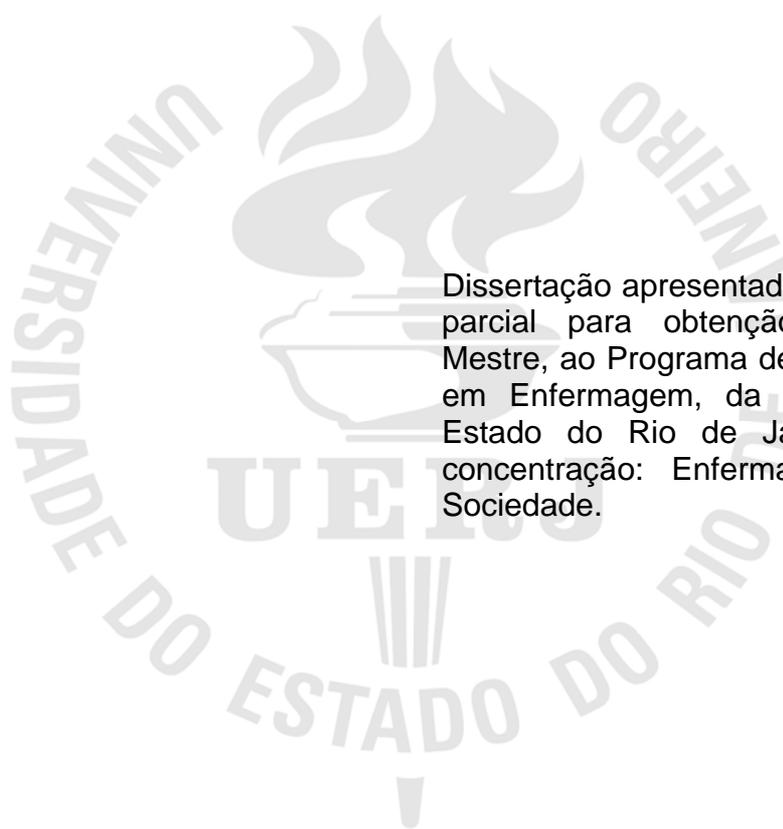
Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Lousana Bioni Cavalcante

Características pessoais e institucionais e comportamentos de autocuidado de docentes de enfermagem segundo os modos adaptativos de Roy: estudo em Instituições Públicas do Estado do Rio de Janeiro



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Iraci dos Santos

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

C376 Cavalcante, Lousana Bioni.
Características pessoais e institucionais e comportamentos de autocuidado de docentes de enfermagem segundo os modos adaptativos de Roy: estudo em Instituições Públicas do Estado Rio de Janeiro / Lousana Bioni Cavalcante. - 2009.
115 f.

Orientador: Iraci dos Santos.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Modelo de adaptação de Roy. 2. Professores universitários (Enfermagem) – Aspectos da saúde. 3. Hábitos de saúde. 4. Cuidados pessoais com a saúde. 5. Roy, Callista. I. Santos, Iraci dos. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Lousana Bioni Cavalcante

Características pessoais e institucionais e comportamentos de autocuidado de docentes de enfermagem segundo os modos adaptativos de Roy: estudo em Instituições Públicas do Estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 10 de dezembro de 2009.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Iraci dos Santos (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Rosimere Ferreira Santana
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF

Prof^a. Dr^a. Lina Márcia Miguéis Berardinelli
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

A Deus e ao Mentor Espiritual Antonio Baiano, que me guiam e iluminam o meu caminho.

Aos meus pais, Darci e Lourival, pelo amor e compreensão pelas horas dedicadas ao mestrado, o meu amor eterno.

À minha amiga, Valéria M. Luz, por ser o meu Porto Seguro nesta caminhada.

Aos meus irmãos, Lanuza, Liane e Lourivaldo, pelo incentivo e apoio.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Iraci dos Santos, pela oportunidade, pelos ensinamentos e paciência.

À Banca examinadora, Professoras Doutoras Rosimere Ferreira Santana e Lina Márcia Miguéis Berardinelli, pelas valiosas sugestões.

Às professoras Luiza Maria Piazzini Pappa, Alba Lucia Castelo Branco e Lucia Helena G. Penna, pelo apoio incondicional.

A todos os professores pesquisados, pela disposição e gentileza.

À minha amiga, Neide Reis da Costa, que abriu as portas da Enfermagem e docência, meu eterno agradecimento.

À minha amiga e irmã, Edna José de Oliveira, pelo incentivo.

Aos amigos e colegas de trabalho, pelas palavras de coragem.

À Maria Celeste Carvalho Couto, pelo profissionalismo e competência.

Às bibliotecárias Kalina Silva e Tania Mello, pelo excelente trabalho dedicado à Biblioteca de Enfermagem da UERJ.

Nenhuma grande vitória é possível sem que tenha sido precedida de pequenas vitórias sobre nós mesmos.

L. M. Leonov

RESUMO

CAVALCANTE, Lousana Bioni. **Características pessoais e institucionais e comportamentos de autocuidado de docentes de enfermagem segundo os modos adaptativos de Roy**: estudo em Instituições Públicas do Estado do Rio de Janeiro. 2009. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Este trabalho enfoca a promoção da vida através de comportamentos saudáveis, tendo como objetivos: delinear o perfil sociodemográfico e institucional/profissional dos docentes de enfermagem e analisar seus hábitos de vida, segundo os modos adaptativos de Roy. Foi utilizada a Teoria de Sister Callista Roy, destacando-se os modos de adaptação: fisiológico, autoconceito e interdependência. Implementou-se o método descritivo, quantitativo, transversal através da técnica de autorelato em amostra de 101 docentes. Para investigar esses aspectos, utilizou-se dois questionários, um deles com a escala de Likert, adaptado para a pesquisa. A produção de dados transcorreu de janeiro a março de 2009, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo 2187, e concordância das quatro instituições públicas de ensino universitário, do Estado do Rio de Janeiro-Brasil, selecionadas. Os dados obtidos foram submetidos à estatística, aplicando-se medidas de tendência central. Quanto ao perfil docente: predomina a faixa etária de 40 a 59 anos, com 69,3%, de união estável. Relacionando cor e crença religiosa, constatou-se 37,6% de católicos brancos. Dos 50 docentes, 5% têm residência própria, na zona norte. Possuem renda individual acima de 8 salários mínimos, 67,32%, a maioria com vínculo trabalhista. No tempo de serviço, 22,94% situam-se entre 11 a 15 anos, com carga horária de 20 a 40 horas. Quanto à titulação, 42,56% são doutores e 80,2% possuem um tipo de regime estatutário. Concernente aos Modos Adaptativos de Roy foi atribuído, predominantemente, o conceito A- hábitos de vida saudável, aos modos Fisiológicos e de Autoconceito, seguindo-se o de Interdependência, que apresentou quatro conceitos B- em busca de hábitos de vida saudável, sendo o mais homogêneo dos três modos. Identificou-se que o Modo Fisiológico foi heterogêneo, pois os valores das medidas de tendência central se distanciam entre si. Concluindo-se que o pressuposto formulado atendeu parcialmente às expectativas dos docentes por utilizarem, em benefício próprio, seus saberes sobre o cuidar promovendo o bem-estar com qualidade. Considerou-se que a interdependência pode ser conquistada pelos sujeitos, visto que o enfrentamento das suas atividades profissionais, paralelamente ao viver pessoal, pode ser motivo de satisfação com o trabalho docente, remuneração recebida, ambiente institucional, relações de poder/saber no trabalho, além da possibilidade de atender sua necessidade gregária promovendo o convívio com a família e amigos. Lembra-se que lidar com pessoas cujas subjetividades devem ser objetivadas, visando sua compreensão para o atendimento de saúde, exige equilíbrio e progresso das dimensões corporais física, mental e espiritual do profissional.

Palavras-chave: Modelos de enfermagem. Hábitos de vida. Autocuidado. Docente de enfermagem.

ABSTRACT

This work focuses the life promotion through healthy behaviors, having as objectives: delineate the nursing teaching's socio-demographic and institutional/professional profile and analyze their life habits, according to Roy. It was utilized the Sister Callista Roy's Theory, detaching the modes of adaptation: physiological, self concept and interdependence. It implemented the descriptive, quantitative, transversal method through the self relate technique in sample of 101 teachers. To investigate these aspects, it was utilized two questionnaires, one of them with the Likert scale, adapted to the research. The data production transcurred from January to March of 2009, after approval of the Comitê de Ética em Pesquisa (Committee of Ethics in Research), Protocol 2187, and concordance of the four public institutions of university teaching of the Rio de Janeiro state – Brazil, selected. The data obtained were submitted to the statistics, applying central trend measures. As for the teaching's profile: it predominates the age group of 40 to 59 years, with 69.3% of stable union. In relating religious color and belief, it evidenced 37.6% of the white catholic persons. Of the 50 teachers, 5% have own residence, in the north zone. They have individual income above 8 minimal wages, 67.32%, the most of persons with labor link. In the service time, 22.94% situate between 11 to 15 years, with workload of 20 to 60 hours. As for the degree, 42.56% are doctors and 80.2% have a type of statutory regime. Concerning the Roy's Adaptable Modes it was attributed, predominantly, the A concept- healthy life habits, to the Physiological and of Self concept, following the one of Interdependence, that presented four B concepts- in search of healthy life habits, being the most homogeneous of the three modes. It identified that the Physiological Mode was heterogeneous, once the central trend measures values keep away from them. Concluding that the purposes formulated attended partially the teachers' expectancies for utilizing, in own benefit, their knowledge about the care promoting the well-being with quality. It considered that the interdependence can be won by the subjects, respecting the facing of their Professional activities, parallely to the personal live, can be satisfaction motive with the teaching work, remuneration received, institutional environment, power/knowledge relations in the work, besides the possibility of attending their gregarious need promoting the conviviality with the family and friends. It remembers that the dealing with persons, whose subjectivities must be objectified, aiming at their comprehension for the health attendance, requires equilibrium and progress of the professional's physical, mental and spiritual dimensions.

Keywords: Nursing models. Life habits. Self care. Nursing teaching.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Critério de avaliação dos dados produzidos no ICD hábitos de vida	46
Tabela 2 - Distribuição dos docentes por faixa etária e estado de união - Rio de Janeiro - Universidades Públicas – agosto, 2009	50
Tabela 3 - Distribuição dos docentes por cor e religião - Rio de Janeiro - Universidades Públicas – agosto, 2009	52
Tabela 4 - Distribuição segundo a natureza e localidade da residência dos docentes - Rio de Janeiro - Universidades Públicas – agosto, 2009	55
Tabela 5 – Distribuição da renda individual e vínculos institucionais de trabalho dos docentes - Rio de Janeiro -Universidades Públicas – agosto, 2009	57
Tabela 6 – Distribuição da titulação dos docentes - Rio de Janeiro-Universidades Públicas – agosto, 2009	58
Tabela 7 - Distribuição do tipo de contrato dos docentes. - Rio de Janeiro – Universidades Públicas- agosto, 2009	59
Tabela 8 - Tempo de exercício profissional na docência e carga horária semanal dos docentes - Rio de Janeiro -Universidades Públicas – agosto, 2009	60
Tabela 9 - Tempo de exercício profissional na assistência de enfermagem pelos docentes - Rio de Janeiro, Universidades Públicas – agosto de 2009	62
Tabela 10 - Modo adaptativo <i>fisiológico</i> dos docentes de enfermagem - Rio de Janeiro, Universidades Públicas – agosto, 2009. Frequência absoluta de (N=101)	66
Tabela 11 - Modo adaptativo de <i>autoconceito</i> dos docentes de enfermagem - Rio de Janeiro - Universidades Públicas – agosto, 2009. Frequência absoluta de (N=101)	68
Tabela 12 - Modo adaptativo de <i>interdependência</i> dos docentes de enfermagem - Rio de Janeiro - Universidades Públicas – Agosto, 2009. Frequência percentual de (N=101)	70
Tabela 13 - Medidas de tendência central dos resultados de autoavaliação dos hábitos docentes por Modos Adaptativos de Roy -Rio de Janeiro – agosto, 2009	72

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-CONCEITUAL	18
1.1	A relação da promoção de saúde e qualidade de vida	19
1.2	A docência em enfermagem e sua relação com a qualidade de vida ...	23
2	MARCO TEÓRICO- METODOLÓGICO	32
2.1	A teoria de adaptação de Sister Callista Roy	32
2.2	Sistema adaptativo de Roy	35
3	METODOLOGIA	39
3.1	Tipo de estudo	39
3.2	Local da pesquisa	40
3.3	População e amostra	41
3.4	Procedimentos éticos do estudo	42
3.5	Instrumento para coleta de dados	42
3.6	Procedimentos para a produção dos dados	47
3.7	Tratamento e análise dos dados	48
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1	Perfil Sociodemográfico, institucional/profissional dos docentes de enfermagem	49
4.2	Modos adaptativos de Roy	65
4.2.1	<u>Modo adaptativo fisiológico</u>	65
4.2.2	<u>Modo adaptativo de autoconceito</u>	68
4.2.3	<u>Modo adaptativo de interdependência</u>	70
4.3	Medidas de tendência central dos resultados da autoavaliação dos hábitos de vida dos enfermeiros docentes por modos adaptativos de Roy	72
5	CONCLUSÃO	75

REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	87
APÊNDICE B - Formulário Sociodemográfico institucional/profissional	88
APÊNDICE C -Instrumento final de coleta de dados dos modos adaptativos de hábitos de vida segundo os modos adaptativos de Roy.....	89
APÊNDICE D - Questionário piloto do Instrumento Modos Adaptativos de Hábitos de Vida	91
APÊNDICE E – Validação e adequação do instrumento	94
ANEXO A - Carta resposta do Comitê de Ética em Pesquisa	97
ANEXO B - Instrumento retirado do Jornal CASSI.....	98
ANEXO C - Instrumento de coleta de dados auto-aplicável (extraído do Trabalho de Savoldi et al. (2003), segundo adaptação do instrumento do Jornal CASSI).....	101
ANEXO D - Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)	105
ANEXO E - Instrumento “Avalie sua vida e qualidade de vida” – Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV).....	109
ANEXO F - Carta de Autorização de Pesquisa à Direção da Escola de enfermagem – UERJ	112
ANEXO G - Carta de Autorização de Pesquisa à Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ	113
ANEXO H - Carta de Autorização de Pesquisa à Direção da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO.....	114
ANEXO I - Carta de Autorização de Pesquisa à Direção da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa - UFF	115

INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar a qualidade de vida dos docentes de enfermagem surgiu de uma autoavaliação quanto aos meus hábitos diários, visto que, teoricamente, estes deveriam ser saudáveis e condizentes com minha prática profissional de docente e enfermeira com a função de orientar clientes e alunos, visando à promoção da saúde.

Assim, deparei-me com um enfrentamento de mudança de hábitos de vida, como por exemplo, quanto a atitudes saudáveis de alimentação, de exercícios físicos regulares e outros, a fim de não passar pelos sofrimentos dos agravos à saúde.

Comecei, a partir daí, a transformar os meus hábitos e a responder de maneira pró-ativa a esse novo processo de adaptação à vida saudável, como parte integrante do meu dia a dia. Diante disso, ampliou meu interesse para pesquisar esse tema, tendo em vista possuir uma intrínseca relação entre a minha vida pessoal e a profissional. Suponho, ainda, que outros docentes de enfermagem, da mesma forma, não adotando comportamentos saudáveis, vivenciam o conflito de ter que estimular outras pessoas a práticas do que apenas defendem no discurso teórico.

Esse tema envolve a necessidade de transformações diárias de comportamento, imprescindíveis para a qualidade de vida das pessoas. Alcançar tal nível de bem-estar é uma conquista para uma vida saudável, prevenindo, até mesmo, doenças evitáveis. Para Minayo, Hartz e Buss (2000), este equilíbrio vital é possível, quando se desenvolve o máximo de potencialidades para transformar a noção de qualidade de vida num conceito, tornando-o operativo.

Além do que, reforçam Ximenes, Pinheiro e Varela (2002), o homem como participante ativo na construção de atitudes e habilidades para adaptar-se modifica o meio em que vive a cada dia. Isso resulta em adaptar-se, continuamente, para manter-se em equilíbrio, buscando um redimensionamento no seu modo adaptativo e ajustamento ao problema.

Diante do assunto proposto para investigação, introduzi a Teoria de Adaptação de Roy, que utiliza os modos adaptativos de função fisiológica, função de papel, autoconceito e interdependência, através da identificação de estímulos e

mecanismos de enfrentamento que, neste caso, estão aplicados para os docentes de enfermagem.

Este trabalho destaca a pessoa saudável, colocando a sua saúde, não somente, como uma questão de “ausência de doença”, mas como uma conquista diária mediante a qualificação de seus hábitos, mudança de atitudes e comportamentos saudáveis.

Assim considerando, delimita-se o problema: **Quais são os hábitos de vida dos docentes de enfermagem, visando à promoção da sua saúde?**

A partir desta questão de pesquisa são formulados os seguintes objetivos:

Objetivo geral - Caracterizar o comportamento de autocuidado do docente de enfermagem, tendo em vista que sua qualidade pode influenciar as pessoas para a adoção de comportamentos saudáveis.

Objetivos específicos - Delinear o perfil sociodemográfico e institucional/profissional dos docentes de enfermagem; analisar os hábitos de vida dos docentes de enfermagem, segundo os modos adaptativos de Roy, contribuintes para a sua promoção da saúde.

Amplitude do Problema e Relevância do Estudo

Este trabalho referente a hábitos de vida do docente de enfermagem, através da sua percepção, poderá levá-lo a refletir sobre sua postura para viver e conviver no mundo consigo mesmo e com os outros, mesmo porque, essa mudança de hábitos se refletirá no seu autocuidado, onde as suas ações melhorarão a cada dia o seu modo de viver.

Essa condição para Neves e Winks (2007) refere o comportamento do autocuidado à saúde, como ações que os indivíduos desempenham de uma forma liberada, responsável, com tomada de decisão, estabelecendo o compromisso em seu próprio benefício para promover, manter e restaurar a saúde.

Para que essa condição seja aplicável, o docente de enfermagem deve buscar alternativas saudáveis que o transformem num cuidador que cuida de si para melhor educar/cuidar dos outros.

Essa discussão, para Santos (2007, p.1), reforça que “adquirir a consciência do valor do cuidar exige maturidade, sabedoria e humanização, que é ampliada com a experiência de ser cuidado”. A autora afirma que parte desta percepção pode ser transformada quando a prática de cuidar do cuidador ocorre pela abertura e troca dos saberes entre o educador e o aluno.

Relata ainda que essa relação é possível quando a prática pedagógica, orientada por princípios filosóficos da sociopoética¹, é introduzida para sensibilizar a formação de profissionais de enfermagem, com uma prática educativa de ensino, onde o educador de enfermagem compreende e aceita o seu aluno, futuro enfermeiro, na sua dimensão **eu**, como um ser formado por suas vivências, com suas maneiras de sentir e compreender o seu corpo físico, mental, espiritual e o mundo que o rodeia.

A concepção dessa prática considera que o estudante de enfermagem, o futuro cuidador, é o primeiro cliente do professor enfermeiro que, para saber cuidar-se, deve viver a experiência de ser cuidado. O progresso dessa relação se compreende quando o educador expressa, também, o seu próprio modo de ser e viver no cuidado consigo mesmo, propiciando assim, durante o ensino, uma troca de experiência entre a sua realidade e a do outro.

Desse modo, percebe-se o quanto é necessário que o docente de enfermagem adquira a consciência do valor do cuidado de si para que não se enquadre no provérbio: “faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço”.

Para Sobral et al. (2003), a questão de ensinar, aprender e cuidar não deve ser utilizada através de normas preestabelecidas, pois requer que o enfermeiro educador olhe também para si, cuide de si, situando-se e interagindo com ele e com o mundo e relacionando-se com o seu educando, vendo-o cuidar de si e com ele situar-se no cosmos e nas atividades de ensino de enfermagem.

O docente de enfermagem deve levar o ensino do cuidar sob a ótica do próprio percurso que a pessoa faria em direção ao conhecimento da vida e a possibilidade que ela oferece, facilitando a adequação da atividade de aprender para a promoção da saúde.

¹ Abordagem do conhecimento do homem como ser político e social utilizado como método de pesquisa, prática social e de educação criado, na década de 90, pelo filósofo e pedagogo francês Jacques Gauthier.

A fim de verificar o estado da arte sobre o assunto desta pesquisa, foram introduzidos os estudos correlatos à discussão sobre qualidade de vida e a Teoria de Adaptação de Roy, realizando-se um levantamento da produção científica, através de consulta às bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

Os descritores utilizados foram *qualidade, vida e enfermeiros*, encontrados no LILACS com 40 referências, no SCIELO com 09 e no BDENF com 22, sendo distribuídas num total de 60 artigos científicos, quatro dissertações de mestrado e duas teses de doutorado, totalizando 66 produções científicas no período entre 2000 e 2008.

Através dessa busca, evidenciou-se que muitos trabalhos já foram realizados sobre qualidade de vida, principalmente voltados para a satisfação no trabalho da equipe de enfermagem, em clientes com doenças crônicas ou com tratamentos e outros estudos utilizando instrumentos que medem o índice de satisfação com a qualidade de vida.

A intenção dessa procura foi identificar publicações relacionadas à qualidade de vida e aos modos adaptativos segundo a Teoria de Roy. Foram selecionados somente dois artigos de interesse para o estudo quanto ao tema qualidade de vida.

Um dos estudos selecionado foi o de Costa et al. (2005), que apresentou uma relação entre estilo de vida e saúde mental com os enfermeiros, apontando para a necessidade de uma articulação entre as condições objetivas e subjetivas da existência humana, identificando quais as concepções dos enfermeiros sobre estilo de vida saudável, através do risco/severidade a que estavam expostos e aos danos à saúde mental.

Esse estudo concluiu que os enfermeiros possuem consciência de que a qualidade de suas vidas está ruim, o que se deve à ansiedade e angústia nas condições de trabalho, nas situações de risco às quais estão expostos, na severidade dos danos relacionados às doenças infectocontagiosas cronicodegenerativas, bem como na perda da integridade da saúde física e mental.

Outro artigo apresentado foi sobre a utilização de um instrumento, por Schmidt e Dantas (2006), que avaliava a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes no bloco cirúrgico, aplicando a escala adaptada de qualidade de vida de Flanagan. Esse trabalho concluiu que a qualidade de vida relacionada

com o item relacionamento com amigos obteve a maior média, enquanto que a participação em atividades recreativas e esportivas alcançou a menor.

Os descritores *teoria*, *adaptação* e *Roy*, para a discussão quanto aos modos adaptativos, foram encontrados no LILACS com 19 referências, no SCIELO com cinco e no BDNF com 12, sendo distribuídas num total de trinta e dois artigos científicos e quatro dissertações, totalizando 36 produções científicas no período entre 2000 e 2008.

Foi observado nesse levantamento que a maioria desses estudos baseados nos modos adaptativos aplica a intervenção de enfermagem segundo o modelo teórico de Roy para o indivíduo alcançar respostas adaptativas. Foram selecionados, assim, dois artigos, um deles, conforme Guedes e Araújo (2005) tiveram como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem de idosos que realizavam cateterismo cardíaco, abordando os aspectos psicossociais, segundo a Teoria de Adaptação Roy.

Nessa análise, reconheceu os diagnósticos de ansiedade, medo e alteração no processo familiar como alteração na manutenção da saúde. As intervenções propostas foram de criar um clima de confiança antes do exame; escutar e respeitar sentimentos, crenças e valores, orientar quanto ao procedimento. Concluindo que a utilização dessa teoria permitiu reconhecer que as pessoas, mediante estímulos, podem desencadear respostas positivas ou negativas, cabendo ao enfermeiro atuar como mediador.

O outro estudo foi o de Pagliuca e Neto (2002), no qual foram abordadas a semântica e a estrutura do termo “pessoa” em mulheres portadoras do vírus HIV, mediante abordagem holística fundamentada no Modelo de Adaptação de Roy e na fenomenologia de Heidegger (Dasein).

