

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

LAÍS MARQUES GONTIJO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E CONTEXTO DE TRABALHO DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
UBERABA-MG**

UBERABA-MG

2012

LAÍS MARQUES GONTIJO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E CONTEXTO DE TRABALHO DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
UBERABA-MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa.

UBERABA-MG
2012

LAÍS MARQUES GONTIJO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E CONTEXTO DE TRABALHO DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
UBERABA-MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde. Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Professora Dr^a. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa.

Uberaba- MG, _____ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

Professora Dr^a. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Professora Dr^a. Eliana Faria de Angelice Biffi
Universidade Federal de Uberlândia - UFU

Professor Dr. Vanderlei José Haas
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Dedico este trabalho a Deus, luz da minha vida, meu protetor. E a minha mãe, meu porto seguro.

Apenas quando somos instruídos pela
realidade é que podemos mudá-la.

Bertolt Brecht

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas inúmeras bênçãos, força, sabedoria e perseverança a mim concedidas.

À mamãe, que sonhou junto comigo a realização desta conquista, pelas orações, pelo exemplo de fé, de amor, e por sempre cuidar de mim.

Ao Fernando, Sabrina, Euler, Vanessa e Juninho, pela presença e carinho constantes, apesar da distância.

À minha família, pelo apoio e torcida.

À minha orientadora, professora Dr^a. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa, pela oportunidade de cursar o mestrado, pelos ensinamentos transmitidos, pelas palavras amigas, pelo incentivo e zelo de sempre.

Ao professor Dr. Vanderlei José Hass, por tudo que pacientemente ensinou-me, pela ajuda constante e pela importante contribuição neste estudo.

À professora Dr^a Eliana Faria de Angelice Biffi, pela disponibilidade, atenção e orientações.

À professora Dr^a. Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves, pelas sugestões na fase de qualificação do projeto.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação- Mestrado em Atenção à Saúde, pelo apoio durante o curso.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação- Mestrado em Atenção à Saúde, pelos conhecimentos transmitidos.

À CAPES pelo apoio financeiro.

Aos servidores do Programa de Pós-Graduação- Mestrado em Atenção à Saúde, em especial à Maria Aparecida B. Rezende e à Vanessa Barbosa Souza Lima, pela dedicação e competência.

À Deisy Vivian de Resende e ao Dnieber Chagas de Assis, pelo incentivo para o meu ingresso no Mestrado.

À Fernanda Marçal, por ter me acolhido tão amigavelmente e pela ajuda nos momentos necessários.

À Cíntia Tavares Carleto e Renata Maciel Côrtes, pela amizade e companheirismo.

Aos amigos Cynara, Eliene, Maria Izabel, Talita, Rafael, Leonardo, Thiago, Gisele e Letícia Apolinário pelo suporte, e pelos momentos de descontração.

À Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, por ter permitido a realização deste estudo.

Aos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família de Uberaba (MG) que tornaram possível a concretização desta pesquisa.

RESUMO

GONTIJO, Laís Marques. **Avaliação da qualidade de vida e contexto de trabalho da equipe de enfermagem da ESF de Uberaba- MG**. 2012. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

Os profissionais de enfermagem destacam-se na reorientação do modelo assistencial de saúde proposto pela ESF, do MS. Desempenham suas funções junto à equipe de SF visando essencialmente à promoção à saúde. No contexto de trabalho desses profissionais, tem sido possível perceber diversas situações de desgaste, as quais podem gerar comprometimento à qualidade de vida (QV) dos mesmos. Visualizar a dinâmica laboral dos trabalhadores de enfermagem é essencial no planejamento de políticas públicas e sociais que visem ambientes organizacionais mais saudáveis. Este estudo objetivou analisar a relação entre o contexto de trabalho e a QV da equipe de enfermagem da ESF de Uberaba (MG). Trata-se de uma pesquisa quantitativa, seccional, realizada com 92 profissionais de enfermagem, entre maio e agosto de 2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFTM, protocolo nº 2278. Os participantes responderam um instrumento contendo variáveis sociodemográficas, econômicas e de trabalho; outro, para avaliação do contexto de trabalho (ECORT); e outro, para avaliação da QV (WHOQOL- bref). Os dados foram duplamente digitados no programa Microsoft Excel®, e importados ao SPSS, versão 20.0, para análise. Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis quantitativas. Para verificar possíveis associações entre as variáveis, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (r) para variáveis quantitativas (bivariadas), o coeficiente de correlação de Spearman para as variáveis qualitativas ordinais, o Teste t de Student para amostras independentes e, quando necessário, o teste de Mann-Whitney, como alternativa não paramétrica. Ainda foram realizadas duas regressões lineares múltiplas, tendo o domínio ambiental e o psicológico de QV como desfecho e as variáveis preditoras; sexo, idade, categoria profissional, presença de doença ocupacional e o domínio condições de trabalho da ECORT. Os participantes eram majoritariamente do sexo feminino (94,6%), com idade entre 25 e 35 anos (41,3%) e tinham companheiro (51,1%). Quanto ao perfil profissional, 90,2% tinham 5 anos ou

mais na profissão; 93,5% referiram não possuir doença ocupacional, 76,1% referiram não ter faltado ao trabalho ou ter estado de licença e 69,6% declararam não ter sofrido acidente ocupacional no último ano. O domínio mais afetado da ECORT foi o de condições de trabalho, sendo que, os itens que mais impactaram negativamente foram referentes ao bem estar dos funcionários, ao barulho e a não existência de política de progressão funcional. O domínio do WHOQOL- bref que apresentou menor escore foi o ambiental (58,25 pontos). Os enfermeiros apresentaram maiores escores de QV se comparados aos técnicos de enfermagem, para os domínios, físico e ambiental. Os homens apresentaram médias mais altas em todos dos domínios de QV, sendo estatisticamente significante para o domínio ambiental. O grupo com doença ocupacional apresentou pior QV quanto aos domínios físico, psicológico e meio ambiente, ao ser comparado com o grupo sem doença ocupacional. Concluiu-se com os resultados da análise de regressão linear múltipla que, ser mulher, apresentar doença ocupacional e piores condições de trabalho, impactaram negativamente no domínio ambiental de QV; e, ter piores condições de trabalho e presença de doença ocupacional impactaram negativamente o domínio psicológico de QV.

Descritores: Enfermagem. Qualidade de vida. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

GONTIJO, Laís Marques. **Quality of life assessment and the working context of the nursing staff from Family Health Strategy (FHS) in Uberaba-MG.** 2012. Thesis (Master Degree in Health Care) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

The nursing professionals stand out in the reorientation of the health assistant model proposed by FHS, from MS. They play their role along with the FH staff aiming essentially health promotion. In these professionals' working context, it has been possible to notice various exhaustion situations, which may compromise their quality of life (QOL). The capacity to visualize the labor dynamics of nursing workers is essential to the planning of social and public policies which aim healthier organizational atmospheres. This study aimed to analyze the relation between the working context and QOL of the nursing staff of FHS in Uberaba (MG). It is a quantitative and sectional study carried out with 92 nursing professionals between May and August of 2012. The project has been approved by the Committee on the Ethics of Research on Human Beings from UFTM, protocol number 2278. The participants answered an instrument containing sociodemographic, economic and work variables; one for working context assessment (ECORT); and another one for the QOL assessment (WHOQOL- bref). The data have been double typed on Microsoft Excel®, and imported to SPSS, version 20.0, for analysis. Descriptive analyses of all quantitative variables were carried out. In order to verify possible associations among the variables, the Pearson correlation coefficient (r) was used for quantitative (bivariate) variables, the Spearman correlation coefficient for the ordinal qualitative variables, the Student's t-test for independent samples and, when necessary, the Mann-Whitney test, as a non-parametric alternative. Two multiple linear regressions were also carried out and had the environmental and the psychological of QOL domain as a conclusion and the predictor variables; sex, age, professional category, presence of occupational disease and the ECORT working conditions domain. Most participants were females (94.6%), aged between 25 and 35 (41.3%) and had a partner (51.1%). Regarding the professional profile, 90.2% had been in the field for 5 or more years; 93.5% affirmed they do not have occupational disease, 76.1% declared they had not skipped work or gotten leave of absence and