Foram analisados os seguintes aspectos: objetividade, simplicidade, generalidade, acessibilidade e importância dos conceitos de pessoa e holismo no estudo empírico "*Nutritional adaptation of women living with HIV: a pilot study*", publicado na revista *Holistic Nursing Practice*, em 1997. A interpretação do termo “pessoa”, no estudo citado, se deu pela compreensão do ser como um ser ôntico-ontológico, como forma de percepção verdadeira do sentido do ser (pessoa), como uma estrutura universal vivente em um mundo antropológico e social, ao qual mulher com HIV pode se adaptar ao novo estilo de vida e receber atenção integral da enfermagem, principalmente no que concerne ao aspecto nutricional.

Na busca manual em artigos, teses, dissertações e monografias foi encontrado um artigo em periódico impresso, de autoria de Savoldi et al. (2003), versando sobre o modo de ser trabalhador saudável, tendo como população, membros da equipe de enfermagem. Nesse trabalho, a Teoria de Roy foi utilizada como marco teórico-metodológico, obtendo-se como resultado maior valor nas áreas de saúde profissional e espiritual, enquanto os menores valores foram encontrados na área intelectual e física. As autoras concluíram que essas áreas são indispensáveis para o desenvolvimento do cuidar da clientela de saúde.

Portanto, na varredura realizada através dos bancos de dados não foram verificados estudos relacionados à avaliação do comportamento do docente de enfermagem considerando as respostas adaptativas do modelo da teoria de Roy.

Assim, espera-se que o tema proposto possa contribuir como estímulo para novas pesquisas relacionadas à qualidade de vida (QV) repercutindo eticamente e esteticamente para os profissionais da área de enfermagem quanto ao significado de viver melhor e com qualidade.

A qualidade de vida, principalmente quando relacionada à promoção de saúde, é um tema atual e bastante discutido nas publicações científicas de diversas áreas e relevante devido ao fato de envolver aspectos relacionados ao indivíduo em suas dimensões de subjetividade e multidimensionalidade.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-CONCEITUAL

Qualidade de vida é um termo tão amplamente utilizado pela população, mídia, políticas de saúde, empresas e em pesquisas das diversas áreas, que já se tornou um *slogan* de múltiplos significados de uma vida saudável. A quantidade de informações lançadas sobre nós, quanto ao modelo ideal de qualidade de vida e saúde, acabou gerando um dilema social de impacto em nosso modo de viver, principalmente na condição de inserção política do tema.

As implicações políticas desse tema vieram através da expressão segundo Fleck et al. (2003), usada pela primeira vez, em 1964, pelo Presidente dos Estados Unidos, Lindon Johnson, afirmando que os objetivos de um governo só poderiam ser medidos através da qualidade de vida que proporcionavam às pessoas. Surgindo, dessa forma, transformações econômicas, políticas, sociais, culturais e ambientais que influenciaram aquela sociedade até os tempos atuais, diante da perspectiva de se tornar um fenômeno de qualidade atingível para todos.

Entretanto, a mutabilidade desses fenômenos como parte do pressuposto de que a avaliação da qualidade de vida pode mudar em função do tempo, local, pessoa e contexto cultural, foi ponderada por Paschoal (2001).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a relatividade desse consenso recebeu referências históricas, culturais e de padrões de bem-estar, através de um parâmetro de qualidade de vida em um determinado tempo de uma sociedade, pelos valores culturais e necessidades que são diferentes em todos os povos e pelos padrões de vida estratificados em cada classe social. Embora inexistindo um consenso sobre um modelo de qualidade de vida, pode-se perceber que ele produziu um efeito sobre as diversas classes sociais e do governo em termos de economia e medidores de bens materiais associados à melhoria do padrão de vida.

Paschoal (2001), através de uma passagem histórica, mostrou, resumidamente, como a relatividade do conceito de qualidade de vida influenciou a sociedade, lembrando que, após a Segunda Guerra Mundial, o conceito de “boa vida” foi usado para se referir à conquista de bens materiais (casa, carro, televisão, etc.). Posteriormente, segundo o autor, esse conceito foi ampliado para medir o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente, criando, assim, os indicadores econômicos utilizados como instrumentos de medir e comparar

qualidade de vida entre diferentes espaços demográficos, como através da avaliação do Produto Interno Bruto (PIB), taxa de desempregos e outros. Inferia-se que os países, cujos indicadores econômicos fossem os melhores, teriam populações usufruindo de uma melhor qualidade de vida.

Ainda para Paschoal (2001), esse conceito se ampliou na área do desenvolvimento social (saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho), fazendo com que surgissem outros indicadores como o da mortalidade infantil, condições de moradia, lazer e etc. Medindo e comparando a qualidade de vida entre diferentes cidades, regiões, países e culturas.

Dessa forma, pode-se perceber que na área da saúde existiram, em suas próprias isoladas esferas de influências, as discussões sobre a promoção da saúde envolvendo componentes da vida social, que influencia o interesse da população para uma vida melhor.

1.1 A relação da promoção de saúde e qualidade de vida

A promoção da saúde surgiu através de uma insatisfação com o modelo biomédico, cujo enfoque era somente relacionado com o processo saúde/doença como uma questão de responsabilidade individual. Não ressaltando que esses processos também eram oriundos das condições ambientais nas quais as pessoas viviam, conforme destaca D. Oliveira (2005, p.3), “a promoção da saúde deveria melhorar as condições ambientais através de mudanças de comportamento”. Desde então, surgiu um redirecionamento quanto aos aspectos socioambientais, dividindo esse problema com o Estado, as comunidades e os serviços de saúde. A promoção da saúde transformou o seu foco do processo saúde/doença para o nível de prevenção voltada para o cuidado.

Vários conceitos foram definidos, entretanto, dois deles foram citados por Buss (2000) definindo este processo. O primeiro referiu-se às atividades voltadas para a transformação dos comportamentos dos indivíduos sobre seus estilos de vida em torno do ambiente social em que se encontram, através de atividades educativas e cuja mudança depende da própria pessoa. O segundo relacionou-se aos

determinantes gerais sobre as condições de saúde, sendo a saúde um resultado de fatores inerentes à qualidade de vida.

Afirma o autor que a influência da transformação na área da saúde surgiu a partir dos últimos 20 anos no Canadá, Estados Unidos e Europa Ocidental, quando foram colocadas em discussão as bases conceituais e políticas da promoção da saúde, sendo distribuídas em quatro importantes Conferências Internacionais: Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Jacarta (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986, 1988, 1991, 1997), e além dessas, em 1992, na América Latina, onde foi realizada a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1992), trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional (ver Quadro 1, na folha seguinte).

Essas discussões marcaram uma mudança de atitudes e comportamentos sobre as políticas de saúde, entre elas a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006b) que surgiu do processo de construção e de implementação nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), entre os setores sanitários, das políticas públicas e da sociedade, provocando a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde. Para melhor visualização, foram agrupadas, no Quadro 1, a trajetória das bases conceituais e políticas da promoção de saúde.

Carta de Ottawa (OMS,1986)	Adelaide (OMS,1988)	Sundsvall (OMS, 1991)	OPAS (1992)	Jakarta (OMS, 1997)	OPAS (1998)	Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2006b)
Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.	Políticas públicas saudáveis que se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população.	Foca diretamente a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos.	Transformar as relações excludentes, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e a equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento.	Reforço da ação Comunitária.	A ação e a participação da comunidade, educação sanitária e a comunicação para a saúde, em ampliar as atitudes pessoais e a capacidade da comunidade de melhorar as condições físicas e psicossociais nos espaços onde as pessoas vivem, estudam, trabalham e se divertem.	Promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionado aos seus determinantes e condicionantes-modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Quadro 1 - Bases Conceituais e Políticas da Promoção de Saúde. Rio de Janeiro, julho de 2008.

Fonte: Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela vida, 2006.

Com as bases conceituais e políticas, as articulações sobre a promoção da saúde deram um salto na base de formulação e operacionalização no âmbito atual político de saúde e dos movimentos sociais. Atualmente, as articulações de políticas públicas vêm de introduções inovadoras como o Pacto pela Saúde, onde as reformas institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) são pactuadas nas três esferas de gestão, visando alcançar eficiência e qualidade das respostas do SUS, redefinindo responsabilidades de cada gestor nas necessidades de saúde da população e visando alcançar uma equidade social.

Através disso, a estratégia proposta voltou-se para os problemas sanitários e a qualidade de vida da população, cabendo ao sistema de saúde apresentar as bases da Política Nacional de Promoção da Saúde, a fim de contribuir na construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde. Foi produzida a série Pactos pela Saúde, elaborada a partir da publicação da Portaria número 391/GM, de 22 de fevereiro de 2006, divulgando suas diretrizes operacionais e componentes do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006 a).

As diretrizes do Pacto pela Vida fortaleceram a construção e implementação de uma Política Nacional de Promoção de Saúde que proporciona melhoria na qualidade de vida ao alcance de todos, possibilitando, através da atuação do profissional de saúde, dos gestores e da participação da população, uma mudança de comportamento para um estilo de vida saudável. O que se espera da promoção de saúde é provocar impactos mais atuantes no ambiente saúde e sobre as condições de vida da população.

Espera-se que as pessoas sejam agentes transformadores da preservação e sustentabilidade do meio ambiente, reivindicando saúde, acesso às informações sobre a saúde, à cultura e ao lazer. Desse modo, complementam Minayo, Hartz e Buss (2000) que a questão da qualidade de vida é dita pelo padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao setor saúde.

Enfim, a discussão quanto à promoção da saúde e a sua relação com a qualidade de vida colocada no início deste estudo refletem, para o sujeito desta pesquisa, o quanto a sua relação de cidadão encontra-se vinculada com a sua profissão de enfermeiro e educador diante desse contexto político. Mesmo sabendo

que muitas das ações para obtenção de uma qualidade de vida digna dependem da participação das políticas de saúde vigentes, em poucas palavras, Buss (2003, p.1) adverte:

Se cada pessoa se preocupar em desenvolver um padrão comportamental favorável à sua saúde e lutar para que as condições sociais e econômicas sejam favoráveis a qualidade de vida e à saúde de todos, certamente estará dando uma poderosa contribuição para que tenhamos uma população mais saudável, com vida longa e prazerosa.

Considera-se, dessa forma, que, para o docente de enfermagem cumprir a sua prática educativa de promoção da saúde, ele precisa cumprir a sua responsabilidade pelo movimento de realização e satisfação da vida pessoal através das mudanças de hábitos, essenciais para a garantia de sua saúde, trazendo desde os benefícios da longevidade até os meios saudáveis utilizados para o seu bem-estar.

Para Fleck et al. (2003), os benefícios da longevidade são medidas de qualidade de vida revestidas de particular importância na avaliação de saúde, tanto dentro de uma perspectiva individual quanto social. O bem-estar, ou seja, a qualidade de vida de cada pessoa vincula-se às perspectivas de envelhecimento saudável, cujas diferenças individuais dependerão da classe social a que pertence, bem como das características culturais e padrões de comportamentos da população adulta.

Percebe-se que, para obter a qualidade de vida, a relação é estreitada numa única direção, na conscientização do indivíduo para uma mudança de seus hábitos, através da consciência de que esta ação é algo entrelaçado em nossa rotina diária.

1.2 A docência em enfermagem e a sua relação com a qualidade de vida

O ser humano, como participante ativo na construção de atitudes e habilidades para adaptar-se, modifica o meio em que vive a cada dia, e isso resulta adaptar-se continuamente para manter-se em equilíbrio, buscando um redimensionamento no seu modo adaptativo e ajustamento ao problema do viver com bem-estar. (HARTMANN, 1968).

Essa construção envolve, sobretudo, os profissionais que lidam com as pessoas, ajudando-as na orientação voltada para promoção da vida e da saúde, a exemplo do enfermeiro. Aqui se reflete que este profissional tem dupla responsabilidade, no entender de Santos (2007), quando se dedica à docência de enfermagem, pois passa a cuidar, também, de futuros cuidadores de pessoas. Da mesma forma, o ofício de promoverem a saúde e a prevenção de doenças conduz à expectativa de que seu comportamento seja voltado para a transformação da prática do cuidar de si, revelando-se num autocuidado.

Porém, ocorreu a importância de colocar neste capítulo a associação desta trajetória docente em seu campo de trabalho, mostrando que hábitos diários saudáveis vêm de comportamento saudável e que a influência das pressões do trabalho ou da vida pessoal pode ou não restringir para que esta mudança ocorra.

As transformações que aconteceram em todas as dimensões da vida social, destacando as políticas, econômicas e culturais a respeito da profissão docente vieram, segundo Pereira (2006), através da influência da trajetória do trabalho docente e das universidades a partir da década de 80 até os tempos atuais.

Nos anos 80, para Garcia, Tapia e Fita (2003), a característica do trabalho docente iria do controle de sala de aula para a instrução dos educandos, a especialização em seus respectivos conteúdos disciplinares, a conquista de direito como profissional engajado na elaboração de políticas educacionais, nas discussões sobre a determinação dos currículos e das práticas escolares.

Nesse período, os docentes encontravam-se mais voltados para uma discussão sobre conceituação de classe social e sobre a natureza do trabalho docente, levando a uma instância de fortalecimento do movimento sindical, que, para Pereira (2006), organizou os docentes das instituições de ensino superior público e privado e os professores de 1º e 2º Graus empregados nas escolas mantidas pelas universidades.

Para o autor, os professores reconheceram que tinham salários baixos, em jornadas de trabalho que extrapolava em muito tempo de sala de aula e um reconhecimento social indevido, porém vislumbrando o magistério como uma forma de transformar a realidade, de mudanças das novas gerações, o que conferia à docência uma satisfação e uma realização em seu exercício.

As transformações no mercado docente foram se expandindo para as instituições privadas e públicas de ensino, e, nos anos 90, ocorreu um movimento inverso e muitas das coisas conquistadas pelos docentes foram perdidas.

Segundo Pereira (2006), as instituições públicas passaram a investir maciçamente na pesquisa, o que possibilitou o surgimento de pós-graduação. Entretanto, o trabalho docente foi exemplificado pelo uso de computadores advindos da reestruturação do serviço docente, retirando-o do cerne do debate sobre currículos e sobre a elaboração da política educacional, o que levou a longo prazo à exploração e ao acometimento do estresse e da Síndrome de Burnout.

Para Freitas (2002), o ano de 1990 configurou-se como sendo a década onde as políticas neoliberais aprofundaram-se e os recursos do Estado se tornaram escassos para a educação e para as políticas sociais, evidenciando a reforma social vigente e resultando uma ênfase na produtividade docente e a redução efetiva deste quadro.

Ainda para o autor, os professores passaram a assumir o papel de cientista e pesquisador a serem denominados pela carreira acadêmica e pela servidão marcadas pela própria publicação de pesquisas e trabalhos teóricos.

Assim sendo, acredita-se que passando para os anos de 2000, até os tempos atuais, esta realidade não mudou em nada quanto ao trabalho docente. Os professores continuam atendendo às inovações da demanda do mercado, da economia e às exigências do Ministério da Educação, intensificando a sua produção acadêmica e deixando de lado, por falta de tempo, as discussões em âmbito sindical.

As situações docentes no âmbito universitário se mantêm pela cobrança por qualificação constante e pela competência, a qual, periodicamente, é avaliada institucionalmente; internamente por alunos e pela direção; e externamente pelo Ministério da Educação por produção científica dos professores, seguindo o Programa de Avaliação Continuada (PAC, 2005) através do Relatório de Avaliação Institucional.

Para finalizar essa discussão, Pereira (2006) sugere que o homem resgate o seu papel como agente social produtivo, deixando de ser alienado a toda esta realidade, conscientizando-se de sua importância como um ser que precisa de motivação, de satisfação plena, de ter autoestima e de ser útil.

A cada dia, o nosso hábito de vida se modifica exigindo uma maior capacidade de adaptação física e mental. As atividades docentes devem ser revestidas por um exercício contínuo de adaptação a esses agentes estressores da vida social e do trabalho, a fim de alcançarem um perfil elevado de saúde e qualidade de vida.

Dessa forma, a propagação de um conceito de qualidade de vida, ao longo do tempo, encaminhou-se para outras direções psíquicas e mentais, e segundo Paschoal (2001), esse momento se originou quando os indicadores econômicos, entre outros, não eram mais suficientes para medir a qualidade de vida das pessoas que se inseriam diferentemente naquela sociedade, passando a valorizar a opinião dos indivíduos.

A esse respeito, começaram a existir diferentes tipos de instrumentos para mensurar a qualidade de vida, desde os aplicados em populações sadias até aqueles específicos a clientes na avaliação do tratamento de agravos à saúde, pois alguns instrumentos tendem a manter um caráter de multidimensionalidade e tentam avaliar a percepção da qualidade de vida.

Do ponto de vista prático, esses instrumentos possuem uma fragilidade para definir qual a estratégia a ser utilizada para mostrar as irregularidades dos hábitos de vida do indivíduo, porém, é significativa a tentativa do cuidado e manutenção que elas precisam para manter uma qualidade de vida saudável.

Um dos instrumentos utilizados e reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foi o realizado pelo grupo de qualidade de vida, o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), que desenvolveu uma escala para mensurar qualidade de vida em perspectiva transcultural.

Esse instrumento WHOQOL-100 foi criado, por John Orley, e definiu a qualidade de vida como a "percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008, p.3).

Mesmo inexistindo um consenso sobre a qualidade de vida e qual o método utilizado para a sua satisfação, essa discussão veio crescendo em diversas áreas da pesquisa científica, a fim de oferecer uma aplicabilidade na promoção da saúde.

Vários conceitos terapêuticos sobre saúde e qualidade de vida se integraram para fundamentos práticos, partindo simplesmente de hábitos mais saudáveis que são primários e tão inerentes à vida deste docente.

Para Pyhn e Santos (2003), uma das vertentes conceituais vem da Medicina Integrativa, Biológica e Natural que foi desenvolvida pelo cientista americano, Robert Bradford, que desenvolveu esses conceitos na fusão com a medicina metabólica, corrigindo estas irregularidades na expectativa de aumentar a vida no decorrer dos anos, através dos hábitos que são de fatos saudáveis e o grau de interferência de cada um deles no organismo.

Diante disso, o docente de enfermagem se insere a partir destes conceitos de uma vida saudável, acreditando que através da manutenção do seu corpo, cujo instrumento que viabiliza a vida, proporcionará maiores possibilidades de êxito, pois o que se constrói a cada dia será o que construiremos para a nossa qualidade de vida.

Dessa forma, é notável a preocupação que temos com a saúde e o bem estar. E isso não se refere apenas ao aumento do consumo de produtos e medicamentos que prometem o bom funcionamento do organismo. Observam-se outras práticas que comprometem uma vida de qualidade, como a má alimentação, que podem ser revertidas através da mudança de comportamento, sem perder o prazer de desfrutar o que há de melhor na vida.

Portanto, a diferença que determinará se a sua qualidade de vida será mais saudável ou não, será pelo tratamento dado ao seu corpo e à mente. Para Pyhn e Santos (2003), essa condição se desenvolve positivamente quando cuidamos, por exemplo, da nossa pele a fim de permitir o seu papel de via de eliminação, como a parte intestinal, cuja função também é de eliminar suas toxinas. Porém, o sedentarismo e o estresse podem contribuir para a diminuição do peristaltismo e a força de contração, afetando a correta assimilação dos nutrientes, por isso, é importante ingerir água diariamente em quantidade adequada para auxiliar o trânsito intestinal e renal.

Outros fatores, como a poluição atmosférica dos grandes centros urbanos, o hábito de fumar de alguns expõem outras pessoas à partículas em suspensão no ar, trazendo prejuízo à via respiratória. O êxodo urbano e a busca de uma vida mais tranquila e saudável têm melhorado a qualidade de vida de muitos seres humanos.

A tendência da nossa rotina diária pode interferir na escolha de alimentos mais saudáveis, entre os quais muitos são aqueles escolhidos por oferecer uma alta ingestão calórica que geram uma sensação de satisfação mais duradoura durante o dia. Essas tendências não saudáveis podem estar relacionadas aos hábitos, fora ou dentro do meio familiar, da rotina diária de trabalho, da própria questão cultural ou até mesmo por fatores financeiros, que prejudicam na aquisição de alimentos como frutas, legumes ou vegetais, tornando-se escassos à mesa do indivíduo.

Por isso, Pyhn e Santos (2003) complementam que a solução continua sendo a conscientização das pessoas, associadas ao bom senso e a uma pitada de criatividade para a escolha dos alimentos mais saudáveis.

Tomar atitudes saudáveis para se alimentar será necessário, pois inseri-los gradativamente em nossos hábitos é uma questão de costume, mesmo porque não conseguiríamos mudar hábitos tão antigos de alimentação.

Os autores ainda relatam que o nosso organismo possui uma bem estruturada rede de segurança, composta pelos sistemas imunológicos, nervoso e endócrino (hormonal), acionando dispositivos de alerta de perigo, sendo necessário dar mais atenção à linguagem do nosso corpo.

Desse modo, equilibrar tais mecanismos reguladores para uma resposta adaptativa fisiológica e de autoconceito positiva ao indivíduo será assumir o enfrentamento quanto à sobrecarga de trabalho, às noites mal dormidas, ao estresse gerado pela dificuldade financeira, à violência, ao trânsito e outros tantos que obrigam o indivíduo a utilizar meios adaptativos paliativos de medicamentos, até mesmo fora do controle médico, para aliviarem o seu sintoma físico ou emocional.

O nosso corpo reage a qualquer mudança, principalmente quando os sintomas físicos e emocionais criados pelo estresse afetam o nosso sono. Como também, o vício do cigarro e do álcool desequilibrando a saúde e a qualidade de vida.

O sistema nervoso e endócrino, segundo Pyhn e Santos (2003), é responsável pela maioria das funções de controle do organismo. O sistema nervoso recebe milhares de informações dos diferentes órgãos e, em seguida, integra todas elas e determina a resposta a ser executada pelo organismo. Da mesma forma, se comporta o sistema nervoso quando é agredido, irritado e inflamado pela toxicidade orgânica.

Os autores comentam que o sistema nervoso periférico, ou seja, a múltipla ramificação de nervos tem o seu trajeto envolto por músculos. O estresse e a tensão causam, entre outras coisas, contração e aumento da tensão muscular, podendo levar a sintomas físicos e emocionais como: aumento de frequência cardíaca e respiração rápida, raiva, dificuldades de concentração, além da insônia, dor lombar e diminuição da imunidade do corpo.

Dessa forma, pode-se perceber que muitos estímulos externos podem levar as pessoas a dormirem mal. Muitos dos fatores ocasionados pela agitação do desenvolvimento social das grandes cidades e do acúmulo de tarefas de trabalho, exigindo que o indivíduo quebre o seu ritmo biológico.

Além disso, os autores colocam que a perda do sono faz com que as tarefas do cotidiano pareçam mais cansativas, deixando a pessoa menos produtiva, além de envolver perda de memória, aprendizagem, raciocínio lógico, cálculo matemático, prejudicando o relacionamento com os familiares e colegas de trabalho, gerando falhas e erros durante as atividades profissionais. Nota-se, então, que, para a noite de sono ser uma condição restauradora de nossa energia física e mental, precisamos de um tempo médio de 8 horas de sono por noite.

Quanto à questão do fumo, Cury (2008) alerta que a dependência psicológica desempenha papel importante e parece ser mais difícil de ser percebida e tratada. Observa-se que o indivíduo fuma por: estimulação, onde o fumar pode ser percebido como modulador de funções fisiológicas melhorando a atenção, a concentração e a energia pessoal; ritual que envolve todos os passos dados até se acender o cigarro; o prazer, pois a nicotina libera substâncias hormonais que dão maior sensação de prazer; redução de tensão, pois a nicotina do cigarro, quando chega aos receptores cerebrais, ajuda a diminuir a ansiedade que o fumante apresenta, dando uma sensação momentânea de alívio da mesma.

Está evidente, então, que o hábito de fumar e o uso do álcool levam a uma debilidade funcional dos órgãos, agindo sobre os sistemas circulatório, respiratório e comportamental do indivíduo. Ambos os vícios podem causar doenças não reparáveis para a saúde, afetando até mesmo o seu relacionamento social e familiar.

Atualmente, as atividades físicas estão voltadas para a estética corporal, principalmente entre os jovens, ou para questões de controle do peso, muitas vezes levadas pelo sedentarismo gerado pelas atividades profissionais, onde o docente

não tem tempo para se cuidar, ou até mesmo pelos compromissos com a casa, filhos e tantas outras situações que exijam mais de seu tempo.

Segundo Pyhn e Santos (2003), o aumento da incidência de doenças crônicas degenerativas está diretamente relacionado ao modo de vida, particularmente à falta de atividade física, associada à alimentação errada e ao aumento da tensão e ansiedade. A atividade física regula a nossa saúde, reduz o colesterol e açúcar no sangue, fortalece os músculos e as articulações e ainda contribui para reduzir a tensão e ansiedade, controla o peso, combate a osteoporose, controla a hipertensão, combate os problemas de coração e controla a diabete.

É importante discutir que em se tratando da prevenção, a atividade física é a melhor recomendação. Caminhar a cada dia, acrescentando minutos de caminhadas, já é de grande valor para o corpo ficar mais forte. Diante de tantos argumentos, é convincente a necessidade do exercício para melhorar a disposição física e emocional do docente.

Para os autores, a nossa constituição coloca o lazer entre os direitos sociais. Depois de um ano de trabalho, tanto em casa quanto na empresa e na escola, todas as pessoas têm necessidade de um período de repouso. As férias representam um momento de descanso. O aumento de carga horária e de trabalho é um fator determinante do estresse físico e mental. Viajar, fazer visitas, encontrar-se com amigos, praticar atividades coletivas de lazer ou um *hobby* é uma boa opção. Das 24 horas do dia, um terço é para trabalhar, outro, para dormir, e o restante, para as necessidades/atividades do cotidiano: refeições, higiene pessoal, conversa com a família, leitura, lazer e etc.

Essa proposta remete à necessidade de equilibrar o trabalho e o lazer, não exigindo do docente mais do que ele possa oferecer. As oportunidades de lazer são imensas, pois se vive num País rodeado de verde e de lindas cidades para conhecer e distrair-se, enquanto que o *hobby* vem da oportunidade ou do “dom” de cada um em criar o seu momento de relaxamento.

O docente de enfermagem faz parte do universo e lhe foi concedido o poder da escolha de quais estradas da vida seguir. A vida saudável, com certeza, é a primeira opção, seguindo-se os bons relacionamentos, o afeto, o amor, o sexo, a confiança e o otimismo que influenciam para o alicerce de estabilidade emocional e física. O sexo relaxa, diminui o estresse e o seu benefício parece ser mais completo, quando a relação é preenchida por afeto, confiança, cumplicidade e amor,

favorecendo, assim, uma estabilidade emocional e contribuindo para a saúde e juventude.

Assim, o apoio e segurança fornecidos por uma rede de bons relacionamentos são capazes de atenuar e quase neutralizar os danos causados pelo estresse da vida cotidiana. Nada melhor que um amigo para trocar idéias, dar boas risadas e dividir as preocupações.

Dessa forma, a relação interpessoal, tanto no nível individual ou grupal, auxilia na mudança das habilidades para a adaptação de interdependência favorável a hábitos cotidianos e o estilo de vida dos docentes de enfermagem, que podem influenciar a qualidade de vida de outras pessoas. Com isso entende-se que podemos ter o controle sobre o que nos afeta, mantendo uma condição de vida digna e saudável.

2 MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 A teoria de adaptação de Sister Callista Roy

Entre os diversos modelos aplicados em enfermagem, destaca-se o trabalho de Callista Roy, conhecido como Modelo Adaptativo de Roy, desenvolvido a partir das experiências desta teórica com o currículo de enfermagem no Mount St. Mary's College, em Los Angeles (EUA), em 1970. Callista Roy nasceu em 14 de outubro de 1939, em Los Angeles, Califórnia. Em 1963, recebeu o título de Bacharel em Artes na Enfermagem e em 1966, o título de Mestre de Ciências na Enfermagem. Estudou Sociologia, tendo recebido, em 1973, o título de Mestre e, em 1977, o de Pós – Doutora nessa área do conhecimento, sendo ambos os títulos obtidos na Universidade da Califórnia. (PHILLIPS et al., 2003).

Roy iniciou o desenvolvimento de um modelo conceitual para enfermagem a partir da sua observação como enfermeira pediátrica, quando percebeu que as crianças possuíam uma capacidade para se adaptarem às mudanças em seu desenvolvimento, o que lhes permitia resolver de modo satisfatório a maioria dos problemas que enfrentavam. Ela admitiu que o conceito de adaptação pudesse ser um eixo orientador da prática da enfermagem.

Para Leopardi (2006), a teórica descreveu a saúde como um estado de adaptação que é manifestado na energia liberada para lidar com o estímulo, sendo um processo de promoção de integridade, onde a sua operacionalização indica comportamentos que atinjam as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e controle da pessoa. Para a autora, a promoção de reações adaptativas em situações de saúde e doença constitui a meta da enfermagem, onde a pessoa é conceitualizada como um sistema holístico e adaptativo.

A teoria de Roy contém pressupostos teóricos como o de Harry Helson, no "rapport", pelo sistema como a visão de pessoa e como um sistema adaptativo. São utilizadas outras abordagens teóricas quanto à dignidade dos seres humanos e o papel do enfermeiro na promoção da integridade na vida e na morte, incluindo a participação do cliente na formulação das ações de enfermagem.

Esses são os pressupostos que fundamentam as formulações sobre adaptação, em que o enfermeiro e o cliente devem esclarecer o que perturba essa adaptação para escolher as ações que a possibilitem. As pressuposições básicas, a partir de sua adoção do conceito de adaptação, são:

- a pessoa é um ser biopsicossocial;
- a pessoa está em constante interação com o meio em mudanças;
- para enfrentar a mudança do ambiente, a pessoa usa tanto mecanismos inatos quanto adquiridos, quais sejam: biológicos, psicológicos e sociais em sua origem;
- saúde e doença são dimensões inevitáveis da vida da pessoa;
- para responder positivamente às mudanças do meio, a pessoa precisa se adaptar;
- a adaptação é uma função do estímulo ao qual a pessoa está exposta e do seu nível de adaptação;
- o nível de adaptação da pessoa é tal que compreende uma zona que indica a série de estímulos que levará a uma resposta positiva;
- a pessoa tem quatro modos de adaptação: necessidades fisiológicas, autoconceito, papel funcional e interdependência;
- a Enfermagem aceita a abordagem humanística de valorizar as opiniões e pontos de vista da pessoa;
- as relações interpessoais são parte integrante da Enfermagem;
- há um objetivo dinâmico para a existência humana com o objetivo último de dignidade e integridade.

Diante desses pressupostos, foram colocados os quatro modelos essenciais que compõem o modelo de Roy, que são: a pessoa receptora do atendimento de enfermagem, o ambiente, a saúde e o profissional de enfermagem, e a partir daí entendeu-se por pessoa, um indivíduo, uma família, comunidade ou sociedade.

Segundo Leopardi (1999), essa pessoa é vista em uma perspectiva holística, ou seja, o ser humano fica entrelaçado entre o sistema e o ambiente, ocorrendo uma troca de informações. Roy esquematiza essa visão sistêmica em uma estrutura cíclica composta de entradas, saídas, controles e retroalimentação.

A entrada no sistema é composta por *inputs* externos (macrossistema – meio em que vive e das condições de subsistência) e internos (microsistema). As respostas comportamentais da pessoa aos estímulos internos e externos,

representando suas adaptações aos mesmos, são conhecidas como mecanismos de enfrentamento (ou controle).

Leopardi (1999) prossegue referindo que Roy ainda define o cliente como um ser biopsicossocial em constante interação com um meio em mudança. Essa interação com o meio é propiciada por mecanismos adaptativos que são o subsistema cognitor, onde podem ser inatos e adquiridos, e o subsistema regulador que opera através do S.N.A. para organizar uma ação reflexa que prepara o indivíduo para responder e se adaptar ao meio, usando suas funções neurais, endócrinas e perceptivo-psicomotora.

No subsistema regulador, o indivíduo responde tanto a estímulos internos quanto externos e é composto por uma estrutura fisiológica interna, que possui mecanismos para enfrentar os estressores que se constituem em estímulos ao qual o indivíduo reage positivamente, mantendo a saúde, ou inevitavelmente favorecendo a instalação de processos de enfermidade e quebra do equilíbrio e integridade pessoal.

Para a autora, Roy coloca o subsistema cognitor, através de um indivíduo que identifica e relaciona estímulos de nível simbólico, onde estabelece uma estrutura construída ao longo da vida, nas inter-relações com o seu meio e com outras pessoas, quando aprendem ou desenvolvem habilidades para lidar com os estímulos em sua vida. Para tanto, o indivíduo apresenta habilidades e capacidades aprendidas ou inatas, tanto de seu sistema cognitor como de seu sistema regulador, favorecendo a relação de manter a vida e a saúde com qualidade.

Uma vez que estes subsistemas não podem ser diretamente observáveis, Roy elege as respostas dos processos como os elementos constituintes de seus constructos. Dessa forma, cria quatro categorias, definidas como modos adaptativos, a fim de investigar os comportamentos resultantes dos mecanismos reguladores e cognatos.

2.2 Sistema adaptativo de Roy

Para uma melhor explicação do que seja este sistema adaptativo, Leopardi (1999) divide o mesmo em quatro modos:

a) Modo adaptativo fisiológico

Que representa a resposta física aos estímulos ambientais, sendo representação dos mecanismos reguladores definidos como:

- Oxigenação: uso de oxigênio relacionado à respiração e circulação;
- Nutrição: uso de nutrientes para restaurar e desenvolver o corpo;
- Eliminação: padrões de eliminação de produtos residuais;
- Atividade e Descanso: padrões de exercício, atividade, descanso e sono;
- Integridade da pele: padrões da função fisiológica da pele;
- Sentidos: funções sensório-perceptivas, relacionadas à obtenção de informação visual, auditiva, cinestésica, gustativa, tátil e olfativa;
- Fluidos e Eletrólitos: padrões de uso fisiológico de fluidos e eletrólitos;
- Função neurológica: padrões neuronais (não se de controle, regulação e intelecto);
- Função endócrina: padrões de controle e regulação que incluem a reação do estresse e o sistema reprodutor.

Os demais modos relacionam-se aos mecanismos cognatos.

b) Modo adaptativo de autoconceito

Relaciona-se aos aspectos psicológicos, morais e espirituais do sistema humano. A necessidade básica subjacente a este modo é a integridade psíquica e espiritual, ou seja, a necessidade de um indivíduo se conhecer, de forma a poder ser e existir com um senso de unidade, significado e propósito no universo. Ele se expressa pela integridade psíquica, pelo “eu” físico, pessoal e moral-ético-espiritual,

pelo “eu” consistente, o “eu” ideal, o “eu” esperado, pela aprendizagem e autoestima.

Gazzaniga e Heartherton (2005) colocam o pressuposto da integridade psíquica como dependente da noção de *self* (noção do eu). O *self* envolve a representação mental da experiência pessoal e inclui processos de pensamentos, um corpo físico e uma experiência consciente de que somos separados e únicos em relação aos outros.

Para os autores, o campo da Psicologia divide o *self* em vários níveis. O *self* mínimo é considerado o básico e primitivo, traduzindo uma experiência corpórea e momentânea que separa o indivíduo de seu meio. O *self* objetificado será a capacidade cognitiva de servir como objeto da própria atenção, como estar consciente do próprio estado mental. O *self* simbólico, expressão máxima da natureza humana, é a capacidade de expressar uma representação mental de si mesmo através da linguagem, que inclui o senso de identidade, o autoconceito, as memórias autobiográficas e crenças futuras, ou seja, conclui a história de vida do indivíduo. Além disso, o autoconceito abrange uma série de elementos como:

- O autoesquema que é o aspecto cognitivo do autoconceito, consistindo em um conjunto integrado de memórias, crenças e generalizações sobre o *self*. São os aspectos do comportamento e personalidade, importantes para o indivíduo, ajudando-o a perceber, organizar, interpretar e usar informações sobre o *self* na sua autodireção;
- O autoconceito funcional corresponde às experiências imediatas do *self*, limitando-se à quantidade de informações pessoais pertinentes que podem ser processadas cognitivamente em um dado momento. Dependendo da situação, utilizam-se aspectos de nosso autoconceito que sejam relevantes para nossa tomada de posição. As descrições pessoais do *self* variarão de acordo com as memórias que podem ser recuperadas, sendo estas afetadas pela situação em que o indivíduo se encontra e as pessoas com quem ele está e o seu papel nesta dada situação;
- O autoideal corresponde aos aspectos do autoconceito relacionado àquilo que a pessoa gostaria de ser capaz de realizar;

- A autoconsistência é o modo estruturador do autoconceito. Corresponde a um sistema organizado de idéias sobre o *self* que permitam manter uma auto-organização e equilíbrio;
- A autoestima é o aspecto avaliativo do autoconceito. Refere-se à percepção individual de autovalor, correspondendo às respostas emocionais das pessoas ao contemplarem e avaliarem diferentes características suas. Embora a autoestima esteja ligada ao autoconceito, é possível que as pessoas acreditem objetivamente em coisas positivas sobre si mesmas, sem realmente gostarem de si. É possível que as pessoas gostem muito de si mesmas e, portanto, tenham autoestima elevada, mesmo quando indicadores objetivos não apóiem essa visão positiva de si mesmos.

c) Modo adaptativo de função de papel

Contém funções expressivas e instrumentais, podendo situar-se como papel primário, secundário e terciário, determinando posição e desempenho, os quais mantêm sua integridade social.

d) Modo adaptativo de interdependência

Está relacionada à adequação afetiva ao outro significativo, bem como aos sistemas de suporte, comportamentos receptivos, comportamentais de contribuição. Através de estímulos de situações vividas do indivíduo, do ambiente e atitudes e experiências prévias.

O valor humano, a afeição, o amor e a afirmação ocorrem através de relações interpessoais, tanto no nível individual quanto grupal. Neste sistema é avaliada a necessidade de buscar ajuda, atenção, segurança e afeto nas relações que estabelece com os outros.

A metodologia aplicada por Roy baseia-se em um processo de enfermagem cuja forma particular de desenvolvimento das atividades ocorre através de método de resolução de problemas introduzidos numa intervenção de enfermagem, que compreende seis passos:

- acesso aos comportamentos, que busca compreender como a pessoa reage aos diversos estímulos aos quais se expõe;
- acesso aos fatores influentes, em que se procura distinguir como o contexto da vida da pessoa pode se tornar terapêutico ou, ao contrário, gerador de problemas de saúde;
- diagnóstico de enfermagem;
- objetivos traçados para que a pessoa passe de comportamentos mal-adaptativos, ampliando a zona de adaptação;
- intervenção baseada nos objetivos e capacidades adaptativas da pessoa;
- avaliação do processo, em que se observa a mudança nas habilidades para a adaptação favorável à saúde, ou seja, a ampliação da zona de adaptação.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo do estudo

Foi implementado o método descritivo quantitativo, transversal, referente a um levantamento de informações (variáveis selecionadas para a pesquisa), classificado por Polit, Beck e Hungler (2004) como um autorrelato estruturado. A pesquisa foi desenvolvida considerando a existência de uma realidade objetiva, que pode ser quantificada e descrita. Assume-se, portanto, que a autopercepção dos docentes de enfermagem sobre seus hábitos de vida pode ser objetivada a partir de suas respostas a determinadas questões propostas neste trabalho. Supõe-se que o comportamento desses profissionais não seja um evento casual, mas sim ocasionado por antecedentes, tais como cultura, influências da família, de grupos de amigos, às quais tiveram que se adaptar, podendo ser identificados e compreendidos.

Justifica-se a escolha do método e técnica de pesquisa referenciada por Polit, Beck e Hungler (2004), apresentando-se as seguintes dimensões do delineamento de pesquisa descritiva, ocorrência de variável independente e dependente; controle sobre a variável independente; número de pontos de coleta de dados; ambiente no qual a pesquisa se desenvolve.

Trata-se de um estudo cuja dimensão está para a verificação de comportamentos de docentes enfermeiros atuantes em diferentes situações de ensino universitário, áreas de conhecimento e disciplinas de enfermagem, visando investigar seus hábitos de vida a partir dos modos de adaptação de Roy. O estudo é transversal porque os dados foram coletados em toda amostra numa mesma ocasião.

Para a composição dos Instrumentos de Coleta de Dados (ICD) foram selecionadas variáveis independentes e dependentes:

a) Variáveis independentes

- hábitos de vida de docentes enfermeiros do ensino de graduação em enfermagem;
- modos de adaptação, a saber: fisiológico, de autoconceito e de interdependência.

b) Variáveis dependentes

- perfil docente com as características pessoais e institucionais: faixa etária, etnia/cor, estado de união, zona urbana da residência, local da residência, crença religiosa, renda individual, titulação, área de titulação, tipo de contrato, tempo de exercício profissional na assistência de enfermagem e docência, vínculos institucionais de trabalho, carga horária de trabalho semanal na instituição de ensino e da assistência.
- modos adaptativos, segundo Roy: fisiológico, de autoconceito e de interdependência.

3.2 Local da pesquisa

A produção de dados ocorreu em instituições públicas de ensino universitário do Estado do Rio de Janeiro, com o formulário autoaplicado no próprio ambiente em que o docente de enfermagem desenvolvia as atividades de ensino e pesquisa. Foram selecionadas para campo da pesquisa as seguintes entidades de ensino: Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ), Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO) e a Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF).

3.3 População e amostra

A população alvo do estudo se constitui de 320 enfermeiros (entre professores efetivos e os vinculados através de contrato administrativo), que compõem o quadro docente do campo de pesquisa citado, assim distribuídos: 109 na FENF/UERJ, 88 na EEAN/UFRJ, 38 na EEAP/UNIRIO e 85 na EEAAC/UFF.

Nesta pesquisa optou-se por trabalhar com uma amostra aleatória estratificada. Para se obter o tamanho mínimo da amostra, utilizou-se a fórmula de população finita (até 100.000), (VIEIRA, 1998), que resultou como tamanho da amostra em $n = 101$ sujeitos, admitindo-se um erro amostral máximo de 5% ($E^0 = 0,05$) com um nível de confiança de 95%:

$$n = \frac{z^2 p \cdot Q \cdot N}{e^2 \cdot (N-1) + z^2 p \cdot Q}$$

Delimitada a amostra foram atribuídos critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa compreenderam os docentes de enfermagem exercendo suas atividades regulares de ensino nas instituições públicas selecionadas, que concordassem em participar da pesquisa; assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); fossem encontrados nessas unidades de ensino, no dia, local e horário aprazados pela pesquisadora. Desse modo, o caráter de vinculação institucional regular, assegurou uma constância no tempo, devido à carga horária fixa dos docentes de enfermagem nelas atuantes, podendo ser encontrados em dias e horários previamente agendados, caso fosse necessário.

Os critérios de exclusão consideraram: os docentes que não foram encontrados no campo da pesquisa no dia, local e horário aprazados, por motivos de escala de trabalho em horário diferente, férias, licenças ou faltas.

3.4 Procedimentos éticos do estudo

Para o desenvolvimento da pesquisa levou-se em consideração o que preceitua a Resolução 196/96 do (CONSELHO...1996), que norteia o princípio de autonomia, principalmente no que se refere ao termo de consentimento, que consiste em um requisito essencial para o desenvolvimento de pesquisa em seres humanos, com base nos princípios éticos, observando os direitos humanos e respeito à autonomia e vulnerabilidade.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação considerou o projeto (Parecer 2187-CEP/HUPE) aprovado (Anexo A), conforme a Resolução nº 196/96.

Os sujeitos do estudo receberam explicação verbal sobre a pesquisa e foi solicitada sua assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) O TCLE consta dos seguintes aspectos: a) justificativa, objetivos e procedimentos da pesquisa; b) riscos e benefícios esperados; c) liberdade de recusa em participar ou a retirada do consentimento, em qualquer fase da investigação; d) garantia de sigilo quanto à identidade e resguardo durante e após a realização do estudo. Todos os sujeitos autorizaram que suas respostas fossem objeto de divulgação científica se respeitado seu anonimato.

Esse termo foi assinado em duas vias, ficando uma com o docente de enfermagem e outra com a pesquisadora. Na via do docente constou a natureza, a duração e o propósito do estudo, o número do telefone da pesquisadora que estava acessível para qualquer esclarecimento em qualquer momento, sobre. Assim, foram esclarecidas as dúvidas quanto às vantagens e as desvantagens do estudo e somente após a autorização dos sujeitos a coleta de dados foi realizada.

3.5 Instrumento para coleta de dados

O primeiro instrumento de coleta de dados (ICD) refere-se ao alcance do objetivo desta pesquisa e apresenta questões para o delineamento do perfil

sociodemográfico e institucional/profissional dos docentes, constando de 15 itens. (Apêndice B).

O segundo ICD foi construído a partir de fundamentação teórica sobre saúde e enfermagem e, também, de adaptações de instrumentos já validados em pesquisas, que contemplassem questões sobre a saúde e hábitos de viver adequados para promoção da qualidade de vida.

Foi escolhido um instrumento intitulado “Você se considera saudável” (Anexo B) retirado de uma publicação do Jornal da CASSI (Caixa de Assistência Sustentável dos Funcionários do Banco do Brasil), publicado em 2002, o qual, foi readaptado e utilizado no estudo de Savoldi et al. (2003) (Anexo C), com o objetivo de identificar os níveis de saúde do trabalhador de enfermagem, através de autoavaliação, segundo os modos de adaptação de Roy para manutenção do seu bem-estar.

Como esse instrumento possui (60) questões sobre diversos aspectos do ser humano-físicos, emocionais, sociais, profissionais, intelectuais e espirituais e inexistir questões referentes aos modos adaptativos fisiológicos de aporte hídrico, eliminação, integridade da pele e sensorio-perceptiva, foi necessário readaptá-lo. Assim, realizou-se uma busca por ICDs já validados com maior abrangência para o modo fisiológico e os demais modos adaptativos de Roy.

Foram utilizados mais dois questionários para atender a esta adequação, um deles validado, através da versão abreviada em português do instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS, WHOQOL-bref (Anexo D), do qual foi retirado o item sensorio-perceptivo. O outro instrumento foi um teste criado pelo Dr. Alberto Olga, Presidente da Associação Brasileira da Qualidade de vida (ABQV) (Anexo E), que avalia o cotidiano diante dos hábitos de vida, retirando-se dele o item integridade da pele.

Os itens de eliminação e aporte hídrico foram introduzidos no ICD desta pesquisa a partir de fundamentos teóricos encontrados em estudo de Pyhn e Santos (2003), referentes à qualidade de vida.

Enfim, para adaptar um instrumento que fosse de fácil leitura e entendimento, construiu-se um questionário com questões referentes à temática de qualidade de vida e aos modos adaptativos de Roy. Na intenção de validar o questionário intitulado de “Modos adaptativos de Hábitos de Vida” (Apêndice C), proposto para

implementação desta pesquisa, foi utilizado o teste-reteste, a fim de garantir sua confiabilidade.

Afirma Malbergier (2002) que, talvez, mais importante que a validação é a testagem da confiabilidade, pois na sua falta impõe-se uma limitação importante ao estudo. Portanto, a confiabilidade do relato deve ser considerada fundamental na área de pesquisa, pois visa dar subsídios lógicos para a discussão dos achados com base em estudos de pesquisadores/estudiosos sobre o assunto investigado.

Diante do exposto, foi realizada uma testagem para apreciação do instrumento citado, por 10 juízes (docentes de enfermagem) conhecedores da Teoria de Sister Callista Roy e da temática qualidade de vida, que, além de responderem o questionário piloto (Apêndice D), realizaram uma análise geral do instrumento quanto à validação do conteúdo/medida e constructo (Apêndice E).