69.6% declared they had not had occupational accident in the past year. The most affected ECORT domain was working conditions, and the most negatively impacting items were the ones referring to employee welfare, noise and the absence of the functional progression policy. The WHOQOL- bref domain with the lowest score was the environmental (58.25 points). The nurses presented higher QOL scores when compared with the nurse technicians, for the physical and environmental domains. Men showed higher averages in all QOL domains, which was statistically significant for the environmental domain. The group with occupational disease presented the worst QOL in relation to the physical, psychological and environmental domains, when compared to the group without occupational disease. The conclusion after the results of the multiple linear regression was that, being a woman, presenting occupational disease and worse working conditions, impacted negatively in the QOL environmental domain; and, having worse working conditions and the presence of occupational disease impacted the QOL psychological domain.

Descriptors: Nursing. Quality of life. Worker health.

RESUMEN

GONTIJO, Laís Marques. **Evaluación de la calidad de vida y contexto de trabajo del equipo de enfermería de la ESF de Uberaba-MG.** 2012. Dissertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

Los profesionales de enfermería se destacan en la reorientación del modelo asistencial de salud propuesto por la ESF, del MS. Desempeñan sus funciones junto al equipo de SF aspirando esencialmente a la promoción de la salud. En el contexto de trabajo de esos profesionales, ha sido posible percibir diversas situaciones de desgaste, las cuales pueden comprometer a la calidad de vida (QV - '*Qualidade de vida*') de ellos. Visualizar la dinámica laboral de los trabajadores de enfermería es esencial en la planificación de políticas públicas y sociales que aspiren ambientes organizacionales más saludables. Este estudio ha objetivado analizar la relación entre el contexto de trabajo y la QV del equipo de enfermería de la ESF de Uberaba (MG). Se trata de una investigación cuantitativa, seccional, realizada con 92 profesionales de enfermería, entre mayo y agosto de 2012. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la UFTM, protocolo nº 2278. Los participantes han contestado a un instrumento con variables sociodemográficas, económicas y de trabajo; otro, para evaluación del contexto de trabajo (ECORT); y otro, para evaluación de la QV (WHOQOL – bref). Los datos fueron duplamente digitados en el programa Microsoft Excel®, e importados al SPSS, versión 20.0, para análisis. Fueron realizados análisis descriptivos de todas las variables cuantitativas. Para verificar posibles asociaciones entre las variables, fue utilizado el coeficiente de correlación de Spearman para las variables cualitativas ordinales, el Test t de Student para muestras independientes y, cuando necesario, el test de Mann-Whitney, como alternativa no paramétrica. Además fueron realizadas dos regresiones lineares múltiples, teniendo el dominio ambiental y el psicológico de QV como resultado y las variables predictoras; sexo, edad, categoría profesional, presencia de enfermedad ocupacional y el dominio condiciones de trabajo de la ECORT. Los participantes eran mayoritariamente del sexo femenino (94,6%), con edad entre 25 y 35 años (41,3%) y tenían compañero (51,1%). Cuanto al perfil profesional, 90,2% tenían 5 años o más de profesión; 93,5% se han referido

no poseer enfermedad ocupacional, 76,1% se han declarado no haber faltado al trabajo o haber estado de licencia y 69,3% declararon no haber sufrido accidente ocupacional en el último año. El dominio mas afectado de la ECORT fue el de condiciones de trabajo, siendo que, los ítems que más impactaron negativamente fueron referentes al bien estar de los empleados, al ruido y a no existencia de política de progresión funcional. El dominio del WHOQOL-bref que presentó menor escore fue el ambiental (58,25 puntos). Los enfermeros presentaron mayores escores de QV si comparados a los técnicos de enfermería, para los dominios físico y ambiental. Los hombres presentaron medias más altas en todos los dominios de QV, siendo estadísticamente significativa para el dominio ambiental. El grupo con enfermedad ocupacional presentó peor QV cuanto a los dominios físico, psicológico y medio ambiente, al ser comparado con el grupo sin enfermedad ocupacional. Se ha concluído con los resultados del análisis de regresión linear múltiple que, ser mujer, presentar enfermedad ocupacional y peores condiciones de trabajo, impactaron negativamente en el dominio ambiental de QV; y, tener peores condiciones de trabajo y presencia de enfermedad ocupacional impactaron negativamente el dominio psicológico de QV.

Descriptores: Enfermería. Calidad de Vida. Salud del Trabajador.

LISTA TABELAS

Tabela 1	Distribuição numérica e percentual de Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem, segundo variáveis sociodemográficas e econômicas. Uberaba, 2012.....	47
Tabela 2	Distribuição numérica e percentual dos Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem, segundo alguns aspectos profissionais. Uberaba, 2012.....	48
Tabela 3	Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna para os domínios da Escala de Avaliação das Condições, Organização e Relações de Trabalho – ECORT, aplicada à Equipe de Enfermagem da ESF de Uberaba, 2012.....	49
Tabela 4	Médias, Medianas e Desvios- Padrão dos itens referentes ao fator Organização do Trabalho da ECORT aplicada à Equipe de Enfermagem da ESF de Uberaba-MG, 2012.....	51
Tabela 5	Médias, Medianas e Desvios- Padrão dos itens referentes ao fator Organização do Trabalho da ECORT aplicada à Equipe de Enfermagem da ESF de Uberaba-MG, 2012.....	52
Tabela 6	Médias, Medianas e Desvios Padrões dos itens referentes ao fator: Relações Sociais no Trabalho, da Escala de Contexto de Trabalho aplicado à Equipe de Enfermagem da ESF de Uberaba-MG, 2012.....	54
Tabela 7	Distribuição numérica e percentual do número de indivíduos, de acordo com seus escores médios, classificados conforme os parâmetros de interpretação da ECORT aplicada aos profissionais da ESF. Uberaba, 2012.....	56
Tabela 8	Comparação dos escores médios dos domínios da ECORT dos profissionais de enfermagem da ESF, considerando a categoria profissional e a presença ou não de mais de um vínculo empregatício. Uberaba, 2012.....	56

Tabela 9	Comparação entre os escores médios dos domínios da ECORT e a variável doença ocupacional dos profissionais de enfermagem da ESF. Uberaba, 2012.....	57
Tabela 10	Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna para os domínios de qualidade de vida. Uberaba-2012.....	58
Tabela 11	Correlação entre os escores médios dos domínios de QV e o número de vínculos de emprego, a idade e o rendimento individual da equipe de enfermagem das ESF. Uberaba-MG, 2012.....	59
Tabela 12	Distribuição dos escores médios dos domínios do Whoqol-bref dos profissionais de enfermagem da ESF, segundo algumas variáveis sociodemográficas e profissionais. Uberaba, 2012.....	61
Tabela 13	Correlação entre os escores dos domínios de QV e os escores dos domínios da Escala de Contexto de Trabalho dos profissionais de enfermagem das ESF. Uberaba, 2012.....	62
Tabela 14	Regressão linear múltipla para o domínio Psicológico e o domínio Ambiental (desfecho) tendo como preditores sexo, idade, categoria profissional, doença ocupacional, condições de trabalho. Uberaba, 2012.....	63

LISTA DE SIGLAS

ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem
ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
ANOVA - Análise de Variância
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CNS - Conferência Nacional de Saúde
ECORT - Escala de Avaliação das Condições, Organização e Relações Sociais no Trabalho.
ESF - Estratégia Saúde da Família
FNS - Fundação Nacional de Saúde
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG - Minas Gerais
MS - Ministério da Saúde
N - Número
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMU - Prefeitura Municipal de Uberaba
PSF - Programa de Saúde da Família
QV - Qualidade de Vida
QVG - Qualidade de Vida Geral
SF - Saúde da Família
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SPSS - Statistical Package for Social Sciences
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UFU - Universidade Federal de Uberlândia

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

USF - Unidade de Saúde da Família

WHOQOL - World Organization Quality of the Assessment

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 ASPECTO HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	20
2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	21
2.1.1 Equipe de Saúde da Família e o Trabalho do Enfermeiro e do Técnico de Enfermagem.....	24
3 CONTEXTO DE TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM.....	27
4 QUALIDADE DE VIDA.....	30
5 OBJETIVOS.....	32
5.1 OBJETIVO GERAL.....	32
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
6 MATERIAL E MÉTODOS.....	33
6.1 TIPO DE ESTUDO.....	33
6.2 LOCAL DO ESTUDO.....	33
6.3 POPULAÇÃO.....	36
6.3.1 Critérios de Inclusão.....	36
6.3.2 Critérios de Exclusão.....	36
6.3.3 Tamanho da Amostra.....	36
6.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	37
6.4.1 Formulário sociodemográfico, econômico e de trabalho.....	37
6.4.2 Escala de Avaliação das Condições, Organização e Relações Sociais no Trabalho.....	37
6.4.3 <i>World Health Organization Quality Of Life – WHOQOL-BREF</i>	38
6.5 COLETA DE DADOS.....	39
6.6 GERENCIAMENTO DOS DADOS.....	40
6.6.1 <i>Análise estatística</i>	40
6.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
7.1 PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DA ESF, UBERABA-MG	43
7.2 AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO.....	49
7.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	57
8 CONCLUSÕES.....	66
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICES.....	76

APÊNDICE I- SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS NAS UNIDADES DE ESF AO SECRETÁRIO DE SAÚDE DE UBERABA-MG.....	77
APÊNDICE II- FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E DE TRABALHO.....	78
ANEXOS.....	80
ANEXO A- AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DOS DADOS, PELO SECRETÁRIO DE SAÚDE DE UBERABA-MG.....	80
ANEXO B- APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFTM.....	82
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	83
ANEXO D – <i>World Health Organization Quality Of Life - WHOQOL-BREF</i>	84
ANEXO E – ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES, ORGANIZAÇÃO E RELAÇÕES SOCIAIS NO TRABALHO - ECORT.....	87

1 INTRODUÇÃO

A compreensão da dinâmica do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), especialmente a visão da saúde do trabalhador de saúde, pode causar impacto no nível de assistência, bem como na Qualidade de Vida (QV) da própria equipe.

No contexto da ESF, o trabalho da equipe de enfermagem, por ter a especificidade da relação direta com famílias adscritas, repercute diretamente nos indicadores de saúde da população assistida. Assim, surgem os questionamentos: Como são as condições de trabalho destes profissionais? Como está a saúde, a QV destes trabalhadores enquanto membros da equipe de Saúde da Família (SF)?

Estudos científicos realizados por Barboza e Soler (2003), Silva, Rotenberg e Fischer (2011), Sancinetti et al. (2011), e outros, abordam a questão da QV dos profissionais de enfermagem e o seu trabalho sob diferentes enfoques, confirmando a influência do tipo de trabalho desempenhado na QV dos mesmos.

Porem, ainda há uma lacuna na literatura nacional de trabalhos científicos publicados correlacionando o contexto de trabalho e a QV da equipe de enfermagem atuante na ESF.

O reconhecimento desta realidade suscita análises científicas e planejamentos de políticas públicas e sociais que visem ambientes de trabalho mais saudáveis.

Entender como os profissionais de enfermagem percebem e interpretam o ambiente de trabalho, como toleram as pressões e exigências na rotina do trabalho e ainda como eles atendem a essas demandas, pode contribuir para o desenvolvimento de organizações que valorizem a saúde destes trabalhadores e se constitui em um desafio no campo organizacional do trabalho em saúde e no desenvolvimento científico nesta área do conhecimento.

Esse trabalho foi desenvolvido pretendendo-se descrever algumas características sociodemográficas, econômicas, identificar o contexto de trabalho e medir a QV da equipe de enfermagem da ESF de Uberaba (MG). Buscou-se, ainda, ampliar o conhecimento científico sobre a relação entre a QV e o contexto de trabalho desses profissionais.

2 ASPECTO HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O conhecimento do processo histórico de conformação do sistema de saúde é um elemento de grande valia para a compreensão das bases do atual Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Em Alma Ata, no Cazaquistão, em 1978, ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, que ressaltou a importância da prevenção em saúde e dos cuidados de promoção da saúde, os quais norteiam, ainda na atualidade, os princípios do SUS e da ESF. Suas conclusões impulsionaram o movimento pela reforma sanitária no Brasil.

A Reforma Sanitária surgiu durante a segunda metade da década de 70, frente aos processos de redemocratização do país. Apontava para a necessidade de se repensar o sistema de saúde no Brasil, de se elevar os padrões de saúde da população e ainda de se pensar em saúde numa perspectiva coletiva (GONÇALVES, 2009).

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira propôs, a partir do final da década de 1970 e início de 1980, um sistema de saúde que unificava as ações presentes no Ministério da Saúde (MS), no Ministério da Previdência e Assistência Social, garantindo dessa forma a integralidade das ações. A Reforma Sanitária reivindicou também a universalidade do atendimento, a descentralização do sistema de saúde e a garantia da participação popular na formulação e na fiscalização das estratégias das políticas de saúde (ARCHANJO; ARCHANJO; SILVA, 2007; BRASIL, 2011).

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira cumpriu um papel de resistência política à ditadura militar no setor saúde e, quando da redemocratização do País, esses atores sociais influenciaram de forma decisiva a Reforma Sanitária.

Em 1986, entre 17 e 21 de março, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), evento considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do movimento pela democratização da saúde em toda sua história (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

A 8ª CNS discutiu e aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, elaborou novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social.

O relatório final desta CNS passou a consolidar as propostas do movimento sanitário original, acrescido de novas vertentes e integrantes (ESCOREL, 2011).

Em julho de 1987, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que tinha como princípios básicos: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. Constituíam-se em uma estratégia-ponte para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto se desenvolviam os trabalhos da Constituinte e da elaboração da legislação ordinária para o setor (CORDEIRO, 2004).

Mais tarde, em 1988, como resultado das diversas propostas em relação ao setor de saúde, apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte, a Constituição Federal aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (BRASIL, 2011).

A implantação do SUS teve início em 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990). Então, o MS reformulou os papéis das esferas governamentais na prestação de serviços e na gestão do sistema de saúde, adotou novos critérios de transferência de recursos financeiros destinados à saúde, criou e ampliou instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2011).

A partir da década de 1990, o MS elaborou sucessivas normas operacionais, por meio de informações extraídas de publicação da Associação Paulista de Medicina, com o intuito de reorganizar as práticas e ações de saúde em todos os níveis do sistema. Essas normas operacionais incentivavam a descentralização das ações de saúde, como vigilância epidemiológica e sanitária e a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) (TEIXEIRA; COSTA, 2003; ARCHANJO; ARCHANJO; SILVA, 2007).