O questionário piloto, com 50 questões, enviado para análise apresentava a seguinte organização: instrução de preenchimento do questionário, marcando com um X em uma das colunas em branco, que correspondem às respostas nunca (1), raramente (2), algumas vezes (3), muitas vezes (4) e sempre (5). Itens relacionados aos aspectos fisiológicos, psicológicos, morais, espirituais e de interação social que representam os modos adaptativos diários do indivíduo, considerando, porém, que a primeira resposta que viesse à mente do respondente seria a melhor para todas as alternativas. Ficando assim, distribuídos os grupos de questões:

- *Grupo 1*- com 12 questões referentes aos modos adaptativos fisiológicos que representam os mecanismos reguladores através da resposta física aos estímulos ambientais;
- Grupo 2* - com 20 questões dos modos adaptativos de autoconceito, que representam os modos psicológicos, morais e espirituais;
- Grupo 3* – com 18 questões dos modos de interdependência através da interação social da pessoa, em relação aos outros papéis, determinando a posição e desempenho.

Para inclusão, no questionário, das variáveis do problema de pesquisa foi utilizada a *escala tipo Likert*, atribuindo-se escores de 1 a 5, respectivamente a nunca, raramente, algumas vezes, muitas vezes e sempre, distribuídas em cada item ou opção de resposta correspondente aos níveis de adaptação de Roy.

Para a avaliação da confiabilidade teste-reteste, foi utilizado um modelo constando de perguntas do questionário e uma análise geral do instrumento quanto

à validade do conteúdo/medida/constructo, obedecendo aos seguintes critérios e avaliações:

1) Realizar uma validação semântica das 50 perguntas que implicaram na avaliação de cada grupo de questões e dentro dele cada questão, as quais estivessem definidas conceitualmente, a fim de evitar erros de interpretação.

De acordo com a avaliação concluída pelos juízes, a validade do conteúdo e conceitos está relacionada à saúde física e mental do indivíduo que se encontra em constante interação com os estímulos externos e internos.

2) Avaliar a validade de medida que foi utilizada através dos escores variando de 1 a 5 pela escala tipo Likert, em cada item ou opção de resposta correspondente aos níveis de adaptação de Roy.

Todos os juízes concordaram que a utilização dessa escala não deixa dúvidas nas respostas, tornando um critério confiável e válido, desde que o escore final considere que certas perguntas têm mais significado quanto maior for o escore obtido.

3) Examinar as relações baseadas em previsões teóricas sobre o assunto qualidade de vida e da capacidade do ser humano em adaptar-se conforme a Teoria de Roy.

Todos os docentes confirmaram a congruência das previsões teóricas dos modos adaptativos de Roy relacionado à qualidade de vida.

Assim, o Instrumento de Coleta de Dados (ICD) definitivo (Apêndice C) desta pesquisa foi o questionário contendo 25 opções de hábitos de vida fundamentadas nos modos de adaptação do comportamento humano, segundo Roy. Justifica-se que a retirada de metade das questões relacionadas aos hábitos de vida deveu-se à possibilidade de sua inclusão simultaneamente em dois modos adaptativos, principalmente nas referentes ao modo fisiológico. O ICD aplicado nesta pesquisa considerou ainda as seguintes alterações:

- Redução do número de questões, a fim de facilitar seu preenchimento, no momento da entrevista, haja vista o tempo disponível dos docentes de enfermagem, componentes da amostra e encontrados nas instituições de ensino, campo da pesquisa, no seu horário de trabalho;

- Revisão na pontuação dos escores na escala de Likert, considerando que as opções *raramente* e *algumas vezes*, por sua semelhança, poderiam ocasionar dúvidas entre os respondentes das questões, bem como a opção nunca se referia a uma pontuação inadequada, ou seja, o número 1;

- Diante do exposto foi retirada a opção *algumas vezes*, ficando apenas: *nunca, raramente, muitas vezes e sempre*;

- Quanto à pontuação, as opções ficaram com quatro graus, a saber: nunca-0, raramente-1, muitas vezes-2 e sempre-3.

Quanto aos modos adaptativos de Roy, o ICD definitivo ficou assim construído:

1º) Fisiológico, contendo 12 questões representando os mecanismos reguladores através da resposta física aos estímulos ambientais;

2º) Autoconceito, contendo sete questões representando os aspectos psicológicos, morais e espirituais;

3º) Interdependência, com seis aspectos referentes à interação social da pessoa, em relação aos outros papéis, posição e desempenho.

Registra-se que foi realizada uma análise transversal através do modo de **Papel-função** com o perfil sociodemográfico, institucional e profissional do docente de enfermagem que contém funções expressivas e instrumentais. Entretanto, algumas questões relacionadas às relações interpessoal, institucional e financeira foram acopladas aos dois últimos modos selecionados para composição do ICD.

Recorda-se que a análise da produção dos dados através da entrevista estruturada composta pelas variáveis do problema de pesquisa utilizou a escala tipo Likert, atribuindo-se escores de 0 a 3, respectivamente a *nunca, raramente, muitas vezes e sempre*, em cada item ou opção de resposta correspondente aos modos de adaptação de Roy, o que facilitou a análise objetiva relacionada a esses modos.

Tabela 1 - Critério de avaliação dos dados produzidos no ICD hábitos de vida

Conceito	Pontuação	Significado
A	202 -303	Hábitos de vida saudável
B	101 - 201	Hábitos em busca de vida saudável
C	< 101	Hábitos com risco de vida

3.6 Procedimentos para a produção de dados

A produção de dados transcorreu no período de janeiro a março de 2009, após obtenção da concordância, por parte da direção das quatro instituições públicas de ensino universitário, para aplicação da pesquisa aos docentes de enfermagem. A seguir, realizou-se a entrega (em mãos) dos questionários para cada funcionário, que foi preenchido no local de trabalho e devolvido após o preenchimento. Os sujeitos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e confidencialidade dos dados e autorizaram que suas respostas fossem objeto de divulgação científica, respeitado seu anonimato. Para tanto, os participantes da pesquisa assinaram o TCLE, reconhecendo a não obrigatoriedade de preenchimento do questionário. Algumas estratégias foram utilizadas para que a avaliação da adequação do delineamento da pesquisa fosse controlada:

Controle do retorno aos locais da pesquisa para a distribuição dos questionários, devido à ausência de alguns docentes em virtude de férias ou licença, não ocorrendo, desta forma, perda de sujeitos durante o estudo; informação ao docente de que o questionário seria respondido em um único encontro, na própria Instituição de ensino, evitando-se que outros fatores externos influenciassem na sua percepção; controle da distribuição e do retorno do instrumento, no mesmo dia, evitando extravios ou perdas dos mesmos; informação sobre os objetivos da aplicação do instrumento, o modo de aplicação e o destino dos dados obtidos, deixando a pessoa à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação; obtenção do Termo de Consentimento informado assinado pelo sujeito e pesquisador; solicitação ao participante para considerar, durante o preenchimento do questionário, o seu comportamento atual diante dos seus hábitos de vida; orientação de que o questionário é autoaplicável, não ocorrendo influência do pesquisador na escolha das respostas. Em caso de dúvida, a pesquisadora lia as questões proporcionando os devidos esclarecimentos; ao término do questionário, era verificado se o respondente não deixara nenhuma questão sem resposta ou questão com dupla marcação.

3.7 Tratamento e análise dos dados

A análise dos dados foi feita inicialmente pela estatística descritiva simples, através do pacote estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 12.0, obedecendo à seguinte sequência: codificação, tabulação, organização e tratamento estatístico. Efetuou-se o tratamento dos dados através do cálculo de frequência absoluta e percentual, medidas de tendência central, referentes às médias aritméticas, mediana e moda, sendo a representação gráfica em tabelas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, descreve-se a análise e discussão dos resultados obtidos, dividindo-se em três partes. A primeira descreve o perfil sociodemográfico, institucional/profissional dos docentes de enfermagem, sendo associadas variáveis tais como: faixa etária/estado de união; cor/religião; natureza e localidade da residência; renda individual/vínculos empregatícios e tempo de exercício docente/assistencial. Na segunda são descritos os modos adaptativos de Roy: fisiológico, de autoconceito e de interdependência. Na terceira parte, os resultados da autoavaliação dos hábitos de vida dos docentes por modos adaptativos de Roy.

4.1 Perfil sociodemográfico, institucional/profissional dos docentes de enfermagem

A distribuição da variável *faixa etária* considerou o escalonamento em grupos etários com intervalos de 10 anos, a partir dos 20 anos até 69, por se tratar de estudo específico de população privilegiando a idade adulta. Essa variável foi relacionada à entidade familiar, “tipo de união” em que vivem os sujeitos, utilizando-se a atual terminologia: estável e não estável (ver Tabela 2, próxima folha).

Nesta pesquisa, alerta-se que foi considerada união estável tanto o casamento civil como a união consensual, tendo em vista as duas entidades corresponderem à situação familiar e, embora, no âmbito legal, essas condições recebam características específicas.

Vale salientar as diferenças entre esses tipos de uniões apresentadas por Diniz (2002, p. 316), que considera a união estável como sendo “notória e prolongada de um homem com uma mulher, vivendo ou não sob o mesmo teto, sem vínculo matrimonial desde que tenha condições de ser convertida em casamento”, enquanto o casamento é “um vínculo jurídico entre o homem e a mulher que visa o auxílio material e espiritual, de modo que haja uma integração fisiopsíquica e a constituição de uma família”.

Para regularizar judicialmente o número de uniões entre casais sem o vínculo do casamento, a Constituição de 1988, segundo Comel (2004), instituiu a quebra da hegemonia do casamento como única forma legítima de constituição de família, reconhecendo como entidade familiar a união estável e a comunidade formada por qualquer dos pais e descendentes.

Ainda, Santos (2002), reforça que mesmo com a informalidade, casais em união estável sem vínculo matrimonial geram direitos e deveres como no casamento, mesmo quando ocorra a sua ruptura. Explica que a legislação brasileira dispôs desta posição visando mais a qualidade da relação familiar e não os critérios preestabelecidos como, por exemplo, o prazo de convivência do casal e/ou os filhos que possuam. Para a Lei, o principal critério será a intenção do casal de constituir uma família, verificando que mesmo com esta regularização de união estável, a condição do casamento formal e socialmente convencional, ainda continua sendo convertida na intenção formadora de uma família.

Tabela 2 - Distribuição dos docentes por faixa etária e estado de união - Rio de Janeiro - Universidades Públicas – agosto, 2009.

Faixa Etária (em anos)	Estável		Não estável		SUBTOTAL	
	N	%	N	%	N	%
20 — 29	6	5,94	4	3,96	10	9,90
30 — 39	15	14,85	5	4,95	20	19,80
40 — 49	31	30,69	10	9,90	41	40,59
50 — 59	18	17,82	8	7,93	26	25,75
60 — 69	-	-	4	3,96	4	3,96
TOTAL	70	69,30	31	30,70	101	100,0

Quanto à faixa etária dos docentes de enfermagem, sujeitos do estudo, predominou o grupo de 40 a 49 anos – 40,59%, destacando-se, ainda, aqueles com 50 a 59 anos – 25,75% e os docentes entre 30 e 39 anos – 19,80%. A maioria vive em união estável – 69,30%, ressaltando-se o grupo etário de 40 a 49 anos – 30,69%, conforme mostra a Tabela 2.

Os achados desta pesquisa, referente à união estável, corroboram as influências sobre o aumento do número de casais que procuram formalizar suas uniões consensuais, como demonstradas no levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2007, em que foi verificado um crescimento, a

partir de 2003, atingindo, em 2007, o valor de 6,7% de casamentos por mil habitantes, apresentando uma maior taxa de série. Este aumento foi justificado pelas oportunidades de atrativos à redução dos custos dos casamentos, dando oportunidades a jovens e a aqueles outros que se encontram, há muito tempo, juntos em formalizar suas uniões e/ou pelos casamentos comunitários. Essa oportunidade é decorrente de parcerias estabelecidas entre Igrejas, Cartórios e Prefeituras, resolvendo, em parte, problemas relacionados à sua regularização.

Depreende-se que o relacionamento afetivo proporcionado pelo amor construído na vida a dois, quando alicerçado na confiança e cumplicidade, contribui para a qualidade de vida saudável desses docentes. A necessidade de buscar e compartilhar sua vida com alguém, mesmo diante dos conflitos, decepções ou rompimentos ocorridos, tende somente ao longo do tempo a tornar as pessoas amadurecidas emocionalmente, facilitando a construção de uma relação afetiva harmoniosa e saudável dentro do seu projeto de vida.

Conceber a família como uma instituição baseada no amor e no companheirismo gera emoções que fortificam a autoestima das pessoas, contribuindo para uma mudança de comportamento favorável à sua relação, como docente e amante, nos diferentes papéis e desempenhos que enfrentam no trabalho e na família.

O fato de terem sido encontrados 20,79% dos docentes, os mais jovens, situados na faixa etária de 20 a 39 anos com união estável enquanto 8,91% situam-se na condição não estável (Ver tabela 2) leva à reflexão sobre a transição demográfica e seus determinantes socioeconômicos e políticos; atualmente, entre esses jovens e muitas vezes recém graduados em enfermagem, predomina a união estável, como fator de estímulo à realização dos sonhos e objetivos de buscar capacitação profissional para obtenção da estabilidade financeira tão desejada.

Quando jovem, os mecanismos que levam cada pessoa a desejar viver dias melhores, ultrapassar os obstáculos e a chegar ao êxito, por exemplo, como docente em enfermagem, se torna uma questão de tempo e, muitas vezes, esse momento de adaptação profissional parece não ser motivo de adiamento da realização de sua vida afetiva em um relacionamento mais prolongado. Tentar conciliar a vida afetiva, neste caso, torna-se imprescindível para atenuar e neutralizar os danos causados pelo estresse e anseios da vida cotidiana. Esta pode ser a forma saudável de fortalecer esses laços na consolidação de uma futura união.

Entretanto, para manter um relacionamento duradouro, adverte Pregnolato (2003), cada parceiro deverá tentar obter o grau de liberdade e independência necessário para que a relação continue viva e, simultaneamente, abrigue possibilidades de desenvolvimento pessoal. A experiência de viver requer que desenvolva a habilidade de administração de conflitos por que estes são inevitáveis. A relação amorosa, tão importante para colorir nossas vidas, é um processo que possibilita um aprendizado contínuo sobre o outro e sobre nós mesmos, em meio aos obstáculos que vão surgindo.

Enfrentar problemas, compromissos e encontrar saídas satisfatórias exigem criatividade. Separações e reconciliações podem fazer parte desse processo e constituírem dolorosos percalços, além de oferecerem riscos, mas avivam a convivência. (PREGNOLATO, 2003).

Quanto à relação etnia/cor e religião dos docentes de enfermagem, verificou-se a necessidade de selecionar as religiões pelo Censo do IBGE de 2000, distribuindo-as conforme representadas na Tabela 3 e descaracterizando qualquer preferência da pesquisadora.

Tabela 3 – Distribuição dos docentes por cor e religião - Rio de Janeiro - Universidades Públicas – agosto, 2009.

COR	Católica		Evangélica		Espírita		Umbanda/ Candomblé		Outras		Nenhuma		SUBTOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Branca	27	26,73	8	7,92	21	20,79	3	2,97	4	3,96	7	6,93	70	69,30
Preta	11	10,90	2	1,98	4	3,96	4	3,96	4	3,96	2	1,98	27	26,74
Parda	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,98	2	1,98	4	3,96
TOTAL	38	37,6	10	9,9	25	24,8	7	6,9	11	10,9	10	9,9	101	100,0

Esta condição é lembrada na pesquisa sobre Espiritualidade e a Qualidade de Vida de Teixeira, Muller e Silva (2004), em que a religião tanto pode ajudar como prejudicar o bem-estar de seus praticantes, dependendo de como seja percebida e praticada. Por isso, o primordial desta análise será não opinar e sim respeitar a fé ou a crença de cada docente, mesmo porque a sociedade se encontra mergulhada numa pluralidade de religiões.

O importante desta observação será considerar que o docente de enfermagem perceba e sinta na sua religiosidade a motivação para viver e enfrentar

as suas dificuldades, minimizando o seu sofrimento, superando com mais facilidade desafios e mostrando-se emocionalmente saudável dentro desse espaço de fé e significação.

Muitos estudos referem a importância da integração da religiosidade e da espiritualidade para o indivíduo como promoção da qualidade de vida, em que a prática da oração e meditação provoca um alívio das tensões, ansiedades, como também a promoção da cura. O estudo de Gonçalves, Giglio e Ferraz (2005) salienta que essa prática religiosa contribui também para uma melhora no ajustamento da saúde, principalmente quando percebida nos pacientes acometidos por doenças somáticas.

Vários foram os conflitos religiosos e os preconceitos quanto à raça/cor que ocorreram ao longo dos tempos. De certa forma, eles repercutiram em nossa sociedade para que hoje a diversidade religiosa se tornasse um elemento de dimensão essencial na vida do ser humano.

Esta condição concedeu ao indivíduo a liberdade de opção religiosa, independentemente de qual cor epidérmica ou outros fatores. Segundo Mytho (2009), com a liberdade religiosa, o Brasil não teve mais um pensamento religioso único. O cidadão comum está cada vez menos apegado a credences, mitos e tabus religiosos, definindo uma sociedade com diversidade de pensamentos, comportamentos, atitudes e religiosidade.

Esta transformação, na verdade, é gradativa e vem ocorrendo ao longo das décadas, favorecendo, de certa forma, a raça negra no resgate de seus cultos religiosos. Segundo M. D. Oliveira (2005), esta foi a mais afetada desde a época da escravidão, onde as suas crenças, os seus deuses e cultos foram simbolicamente camuflados para serem preservados da imposição da Igreja Católica.

A partir deste recorte histórico, associou-se a religião à cor da sua pele, cujos resultados se refletem na Tabela 3, quando se percebe que a religião católica ainda é predominante com 37,6% do total de 101 docentes de enfermagem, sendo que destes 27 (26,73%) são brancos e 11 (10,90%) são de etnia negra. A migração de muitos docentes para outras religiões mostra esta pluralidade através dos 25 (24,8%) situados na religião espírita, entre os quais 21 (20,79%) são de cor branca e 4 (3,96%) são de cor preta. Ressalta-se a minoria de 7 (6,9%) docentes que não possuem religião. Vale registrar que a maioria dos docentes, (69,30%), é de cor branca, ratificando o último censo (IBGE, 2000).

Segundo Patriota (2002), mesmo com o censo do IBGE de 2000, mantendo o título de maior nação católica do mundo, com aproximadamente 126 milhões de fiéis, 74% da população do Brasil, os católicos têm experimentado um contínuo e significativo declínio em seu número de adeptos. Todavia, o autor verifica que pela própria amplitude territorial do país são observadas variações em maior ou menor grau, dependendo da região.

A região sudeste conta com 69,7% da sua população total de pessoas declaradas católicas, sendo o Rio de Janeiro o estado onde o catolicismo apresenta sua perda mais significativa, à medida que sai do patamar de 67,7% para 57,2% de confessos, enquanto também experimenta a realidade de ser o estado onde os “sem religião” mais cresceram.

Em se tratando do panorama religioso dos docentes de enfermagem, mostra que 10 (9,9%) não possuem religião, conforme a (Tabela 3, folha 52). Esta opção pode ser pelas oportunidades encontradas em outras práticas religiosas de vários cultos, hoje muito frequentes, pelas pessoas que são ligadas ao desenvolvimento do corpo e da mente, como, por exemplo, o Reike e a Yoga.

No levantamento do IBGE (2000), a mudança social ocorrida, sobretudo nas áreas urbanas, revela maior diversidade religiosa nas grandes cidades, levando a uma redução do catolicismo e a disputa da Igreja, neste caso a pentecostal, em resgatar esses fiéis. No caso deste trabalho, a religião evangélica apresenta o mesmo quantitativo de docentes que se declararam sem religião.

O fato de 7(6,93%) docentes adeptos da Umbanda/Candomblé caracterizar um percentual reduzido pode ser explicado pela citação de Antoniazzi (2003) como uma condição que dificilmente um sociólogo reduzirá os adeptos de Umbanda e Candomblé, em todo o Brasil, a pouco mais de 570.000 pessoas. Mesmo porque certamente muitas pessoas frequentam essas religiões, ao menos ocasionalmente, mas que não se declaram adeptas.

Sabe-se que o aspecto étnico e religioso vem de raízes históricas bem profundas e, seja como for, esse preconceito e discriminação precisam deixar de existir e obter a compensação da discriminação passada. Dessa forma, os dados apresentados nesta pesquisa esboçam um interesse dos docentes ligados à religiosidade, pois o indivíduo está em constante evolução, quer nos aspectos biológicos, psíquicos e espirituais.

Cuidar da saúde para ter uma vida saudável, é tudo que se deseja. A espiritualidade deve ser destacada juntamente com a religiosidade como meios que proporcionam ao indivíduo viver bem consigo e com os outros, de uma forma que implique na promoção de sua qualidade de vida como ponto positivo entre a adoção de comportamentos saudáveis e o bem-estar espiritual.

A relação natureza/zona urbana de residência dos docentes foi apresentada na Tabela 4 como elementos de importância por envolverem aspectos referentes à sua qualidade de vida. Aspectos não somente relacionados ao espaço físico do imóvel, mas às condições de bem-estar que essa moradia deve proporcionar quanto à segurança, proximidades aos serviços em geral e aos tipos de transportes.

Tabela 4 - Distribuição segundo a natureza e localidade da residência dos docentes - Rio de Janeiro - Universidades Públicas – agosto, 2009.

Natureza da residência	Zona norte		Zona sul		Zona oeste		Outros		Subtotal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Própria	38	37,62	25	24,75	8	7,92	9	8,41	80	79,20
Aluguel	13	12,88	5	4,95	3	2,97	-	-	21	20,80
TOTAL	51	50,50	30	29,70	11	10,8	9	8,41	101	100,0

Adquirir moradia própria é um desejo do indivíduo. As condições de aquisição, para muitos brasileiros estão atreladas a um perfil socioeconômico de um governo cuja proposta de investimento volta-se para ações das construções de modelos de habitações sociais, principalmente o popular.

Desse modo, a moradia popular tornou-se um problema político refletido num déficit habitacional que afeta grande parte da população às oportunidades igualitárias do sonho da casa própria. Segundo Marques (2009), essa realidade foi mostrada com o déficit urbano brasileiro de cerca de 7,5 milhões de moradias, revelando um quadro de exclusão social e segregação territorial das populações, neste caso, a de baixa renda.

Para a compra da sua casa própria, o indivíduo depende da capacidade financeira adequada à sua renda familiar, como das oportunidades de acesso a financiamentos e do controle do seu salário mensal livre. Estes percalços tornaram um bem inatingível para a maioria da população de renda familiar baixa, transformando esse desejo em uma grande decepção e frustração.

Entretanto, na faixa de renda individual pesquisada nos sujeitos deste estudo, encontrada na (Tabela 5, a seguir), mostra uma variação salarial maior que acima de 8 salários mínimos, considerando uma possibilidade mais favorável para aquisição de uma casa própria pela capacidade financeira da maioria – 62 (61,38%) dos docentes. Quando comparado aos dados da Tabela 4, com a maioria de 80 (79,20%) docentes que possui uma residência própria, enquanto 21 (20,8%) moram de aluguel. Esses dados mostram que essas pessoas atingiram o sonho da casa própria, proporcionando um movimento positivo de realização e satisfação na vida pessoal e social.

Procurar uma infraestrutura urbanizada de boa qualidade e um lugar seguro para morar é uma entre as condições importantes que proporcionam qualidade de vida às pessoas. Sair do aluguel representa uma despesa a menos na renda mensal, garantindo que o valor antes utilizado para isso seja ocupado em lazer, por exemplo.

Para a maioria das famílias estas condições são adaptadas dentro da sua realidade financeira, procurando meios que ofereçam uma vida saudável. Segundo Abreu (2009), essas famílias estão preferindo a zona norte como a primeira opção de moradia. As famílias acham que as da zona sul possuem cômodos pequenos e caros, como demonstrado nos dados da Associação de Dirigentes de Empresas do Mercado Imobiliário (ADEMI). Um imóvel de 80 a 100 metros quadrados na zona sul tem preço médio de R\$ 426.326,78, enquanto o de mesma área na zona norte custa menos da metade do valor.