2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1991, a Fundação Nacional de Saúde (FNS) implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), inicialmente nas regiões norte e nordeste

do Brasil, em áreas rurais e periurbanas, para atender às demandas de combate e controle da epidemia do cólera e das demais formas de diarreia com foco na reidratação oral e na orientação à vacinação. O PACS trata-se de uma equipe constituída de 30 agentes comunitários de saúde (ACS) com um enfermeiro instrutor, supervisor (BRASIL, 2001).

Diante da precária cobertura médico sanitária naquelas regiões, os ACS foram sendo capacitados para outras atribuições, como cadastramento da população, diagnóstico comunitário, identificação de áreas de risco e promoção das ações de proteção à saúde da criança e saúde da mulher (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2011).

A partir de 1993, com o impacto positivo nos indicadores de saúde e a possibilidade de se chegar a uma forma descentralizada de operação da política de saúde, observada no funcionamento do programa do Nordeste, houve expansão do modelo PACS para outras regiões do país, com novos objetivos políticos do governo federal, dentre eles, priorizar as áreas periféricas das grandes cidades identificadas como regiões de pobreza (ARCHANJO; ARCHANJO; SILVA, 2007).

Segundo Heiman e Mendonça (2005), a avaliação contínua do PACS indicou a necessidade de maior articulação entre esse modelo e os serviços de saúde. Para estes autores, o PACS, integrado ao sistema municipal de saúde, poderia garantir maior efetividade em seu trabalho com as comunidades, facilitar a articulação com órgãos e instituições não setoriais, e ampliar o leque de intervenções, melhorando seu desempenho.

Em 1994, o MS propôs aos municípios brasileiros a adesão ao PSF, como proposta de reorientação do modelo assistencial, devido à necessidade de substituir o modelo de valorização da tecnologia hospitalar e médica, centrado na doença, por um novo modelo de reorganização e qualificação da atenção primária de saúde, visando especialmente à promoção da saúde (BRASIL, 2001; BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

O PSF expandiu-se ao longo da década de 1990 por todo o país sob indução do MS, por meio de incentivos financeiros do Piso de Atenção Básica (PAB) variável, que prevê pagamentos adicionais por equipe em funcionamento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2011).

Após a expansão do PSF, passou-se a uma discussão da qualidade desse programa e sua integração com a rede assistencial de serviços de saúde,

caracterizando-o como uma estratégia que possibilitaria a integração e promoveria a organização das atividades de saúde em território definido (GONÇALVES, 2009).

Segundo a Portaria 1.348, de 1999, o PSF passaria a “ter caráter substitutivo de práticas tradicionais exercidas nas Unidades de Saúde”. As unidades básicas de saúde (UBS) poderiam utilizar o espaço físico das unidades tradicionais e deveriam substituir as antigas práticas por uma lógica inovada de atendimento. Neste sentido, a equipe de saúde faria o atendimento relacionado aos tradicionais programas (hipertensão, diabetes, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), etc.) até o ponto que esses problemas pudessem ser atendidos na Atenção Básica e no momento em que a complexidade do quadro clínico dos pacientes tornasse necessário o acesso a especialistas ou procedimentos mais complexos, o paciente seria encaminhado à atenção secundária e terciária (COSTA et al., 2009).

O termo PSF passou a ser utilizado como Estratégia de Saúde da Família a partir de março de 2006 com a aprovação da Portaria 648, tendo em vista que sua implantação buscou estruturar o sistema público de saúde, não se constituindo como proposta temporária (BRASIL, 2006).

De acordo com Costa e outros (2009), as Unidades de Saúde da Família (USF) funcionam segundo algumas diretrizes operacionais e conceitos próprios:

- Adscrição da clientela: cada unidade é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada. Em uma UBS pode atuar uma ou mais equipes de profissionais.

- Cadastramento: as equipes deverão realizar o cadastramento das famílias por meio de visitas aos domicílios, de acordo com a área de adscrição preestabelecida.

- Integralidade e hierarquização: a USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, a atenção básica.

- Equipe multiprofissional: cada equipe é composta, no mínimo, de 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e de 4-5 ACS.

De acordo com Costa e outros (2009), as unidades básicas de saúde são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em suas localidades, oferecendo serviço de qualidade, reduzindo as internações sem necessidade, e promovendo melhora na qualidade de vida da população.

Para o Ministério da Saúde (2001), um dos pontos mais fortes do PSF é a busca ativa, pois, por meio da visita domiciliar a equipe vê de perto a realidade de

cada família, toma providências para evitar as doenças, atua para curar os casos em que a doença já existe e dá orientação para garantir uma vida melhor, com saúde.

A ESF tem contribuído de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no país. Todavia, não é possível afirmar o quanto a implementação da estratégia tem implicado efetiva reestruturação do modelo assistencial (SILVA; CALDEIRA, 2010), já que os profissionais mantêm a mesma lógica da assistência centrada na consulta médica e desenvolvem lentamente os atributos da atenção primária (COSTA et al., 2009).

2.1.1 Equipe Saúde da Família e o Trabalho do Enfermeiro e do Técnico em Enfermagem

A equipe de SF deve ser multiprofissional, e é responsável por uma área onde residam entre 600 a 1000 famílias. O MS propõe que a proporção de equipes de SF seja de uma equipe para 3.000 ou no máximo 4.500 habitantes, sendo o ideal 2.000 habitantes (BRASIL, 2006).

A equipe básica ou nuclear concebida na ESF é constituída por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis ACS e, dependendo do município, conta também com profissionais da equipe de saúde bucal, saúde mental e reabilitação (BRASIL, 2006).

Costa e outros (2009) referem que as equipes de Saúde da Família devem estar capacitadas para identificar a realidade epidemiológica e sociodemográfica das famílias; atender à demanda espontânea e programada; reconhecer os problemas de saúde prevalentes e os riscos a que a população está exposta; planejar o enfrentamento dos fatores desencadeantes do processo saúde-doença; utilizar o sistema de referência e contrarreferência, promover educação à saúde e melhorar o autocuidado dos indivíduos, e incentivar ações intersetoriais para enfrentar problemas.

Segundo Costa e outros (2009), para atuar no PSF, os profissionais de enfermagem preparam-se por meio de cursos de especialização ou residência em enfermagem, e, devido ao número insuficiente destes trabalhadores especializados, muitos profissionais da enfermagem cursam pós-graduação, já inseridos no mercado de trabalho.

Com o a evolução da profissão da enfermagem, o enfermeiro começa a assumir papéis não só na assistência, mas na liderança e na pesquisa, alterando dimensão do seu processo de trabalho (SILVA et al., 2006).

De acordo com informações contidas no Guia Prático do PSF do MS (2001), o enfermeiro da SF deve possuir características, como: liderança, gosto pelo trabalho em equipe, facilidade em trabalhar com planejamento e programação em saúde, empatia, capacidade de organizar grupos e reuniões comunitárias, interesse pelos aspectos psicológicos e sociais do processo saúde-doença e qualificação profissional adequada às práticas de saúde pública.

Nesse contexto, a Portaria nº 648/2006, do MS, orienta a respeito das atribuições dos profissionais que compõem a ESF. Entre eles, o enfermeiro se destaca por executar atividades de assistência, educação/formação, coordenação dos trabalhos dos ACS, equipe de enfermagem e, quase sempre, gerenciamento dos serviços. Os enfermeiros acompanham e promovem a capacitação dos agentes e auxiliares, são corresponsáveis pela administração da unidade, além de atuarem na assistência com ênfase na promoção da saúde (COSTA et al., 2009).