Acredita-se, ainda, que, à medida que forem surgindo condomínios com amplos cômodos, segurança e lazer, proximidade do trabalho e farta disponibilidade de transporte, a tendência é que essas famílias prefiram ainda mais a zona norte.

Esses dados da pesquisa conferem com os apresentados na Tabela 4, quando mostra as residências próprias e alugadas, localizadas na zona norte, apresentando imóveis alugados com percentuais de 13 (12,88%) na zona norte e 5 (4,95%) na zona sul e os imóveis próprios localizados na zona norte com 38 (37,62%) e na zona sul com 25 (24,75%).

A vinculação institucional do trabalho e a conseqüente renda salarial dos docentes de enfermagem são apresentadas na Tabela 5. Lembra-se que a dupla ou tripla vinculação pode constituir um dos fatores que favorecem negativamente a promoção de sua qualidade de vida pelo acúmulo de atividades delas decorrentes.

Ainda mais quando esse acúmulo é proveniente de vários vínculos institucionais de trabalho para aumentar a sua renda individual de salário, levando o docente, desta forma, ao desgaste físico e mental.

Tabela 5 - Distribuição da renda individual e vínculos institucionais de trabalho dos docentes - Rio de Janeiro - Universidades Públicas – agosto, 2009.

Renda individual (salários)	1 vínculo		2 vínculos		3 ou mais vínculos		Subtotal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 4	9	8,90	3	2,97	-	-	12	11,88
Entre 5 a 7	15	14,65	11	10,90	1	0,99	27	26,74
Acima de 8	44	43,56	17	16,83	1	0,99	62	61,38
TOTAL	68	67,32	31	30,70	2	1,98	101	100,0

Para Rodriguez e Alves (2008), a qualidade de vida do docente está cada vez mais prejudicada em função dos fatores de responsabilidade individual e de outros inerentes a seu controle. Como exemplo, a necessidade de dar aulas em diversos lugares para garantir uma vida financeira mais estável, não observando o nível de qualidade de trabalho oferecido.

A maioria dos docentes, 68 (67,32%), possui somente um vínculo empregatício, enquanto que, aproximadamente, um terço deles – 31 (30,70%) mantêm dois vínculos, ou seja, exerce a sua função docente em duas instituições de ensino ou o outro em nível hospitalar. A maioria de docentes, 62 (61,38%), tem renda individual acima de 8 salários mínimos, enquanto a minoria, 11,88%, recebe até 4 salários mínimos.

Porém, será preciso registrar que foram identificados, nesta pesquisa, conforme a Tabela 6, a seguir, quanto aos aspectos de titulação dos docentes, 43 (42,56%) doutores e 40 (39,90%) mestres, 15 (14,65%) especialistas e apenas 03 (2,97%) pós-doutores. Tendo em vista que as universidades públicas investem na capacitação docente, onde os maiores salários são percebidos pelos doutores, seguidos dos mestres, cuja somatória também é predominante no total dos 101 docentes de ensino superior.

Tabela 6 - Distribuição da titulação dos docentes - Rio de Janeiro - Universidades Públicas - agosto, 2009.

Titulação	N	%
Pós-Doutor	03	2,97
Doutor	43	42,56
Mestre	40	39,90
Especialista	15	14,65
TOTAL	101	100,0

Segundo Mota (2007) o perfil salarial dos docentes universitários foi discutido em entrevista à imprensa através da Agência Brasil de Notícias, quando previa um aumento em todos os cargos federais, inclusive para os docentes com dedicação exclusiva e final de carreira, que hoje recebem entre R\$ 6 e 7 mil, passando para um vencimento bruto mensal da ordem de R\$ 11 mil em 2010.

Ainda para os cargos estaduais, segundo a colunista Chiba (2008), os professores universitários estão aguardando a definição da nova tabela salarial pelo governo estadual, a fim de reestruturar a carreira docente universitária, com um reajuste salarial pelo Plano de Cargos e Salários, do salário-base de R\$ 1.123 para R\$ 2.088 que ocorreu no mês de maio de 2009.

Enquanto essa condição salarial dos professores universitários estaduais ou federais continuarem sendo o motivo de discussões intermináveis em nível governamental, grande parte dos docentes encontra-se trabalhando em dois vínculos empregatícios para alcançarem uma renda individual que satisfaça as suas necessidades.

O afastamento do vínculo familiar, o tempo reduzido livre para o seu lazer, o devido suporte podem levar a uma inadequada qualidade de vida, ainda mais para o gênero feminino, majoritariamente na área de enfermagem, assistencial e/ou na docência, cuja dupla jornada, considerando os afazeres domésticos, é notória.

Recorda-se Rocha e Sarriera (2006) quando colocam que, através de uma crença de que a mulher seja um ser cuidador, integrando o trabalho doméstico que será diverso em sua complexidade, indo desde a limpeza à educação dos filhos, leva para a sua vida diária uma dupla, ou melhor, tripla jornada de trabalho.

Conforme Rehder (2007), o IBOPE avaliou a satisfação dos professores quanto a seu trabalho, verificando que somente 21% dos professores brasileiros que trabalham em escolas públicas estão totalmente satisfeitos com a profissão. A instabilidade financeira é um dos principais fatores que levam ao descontentamento. Apenas 32% dos professores afirmam tê-la conquistado, mas 90% deles consideram condição fundamental para ter boa qualidade de vida.

Ou seja, no exercício de sua profissão um clima de rotinas permeadas de incertezas, instabilidade e imediatismo são geradores de estresse para esses docentes, repercutindo na vida pessoal com uma fragilidade na sua saúde e qualidade de vida, como apresentado na Tabela 7, com 20 (19,8%) de contrato administrativo temporário nas instituições de ensino aguardando concurso público para lotação definitiva, para 81 (80,2%) de regime estatutário.

Tabela 7 – Distribuição do tipo de contrato dos docentes - Rio de Janeiro – Universidades Públicas - agosto, 2009.

Tipo de contrato	N	%
Estatutário	81	80,2
Contrato administrativo	20	19,8
TOTAL	101	100,0

A disponibilização realizada na Tabela 8, a seguir, demonstrou uma distribuição através do tempo de exercício profissional e carga horária semanal retratada pelos 73,3% desses docentes, apresentando uma carga horária de 20 a 40 horas semanal, mostrando um regime de trabalho dentro das especificidades do Ministério da Educação, onde grande parte desse quadro é efetiva e possui vínculos estatutários em suas instituições de ensino, enquanto que 26,7% representam condições de contratos temporários através de uma carga horária menor de 10h e a outra de 11 a 19 horas semanal.

Tabela 8 - Tempo de exercício profissional na docência e carga horária semanal dos docentes - Rio de Janeiro - Universidades Públicas - agosto, 2009.

Tempo de exercício profissional na docência (anos)	Menos de 10h		11 a 19h		20 a 40h		Subtotal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de 1	2	1,99	5	4,95	2	1,99	09	8,9
1 — 5	1	0,99	6	5,94	5	4,94	12	11,9
6 — 10	1	0,99	3	2,97	13	12,88	17	16,9
11 — 15	2	1,99	1	0,99	23	22,94	26	25,7
16 — 20	1	0,99	-	-	10	9,90	11	10,9
21 — 25	1	0,99	3	2,97	8	7,93	12	11,9
26 — 30	-	-	1	0,99	12	11,95	13	12,8
Mais de 30	-	-	-	-	1	0,99	1	0,99
TOTAL	8	7,9	19	18,8	74	73,3	101	100,0

Discutir sobre a promoção da qualidade de vida será perceber que a noção de saúde individual desse docente também se encontra envolvida com o tempo de horas e anos em que se dedicam ao cenário escolar onde trabalham. Muitos autores avaliam a sua qualidade de vida relacionada a este ambiente. Segundo Rocha e Fernandes (2008), o professor deve ser capacitado para cuidar de si e agir em grupo na defesa da promoção de sua qualidade de vida. Deve perceber a escola como espaço de humanização e promoção de saúde, onde as suas práticas educativas não devam se limitar às tradicionais ações pedagógicas e a possibilitar as transformações individuais e sociais de ambos.

É claro que o ritmo acelerado imposto no ambiente de trabalho, como verificado nas várias pesquisas científicas, mostra que esta situação influencia o docente no cuidar de si mesmo e na sua qualidade de vida. Porém, esta colocação pode ser vista por vários ângulos, dependendo do comportamento adotado por ele diante das exigências do cumprimento de produções de ensino e pesquisa, podendo ser encarado negativamente ou positivamente pela forma como este docente vê e sente o mundo e no modo de reagir a ele.

Por isso, considerar que o percentual de 22,94% apresentado pelos docentes com um tempo de 11 a 15 anos de exercício profissional e dos 11,95% com 26 a 30 anos de serviço, através de uma carga horária apresentada de 20 a 40 horas semanal, pode ou não representar trabalhadores que dedicam grande parte da sua

vida profissional a assumir várias tarefas e papéis que podem levar a situações de desgaste físico, emocional e psíquico dentro deste contexto institucional de ensino.

Este dado se confronta com o estudo de Nunes e Teixeira (2000) quando eles destacam professores que assumem dedicação exclusiva nas universidades, levando tarefas para casa, mostrando que o seu local de trabalho não constitui um espaço de produção pessoal do professor.

Um sinal de desolação pelo ambiente de trabalho pode ser percebido e influenciar uma vida nada saudável, ainda mais quando este sinal é refletido pelo número de tempo de exercício profissional e o de horas de serviço trabalhado. Acarretando para este professor maiores distúrbios de sono, maior estresse, níveis menores de saúde e transtornos psicossomáticos.

Para Lipp (2002), é preciso que o professor, por seu papel de formador das idéias, aprenda a lidar com o estresse ocupacional, adaptando-se às exigências do mundo moderno e que possa usufruir uma vida de real qualidade. Aprendendo e controlando o seu próprio estresse emocional para que possam, no contexto de uma aula, ensinar seus alunos a manejar o estresse da vida de modo saudável e profícuo.

Contaifer et al. (2003. p. 216) definem o estresse “como o resultado da relação entre a pessoa, o ambiente, e as circunstâncias que a cercam”. Uma delas é a Síndrome de Burnout, muito discutida nos estudos sobre a vida do trabalhador docente. Para os autores, esta síndrome se caracteriza pela exaustão emocional seguida por uma avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade diante das outras pessoas.

Evitar o estresse, também, se enquadra para aqueles professores, com 11,9% que se encontram de 1 a 5 anos de exercício profissional na docência, como demonstrado na Tabela 8, folha 60. Aproveitar que possuem esse tempo reduzido de trabalho para tentarem vencer as intempéries da sua jornada profissional com alegria, afastando o estresse, acreditando por convicções próprias que o universo conspira a favor dele, oferecendo-lhes meios propícios de mudança que promovam a sua qualidade de vida no trabalho e na vida pessoal.

Observa-se na Tabela 9, a seguir, o tempo de exercício profissional na assistência de enfermagem pelos docentes. De acordo com a amostra pesquisada, foram consideradas as respostas pelos muitos que atualmente trabalham como enfermeiros em instituições hospitalares e também a outros que consideraram que

esse tempo de exercício assistencial tem relação com o tempo dedicado ao ensino nas instituições de saúde vinculado a sua prática docente.

Tabela 9 - Tempo de exercício profissional na assistência de enfermagem pelos docentes - Rio de Janeiro - Universidades Públicas – agosto, 2009.

Tempo de exercício profissional na assistência	N	%
Menos de 1 ano	07	6,9
1 a 5	14	13,9
6 a 10	18	17,8
11 a 15	11	10,9
16 a 20	09	8,9
21 a 25	20	19,8
26 a 30	22	21,7
TOTAL	101	100,0

Dessa forma, 21,7% dos docentes têm de 26 a 30 anos de exercício na assistência e 19,8% atuam entre 21 e 25 anos, significando mais experiência para fortalecer as ações de ensino para a promoção da saúde. Revela para os alunos que o ensinar é aprender a cuidar, continuamente. (SANTOS, 2007).

Além disso, esse docente, como enfermeiro na condição de trabalhador da área assistencial, em que a sua jornada desgastante o limita a satisfações relacionadas com o próprio trabalho, ainda mais, quando é dificultada pelo déficit de recursos humanos e materiais que são impostos pela atual crise na saúde, principalmente, nos hospitais públicos. Com estas características, o processo de trabalho na enfermagem tornou-se, para vários pesquisadores, motivos de estudos voltados para a saúde do trabalhador, nas condições ocupacionais precárias e sobrecarga de atividades que influenciam a sua saúde física e mental.

Para Vasconcelos (2001), no século XX muitos pesquisadores contribuíram para o estudo sobre a satisfação do indivíduo no trabalho, cujas pesquisas foram altamente relevantes para o comportamento humano, da motivação dos indivíduos para a obtenção das metas organizacionais e da qualidade de vida do trabalhador. Para o autor, as modificações que ocorreram na qualidade de vida dos profissionais

de enfermagem foram decorrentes desse descompasso entre a velocidade das mudanças e a capacidade humana de adaptar-se, surgindo reações como a insatisfação generalizada com o modo de vida, o tédio, a angústia, as ambiguidades, a ansiedade, a despersonalização, a frustração e a alienação no trabalho, evidenciando assim a deterioração da qualidade de vida nos dias atuais e passando o trabalho a ocupar um lugar central na vida do homem.

Para Haddad (2000), este fato decorreu do desenvolvimento científico, tecnológico e social que alterou o modo de viver do homem moderno, criando novas necessidades a serem atendidas. O homem necessita de reconhecimento e prestígio social e é através do exercício profissional e nas relações de trabalho que ele dispõe de maiores oportunidades para atender a essas necessidades.

Dessa forma, a relação que envolve a sua profissão e o seu ambiente de trabalho desenvolve uma construção pelo cuidado de si mesmo como atitude para a sua realização pessoal, evidenciando que trabalhar com o cuidar é reconstruir o cuidado ao cuidador.

O importante seria transformar a natureza deste cenário de trabalho numa relação que produza meios para a satisfação de suas necessidades, como de cuidador voltado para si mesmo, promovendo a sua qualidade de vida e potencializando a sua relação com o outro.

Para Druck (2002), a importância da harmonia no ambiente cotidiano de trabalho, pela forma de cuidar de quem cuida. Uma das tantas formas de cuidar-se neste ambiente seria a prevenção quanto às doenças e aos riscos ocupacionais. Estes são os principais geradores de insalubridade e periculosidade na profissão, associando, assim, a necessidade de ressaltar o processo de viver e trabalhar saudável em busca de uma melhor qualidade de vida.

Por isso, orientar e monitorizar esses agravos relacionados à saúde dos trabalhadores e o enfrentamento diário com o sofrimento, a dor e a morte, bem como pelos conflitos que são produzidos nas relações entre os membros da equipe de saúde, na própria equipe de enfermagem e com a clientela, faz parte do processo de harmonia na relação deste cuidado.

Vieira, Alves e Kamada (2007) colocam que, através do amor e a harmonia existente na relação do cuidado, no ambiente em que o ser humano vive, cresce, interage e transcende ocorrem relações de construções e transformações fundamentais para o aperfeiçoamento desse ser. Nesse ambiente existe uma

riqueza vital que possibilita, ao ser humano, uma fonte de vida e de cuidado, zelando pela sua existência como a do outro.

Talvez a falta de percepção de si mesmos como sujeitos carentes de necessidades, cuidados e atenção os distanciem do entendimento de que a conquista de uma vida saudável depende das mudanças de comportamentos gerados por nós mesmos.

No contexto histórico da Enfermagem, como uma ciência humana e prática do cuidado abordam uma discussão em torno das ações de saúde em enfermagem, que são realizadas indistintamente tanto por homens quanto por mulheres, sendo, entretanto, praticadas, sobretudo, pelo sexo feminino.

Para Spindola (2000), a Enfermagem como opção profissional tem sido associada à devoção e amor ao próximo e, atualmente, também à possibilidade de inserção num mercado de trabalho em expansão. Para ela, cada vez mais o gênero feminino vem ampliando suas áreas de atuação, demonstrando competência para além do cuidar.

O autor ainda coloca que, após a Revolução Industrial, a mulher deixou o espaço privado (casa, marido, filhos) e passou a ocupar o espaço público, assumindo uma profissão. Com esta concepção, a mulher buscou atividades compatíveis com suas habilidades (ou áreas para as quais tivessem maior aptidão), assumindo profissões, tais como: professora e enfermeira, para as quais se julgavam mais preparadas, como também porque eram as mais aceitas pela sociedade.

Dessa forma, a autora conclui que os múltiplos papéis assumidos pela maioria das mulheres que exercem uma atividade profissional tendem a remetê-las para determinadas situações em que se sentem impotentes e frustradas por não conseguirem conciliar seus inúmeros afazeres.

A sobrecarga de trabalho, com jornadas duplas ou triplas, pode conduzir ao estresse emocional, considerando que sua inserção no mercado de trabalho não a desvinculou das "tarefas domésticas" e da educação dos filhos, resultando num acúmulo de atribuições.

Diante desse aspecto, percebe-se a forma encontrada na condição de saúde e qualidade de vida desses docentes de enfermagem, sabendo que são predominantemente femininas.

A necessidade de colocar no cotidiano do trabalho a relação do cuidado com a própria promoção à saúde cabe a ambos os gêneros, a caracterização da sua qualidade de vida, especificamente, neste caso, o profissional inserido no processo educativo, que mesmo envolvidos com o ensinar, precisam aprender a priorizar o cuidado do ponto de vista individual.

4.2 Modos adaptativos de Roy

4.2.1 Modo adaptativo fisiológico

Considerando o Modo Adaptativo *Fisiológico*, analisado em 12 itens, a autoavaliação dos enfermeiros docentes alcançou o mais elevado conceito A – Hábitos de Vida Saudável, entre 202 e 303 escores, em cinco itens referentes a: controle de peso, satisfação sexual, funcionamento intestinal, ambiente adequado ao viver e rejeição ao fumo, com um maior escore - 282 e atingindo igualmente os escores – 224, os dois itens, conforme mostra a Tabela 10, na próxima folha.

Tabela 10 - Modo adaptativo *fisiológico* de docentes de enfermagem - Rio de Janeiro - Universidades Públicas – agosto, 2009. Frequência absoluta de (N =101)

Fisiológico	Nunca (0)	Raramente (1)	Muitas vezes (2)	Sempre (3)	Total escore	Nota
1. Exercício físico constante	30	46	8	17	113	B
2. Dieta rica e balanceada	1	34	31	35	201	B
3. Peso em níveis adequados	4	29	31	37	202	A
4. Proteção da pele	12	34	21	34	178	B
5. Satisfação sexual	5	23	31	42	211	A
6. Hidratação oral adequada	7	41	15	38	185	B
7. Eliminação intestinal diária	4	22	23	52	224	A
8. Ambiente físico saudável	3	16	38	44	224	A
9. Rejeição de 1 ou mais, carteira de cigarros p/dia	3	4	4	90	282	A
10. Durmo, pelo menos, 8 horas por dia	11	42	24	24	162	B
11. Concentro-me facilmente	1	41	42	17	176	B
12. Controle anual de saúde	4	37	23	37	194	B

O conceito B - Hábitos em Busca de Vida Saudável - foi atribuído aos demais itens, que totalizaram entre 101 e 201 escores: exercício físico, dieta balanceada, proteção da pele, hidratação, sono, concentração e controle clínico da saúde. O exercício físico alcançou a menor pontuação - 113, enquanto o controle alimentar atingiu o maior escore - 201, segundo se pode observar na Tabela 10.

Ressalta-se que esse resultado é positivo por demonstrar que pessoas dedicadas a ajudar outras a promoverem a saúde e prevenir doenças, recuperar-se das consequências dos agravos, lutam também para permanecerem saudáveis. Assim, confirmam as recomendações de autores como Santos (2007) quanto a privilegiar o autocuidado à saúde, pois para cuidar de outros, na abrangência da qualidade de vida, é necessário ser um profissional saudável, valorizando e cuidando de suas dimensões corporais.

Sobreleva-se nesse caso a prevenção de afecções do aparelho respiratório, no que diz respeito ao combate ao hábito de fumar, cujo malefício atinge esse aparelho, envidado nos âmbitos da saúde, social e político. (CURY, 2008).

Do mesmo modo, os comportamentos de saúde relevam-se no cômputo geral correspondendo às atitudes facilitadoras de hábitos saudáveis a exemplo de busca de ambiente físico adequado para qualidade de vida, atendimento de necessidade fisiológica de hidratação, eliminação e satisfação com a atividade sexual.

Considerando que o enfermeiro vê no cuidado à saúde a essência de sua profissão, ressaltam-se hábitos referentes ao seu corpo físico, que podem ser mais fortalecidos, tais como: prática adequada de exercício físico, proteção da pele, nutrição adequada e controle de peso. Isso porque, caso esses comportamentos de saúde não sejam integrados, adaptados à sua natureza humana, eles podem contribuir para a ocorrência de afecções que se constituem problemas de saúde pública, a exemplo de obesidade, hipertensão, diabetes, doença renal crônica e câncer (SILVA, 2008).

Assim, ressalta-se o valor do hábito de atividade física, que favorece a saúde, reduzindo toxinas no sistema circulatório, fortalecendo músculos e articulações, diminuindo a tensão e ansiedade, controlando o peso, combatendo a osteoporose, controlando hipertensão, os problemas de coração e diabetes. (BUSS, 2003; PYHN; SANTOS, 2003).

Referente ao sono/repouso alerta-se que a insônia pode decrescer o nível de concentração, uma necessidade indispensável para o exercício da docência em enfermagem. Portanto, o comportamento de dormir/repousar, trabalhar, ter lazer e se alimentar de forma equilibrada é relevado, nesta pesquisa, recordando-se que o enfrentamento positivo de situações conduz à adaptação (LEOPARDI, 2006; PHLLIPS et al., 2003; TILLET, 2003) de bons hábitos de vida. Pois a promoção da saúde depende de se evitar maus hábitos através da prevenção viabilizada pelo cuidado em saúde. (BUSS, 2003).

4.2.2 Modo adaptativo de autoconceito

Quanto ao Modo Adaptativo de *Autoconceito*, analisado em sete itens, a autoavaliação dos professores enfermeiros atingiu o Conceito/nota A - Hábitos de Vida Saudável na maioria dos itens: valorizar a espiritualidade, pedir desculpas, ter valores pessoais, relaxar sem drogas e estar satisfeito. O primeiro item revelou o maior escore - 280, em contraposição ao último item que alcançou a menor pontuação - 210, como relaciona a Tabela 11.

Tabela 11 - Modo adaptativo de *Autoconceito* dos docentes de enfermagem - Rio de Janeiro - Universidades Públicas – agosto, 2009. Frequência absoluta de (N=101)

Modo de Autoconceito	Nunca (0)	Raramente (1)	Muitas vezes (2)	Sempre (3)	Total Escore	Nota
1. Conceito de espiritualidade tem significado pessoal para mim	-	8	7	86	280	A
2. Realizo, voluntariamente, ações comunitárias	4	41	28	28	181	B
3. Sei pedir desculpas quando erro	-	11	42	48	239	A
4. Sinto-me equilibrado, guiado por meus valores pessoais	1	11	42	47	236	A
5. Sou capaz de relaxar sem uso de drogas ou medicamentos	2	10	27	62	250	A
6. Sinto-me bem, esperançoso, bem humorado e sem depressão	3	50	36	12	158	B
7. Estou satisfeito comigo mesmo	1	17	56	27	210	A

Ainda nesse modo adaptativo, o conceito B - Hábitos em Busca de Vida Saudável foram atribuídos a dois itens: ações comunitárias voluntárias - 181 escores e bom humor/alegria - 158, de acordo com a Tabela 11. Sobreleva-se que nesse Modo Adaptativo nenhum docente de enfermagem revelou Hábitos com Risco de Vida a exemplo do que também se apresenta na Tabela 10, folha 66.