As atribuições gerenciais desenvolvidas pelo enfermeiro exigem conhecimentos e competências que o habilitam para participar dos processos decisórios e para assumir papel relevante no direcionamento das políticas de recursos humanos dentro das instituições de saúde (SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011)

O enfermeiro desenvolve esse processo de trabalho em dois campos essenciais: na unidade de saúde, junto à equipe de profissionais, e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos ACS, bem como assistindo as pessoas que necessitam de atenção de enfermagem (BRASIL, 2001).

Segundo o MS (2001, p. 71), as atribuições básicas deste profissional na ESF são:

- executar, no nível de suas competências, ações de assistência básica e vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso.
- desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde.
- oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária;

- promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável.
- discutir de forma permanente, junto à equipe de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam.
- participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família.

Um estudo recente realizado pela Universidade de São Paulo (USP), em Ribeirão Preto, que objetivou identificar e analisar os atributos mobilizados nas situações de trabalho e caracterizar os desempenhos dos enfermeiros na área da competência gerencial na Saúde da Família, mostrou que o trabalho dos enfermeiros na SF pode estar em processo de transição, e, portanto, inserido no contexto de busca de reorganização da assistência a partir da atenção básica (KAWATA et al., 2011).

Os técnicos de enfermagem têm como funções, no nível de sua competência legal: realizar procedimento de enfermagem dentro das USF e em domicílio; preparar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames e tratamentos na USF; junto aos ACS, atuar na identificação das famílias de risco; auxiliar os ACS nas visitas domiciliares; zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamento e de dependências da USF, realizar busca ativa de casos, como tuberculose, hanseníase e demais doenças de cunho epidemiológico; executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária (BRASIL, 2001).

Os resultados das atividades realizadas pela equipe de Saúde da Família são avaliados periodicamente pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), que permite o acompanhamento contínuo e a avaliação das atividades desenvolvidas na ESF (BRASIL, 1998).

3 CONTEXTO DE TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM

A incessante busca pela realização de diferentes atividades provoca no ser humano um aumento de todos os tipos de cargas relacionadas com o trabalho, levando ao aparecimento de doenças, que podem ser de ordem física, psíquica ou emocional (RIBEIRO; MARTINS; ROBAZZI, 2012).

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o trabalho deve ser produtivo, remunerado, exercido em condições de liberdade, segurança e equidade, sem discriminação e capaz de garantir uma vida digna ao trabalhador (OIT, 1990).

A Lei Federal 8.080, de setembro de 1990, dispõe sobre as condições de saúde e funcionamento dos serviços, abordando a Saúde do Trabalhador e suas competências, destacando as atividades que se destinam, por meio de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção da saúde dos trabalhadores, bem como às medidas de recuperação e reabilitação dos indivíduos que estão expostos às cargas e agravos provenientes das condições do labor.

A partir do ano de 2003 houve crescimento do número de publicações sobre as doenças ocupacionais, o que pode estar relacionado à aprovação da lei supracitada a qual preconiza o cuidado com a saúde do trabalhador, tornando os problemas mais evidentes nos ambientes laborais, e, levando os trabalhadores e as instituições a buscarem melhorias nas condições de trabalho (RIBEIRO; MARTINS; ROBAZZI, 2012).

Segundo dados da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN, 2006), as condições de trabalho marcam o corpo do trabalhador. O envelhecimento precoce e a perda da capacidade resultante de acidentes e de doenças profissionais são algumas marcas no corpo físico. O alcoolismo e o uso indiscriminado de fármacos afetam o psíquico.

Na atenção básica à saúde da população, tem sido possível perceber várias situações de desgaste e insatisfação quanto ao trabalho por parte dos trabalhadores de diferentes categorias profissionais, dentre eles, a da Enfermagem, que aponta para a pouca atenção as suas próprias condições de saúde (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

O trabalho em equipe é elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os membros da equipe de SF e destes com a população. Os enfermeiros e demais profissionais de saúde assumem responsabilidade pelos respectivos territórios, em uma clara estratégia de formação de vínculo com a comunidade (BRASIL, 2004).

O cuidar é o instrumento de trabalho desses profissionais, mas muitas vezes também representa a causa de danos a sua saúde, pois o trabalho em saúde exige dos profissionais desta área uma rotina carregada de grande tensão (MATSUDA et al., 2007), capacidade de reflexão, de análise crítica e constante busca de atualização de seus conhecimentos técnico-científicos (BECKER; OLIVEIRA, 2008).

Em geral, os profissionais de enfermagem possuem longas jornadas de trabalho, as quais podem provocar, nestes trabalhadores, exaustão, fadiga, e afetar a sua qualidade do sono (ROCHA; MARTINO, 2010; SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011; MARTINO, 2009). Além disso, Silva, Rotenberg e Fischer (2011) ressaltam que, em função da predominância feminina nesta classe trabalhadora, à jornada profissional se adiciona o trabalho doméstico, compondo a chamada jornada total ou carga total de trabalho.

Estudos enfatizam que as condições de trabalho vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem como: prolongadas jornadas de trabalho; ritmo acelerado, excesso de tarefas; automações por realização de ações repetitivas e salários baixos estimulam problemas de saúde, provocam prejuízos pessoais, sociais e econômicos a esses profissionais (BARBOZA; SOLER, 2003; SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011).

Segundo Beck et al., (2010), as diversas situações vivenciadas pelos profissionais de enfermagem ao cuidarem de pacientes os levam à exposição a riscos de ordem física e psíquica. Estas situações de risco têm uma representatividade diferente para cada profissional, com um mecanismo de defesa também individual; o que pode influenciar a qualidade de vida e o trabalho.

Os resultados obtidos em uma pesquisa realizada no Hospital Universitário de São Paulo (HU-USP) com profissionais de enfermagem mostraram que as taxas de absenteísmo da equipe de enfermagem apresentam-se elevadas (80,3%), em decorrência, principalmente, das licenças médicas (SANCINETTI et al., 2011).

Segundo Becker e Oliveira (2008), o absenteísmo pode estar diretamente relacionado às condições de trabalho, cuja falta de espaços para reflexão sobre

essa produção e interação no cuidado produz insatisfação na qualidade, produtividade laboral e na vida pessoal do trabalhador de enfermagem.

Para Siqueira (2008), a satisfação no trabalho é um componente da motivação que leva trabalhadores a apresentarem indicadores de comportamentos de trabalho importantes para os interesses empresariais, tais como aumento do desempenho e da produtividade, permanência na empresa e redução de faltas ao trabalho.

É importante dar ao enfermeiro condições básicas na melhoria do ambiente operacional, a fim de proporcionar melhora na qualidade de vida, influenciando a qualidade, produtividade e o crescimento organizacional (FERNANDES, 2009).

4 QUALIDADE DE VIDA

Embora a expressão qualidade de vida (QV) esteja sendo utilizada por vários estudiosos de diversas áreas do saber na atualidade, o termo ainda não possui um consenso a respeito do seu conceito.

A Organização Mundial de Saúde reuniu um grupo de profissionais de diferentes culturas, os quais apontaram três aspectos fundamentais para a formação do constructo QV: (1) subjetividade; (2) multidimensionalidade (3) presença de dimensões positivas (p.ex. mobilidade) e negativas (p.ex. dor). E, a partir desses elementos, definiu QV como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1998). Este foi o conceito adotado no presente estudo.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), qualidade de vida é um conceito que abrange vários significados, que refletem experiências, conhecimentos e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes.

Já, para Ferrans (1990), QV é o “sentimento de bem estar de uma pessoa quanto à satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ela”.

Segundo Rocha (2008), QV não é o mesmo que hábitos. Para ele, a mudança de comportamento ou de estilo de vida surge como uma importante estratégia para a consecução da qualidade de vida.

Na área da saúde, o tema encontra significados diversos, nos quais os limites não são bem definidos, apresentando várias intersecções. Alguns enfatizam uma visão biológica e funcional, como condição de saúde, estado funcional e incapacidade/deficiência. Outros valorizam a visão social e psicológica, como bem-estar, satisfação e felicidade, e, outros ainda, a econômica (FLECK, 2008).

Assim, a expressão Qualidade de Vida engloba de maneira ampla a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente de uma pessoa.

A qualidade de vida pode ser influenciada por fatores como as condições de trabalho, satisfação no trabalho, salário, relações familiares, disposição, estado de saúde, longevidade, lazer, prazer, hereditariedade, estilo de vida e até espiritualidade (FISCHER et al., 2000).

Dentre as influências do trabalho na QV das pessoas, destaca-se a maneira pela qual um profissional percebe e atribui um significado para o trabalho. Para Regis e Porto (2011), as expectativas, os desejos e as necessidades emergem nos integrantes da equipe de enfermagem, contribuindo para a criação, inter-relação e desenvolvimento do ambiente de trabalho.

Fischer e outros (2000) afirmam que os profissionais da área de saúde não encontram condições favoráveis à sua saúde, uma vez que são afetados por problemas como distúrbios do ritmo biológico, dificuldades para conciliar o trabalho com a vida doméstica, má postura e sobrecarga musculoesquelética, exacerbação de sintomas pré-existentes e alta demanda mental e psíquica.

Um estudo sobre a QV e o Índice de Depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem evidenciou que os problemas de saúde interferem negativamente em todos os domínios da QV e se relacionam com a atividade laboral, o que pode diminuir a qualidade da assistência e aumentar a necessidade de cuidado à própria saúde (RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010).

Em outro estudo, realizado com enfermeiros da ESF da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, as autoras apontaram que determinados condicionantes das variáveis profissionais, como o número e tipo de vínculo empregatício, carga horária de trabalho e satisfação com o trabalho, trazem prejuízos à QV desses profissionais (FERNANDES et al., 2012).

Dessa maneira, a equipe de enfermagem pode ter sua QV alterada devido ao comprometimento da integridade físico-emocional, perda da autoestima ou processo de trabalho insatisfatório, o que pode afetar diretamente a qualidade do serviço prestado aos usuários. A alteração na QV pode repercutir tanto no processo de trabalho quanto no desempenho da equipe.

Pode-se compreender que estudos que identifiquem as condições do trabalho e a qualidade de vida destes profissionais de enfermagem são importantes não só do ponto de vista do trabalhador, mas do serviço público de saúde e da sociedade em geral.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a relação entre o contexto de trabalho e qualidade de vida dos Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem da Estratégia Saúde da Família de Uberaba-MG.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os profissionais que compõem a equipe de enfermagem da ESF de Uberaba-MG, de acordo com os aspectos sociodemográficos, econômicos e de trabalho.
- Identificar o contexto de trabalho destes profissionais.
- Mensurar a qualidade de vida da população em estudo.
- Verificar a influência dos aspectos sociodemográficos, econômicos e profissionais, e do contexto de trabalho na qualidade de vida desses profissionais.

6 MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho foi formatado segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), NBR 14724 e NBR 6023 (ABNT, 2011; ABNT, 2002).

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo seccional com abordagem quantitativa.

Estudos de corte transversal, também conhecidos como seccionais ou de prevalência, são utilizados quando se tem intenção de avaliar fatores e desfecho em nível individual. O nome desse tipo de estudo decorre do fato de se fazer um corte no tempo, um retrato da situação da população em relação à exposição ao fator ocorrência de um agravo, medida por sua prevalência. Portanto, este estudo se desenvolve em curto espaço de tempo, podendo envolver grandes amostras da população. Estes estudos permitem indicar associação ou correlação entre fator e agravo e são úteis na avaliação de hipóteses (ROCHA, 2008).

A correlação e a regressão são utilizadas quando há o interesse em analisar uma distribuição conjunta de duas variáveis quantitativas. O cálculo do sentido da correlação entre as duas variáveis é dado pela covariância, que mede uma espécie de variância conjunta (ROCHA, 2008).

6.2 LOCAL DO ESTUDO

A Coleta de dados foi realizada nas unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Uberaba (MG).

Segundo o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população uberabense, em 2010, totalizou 295.988 habitantes.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização, o município de Uberaba está localizado na macrorregião Triângulo do Sul. Esta macrorregião é composta por 27 municípios e é dividida em 3 microrregiões: Araxá, Frutal/ Iturama e Uberaba, que é sede de micro e macrorregiões (Prefeitura Municipal de Uberaba, 2011).

Atualmente, o município de Uberaba dispõe de 50 Equipes de Saúde da Família, que atendem 55% da população. Destas equipes, 46 são da zona urbana e 4 da zona rural. Estão alocadas em 26 unidades de saúde, 18 são Unidades de

Saúde da Família (USF) e 8 são Unidades Matriciais de Saúde (UMS), (Prefeitura Municipal de Uberaba, 2011).

As USF são a porta de entrada para o sistema de saúde de Uberaba. Estão distribuídas em diversos pontos da cidade e são equipadas para realizarem atendimentos básicos e de menor complexidade. Os atendimentos são feitos tanto na sede da USF, como em domicílio (Prefeitura Municipal de Uberaba, 2012).

As UMS fazem atendimentos de especialidades básicas (ginecologia, pediatria e clínica geral) e agendamentos de consultas e exames específicos. São unidades de apoio para as USF (Prefeitura Municipal de Uberaba, 2012).

O quadro abaixo apresenta a distribuição das ESF nas Unidades de Saúde, Uberaba (2012):

Quadro 1 – Distribuição das Equipes de Saúde da Família segundo alocação nas Unidades de Saúde em Uberaba- MG. Uberaba, 2012.

Unidades de Saúde	Equipe Saúde da Família
UMS Álvaro Guarita	ESF Parque das Gameleiras ESF Valim de Melo ESF Chica Ferreira
UMS Amad Ali	ESF Elza Amói ESF Antônia Cândida ESF Cidade Nova
UMS Ézio de Martino	ESF Boa Vista ESF Jardim Indianópolis
UMS George Chiree	ESF Alfredo Freire I ESF Alfredo Freire II
UMS João Resende	ESF Tutunas ESF Jardim Uberaba
UMS Luiz Meneguello	ESF Volta Grande ESF Planalto
UMS Maria Tereza	ESF Bairro de Lourdes ESF Maringá ESF Jardim Manhattan
UMS Antonina G. Coelho	ESF Santa Terezinha ESF Espírito Santo ESF Fabrício
USF Rosa Maria	ESF Costa Telles I ESF Costa Telles II ESF Gameleiras I
USF Julieta Andrade	ESF Recreio Bandeirantes
USF Virilânea Augusta de Lima	ESF Maracanã
USF Abadia	ESF Leblon I ESF Parque São Geraldo ESF Abadia II
USF Complexo Centro Diagnóstico	ESF São Vicente ESF Nossa Senhora Aparecida ESF Abadia Olhos D'água
USF Residencial 2000	ESF Residencial 2000 I ESF Residencial 2000 II
USF Parque das Américas	ESF Parque das Américas I ESF Parque das Américas II
USF Dr. Romes Cecílio	ESF Morumbi ESF Pacaembu
USF Beija Flor	ESF Beija Flor
USF Inimá Baroni	ESF Jardim Triângulo
USF Norberto Oliveira Ferreira	ESF Morada do Sol ESF Vila Arquelau
USF Maria de Oliveira (Tia Lola)	ESF Jardim Primavera ESF Uberaba I
USF Jacob José Pinto	ESF Cássio Resende ESF Amoroso Costa
USF São Cristóvão	ESF São Cristóvão
USF Fausto Cunha	ESF Borgico/Calcário
USF Francisco José da S. Sabiá Dona Nana/ São Basílio	ESF Ponte Alta/Peirópolis
USF José Pedro de Oliveira	ESF Capelinha/Baixa
USF Palmira Conceição	ESF Santa Rosa

Fonte: Prefeitura Municipal de Uberaba (2012).