Assim, considera-se que os sujeitos desta pesquisa se apresentaram como pessoas com autoestima preservada. Talvez decorrente do valorizar a espiritualidade como um significado para viver. O reconhecimento dos erros com humildade levando o indivíduo a pedir desculpas como frequentemente revela que ele busca o autoconhecimento, inclusive para perdoar a si mesmo, concebendo a aprendizagem do viver de uma forma altruísta e pautando-se em valores pessoais e equilíbrio das dimensões corporais.

Apesar de os mais baixos escores, do modo de autoconceito - 158 e 181 terem sido encontrados nos itens: sinto-me bem, esperançoso, alegre e sem depressão; busco realizar voluntariamente ações comunitárias, respectivamente, releva-se que o lidar com seres humanos nas situações do viver/morrer, pode levar ao conflito interior, nem sempre bem administrado a partir de apoio terapêutico, como é o caso do profissional de enfermagem.

Corroborando o estudo sobre sofrimento psíquico no exercício profissional de enfermagem hospitalar de Dalmolin, Lunardi e Lunardi Filho (2009), reflete-se que nas instituições de ensino os professores também enfrentam dilemas relativos à ausência de ambientes propícios à adequação da teoria – prática, relação docente-assistencial, confronto com o avanço científico – tecnológico, bem como a crescente exigência de produção científica qualificada.

Essas adversidades podem levá-los à ansiedade, baixa autoestima e conseqüente depressão e/ou compensação através da satisfação oral, que por sua vez pode ocasionar a obesidade, conforme alerta Buss (2003), referindo-se ao comportamento humano.

Quanto às ações comunitárias voluntárias, autoavaliada pelos sujeitos da pesquisa com médios escores, infere-se que os enfermeiros sempre se reportam à sua profissão como uma prática social, daí que as ações comunitárias, para eles, podem ser o seu que- fazer, independente do voluntariado.

Vale reforçar que os hábitos saudáveis de vida são construídos pelos corpos/sujeitos e são adaptados pelas decisões quanto às atitudes a serem tomadas pelas pessoas possuidoras desses corpos (SANTOS, 2007; SOBRAL et al., 2003; TILLET, 2003). Portanto, concorda-se que o corpo viabiliza a vida e, quanto melhor ele estiver, maiores serão as possibilidades de êxito na vida e construção cotidiana de sua qualidade. (PYHN; SANTOS, 2003).

Os limites e as possibilidades de a pessoa alcançar total adaptação no modo de Autoconceito de Roy, conforme descrito por Leopardi (2006), diz respeito ao pressuposto da integridade psíquica, como dependente da noção de *self* (noção do eu). O *self* envolve a representação mental da experiência pessoal e inclui processos de pensamentos, um corpo físico e uma experiência consciente de que somos separados e únicos em relação aos outros. (BRANDALIZE; ZAGONEL, 2006; GAZZANIGA; HEARTHERTO, 2005).

4.2.3 Modo adaptativo de interdependência

Quanto ao Modo Adaptativo de *Interdependência*, analisado em seis itens, a autoavaliação dos docentes de enfermagem obteve conceito A - Hábitos de Vida Saudável em apenas dois itens: estar com a família - 205 escores e relacionamentos afetivos estáveis - 216 escores, conforme se observa na Tabela 12.

Tabela 12 - Modo adaptativo de *Interdependência* dos docentes de enfermagem - Rio de Janeiro - Universidades Públicas – agosto, 2009. Frequência percentual de (N=101)

Modo de Interdependência	Nunca (0)	Raramente (1)	Muitas vezes (2)	Sempre (3)	Total escore	Nota
1. Satisfeito com o tempo de trabalho na minha vida	7	59	24	11	140	B
2. É confortável a minha situação financeira	10	45	26	20	157	B
3. Satisfeito nas relações com chefes e colegas de trabalho	2	30	54	15	183	B
4. Dedico parte do tempo com a família	-	29	40	32	205	A
5. Encontro com o meu grupo de amigos	3	63	21	14	147	B
6. Tenho relações afetivas próximas e estáveis	1	18	48	34	216	A

Prosseguindo, o modo adaptativo de Interdependência recebeu conceito/nota B- Hábitos em Busca de Vida Saudável, em quatro itens: satisfação com o tempo de trabalho, situação financeira confortável, relacionamento no trabalho e encontro com amigos. A menor pontuação foi alcançada pelo primeiro item - 140 e a maior foi atribuída ao relacionamento no trabalho -183, de acordo com a (Tabela 12).

Da mesma forma que os modos adaptativos já descritos, os docentes de enfermagem não apresentaram hábitos com risco de vida.

Aqui se destaca um importante fato contribuinte para a adaptação dos trabalhadores na vida profissional, qual seja o relacionamento com chefes e colegas de trabalho. Tal fato se ratifica, lembrando-se do atendimento da necessidade humana gregária, visto que os docentes de enfermagem despendem muito tempo nas suas instituições de trabalho. Então, quanto ao item - *“Sou capaz de desenvolver relacionamentos afetivos próximos e estáveis”*, infere-se que essas pessoas consideram-se bem adaptadas com relação ao tempo dedicado à profissão escolhida, bem como conseguem benefícios procedentes do salário recebido, o que lhes permite dedicar-se à família e amigos.

Considerando as opções positivas desse modo adaptativo de Roy (GAZZANIGA; HEARTHERTON, 2005; LEOPARDI, 2006; SANTOS, 2007), refletiu-se que a interdependência do enfermeiro é algo ainda a ser mais percebido, analisado e conquistado por ele próprio. Visto que esse profissional ainda sente-se descontente com seu nível salarial e prestígio profissional, em comparação com os conquistados por outros profissionais da área da saúde. Embora essa situação seja mais vivenciada no âmbito da prática assistencial.

A individuação dos sujeitos de pesquisa revelada nesse modo de Interdependência leva a reflexões sobre a construção da autoestima, que regula o sistema imunológico. Então, releva-se que esse modo vincula-se às perspectivas pessoais e também depende de características culturais e padrões de comportamentos adultos (GAZZANIGA; HEARTHERTON, 2005). Daí que o fortalecimento da interdependência pode depender do amadurecimento pessoal e profissional dos docentes de enfermagem.

Recorda-se que os sujeitos da pesquisa possuem competência e habilidades para perceber as adaptações que as pessoas fazem no enfrentamento de situações do viver, principalmente com o adoecimento. Desse modo, sendo profissional de saúde, ele pode perceber em si mesmo que, segundo Pagliuca, Araújo e Aragão

(2006), o corpo físico viabiliza a vida e reflete a subjetividade de sinais e sintomas, oferecendo maiores possibilidades de adaptação.

Portanto, concorda-se que os agravos à saúde ameaçam a unidade corpo-mente-espírito, levando a pessoa a restringir seu convívio social, uma decisão a ser revista com uma proposta de adotar o desafio de adaptar-se e continuar a desempenhar atividades e papéis sociais, conforme teorizado por Roy (CAETANO; SOARES, 2005; PHLLIPS et al., 2003, SAVOLDI et al., 2003).

Por conseguinte, a atitude, envolvendo o enfrentamento dos problemas vivenciados nas dimensões corporais física, mental/intelectual e espiritual, pode evitar sentimentos de medo, revolta e a ocorrência de depressão. (CASTRO; LOPES, 2000).

4.3 Medidas de tendência central dos resultados da autoavaliação dos hábitos de vida dos docentes de enfermagem por modos adaptativos de Roy

A análise comparativa dos três modos adaptativos de Roy, identificados na autoavaliação de hábitos de vida dos docentes de enfermagem, apresentou as medidas de tendência central, referentes às médias aritmética, mediana e moda, descritas na Tabela 13.

Tabela 13 - Medidas de tendência central dos resultados de autoavaliação dos hábitos docentes por Modos Adaptativos de Roy - Rio de Janeiro – Universidades Públicas – agosto, 2009.

Modos Adaptativos	Medidas de Tendência Central		
	Média	Mediana	Moda
Fisiológico	196	197,5	224
de Autoconceito	222	236	-
de Interdependência	174,6	170	-

Na amostra desta pesquisa, o Modo Adaptativo Fisiológico foi heterogêneo, tendo em vista as médias aritmética, mediana e moda, cujos valores se distanciam mais entre si. Quanto à natureza desses achados, a moda 224 foi à única medida que alcançou o conceito A - Hábitos de Vida Saudável.

Entretanto, reflete-se que, no cotidiano de nossas vidas, a busca pela excelência é mais difícil, apesar de o grupo composto por professores nível universitário apresentar uma maior predisposição aos hábitos correspondentes ao modo fisiológico. Considerando que o processo de envelhecimento (iniciado desde o nascimento) desencadeia estímulos biológicos e celulares, que se refletem no corpo humano, há que se lutar para alcançar a necessária e adequada adaptação, com vistas à qualidade de vida.

Albuquerque (2005) define a idade como uma limitação ao bem-estar biológico, psicológico e comportamental deste indivíduo. Portanto, quanto mais idade tiver, maior é a necessidade de adaptar este organismo ao processo biológico de declínio e deteriorização decorrente da passagem do tempo. Pois tanto mulheres quanto homens estão vivendo mais e as condições crônicas estão se tornando também mais expressivas. Ainda mais, quando o docente, com o passar dos anos, deixa hábitos saudáveis realizados quando jovens, como as atividades físicas para um segundo plano, colocando em prioridade as atividades de trabalho.

Recorda-se que o envelhecimento saudável é uma responsabilidade individual (TILLET, 2003) para qualquer faixa etária em que o indivíduo se encontre. Nesse caso, a diferença que determina se a qualidade de vida dos docentes de enfermagem será mais saudável ou não, é a forma como eles lidam com os seus hábitos diários. A passividade, as mudanças e a não transformação de seu comportamento para ações adaptativas fisiológicas só impedem o sucesso do seu comportamento de autocuidado.

O modo Adaptativo de Autoconceito foi mais homogêneo, haja vista o distanciamento de suas medidas de tendência central. Entretanto, a natureza desses resultados indica que esse Modo adaptativo obteve o conceito A - Hábitos de Vida Saudável, na média aritmética -222 e mediana – 236 (ver Tabela 13, folha 72).

Refletindo sobre os resultados relativos ao conceito A, alcançados no Modo de Autoconceito, supõe-se que desenvolvem comportamentos que geram a sua auto-imagem e autoestima valorada e assim enfrentam situações de estresse, na família, no círculo social, no grupo de amigos e colegas e também no ambiente de trabalho. Reforçando sua personalidade, eles buscam a capacidade de realizar aquilo que desejam. Lutando por seu progresso e equilíbrio, eles poderão definir melhor seus objetivos para alcançar a desejada qualidade de vida.

Diante disso, manter esse processo adaptativo é buscar o seu equilíbrio interior, mesmo porque, para Guedes e Araujo (2005), considera-se que a mudança de comportamento demora e requer continuidade e persistência por parte da pessoa, pois muitas vezes os valores e crenças podem dificultar o alcance de respostas adaptativas.

Dessa forma, aderir à promoção de saúde através do desenvolvimento de suas competências e habilidades é preciso, visto que atitudes condizentes com seu papel de educador colocarão para o educando um provável retrato de si mesmo. Portanto, com as fragilidades de adaptação e do ambiente que o cerca, a relação de professor e aluno se torna uma condição de aprendizagem através da ação motivadora de uma situação problema, facilitando essa relação de comunicação entre os atores. (PEREIRA, 2006).

O Modo Adaptativo de Interdependência, no conjunto pesquisado, foi homogêneo, considerando a maior proximidade/convergência das medidas de tendência central da série de escores apresentada. Em relação à natureza desses resultados, tanto a média aritmética - 174,6 quanto à mediana - 170 atingiram somente o conceito B – Hábitos em busca de Vida Saudável (Tabela 13, folha 72).

Tal fato sugere a adoção de hábitos de vida compatíveis com busca de progresso e equilíbrio das dimensões física, mental/intelectual e espiritual, visando à integralidade. Com isso, pode-se deduzir uma tendência para se aproximar a teoria da prática do viver, cuidar e educar, considerando o discurso do holismo na profissão enfermagem.

O modo de interdependência na ótica de Roy refere-se à satisfação na interação social da pessoa em relação aos outros, refletidos em outras atividades e/ou ambientes. Assim os valores medianos obtidos podem sugerir as necessidades desses profissionais de buscarem ajuda e atenção, segurança e afeto nas relações que estabelecem com os outros. Ainda mais, quando o enfermeiro docente tem que ser pessoa, cidadão, bom profissional, mãe, pai, marido, esposa e filho, desempenhando bem todos estes papéis.

5 CONCLUSÃO

Partir do pressuposto de que os docentes de enfermagem, com base em seu saber cuidar visando eliminar o mal-estar e promover o bem – estar e qualidade de vida das pessoas desenvolvem no cotidiano do seu viver, hábitos compatíveis com a sua competência e habilidade profissional, neste trabalho buscou-se investigar a propriedade desse pressuposto com fundamentação nos modos adaptativos de Roy.

Tais hábitos de vida podem ainda ser condicionados por suas implicações histórico-existenciais, estrutural profissional e psicoafetivas. Assim, foi delineado o perfil sociodemográfico e institucional/profissional dessas pessoas, considerando seus hábitos de vida, segundo os modos adaptativos de Roy fisiológico, de autoconceito e de interdependência.

O perfil sociodemográfico e institucional/profissional dos docentes de enfermagem, de universidades públicas do Estado do Rio de Janeiro, aqui se apresenta com suas características predominantes, conforme suas próprias informações.

Os docentes de enfermagem possuem títulos de: doutor, mestre, especialista e pós – doutor, predominando a primeira titulação, seguida da de mestre. Trabalham na docência de nível universitário, com carga horária de 20-40, de 11-15 anos, tendo um vínculo empregatício. Apresentando 80,2% de regime estatutário. Os atuantes na área assistencial têm tempo de exercício de 26-30 anos. São pessoas situadas na faixa etária de 40-59 anos, que têm residência própria na zona norte do Estado do Rio de Janeiro e vivem em união estável, com renda individual acima de oito salários mínimos. São católicas e de etnia branca.

Esses resultados evidenciam que o relacionamento maduro e estável se faz presente na vida desses docentes, contribuindo para o desenvolvimento de valores significativos de afetividade, compreensão e segurança. Revela-se, ainda, que esta condição é a própria superação quanto ao convívio de pessoas que desejam ser felizes e sentirem-se amadas. Admitindo que o sexo ideal, o parceiro ideal ou o amor ideal são conquistados com o amadurecimento do seu corpo e da mente, podendo ser mudados ou adaptados conforme o seu desejo.

Quanto à associação de cor e crença religiosa, os resultados mostraram uma pluralidade de religiões cultivadas no meio docente definindo que, independentemente da cor epidérmica, ou da religião, essa interação com Deus auxilia a estabelecer comportamentos motivadores de fé para construir suas metas de vida, vencendo barreiras preconceituosas, ainda geradas pelas interações com o viver em sociedade.

Quanto ao processo de adaptação ao seu tipo de moradia e a sua localização, os docentes agem de acordo com a sua realidade financeira e facilidades que lhe são oferecidas, como residir em moradias próprias na zona norte, apropriando-se de condições de segurança, lazer, transporte e conforto para uma qualidade de vida digna.

Os resultados dos hábitos de vida dos sujeitos da pesquisa, segundo os Modos Adaptativos Fisiológico, de Autoconceito e de Interdependência de Roy, demonstraram, num cômputo geral, que os docentes de enfermagem encontram-se adaptados, predominantemente quanto aos hábitos de vida que levam à promoção do autoconceito do ser humano. Este fato foi depreendido da pontuação aferida que alcançou cinco conceitos A - hábitos de vida saudável (entre 202 a 303 escores) referentes aos itens: significado da espiritualidade; reconhecimento de erros; equilíbrio e valores pessoais; desuso de drogas ou medicamentos e autossatisfação.

Considerando as medidas de tendência central, foram obtidos, nesse modo, os mais elevados valores. Assim, os docentes de enfermagem acreditam nos seus valores pessoais para orientar sua vida e promover seu equilíbrio emocional/intelectual e espiritual. Isso foi ressaltado nas suas respostas quanto ao sentido do viver, valorizando a espiritualidade e o respeito a si próprio e aos outros, considerando o valor da humildade no reconhecimento de seus erros.

Os itens referentes a sentimentos negativos, ansiedade e depressão, foram assinalados nos escores raramente e muitas vezes, corroborando as queixas referentes às dificuldades do trabalho na área de docência, em nível universitário. No caso dos sujeitos desta investigação, ressalte-se que suas atividades podem reservar-lhes certa angústia pela complexidade da adequação teoria-prática do ensino-aprendizagem, além das crescentes exigências quanto ao acompanhamento seguido de aprofundamento dos avanços científicos e tecnológicos próprios da área da saúde e enfermagem.

No Modo Adaptativo de Interdependência, os sujeitos da pesquisa alcançaram a pontuação B - hábitos em busca de vida saudável (entre 101e 201 escores), no aspecto relacionado à satisfação com a quantidade de tempo de trabalho inserido na vida docente, enquanto a maior foi alcançada na característica de ser capaz de desenvolver relacionamentos afetivos e estáveis (A- hábitos de vida saudável).

Desse modo, concernente aos hábitos de vida dos enfermeiros docentes e relacionados ao Modo de Interdependência, isso ainda precisa ser por eles conquistado, visto que o enfrentamento das suas atividades profissionais, em paralelo com seu viver pessoal, pode ser o motivo de sua satisfação com o trabalho desenvolvido, remuneração recebida, ambiente institucional, relações de poder/saber com chefes e colegas, além da possibilidade de atender sua necessidade gregária, promovendo o convívio com a família e amigos.

Igualmente ao Modo Adaptativo de Autoconceito, o Modo Fisiológico apresentou o maior quantitativo de conceito A - hábitos de vida saudável. Os aspectos aos quais esses conceitos foram atribuídos referem-se a controle do peso; satisfação com a vida sexual, eliminação intestinal diária; ambiente físico agradável; rejeição à cigarros.

A partir das medidas de tendência central, das pontuações obtidas, verificou-se que o Modo Adaptativo Fisiológico, diferentemente do Modo Autoconceito, foi heterogêneo, enquanto o Modo de Interdependência alcançou maior homogeneidade, distanciando-se entre si.

Entretanto, cabe ressaltar que os docentes de enfermagem se avaliaram, declarando certas fragilidades, tais como pouca prática de exercícios físicos diários; ausência de dieta rica e balanceada; inadequada proteção da pele; tempo adequado para sono/repouso; pouca hidratação oral; dificuldade de concentração e controle clínico de saúde inadequado. Tais fragilidades, concernentes às situações de promoção de saúde, inclusive evitando hábitos que conduzem a doenças evitáveis, sugerem uma incompatibilidade com a competência de profissionais de saúde para assumir totalmente comportamentos de autocuidado.

Considerando que os agravos à saúde que são evitáveis constituem, na atualidade, sérios problemas de saúde pública, aqui se indaga a pertinência de alertar os profissionais dessa área sobre a adequação do seu autocuidado e do ensino do autocuidado a seus clientes.

Conclui-se, então, que o pressuposto formulado, nesta pesquisa, atendeu parcialmente às expectativas dos docentes de enfermagem utilizar, em benefício próprio, seus saberes sobre o cuidar promovendo o bem-estar e o bem viver com qualidade.

Lembra-se que lidar com seres humanos, cujas múltiplas e imprevisíveis subjetividades devem ser objetivadas, visando sua compreensão para o atendimento de saúde, torna-se a cada dia uma missão honrosa, mas com consequências que exigem equilíbrio e progresso das dimensões corporais física, mental/intelectual e espiritual do profissional dessa área, sobretudo do enfermeiro, pela sua proximidade privilegiada com as pessoas.

Assim, a adaptação em termos de hábitos de vida do enfermeiro docente se relaciona aos Modos Fisiológicos e de Autoconceito, teorizados por Roy, e conduz a reflexões sobre quem é este ser que, ao cuidar dos outros, pode esquecer-se de cuidar de si e/ou desacreditar daquilo que pratica.

Entretanto, importa ressaltar que os docentes de enfermagem apresentaram respostas adaptativas positivas aos aspectos psicológicos, morais e espirituais, condizentes com seu autoconhecimento para serem e existirem com senso bioético e profissional, diante da realidade do viver, aprender e educar.

É preciso refletir que essas pessoas se autoavaliaram no Modo de Autoconceito, vendo-o como uma estrutura fundamental para a sua relação profissional, pois envolve o equilíbrio do seu senso de identidade, de crenças futuras, das memórias, da sua auto-organização, da autoestima, em suma, da sua história de vida. E porque são seres humanos, passíveis de apresentar fragilidades nas respostas adaptativas dos outros modos como o Fisiológico e de Interdependência.

Como contribuição do trabalho, estima-se que se o enfermeiro docente ao satisfizer positivamente suas necessidades de autocuidado, respeitando seu trabalho e valorizando-o na totalidade referente ao respeito à dignidade humana e reverência ao corpo físico como *habitat* do espírito e sustentáculo da expressividade dos sentimentos, emoções e intelecto, pode se traduzir nesta pesquisa como o seu desejo de evoluir profissionalmente.

Assim, também, esse desejo pode ser construído pelo cuidado de si mesmo como atitude para a sua realização pessoal, evidenciando que exercer a docência voltada para cuidar em enfermagem é reconstruir e construir o cuidado às pessoas.

REFERÊNCIAS

ABREU, D. Os fãs da zona norte. **Jornal Extra**, Rio de Janeiro, p. 3, 14 jun. 2009. Caderno Extra imóveis.

ALBUQUERQUE, S.M.R.L. **Envelhecimento ativo**: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. 2005. 219 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ANTONIAZZI, A. As religiões no Brasil segundo o censo de 2000. **Revista de Estudos da Religião**, Belo Horizonte, n. 2, p. 75-80, 2003.

BRANDALIZE, D.L.; ZAGONEL, I.P.S. Um marco conceitual para o cuidado ao familiar da criança com cardiopatia congênita à Luz da Teoria de Roy. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.11, n.3, p. 264-270, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão/Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2006a. v. 1.

_____. Ministério da Saúde. **A política Nacional de Promoção de Saúde**. Brasília, DF, 2006b. v. 7.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163-177, 2000.

_____. **Saúde, sociedade e qualidade de vida**. Museu da vida-saúde. 2003. Disponível em: <<http://museudavida.foicruz.br/publique>>. Acesso em: 14 jul. 2006.

CAETANO, J. A.; SOARES, E. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 210-216, 2005.

CASTRO, M.E.; LOPES, C.H.A.F. Identificação dos diagnósticos de enfermagem em busca da adaptação do ostomizado pelos modos de Roy. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 1 n. 2, p. 30-35, 2000.

CHIBA, M. F. **Professores universitários aguardam definição da nova tabela salarial**. 27 abr. 2008. Disponível em: <[http://gargalo.wordpress.com/2008/04/27/professor-universitários-aguardam-definição](http://gargalo.wordpress.com/2008/04/27/professor-universitarios-aguardam-definicao/)>. Acesso em: 27 maio 2009.

COMEL, D.D. **Direito da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos: **Resolução 196/96**. Porto Alegre: UFRGS, [1996]. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em 18 ago. 2008.

CONTAIFER, T.R.C. et al. Estresse em professores universitários da área de saúde. **Rev. Gaucha Enferm**, Porto Alegre, v. 24, n.1, p. 215-225, ago. 2003.

COSTA, M. et al. Estilo de vida e saúde mental: estudo de caso com enfermeiras. **Rev Enferm Uerj**, Rio de Janeiro. v.13 n. 2, p. 199-203, maio/ago.2005.

CURY , S. I. **Tabagismo**: sua história, ocorrência, incidência em doenças e tratamento. 2008. Disponível em:<<http://qualidade.de.vida/artigos-qualidade/ABQV.tabagismo>>. Acesso em: 18 jul. 2008.

DALMOLIN, G.L.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D. O Sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 35-40, 2009.

DINIZ, M. H. **Curso de direito civil brasileiro**: direito da família. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2002. v.5, p. 316.

DRUCK, M.C. **O dito e o escrito sobre qualidade de vida no trabalho do enfermeiro** - tendências e versões. 2002. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-BREF”. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n.34, p.178-83, fev. 2003.