De acordo com Costa et al. (2009), cada Equipe de Saúde da Família é responsável por uma área onde residam entre 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes.

O Ministério da Saúde (2001) sugere que as Equipes de Saúde da Família sejam compostas, minimamente, por um médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A Equipe de Saúde bucal por um dentista e um assistente de consultório dentário.

As equipes básicas de saúde da família do município de Uberaba estão compostas por um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um médico, um dentista, um assistente de consultório dentário, e de cinco a seis agentes comunitários de saúde, com exceção das ESF da Zona Rural, que possuem 02 técnicos de enfermagem cada uma.

Essas equipes trabalham em horário integral (40 horas semanais), dividido em atividades nas unidades e em campo/domicílio.

6.3 POPULAÇÃO

Enfermeiros e técnicos de enfermagem, das equipes Saúde da Família de Uberaba (MG).

6.3.1 Critérios de Inclusão

Compor o quadro de profissionais das Equipes de Saúde da Família, nas Estratégias Saúde da Família de Uberaba- MG em 2012.

6.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os profissionais que durante a coleta dos dados se encontravam de licença e aqueles que não foram encontrados na Unidade de Saúde após 03 (três) tentativas de busca.

6.3.3 Tamanho da Amostra

A população total constituía-se de 46 enfermeiros, e 52 Técnicos de Enfermagem.

As ESF Morada do Sol, Peirópolis e Residencial 2000 II estavam sem enfermeiro, e as ESF Maracanã e Volta Grande se encontravam sem técnico de enfermagem no período de coleta dos dados.

Foram excluídos do estudo 6 sujeitos, sendo: uma enfermeira (ESF Volta Grande) e uma técnica em enfermagem (ESF Morada do Sol), que estavam de licença maternidade; e, 4 técnicas de enfermagem (ESF Costa Teles I, Gameleiras I, Parque das Américas II e Planalto), que não foram encontradas nas Unidades após três tentativas de busca.

O presente estudo foi realizado com toda a população, a qual se constituiu de 45 enfermeiros e 47 técnicos de enfermagem, totalizando em 92 sujeitos.

6.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

6.4.1 Formulário sociodemográfico, econômico e de trabalho – APÊNDICE II

O questionário para caracterização do perfil do profissional de enfermagem foi formulado pelos próprios pesquisadores, considerando-se as características da população e do campo de estudo, os dados sociodemográficos, econômicos, e de trabalho. O instrumento abordou as seguintes variáveis: sexo; idade; escolaridade; estado civil; cor; religião; número de membros da família, número de dependentes, renda mensal, renda mensal familiar; meio de informação mais usado, forma de residência, condição educacional, número de vínculo empregatício; tempo de atuação na profissão, turno de trabalho, número de afastamento do trabalho, absenteísmo, número de acidentes de trabalho, presença de doenças ocupacionais.

6.4.2 Escala de Avaliação das Condições, Organização e Relações Sociais no Trabalho (ECORT)- ANEXO E

A escala de avaliação do contexto de trabalho é fundamentada na abordagem da ergonomia da Atividade e da Psicodinâmica. Tem por objetivo captar as representações que os indivíduos têm de seu contexto de trabalho com base em três dimensões analíticas interdependentes:

(a) condições do trabalho; (b) organização do trabalho; e (c) as relações sociais de trabalho. Parte-se do pressuposto de que as representações dos indivíduos sobre o contexto de trabalho são influenciadas, fundamentalmente, pelas três dimensões mencionadas. Tais dimensões, por sua vez, são compostas por diversos aspectos interdependentes (ALBUQUERQUE, 2004).

A Escala possui 37 itens, os quais o participante devia classificar de acordo com a forma que ele avalia seu ambiente de trabalho. A classificação podia variar de 1 (nunca) a 5 (sempre).

A dimensão de organização do trabalho aborda as questões de 1 a 13, as questões de 14 a 29 constituem a dimensão de condições de trabalho, e a dimensão de relações socioprofissionais é formada pelos itens 30 a 37.

O cômputo do escore médio de cada uma das três dimensões é obtido separadamente, somando-se os valores indicados pelo respondente de cada item e dividindo-se esse valor pela quantidade de itens da dimensão.

Os escores médios individuais podiam variar de 1- 5 pontos, sendo que valores mais altos indicam pior contexto de trabalho.

6.4.3 World Health Organization Quality Of Life - WHOQOL-BREF – ANEXO D

O instrumento de avaliação de qualidade de vida utilizado foi o WHOQOL-bref, versão abreviada do WHOQOL- 100, desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o World Health Organization Quality Of Life.

É composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original.

A versão em português do instrumento WHOQOL- bref foi validada no Brasil por Fleck, em 2000, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Revelou bom desempenho psicométrico e praticidade de uso. Essa versão apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste- reteste. Tanto a QVG quanto os domínios são medidos em direção positiva; assim, escores mais altos indicam melhor avaliação da qualidade de vida.

Quadro 2- Questões referentes a cada domínio do Instrumento de qualidade de vida, WHOQOL- bref (FLECK et al., 2000).

WHOQOL-BREF	
Domínios	Questões
Físico	Q3- Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa? Q4- O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? Q10- Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia? Q15- Quão bem você é capaz de se locomover? Q16- Quão satisfeito (a) você está com o seu sono? Q 17- Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? Q18- Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?
Psicológico	Q5- O quanto você aproveita a vida? Q6- Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? Q7- O quanto você consegue se concentrar? Q11- Você é capaz de aceitar sua aparência física? Q19- Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo? Q26- Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?
Ambiente	Q8- Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária? Q9- Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? Q12- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? Q13- Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? Q14- Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer? Q23- Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora? Q24- Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? Q25- Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?
Relações Sociais	Q20- Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? Q21- Quão satisfeito (a) você está com sua via sexual? Q22- Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

6.5 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora, no período de maio-agosto de 2012, após a aprovação do projeto pelo CEP da UFTM (ANEXO B) e autorização para realização do estudo nas ESF, pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (ANEXO A).

Inicialmente, foi feito contato, por telefone, com enfermeiros da ESF ou com o gerente da unidade, para agendamento de um encontro com os profissionais de enfermagem da ESF. O encontro, em geral, aconteceu no dia da educação continuada da equipe.

Ao chegar à Unidade, em sala reservada, foi feita uma breve apresentação do tema e objetivos da pesquisa à equipe de enfermagem e em seguida apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C). O termo foi assinado por todos que aceitaram participar da pesquisa. Não houve recusa de nenhum sujeito a participar do estudo.

Em seguida, foi entregue a cada profissional os instrumentos de coleta de dados, e prestados esclarecimentos sobre o preenchimento dos mesmos, os quais foram preenchidos na sequência: 1- Formulário de Aspectos sociodemográficos, econômicos e de trabalho (APÊNDICE II); 2- Escala de Avaliação das Condições, Organização e Relações Sociais no Trabalho- ECORT (ANEXO E) e 3- Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida - WHOQOL- bref (ANEXO D).

6.6 GERENCIAMENTO DOS DADOS

Primeiramente, foi elaborada uma planilha eletrônica para armazenagem e gerenciamento dos dados, empregando-se o programa Microsoft Excel®. Para conferência da consistência do banco de informações, foram realizadas duas digitações. Os dados da primeira e da segunda digitação foram comparados a fim de se identificar erro de digitação. Para validação dos dados, em caso de diferenças detectadas, a autora da pesquisa recorreu à entrevista original para correção. Os dados foram importados no programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0 para proceder à análise estatística.