FREITAS, H.C.L. Formação de professores no Brasil: 10 anos de embate entre projetos de formação. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 136-167, 2002.

GARCIA, S. ; TAPIA, J.A.; FITA, E.C. **Motivação em sala de aula: o que é, como se faz?** São Paulo: Loyola, 2003.

GAZZANIGA, S.M.; HEARTHERTON, T.F. **Ciência psicológica: mente cérebro e comportamento.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

GONÇALVES, M.; GIGLIO, J.S.; FERRAZ, M.P.T. A religiosidade como fator de proteção contra depressão em pacientes com neoplasia mamaria. **Arquivo Brasileiro de Psicologia, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro, v. 99, n. 4, p. 16-20, out./dez. 2005.

GUEDES, M.V.C.; ARAÚJO, T.L. Crise hipertensiva: estudo de caso com utilização da classificação das intervenções de enfermagem para alcançar respostas adaptativas baseadas no Modelo Teórico de Roy. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 241-246, jul./set. 2005.

HADDAD, M.C.L. **Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem.** Paraná: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, 2000.

HARTMANN, H. **Psicologia do ego e o problema de adaptação.** Rio de Janeiro: BUP, 1968.

IBGE. Censo demográfico de 2000. **Características gerais da população relacionados à religião.** Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 05 maio. 2009.

_____. Censo demográfico de 2007 – **Estatística do registro civil.** Brasil. 2007. Disponível em: < <http://ibge.gov.br>>. Acesso em 05 maio.2009.

LEOPARDI, M.T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: Papa-livros, 1999.

_____. **Teorias e Método em Assistência de Enfermagem.** 2 ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LIPP, M.E.N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos (ISSL).** São Paulo: Casa do psicólogo, 2002.

MALBERGIER, A. Qual a melhor opção: desenvolver questionários nacionais ou traduzir e validar questionários internacionais? **Rev. Bras. Psiquiatr. USP**, São Paulo, v. 24 n. 4, p. 202, jan. 2002.

MARQUES, A.O. **Sugestão de artigo**: produção social do habitat (PSH). Trabalho apresentado no Seminário Internacional de Produção Social do Habitat. Disponível em: <www.habitatbrasil.org.br/seminario/release/artigo_PSH.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2009.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, p.7-18, jul. 2000.

MOTA, R. Sai acordo para aumentar salários de professores universitários. **Notícias da Agencia Brasil**, 6 dez. 2007. p. 1. Disponível em: <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/12/06/materia>>. Acesso em: 27 maio 2009.

MYTHO, J. **Religião não traz qualidade de vida**. Disponível em: <<http://mortesubita.org/psico/texto/religiao-em-si-nao-traz-qualidade-de-via/view>>. Acesso em: 14 ago. 2009.

NEVES, E.P.; WINKS, S. O autocuidado no processo de viver: enfermeiros compartilham concepções e vivências em sua trajetória profissional. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n.1, p. 172-179, jan./mar. 2007.

NUNES, M.L.; TEIXEIRA, R.P. Burnout na carreira acadêmica. **Educação**, Porto Alegre, v. 41, p. 147-164, 2000.

OLIVEIRA, D.L. A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, p. 423-431, maio/jun. 2005.

OLIVEIRA, M.D. A religião mais negra do Brasil. Por que mais de oito milhões de negros são pentecostais. **Mundo Cristão**, Rio de Janeiro, v.1, p.226, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundswall e Santa fé de Bogotá. Brasília, DF: Ministério da Saúde/IEC, 1986. p. 11-18.

_____. Declaração de Adelaide. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/FIOCRUZ.
Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundswall e Santa fé de Bogotá.
 Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1988. p. 19-30.

_____. Declaração de Sunsvall. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/FIOCRUZ.
Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundswall e Santa fé de Bogotá.
 Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1991. p. 31-40.

_____. Declaración de Yakarta, 1997. p. 174-178. In: BUSS, P.M. (Ed.).
Promoção da Saúde e Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP, 1998. 178 p.
 (Mimeo).

_____. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida
 (WHOQOL) – **Divisão de Saúde Mental.** 2008. Disponível em: <www.ufrj.br/psiq.>
 Acesso em: 03 maio 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Santa fé de
 Bogotá. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde:** Cartas de
 Ottawa, Adelaide, Sundswall e Santa fé de Bogotá. Brasília: Ministério da
 Saúde/IEC, 1992. p. 41-47.

_____. **La Salud en las Americas.** Washington: OPAS, 1998. v. 1, 368 p.

PAGLIUCA, L.M.F.; ARAUJO. T.L.; ARAGÃO, A.E.A. Pessoa com amputação e
 acesso ao serviço de saúde: cuidado de enfermagem fundamentado em Roy. **Rev
 Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 100-106, 2006.

PAGLIUCA, L.M.F.; NETO, D.L. Abordagem holística do termo pessoa em um
 estudo empírico: uma análise crítica. **Revista Latino-Am de Enfermagem**, Ribeirão
 Preto, v.10 n.6. nov./dez. 2002.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida no idoso:** elaboração de um instrumento
 que privilegia sua opinião. 2001. 263 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) -
 Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PATRIOTA, K.R.M.P. **Que pluralidade religiosa é essa?.** 2002. Disponível em:
 <www.Dhi.enm.br/gtreligiao>. Acesso em: 13 jul. 2009.

PEREIRA, O.A.V. **Qualidade de vida no trabalho de docentes universitários de
 uma instituição pública e outra privada do leste de Minas Gerais.** 2006. 98 f.

Dissertação (Mestrado em Meio Ambiente e Sustentabilidade) - Centro Universitário de Caratinga, UNEC, Minas Gerais, 2006.

PHILLIPS, K.D. et al. Sor Callista Roy. Modelo de la adaptación. In: TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. **Modelos y Teorias en Enfermería**. Madrid: Harcourt Publishers Internacional, 2003.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
PREGNOLATO, M. **Vida a dois** - um breve olhar sobre o relacionamento amoroso. 2003. Disponível em: <<http://www.mariuzapregmolato.com.br>>. Acesso em: 02 jun. 2009.

PROGRAMA DE AVALIAÇÃO CONTINUADA – PAC. **Relatório Avaliação Institucional** – (Desempenho docente, auto-avaliação, turma). Coronel Fabriciano, Unileste, Minas Gerais, jun. 2005.

PYHN, E.G.; SANTOS, M.L. **Idade biológica**: comportamento humano e renovação celular. São Paulo: Senac, 2003.

REHDER, M. 79% dos professores estão insatisfeitos. **O Estadão**, 7 jul. 2007. Disponível em: <<http://acertodecontas.blog.br/atualidades/79-dos-professores-estao-insatisfeitos>>. Acesso em: 01 ago. 2009.

ROCHA, B.R.; SARRIERA, J.C. Saúde percebida em professores universitários: gênero, religião e condições de trabalho. **Psicol. Esc. Educ.**, Campinas, v. 10 n. 2, p. 187-196, dez. 2006.

ROCHA, V.M.; FERNANDES, M.H. Qualidade de vida de professores do ensino fundamental: uma perspectiva para a promoção da saúde do trabalhador. **Rev. J. Bras. Psiquiatr.**, Rio Grande do Sul, v. 57, n.1, p. 23-27, 2008.

RODRIGUES, M.V.R.; ALVES, J.B. Qualidade de vida dos professores: um bem para todos. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, IV, 2008, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, jul./ago. 2008.

SANTOS, I. dos. Cuidando do educando: a sociopoética sensibilizando a formação do cuidador. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 113-118, jan./mar. 2007.

SANTOS, S.R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 757-764, 2002.

SAVOLDI, N.A. et al. Em busca do bem-estar e do modo de Ser Trabalhador Saudável. **Revista de Enfermagem Ana Nery**, Rio de Janeiro, v. 7, n.3, p. 413-423, dez. 2003.

SCHMIDT, D.R.C.; DANTAS, R.A.S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Rev.Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14 n.1, p. 54-60, jan./fev. 2006.

SILVA, L.A.S.R. Incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de câncer. 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>>. Acesso em: 17 ago. 2009.

SOBRAL, V. et al. Sensibilizando la formación del cuidador. **Enfermería Global**, Espanha, v.3, n.1, p. 4-7, 2003.

SPINDOLA, T. Mulher, mãe e trabalhadora de enfermagem. **Rev. Esc Enferm. USP**, São Paulo, v.34. n.4, p. 354-361, dez. 2000.

TEIXEIRA, E.F.B.; MULLER, M.C.; SILVA, J.D.T.S. **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

TILLET, L.A. Modelo de Promoción de La Salud. In: TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. **Modelos y Teorías en Enfermería**. Madrid: Harcourt Publishers Internacional, 2003.

VASCONCELOS, A.F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v.8, n.1, p. 25-35, jan./mar. 2001.

VIEIRA. A.B.D.; ALVES, E.D.; KAWADA. I. Cuidando do cuidador: percepções e concepções de auxiliares de enfermagem acerca do cuidado de si. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.1, p. 15-25, jan./mar. 2007.

VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística**. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

XIMENES, L.B.; PINHEIRO A.K.; VARELA, Z.M.V. O ambiente hospitalar como foco para a análise do conceito de adaptação. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.11, n.3, p. 57-63, 2002.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Prezado Senhor (a)**

Convido-o para participar do estudo do Programa de Mestrado da UERJ: “**O comportamento do docente de enfermagem diante da promoção da sua qualidade de vida**”. De autoria de Lousana Bioni Cavalcante e a orientadora Iraci dos Santos. **Objetivo do Estudo:** É caracterizar a qualidade de vida do docente de enfermagem, tendo em vista, que essa qualidade pode influenciar as pessoas para a adoção de comportamentos saudáveis.

Procedimentos: Se você aceitar participar desta pesquisa, você responderá às perguntas referentes aos modos adaptativos físico-fisiológico, de autoconceito e de interdependência à luz da teoria de Roy. Gostaria de deixar claro que esta pesquisa deverá assegurar a:

Confidencialidade: Todas as suas respostas serão estritamente confidenciais e você não será identificado em nenhuma apresentação dos resultados da pesquisa; **Riscos e/ou Desconforto**

previsível: A participação nesta pesquisa não está associada a nenhum custo e risco para sua saúde. No entanto, você despenderá cerca de 5 minutos para ser entrevistado; **Benefício para**

os participantes: Você estará ajudando na obtenção de informações que poderão contribuir para melhores condições de qualidade de vida do profissional de enfermagem;

Conseqüências da decisão de abandonar o estudo: A sua participação nesta pesquisa é voluntária e a recusa em participar não levará a nenhum constrangimento. Você pode desistir de participar da pesquisa no momento em que desejar sem que seja penalizada por isto.

Declaração do Participante: Eu li e entendi todas as informações contidas neste termo de consentimento, todas as minhas perguntas e dúvidas foram respondidas a contento. Portanto, consinto em participar deste estudo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Assinaturas:

Participante: _____; Pesquisadora: _____

Contato com a pesquisadora: Tel: (21) 96198144 ou (21) 2214.1999.

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Tel: (21) 2587.6353

APÊNDICE B - Formulário Sociodemográfico institucional/profissional

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO INSTITUCIONAL/PROFISSIONAL
<p>Este formulário possibilita avaliar o seu perfil sociodemográfico quanto aos seus atributos individuais e profissionais/Institucionais.</p> <p>Por favor, escolha somente uma alternativa marcando com um x entre os parênteses. Obrigada!</p>

1. Atributos Individuais
1.1 Faixa Etária: <input type="checkbox"/> 20 a 29anos <input type="checkbox"/> 30 a 39anos <input type="checkbox"/> 40 a 49anos <input type="checkbox"/> 50 a 59anos <input type="checkbox"/> 60 a 69anos <input type="checkbox"/> Acima de 70anos
1.2 Etnia/cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela
1.3 Estado de união: <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Não Estável
1.4 Natureza da Residência: <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Aluguel
1.5 Local da Residência: <input type="checkbox"/> Zona Norte <input type="checkbox"/> Zona Sul <input type="checkbox"/> Zona Oeste <input type="checkbox"/> Outra: Especificar_____
1.6 Crença Religiosa: <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Cristã <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Umbanda e Candomblé <input type="checkbox"/> Sem religião <input type="checkbox"/> Outras religiosidades: Especificar_____
1.7 Renda Individual: <input type="checkbox"/> Até 4 salários mínimos <input type="checkbox"/> Mais de 4 a 8 salários mínimos <input type="checkbox"/> Acima de 8 salários mínimos
2. Atributos Profissionais/Institucionais
2.1 Titulação: <input type="checkbox"/> Pós-Doutor <input type="checkbox"/> Doutor <input type="checkbox"/> Mestre <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Bacharel
2.2 Área (s) de (as) Titulação (ões): Especificar_____
2.3 Tipo de Contrato: <input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> Contrato administrativo
2.4 Tempo de Exercício Profissional na Assistência de Enfermagem: <input type="checkbox"/> Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 1 a 5 anos <input type="checkbox"/> 6 a 10 anos <input type="checkbox"/> 11 a 15 anos <input type="checkbox"/> 16 a 20 anos <input type="checkbox"/> 21 a 25 anos <input type="checkbox"/> 26 a 30 anos
2.5 Tempo de Exercício Profissional na Docência: <input type="checkbox"/> Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 1 a 5 anos <input type="checkbox"/> 6 a 10 anos <input type="checkbox"/> 11 a 15 anos <input type="checkbox"/> 16 a 20 anos <input type="checkbox"/> 21 a 25 anos <input type="checkbox"/> 26 a 30 anos <input type="checkbox"/> Mais de 30 anos
2.6 Vínculos Institucionais de Trabalho: <input type="checkbox"/> 1 vínculo <input type="checkbox"/> 2 vínculos <input type="checkbox"/> 3 ou mais vínculos
2.7 Carga Horária de Trabalho Semanal na Instituição de Ensino: <input type="checkbox"/> menos de 10h <input type="checkbox"/> 11 à 19 horas <input type="checkbox"/> 20 a 40 horas
2.8 Carga Horária de trabalho Semanal na assistência de Enfermagem: <input type="checkbox"/> 20-30 horas <input type="checkbox"/> 40 horas <input type="checkbox"/> não se aplica

APÊNDICE C – Instrumento final de coleta de dados dos modos adaptativos de hábitos de vida segundo os modos adaptativos de Roy

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS DE VIDA SEGUNDO MODOS ADAPTIVOS DE ROY	
<p>O objetivo das perguntas, além da reflexão, é a tomada de consciência, lhe ajudando a pensar como o seu comportamento pode refletir diretamente em seu bem-estar e no seu modo de vida. Abaixo estão listados os hábitos fisiológicos, psicológicos, morais, espirituais e de interação social que representam os modos adaptativos diários.</p> <p>Por favor, responda todas as perguntas de 1 a 25, marcando com um x em uma das colunas em branco, que correspondem às respostas nunca (0), raramente (1), muitas vezes (2) e sempre (3). Considere que a primeira resposta que vier à sua mente é a melhor, para todas as alternativas.</p> <p style="text-align: right;">Muito obrigado!!!</p>	

As questões seguintes referem-se aos Modos Adaptativos Físico-Fisiológico que representam a alimentação, aporte hídrico, eliminação, respiração e circulação, atividade e descanso, integridade da pele, sensório-perceptiva, função neurológica e endócrina.

N.	Modos Adaptativos Fisiológicos	Nunca (0)	Raramente (1)	Muitas vezes (2)	Sempre (3)	Total do Escore
1	Pratico, pelo menos, 30 minutos de exercício físico, 3 vezes por semana.					
2	Minha dieta é rica e balanceada em fibras, vegetais, legumes e frutas.					
3	Procuo manter o meu peso em níveis adequados.					
4	Protejo minha pele com protetor solar da exposição excessiva aos raios solares.					
5	Estou satisfeito com a minha atividade sexual.					
6	Tomo, pelo menos, 2 litros de água por dia.					
7	O meu intestino funciona, pelo menos, 1 vez por dia.					
8	Procuo um ambiente físico saudável em termos de clima, som, odor, ar puro e atrativo.					
9	Fumo uma carteira de cigarros, ou mais, por dia.					
10	Procuo dormir, pelo menos, 8 horas por dia.					
11	Concentro-me facilmente.					
12	Faço exame médico anualmente, realizando os exames solicitados e tomo ciência dos resultados e das condutas terapêuticas indicadas.					

As questões seguintes referem-se aos Modos Adaptativos de Auto conceito que representam os modos psicológicos, morais e espirituais.

N.	Modos Adaptativos de Autoconceito	Nunca (0)	Raramente (1)	Muitas vezes(2)	Sempre (3)	Total do Escore
1	O conceito de espiritualidade tem definição e significado pessoais para mim.					
2	Busco realizar, voluntariamente, ações comunitárias.					
3	Sei pedir desculpas quando erro.					
4	Sinto-me equilibrado, guiado por meus valores pessoais.					
5	Sou capaz de relaxar sem uso de drogas ou medicamentos.					
6	Tenho sentimentos negativos como desespero, mau-humor, ansiedade e depressão.					
7	Estou satisfeito comigo mesmo.					

As questões seguintes referem-se aos Modos Adaptativos de Interdependência que representam a interação social da pessoa, em relação aos outros refletidos nos papéis, determinando a posição e desempenho.

N.	Modos Adaptativos de Interdependência	Nunca (0)	Raramente (1)	Muitas vezes(2)	Sempre (3)	Total do escore
1	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que meu trabalho requer de minha vida.					
2	Sinto-me confortável com minha situação financeira.					
3	Estou satisfeito com o relacionamento com chefes e colegas de trabalho.					
4	Dedico parte do tempo com a família.					
5	Encontro com o meu grupo de amigos.					
6	Sou capaz de desenvolver relacionamentos afetivos próximos e estáveis.					

APÊNDICE D – Questionário piloto do Instrumento Modos Adaptativos de Hábitos de Vida

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS DE VIDA SEGUNDO MODOS ADAPTATIVOS DE ROY

Este questionário é uma avaliação dos modos adaptativos de hábitos diários, a respeito de sua qualidade de vida, saúde e de outras áreas. Espero que você se permita avaliar-se, nesta pesquisa, por alguns minutos, percebendo como você se comporta diante da promoção de sua qualidade de vida.

Por favor, responda todas as perguntas, escolhendo o número 1, 2, 3, 4 ou 5 que lhe parece mais apropriado referente aos seus hábitos de vida. O resultado será obtido pela somatória das pontuações e em seguida você saberá se o seu bem estar está mantido por modos de viver. Obrigada pela sua participação!

As questões seguintes referem-se aos Modos Adaptativos Fisiológicos que representam os mecanismos reguladores através da resposta física e aos estímulos ambientais.

		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1	Pratico, pelo menos, três vezes por semana atividade física.	1	2	3	4	5
2	Procuro manter a alimentação rica em fibras, frutas, vegetais e legumes.	1	2	3	4	5
3	Procuro manter o meu peso em níveis adequados.	1	2	3	4	5
4	Protejo minha pele da exposição excessiva aos raios solares.	1	2	3	4	5
5	Tomo pelo menos 2 litros de água por dia.	1	2	3	4	5
6	O meu intestino funciona pelo menos 1 vez por dia.	1	2	3	4	5
7	Estou satisfeito o meu ambiente físico (clima, barulho, poluição e atrativos)	1	2	3	4	5
8	Evito fumar	1	2	3	4	5
9	Procuro dormir, pelo menos 8 horas por dia.	1	2	3	4	5
10	Mantenho contínuo crescimento na área intelectual.	1	2	3	4	5
11	Concentro-me facilmente.	1	2	3	4	5
12	Tenho, pelo menos, um hobbie.	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se aos Modos Adaptativos de Autoconceito que representam os modos psicológicos, morais e espirituais.

		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
13	Estou satisfeito comigo mesmo.	1	2	3	4	5
14	Procuo praticar um gesto de gentileza, pelo menos, uma vez por mês.	1	2	3	4	5
15	A idade não me importa. Sinto-me jovem.	1	2	3	4	5
16	Peço ajuda quando necessário.	1	2	3	4	5
17	Sou capaz de dizer não sem me sentir culpado.	1	2	3	4	5
18	Sei pedir desculpas quando erro.	1	2	3	4	5
19	Costumo elogiar os feitos positivos de outras pessoas	1	2	3	4	5
20	Sou capaz de relaxar sem uso de drogas ou medicamentos.	1	2	3	4	5
21	Estou satisfeito com a minha vida sexual.	1	2	3	4	5
22	Tenho com frequência sentimentos negativos como desespero, mau-humor, ansiedade e depressão.	1	2	3	4	5
23	Considero-me uma pessoa feliz.	1	2	3	4	5
24	Estou em paz comigo mesmo.	1	2	3	4	5
25	Estou satisfeito com minha vida espiritual.	1	2	3	4	5
26	Sinto-me equilibrado, guiado por meus valores pessoais.	1	2	3	4	5
27	Estabeleço objetivos realistas para minha vida.	1	2	3	4	5
28	Busco realizar, voluntariamente, ações comunitárias.	1	2	3	4	5
29	Estou satisfeito com o progresso de meus objetivos.	1	2	3	4	5
30	Meu dia-a-dia é fonte de prazer.	1	2	3	4	5
31	Procuo, sempre que possível, estar em contato com a natureza.	1	2	3	4	5
32	Procuo aprender com os erros.	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se aos Modos Adaptativos de Interdependência que representam a interação social da pessoa, em relação aos outros refletidos nos papéis, determinando a posição e desempenho.

		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
33	Gosto do meu trabalho.	1	2	3	4	5
34	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que meu trabalho requer de minha vida.	1	2	3	4	5
35	Minha carga horária de trabalho é sempre planejada.	1	2	3	4	5
36	Levo tarefas do trabalho para casa.	1	2	3	4	5
37	Estou satisfeito com minha habilidade em tomar decisões.	1	2	3	4	5
38	Considero-me organizado.	1	2	3	4	5
39	Sinto-me confortável com minha situação financeira.	1	2	3	4	5
40	Diariamente dedico parte do tempo com a família.	1	2	3	4	5
41	Faço exame médico anualmente, realizando os exames solicitados e tomo ciência dos resultados e das condutas terapêuticas indicadas.	1	2	3	4	5
42	Ao dirigir, no trânsito, não bebo, uso cinto de segurança, respeito os limites de velocidade e os pedestres.	1	2	3	4	5
43	Estou satisfeito com o local em que moro.	1	2	3	4	5
44	Procuo aprender coisas novas em livros, revistas, jornais e internet.	1	2	3	4	5
45	No trânsito, uso cinto de segurança e respeito os limites de velocidade.	1	2	3	4	5
46	Sou capaz de desenvolver relacionamentos próximos e estáveis.	1	2	3	4	5
47	Estou satisfeito com o relacionamento com a minha família.	1	2	3	4	5
48	Estou satisfeito com o relacionamento com chefes e colegas de trabalho	1	2	3	4	5
49	Tenho pessoas com quem desabafar quando estou tenso ou ansioso.	1	2	3	4	5
50	Tenho interação ativa com amigos e familiares.	1	2	3	4	5

APÊNDICE E – Validação e adequação do instrumento



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



VALIDAÇÃO E ADEQUAÇÃO DO INSTRUMENTO

Venho por meio desta, convidá-lo a realizar a apreciação do instrumento de coleta de dados intitulado como Modos adaptativos de hábitos diários buscando a sua futura validação.

Este questionário foi readaptado através de uma publicação do Jornal da CASSI (2002), utilizado no estudo de Savoldi et al. (2003).

A minha pesquisa intitulada: O comportamento do docente de enfermagem diante da promoção de sua qualidade de vida, apoiado na Teoria de Adaptação de Roy, vem investigar os modos de adaptações físico-fisiológico, modos de auto-conceito e modos de interdependência dos docentes de enfermagem, por acreditar que o comportamento desses profissionais não é um evento casual, mas sim ocasionado por antecedentes, tais como a sua cultura, influências da família, de grupos de amigos, as quais tiveram que se adaptar.

Dessa forma, peço a apreciação deste instrumento, pelo fato, de ser auto-aplicável, de fácil leitura, reflexão e escolha das respostas pelos docentes de enfermagem.

Quanto à pesquisa a ser desenvolvida, o objetivo geral será caracterizar a qualidade de vida do docente de enfermagem, tendo em vista, que essa qualidade pode influenciar as pessoas para a adoção de comportamentos saudáveis.

O objetivo específico será delinear o perfil sociodemográfico e institucional/profissional do docente de enfermagem e identificar os modos de adaptação do comportamento do docente de enfermagem diante da promoção de sua qualidade de vida.

O marco teórico metodológico utilizado será a teoria de adaptação de Sister Callista Roy e o sistema adaptativo de Roy.

A metodologia aplicada será o método descritivo quantitativo, transversal e trata-se de um estudo cuja dimensão refere-se à modalidade de comparação de grupos e o delineamento de pesquisa é entre sujeitos, pois serão investigados os hábitos de vida através de um instrumento de coletas de dados (questionário) a partir dos modos de adaptação constantes do Modelo de Roy adotado por diferentes docentes de enfermagem atuantes em diferentes situações de ensino, áreas de conhecimento e disciplinas de enfermagem. O campo de pesquisa será nas Universidades Públicas do Rio de Janeiro (UFF, UFRJ, UERJ e UNIRIO).

No tratamento dos dados para inclusão, no questionário, das variáveis do problema de pesquisa utilizar-se-á a escala tipo Likert, atribuindo os escores de 0 a 4 em cada item ou opção de resposta correspondente aos níveis de adaptação de Roy. Ao final da aplicação do questionário será calculado o subtotal de cada sub-escala e o total de itens do questionário. Os dados produzidos serão apurados em programa de Excel e analisados estatisticamente.

Portanto, segue neste convite o questionário e o formulário para a sua análise geral e sugestões para reformulação/adequação do instrumento.

Agradeço imensamente a sua contribuição!!!

Lousana Bioni Cavalcante (Tel: 96198144)

Mestranda

ADEQUAÇÃO DO INSTRUMENTO

1. Análise geral do instrumento- Validação do conteúdo/medida/constructo

1) O instrumento aplicado possui validade do conteúdo? Por exemplo, as questões deste teste são adequadas e representativas do universo de todas as questões do conteúdo nas proporções corretas?

2) O critério de validade de medida utilizado para este instrumento correspondem aos escores de 1 a 5 pela escala tipo Likert, em cada item ou opção de resposta correspondente aos níveis de adaptação de Roy. Você avalia este critério confiável e válido?

3) A validade de construção deste instrumento consiste no exame das relações baseadas em previsões teóricas?

2. Sugestões para reformulação/adequação

ANEXO A – Carta resposta do Comitê de Ética em Pesquisa



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



Rio de Janeiro, 08 de outubro de 2008

Do: Comitê de Ética em Pesquisa
Prof^ª. Patrícia Maria C. O. Duque
Para: Aut. Lousana Bioni Cavalcante
Orient. Prof^ª. Iraci dos Santos

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (2187-CEP/HUPE) "O COMPORTAMENTO DO ENFERMEIRO DOCENTE DIANTE DA PROMOÇÃO DA SUA QUALIDADE DE VIDA" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S^ª., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.


Prof^ª. Patrícia Maria C. O. Duque
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B - Instrumento retirado do Jornal CASSI**Você se considera saudável?**

1. () Sinto-me em boa forma física, se comparado a pessoas de minha idade.
2. () Pratico pelo menos 30 minutos de atividade física, 3 vezes por semana.
3. () Minha dieta é balanceada, rica em fibras, frutas e vegetais.
4. () Procuo manter um peso adequado à minha altura e faixa etária.
5. () Não fumo.
6. () Não bebo ou bebo socialmente, limitando-me a 5 doses semanais.
7. () Durmo o suficiente para reparar meu cansaço.
8. () Consulto profissionais de saúde e faço exames preventivos pelo menos 1 vez por ano.
9. () No trânsito, uso cinto de segurança e respeito os limites de velocidade.
- 10.() Sou cuidadoso com a segurança de minha casa.
- 11.() Estou satisfeito comigo mesmo.
- 12.() Encontro maneiras adequadas de expressar minha emoção.
- 13.() Procuo me comunicar de forma verdadeira e direta.
- 14.() Sou bem-humorado.
- 15.() Gosto de estar sozinho de vez em quando.
- 16.() Peço ajuda quando necessário.
- 17.() Sou capaz de dizer não sem me sentir culpado.
- 18.() Sei pedir desculpas quando erro.
- 19.() Costumo elogiar os feitos positivos de outras pessoas.
- 20.() Sou capaz de relaxar sem uso de drogas ou medicamentos.
- 21.() Sou capaz de desenvolver relacionamento próximos e estáveis.
- 22.() Tenho parceiro (a), e estou satisfeito com nossa relação.
- 23.() Estou satisfeito com o relacionamento que mantenho com minha família.
- 24.() Estou satisfeito com o relacionamento que mantenho com chefes e colegas de trabalho.
- 25.() Tenho pessoas com quem desabafar quando estou tenso ou ansioso.
- 26.() Tenho interação ativa cotidiana com amigos e familiares.
- 27.() Meu dia-a-dia é fonte de prazer para mim.
- 28.() Diariamente, dedico parte do tempo à família.
- 29.() Exerço papel social na comunidade em que vivo.

- 30.() Procuro, sempre que possível, estar em contato com a natureza.
- 31.() Gosto do meu trabalho
- 32.() Estou satisfeito com a quantidade de tempo que meu trabalho/carreira requer de minha vida.
- 33.() Minha carga de trabalho é sempre planejada.
- 34.() Sinto que completei todas as tarefas do sai quando saio do trabalho.
- 35.() Procuro aprender com os erros.
- 36.() Estou satisfeito com minha habilidade em tomar decisões.
- 37.() Considero-me organizado.
- 38.() Meu trabalho é recompensador para mim.
- 39.() Estou orgulhoso de minhas conquistas profissionais.
- 40.() Sinto-me confortável com minha situação financeira.
- 41.() Mantenho contínuo crescimento na área intelectual.
- 42.() Concentro-me facilmente.
- 43.() Uso a criatividade em todas as áreas de minha vida.
- 44.() Gosto de ler e leio com freqüência.
- 45.() Tenho pelo menos um hobbie, mas não me sinto obrigado a fazê-lo.
- 46.() Gosto de me expressar através da arte e encontro tempo para isso.
- 47.() Sou curioso, e novidades me motivam.
- 48.() Sinto interesse por muitos assuntos não ligados à minha profissão.
- 49.() Participo espontaneamente de grupos de estudos e discussões.
- 50.() Gosto de partilhar conhecimentos e ouvir pontos de vista sobre assuntos que me interessam.
- 51.() Considero-me uma pessoa feliz.
- 52.() Estou em paz comigo mesmo.
- 53.() Estou satisfeito com minha vida espiritual.
- 54.() Sinto-me equilibrado, guiado por meus valores pessoais.
- 55.() Estabeleço objetivos realistas para minha vida.
- 56.() Estou satisfeito com o progresso de meus objetivos.
- 57.() O conceito de espiritualidade tem definição e significado pessoais para mim.
- 58.() Sou tolerante com crenças e valores alheios.
- 59.() Valorizo a disciplina espiritual e sinto que uma força guia minha passagem pela vida.
- 60.() Busco realizar, voluntariamente, ações comunitárias.

TOTAL GERAL:.....

De 0 a 44 pontos – Cuidado! Você precisa rever seu modo de viver e suas escolhas para recuperar sua saúde e bem estar.

De 45 a 89 pontos – Atenção! Alguns aspectos do seu modo de viver estão ameaçando seu bem estar. Reflita nos tópicos de menor pontuação e procure encontrar outros modos de viver mais saudável.

De 90 a 134 pontos – Muito bem! Você é uma pessoa consciente, mas alguns aspectos de sua vida podem receber de você mais atenção para um viver mais saudável.

ANEXO C - Instrumento de coleta de dados auto-aplicável (extraído do Trabalho de Savoldi et al. (2003), segundo adaptação do Instrumento do Jornal CASSI)

VOCÊ SE CONSIDERA SAUDÁVEL?

INSTRUÇÃO:

Reserve um tempo, em um lugar tranqüilo, para responder à avaliação a seguir. O objetivo das perguntas, além da reflexão, é a tomada de consciência, ajudando você a pensar sobre as áreas que refletem diretamente em seu bem-estar e seu modo de vida. Caso não concorde com a pontuação pré - estabelecida, o mais importante será o que aprendeu sobre si mesmo. Cada uma das áreas a serem analisadas pode contribuir para a melhoria da saúde integral. Ou seja, uma mudança em qualquer uma das áreas afeta as demais. Faça escolhas, além da opção de continuar melhorando, que, com certeza, sua vida será mais feliz e construtiva e ficando fortalecida para o enfrentamento dos problemas do ambiente de trabalho e do seu cotidiano. Para auxiliar na avaliação, utilize a pontuação da escala de Likert, adequada à sua situação, colocando no parêntese o número escolhido.

ÁREA DE SAÚDE FÍSICA

Pontuação: 0 - Raramente ou nunca; 1 - Algumas vezes; 2 - Muitas vezes; 3 – Sempre

1. () Sinto-me em boa forma física, se comparado a pessoas de minha idade.
2. () Pratico pelo menos 30 minutos de atividade física, 3 vezes por semana.
3. () Minha dieta é balanceada, rica em fibras, frutas e vegetais.
4. () Procuro manter um peso adequado à minha altura e faixa etária.
5. () Não fumo
6. () Não bebo ou bebo socialmente, limitando-me a 5 doses semanais.
7. () Durmo o suficiente para reparar meu cansaço.
8. () Consulto profissionais de saúde e faço exames preventivos pelo menos 1 vez por ano.
9. () No trânsito, uso cinto de segurança e respeito os limites de velocidade.
10. () Sou cuidadoso com a segurança de minha casa.

Subtotal

ÁREA DE SAÚDE EMOCIONAL

0 - Raramente ou nunca; 1 -Algumas vezes; 2 - Muitas vezes; 3 – Sempre

- 11.() Estou satisfeito comigo mesmo.
- 12.() Encontro maneiras adequadas de expressar minha emoção.
- 13.() Procuro me comunicar de forma verdadeira e direta.
- 14.() Sou bem-humorado.
- 15.() Gosto de estar sozinho de vez em quando.
- 16.() Peço ajuda quando necessário.
- 17.() Sou capaz de dizer NÃO sem me sentir culpado.
- 18.() Sei pedir desculpas quando erro.
- 19.() Costumo elogiar os feitos positivos de outras pessoas.
- 20.() Sou capaz de relaxar sem uso de drogas ou medicamentos.

Subtotal

ÁREA DE SAÚDE SOCIAL

0 - Raramente ou nunca; 1 -Algumas vezes; 2 - Muitas vezes; 3 – Sempre

- 21.() Sou capaz de desenvolver relacionamentos próximos e estáveis.
- 22.() Tenho parceiro (a), e estou satisfeito com nossa relação.
- 23.() Estou satisfeito com o relacionamento que mantenho com minha família.
- 24.() Estou satisfeito com o relacionamento que mantenho com chefes e colegas de trabalho.
- 25.() Tenho pessoas com quem desabafar quando estou tenso ou ansioso.
- 26.() Tenho interação ativa cotidiana com amigos e familiares.
- 27.() Meu dia-a-dia é fonte de prazer para mim.
- 28.() Diariamente, dedico parte do tempo à família.
- 29.() Exerço papel social na comunidade em que vivo.
- 30.() Procuro, sempre que possível, estar em contato com a natureza.

Subtotal

ÁREA DE SAÚDE PROFISSIONAL

0 - Raramente ou nunca; 1 -Algumas vezes; 2 - Muitas vezes; 3 – Sempre

- 31.() Gosto do meu trabalho.
- 32.() Estou satisfeito com a quantidade de tempo que meu trabalho/carreira requer de minha vida.
- 33.() Minha carga de trabalho é sempre planejada.
- 34.() Sinto que completei todas as tarefas do dia quando saio do trabalho.
- 35.() Procuo aprender com os erros.
- 36.() Estou satisfeito com minha habilidade em tomar decisões.
- 37.() Considero-me organizado.
- 38.() Meu trabalho é recompensador para mim.
- 39.() Estou orgulhoso de minhas conquistas profissionais.
- 40.() Sinto-me confortável com minha situação financeira.

Subtotal

ÁREA DE SAÚDE INTELECTUAL

0 - Raramente ou nunca; 1 -Algumas vezes; 2 - Muitas vezes; 3 – Sempre

- 41.() Mantenho contínuo crescimento na área intelectual.
- 42.() Concentro-me facilmente.
- 43.() Uso a criatividade em todas as áreas de minha vida.
- 44.() Gosto de ler e leio com frequência.
- 45.() Tenho pelo menos um hobby, mas não me sinto obrigado a fazê-lo.
- 46.() Gosto de me expressar através da arte e encontro tempo para isso.
- 47.() Sou curioso, e novidades me motivam.
- 48.() Sinto interesse por muitos assuntos não ligados à minha profissão.
- 49.() Participo espontaneamente de grupos de estudos e discussões.
- 50.() Gosto de partilhar conhecimentos e ouvir outros pontos de vista sobre assuntos que me interessam.

Subtotal

ÁREA DE SAÚDE ESPIRITUAL

0 - Raramente ou nunca; 1 -Algumas vezes; 2 - Muitas vezes; 3 – Sempre

- 51.() Considero – me uma pessoa feliz.
- 52.() Estou em paz comigo mesmo.
- 53.() Estou satisfeito com minha vida espiritual.
- 54.() Sinto-me equilibrado, guiado por meus valores pessoais.
- 55.() Estabeleço objetivos realistas para minha vida.
- 56.() Estou satisfeito com o progresso de meus objetivos.
- 57.() O conceito de espiritualidade tem definição e significado pessoais para mim.
- 58.() Sou tolerante com as crenças e valores alheios.
- 59.() Valorizo a disciplina espiritual e sinto que uma força guia minha passagem pela vida.
- 60.() Busco realizar, voluntariamente, ações comunitárias.

Subtotal

TOTAL GERAL:

Agora que você já fez uma reflexão sobre sua vida, lembre-se de que a medida de bem estar que você desfruta depende das escolhas que faz e dos modos que você encontra para enfrentar e adaptar-se às situações que a vida lhe presenteia.

Some os resultados encontrados e confira na Tabela abaixo:

De 0 a 44 pontos – Cuidado! Você precisa rever seu modo de viver e suas escolhas para recuperar sua saúde e bem estar.

De 45 a 89 pontos – Atenção! Alguns aspectos do seu modo de viver estão ameaçando seu bem estar. Reflita nos tópicos de menor pontuação e procure encontrar outros modos de viver mais saudável.

De 90 a 134 pontos – Muito bem! Você é uma pessoa consciente, mas alguns aspectos de sua vida podem receber de você mais atenção para um viver mais saudável

De 135 a 180 pontos – Parabéns! Você realmente investe em seu próprio bem estar e tem mantido modos de viver saudáveis. Continue assim e contagie outros com essa energia.

AGRADECENDO PELA COLABORAÇÃO,

solicitamos devolver o questionário à pessoa que lhe entregou. Ele será arquivado em seu prontuário no Departamento de Saúde do Trabalhador - Departamento de Enfermagem para que possamos continuar a trabalhar juntos em outras oportunidades.

ANEXO D - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL – BREF)

Instruções					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.</p> <p>Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você	1	2	3	4	5

	está com as condições do local onde mora?					
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	multo freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO E - Instrumento “Avalie sua Saúde e Qualidade de Vida” -Associação Brasileira de Qualidade de vida (ABQV)

Qualidade de vida- QV

Faça este teste: Avalie sua saúde e qualidade de vida

O teste abaixo, criado pelo Dr. Alberto Ogata, presidente da ABQV, possibilita ao internauta avaliar hábitos cotidianos, corrigir os nocivos e aprimorar aqueles que garantem pleno equilíbrio entre corpo e mente.

São 20 perguntas referentes a hábitos alimentares, vícios, ritmo de vida, jornada de trabalho, prática de atividades físicas e intelectuais, comportamento, higiene pessoal e outros assuntos pertinentes ao tema. Para responder às perguntas, basta assinalar as opções SIM ou NÃO. O resultado é obtido pela somatória das respostas positivas e negativas.

Perguntas

Sim

Não

1. Procuo realizar alguma atividade física por, pelo menos, 30 minutos por dia, cinco vezes por semana.

2. Escovo os dentes após as refeições e vou ao dentista todos os anos.

3. Procuo alongar-me por, pelo menos, 5 minutos por dia.

4. Procuo manter o meu peso em níveis adequados.

5. Procuo alimentar-me com, pelo menos, cinco porções de frutas e vegetais (uma unidade ou meia xícara) , todos os dias.

6. Evito comer alimentos ricos em gorduras, como frituras, carnes gordas, leite integral.

-
-

7. Evito fumar.

-
-

8. Procuo dormir de 6 a 8 horas por dia.

-
-

9. Procuo ir ao médico anualmente, para os exames de rotina.

-
-

10. Protejo minha pele da exposição excessiva aos raios solares.

-
-

11. Procuo praticar um gesto de gentileza, pelo menos, uma vez por mês.

-
-

12. Procuo resolver os conflitos com as outras pessoas de maneira positiva e respeitosa.

-
-

13. Procuo estabelecer metas realistas para minha vida.

-
-

14. Procuo manter-me informado sobre o que se passa no mundo social, político e atualidades.

-
-

15. Procuo aprender coisas novas em livros, revistas, jornais e internet.

-
-

16. Procuo manter e melhorar as relações com a família e os amigos

-

17. Procuo sempre aproveitar as oportunidades para aprender e ganhar experiência.

18. A minha vida tem sentido.

19. Procuo me interessar em conhecer o ponto de vista das outras pessoas e gosto de compartilhar conhecimentos

20. Participo de atividades na minha comunidade.

Se você respondeu SIM a menos de 10 questões, é importante pensar que o seu desempenho profissional depende muito da sua saúde. Deve tomar cuidado para que o stress, por exemplo, não comprometa a sua evolução pessoal. Veja os fatores em que pode atuar sozinho e, caso sinta necessidade, procure apoio de um profissional.

Se você respondeu SIM, entre 11 e 15 questões, está no caminho certo, já que tem procurado se cuidar. Talvez deva prestar atenção para as diferentes dimensões da saúde, que não se resumem ao aspecto físico, mas envolvem o desenvolvimento emocional, social, espiritual e intelectual. Vá em frente !

Se você respondeu SIM a mais de 16 questões, é um verdadeiro "atleta corporativo". Está com muita energia para se desenvolver, manter-se saudável e, mais importante, feliz. Procura sempre evoluir e encontrar energia para superar as adversidades.

**ANEXO F – Carta de Autorização de Pesquisa à Direção da Escola de Enfermagem
– UERJ**



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM**



Rio de Janeiro, 08 de dezembro 2008.

Carta Autorização Pesquisa nº 02/2008

**À Sr^a Diretora da Faculdade de Enfermagem
Prof.^a Dr.^a Sonia Acioli de Oliveira**

Assunto: Solicitação para realização de pesquisa

Prezada Diretora:

Solicitamos autorização para que a enfermeira Lousana Bioni Cavalcante, aluna regularmente matriculada no Curso de Mestrado em Enfermagem desta Faculdade, possa coletar dados no âmbito desta Faculdade de Enfermagem, conforme informações abaixo, a fim de realizar o trabalho científico previsto para a conclusão do curso.

Título: O Comportamento do enfermeiro docente diante da promoção da sua qualidade

Método Utilizado: Descritivo/Quantitativo/Transversal

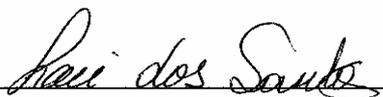
Tipo de Pesquisa: Quantitativo

Técnica utilizada: Observação indireta através da entrevista pessoal com o sujeito

Período: Dezembro/2008 a Janeiro/2009

Orientadora: Prof^a .Dra. Iraci dos Santos

Certos da colaboração de V.S^a, apresentamos protestos de estima e consideração.



Professora Pesquisadora

/pcc.

*Autorizado
15/12/08
S/O*

Sonia Acioli de Oliveira
Diretora da Faculdade de
Enfermagem da UERJ
Matr 32405-3

ANEXO G – Carta de Autorização de Pesquisa à Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM



Rio de Janeiro, 31 de julho de 2008

Of – 196/FENF/2008

À Direção da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Assunto: Solicitação para realização de Pesquisa

Prezados Senhores:

Solicitamos autorização para que a enfermeira *Lousana Bioni Cavalcante*, aluna regularmente matriculada no Curso de Mestrado em Enfermagem desta Faculdade, possa coletar dados no âmbito dessa instituição, conforme informações abaixo, a fim de realizar o trabalho científico previsto para a conclusão do curso.

Título: *O Comportamento do enfermeiro docente diante da promoção da sua qualidade de vida*

Método Utilizado: *Descritivo / Quantitativo / Transversal*

Tipo de pesquisa: *Quantitativo*

Técnica Utilizada: *Observação indireta através da entrevista pessoal com o sujeito*

Período: *janeiro, fevereiro e março de 2009*

Orientadora: *Prof. Dra. Iraci dos Santos*

Certos da colaboração de V.S^a, apresentamos protestos de estima e consideração.


SONIA ACIOLI DE OLIVEIRA

Diretora
Sonia Acioli de Oliveira
Diretora da Faculdade de
Enfermagem da UERJ
Matr 32405-3

**ANEXO H – Carta de Autorização de Pesquisa à Direção da Escola de Enfermagem
Alfredo Pinto da UNIRIO**



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM**



Rio de Janeiro, 31 de julho de 2008

Of – 197/FENF/2008

À Direção da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UFERJ

Assunto: Solicitação para realização de Pesquisa

Prezados Senhores:

Solicitamos autorização para que a enfermeira **Lousana Bioni Cavalcante**, aluna regulamente matriculada no Curso de Mestrado em Enfermagem desta Faculdade, possa coletar dados no âmbito dessa instituição, conforme informações abaixo, a fim de realizar o trabalho científico previsto para a conclusão do curso.

Título: *O Comportamento do enfermeiro docente diante da promoção da sua qualidade de vida*

Método Utilizado: *Descritivo / Quantitativo / Transversal*

Tipo de pesquisa: *Quantitativo*

Técnica Utilizada: *Observação indireta através da entrevista pessoal com o sujeito*

Período: *janeiro, fevereiro e março de 2009*

Orientadora: *Prof. Dra. Iraci dos Santos*

Certos da colaboração de V.S^{as}, apresentamos protestos de estima e consideração.


SONIA ACIOLI DE OLIVEIRA
Sonia Acioli de Oliveira
Diretora da Faculdade de
Enfermagem da UERJ
/jms Matr 324052

**ANEXO I – Carta de Autorização de Pesquisa à Direção da Escola de Enfermagem
Aurora Afonso Costa da UFF**



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM



Rio de Janeiro, 31 de julho de 2008.

Of – 198/FENF/2008

À Direção da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da UFF

Assunto: Solicitação para realização de Pesquisa

Prezados Senhores:

Solicitamos autorização para que a enfermeira *Lousana Bioni Cavalcante*, aluna regularmente matriculada no Curso de Mestrado em Enfermagem desta Faculdade, possa coletar dados no âmbito dessa instituição, conforme informações abaixo, a fim de realizar o trabalho científico previsto para a conclusão do curso.

Título: *O Comportamento do enfermeiro docente diante da promoção da sua qualidade de vida*

Método Utilizado: *Descritivo / Quantitativo / Transversal*

Tipo de pesquisa: *Quantitativo*

Técnica Utilizada: *Observação indireta através da entrevista pessoal com o sujeito*

Período: *janeiro, fevereiro e março de 2009*

Orientadora: *Prof. Dra. Iraci dos Santos*

Certos da colaboração de V.S^a, apresentamos protestos de estima e consideração.


SONIA ACIOLI DE OLIVEIRA
Diretora
/jms
Sonia Acioli de Oliveira
Diretora da Faculdade de
Enfermagem da UERJ
Matr 32405-2

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)