6.6.1 Análise estatística

Para análise dos resultados, foram realizadas análises descritivas para todas as variáveis quantitativas (média, mediana, máxima, mínima e desvio padrão).

O cálculo para os escores por domínios da Qualidade de Vida foi feito seguindo a sua sintaxe computadorizada, sendo que os maiores escores correspondem à maior qualidade de vida.

Para verificar possíveis associações entre os aspectos sociodemográficos, econômicos e de trabalho, o contexto de trabalho e a qualidade de vida foram utilizados o coeficiente de Correlação de Pearson (r) para variáveis quantitativas (bivariadas), considerando a convenção de interpretação dos valores do coeficiente

adotada de que valores $0 \leq |r| < 0,3$ apontam correlação fraca, valores $0,3 \leq |r| < 0,5$ referem correlação moderada e valores $0,5 \leq |r| \leq 1,0$ indicam correlação forte entre as variáveis (COHEN, 1988). O coeficiente de correlação de Spearman foi usado para as variáveis qualitativas ordinais. Utilizou-se, ainda, a análise pelo Teste t de Student para amostras independentes, a fim de comparar variáveis quantitativas entre grupos definidos por variáveis categóricas e verificar se os resultados obtidos foram estatisticamente significativos ($p < 0,05$). No entanto, os valores de p deveriam ser interpretados na hipótese de que esta casuística constitui uma amostra aleatória simples de uma população com características similares. Quando os requisitos para aplicação do Teste t de Student não foram atendidos, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, como alternativa não paramétrica. Também foram realizadas duas regressões lineares múltiplas, tendo o domínio Psicológico e o domínio Meio Ambiente de QV como desfecho, e as variáveis preditoras: sexo, idade, categoria profissional, presença de doença ocupacional e o domínio condições de trabalho da ECORT. Esses domínios de QV foram escolhidos como desfecho por terem sido os domínios mais prejudicados ou com piores escores.

6.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi pautado nas determinações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, que trata da pesquisa com seres humanos, e contemplou o sigilo quanto à identificação dos sujeitos da pesquisa, garantido por meio de numeração dos instrumentos de coleta de dados e da utilização do TCLE; uma cópia foi entregue ao participante e a outra cópia do referido termo, de responsabilidade do pesquisador, foi arquivada para ser mantida por cinco anos após o término da pesquisa.

Para dar início à coleta de dados, uma cópia do projeto foi encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba- MG, juntamente com um memorando dirigido ao Secretário de Saúde, solicitando autorização para realizar a pesquisa nas Unidades de Saúde da Família (APÊNDICE I). Mediante esta solicitação, foi emitida, pela Secretaria de Saúde, uma carta autorizando a realização do estudo nas Unidades de ESF (APÊNDICEII).

Antes de iniciar a coleta de dados, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM e aprovado sob nº de protocolo: 2278 (APÊNDICE III).

Os sujeitos da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (APÊNDICE IV) para participarem do estudo.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DA ESF, UBERABA-MG

Este estudo foi realizado com os profissionais de enfermagem da ESF de Uberaba (MG), que estavam em exercício da profissão no período de maio a agosto de 2012. Foram selecionados, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, 92 sujeitos para participarem do estudo, o que representou 93,9% da população total.

A média de idade dos participantes foi de 38,5 anos, variando entre 25 e 72 anos. Predominaram os profissionais do sexo feminino (94,6%), da cor branca (64,1%), que se declararam sem companheiro (51,1%), possuíam uma religião (94,6%), residiam em casa própria (68,5%), moravam com familiares (62,0%), tinham renda individual de mais de 2.000,00 reais (54,3%) e possuíam pelo menos um dependente (61,9%).

Dentre os sujeitos da pesquisa, 45 (48, 9%) eram enfermeiros e 47 (51,1%) eram técnicos de enfermagem. Do total de participantes, 90,2% possuíam 5 anos ou mais de atuação na profissão, 68,5% possuíam apenas um vínculo empregatício e 65,2% trabalhavam apenas no turno diurno. A maioria desses profissionais (76,1%) declarou não ter faltado ao trabalho e não ter estado de licença no último ano, 69,6% afirmaram não terem sofrido nenhum acidente de trabalho no mesmo período, e 93,5% referiram não possuir doença ocupacional.

A predominância do sexo feminino verificada nesta pesquisa é encontrada também em outros estudos desenvolvidos com técnicos de enfermagem e enfermeiros, fortalecendo a justificativa de que a enfermagem, ainda nos dias atuais, permanece como profissão essencialmente feminina (QUEIROZ, 2008; RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010; FERNANDES et al., 2010; SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011). Na enfermagem, esta característica histórica parece estar ligada à própria essência da profissão: o cuidado, que sempre foi associado à figura feminina (SOUZA et al., 2005).

Os profissionais de enfermagem das equipes Saúde da Família de Uberaba apresentaram média de 38,5 anos, sendo que a maior porcentagem, 41,3 %, dos entrevistados estava na faixa etária entre 25 e 35 anos. A média de idade dos

enfermeiros foi menor (33,76 anos), que a média de idade dos técnicos de enfermagem (43,34 anos).

O escore médio da idade dos profissionais de enfermagem da ESF de Uberaba foi próximo, porém maior, ao encontrado em outros estudos envolvendo esta mesma população (SANCINETTI et al., 2011; RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010; CAMELO; ANGERAMI, 2008; BRASIL, 2000).

A informação acerca do estado conjugal apresentou valores próximos entre os indivíduos com companheiro (48,9%) e sem companheiro (51,1%), considerando que, no grupo com companheiro, estão contidos os casados e aqueles que vivem como casados e, no grupo sem companheiro, os solteiros, separados, divorciados e viúvos. Os dados referentes ao estado conjugal encontrados se diferem dos encontrados na pesquisa de Gonçalves e Pedrosa (2009).

O fato de ser casado ou viver maritalmente com alguém sugere que estes profissionais desempenhem jornada dupla ou tripla de trabalho, exigindo flexibilidade para equilibrar as jornadas longas de trabalho, turnos de trabalho com as relações familiares, o que pode interferir negativamente na vida social e familiar (QUEIROZ, 2008).

Dentre os participantes, (94,6%) afirmaram ter uma religião. De acordo com Saad e colaboradores (2001), pessoas religiosas se adaptam com mais sucesso ao estresse, são fisicamente mais saudáveis, têm estilos de vida mais salutar e requerem menos assistência de saúde.

A informação acerca dos anos de profissão mostra que a maior parte dos enfermeiros e técnicos de enfermagem (90,2 %) tinha 5 anos ou mais de profissão. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados com estes profissionais (SILVA et al., 2006; ROCHA, ZEITOUNE, 2007; COUTINHO, FRANKEN, 2009).

Em relação ao turno de trabalho, observou-se que 65,2% dos profissionais de enfermagem trabalhavam somente no turno diurno. Há, no entanto, 33,7% que apresentaram turno de trabalho diurno e noturno, indicando jornada dupla ou tripla de trabalho. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados com estes profissionais de saúde (QUEIROZ, 2008; SPILLER; DYNIEWICZ; SLOMP, 2008).

De acordo com Clancy (1995), o trabalho em turnos apresenta para o trabalhador mudanças no padrão de sono, o que acarreta alterações da vida

doméstica e social. Em razão das noites de trabalho, as longas jornadas trazem mudanças físico- hormonais que o mantém em desajuste com o ritmo biológico e com perturbações do ciclo sono/ vigília, o que propicia o estresse e mudanças comportamentais, como fumar, beber, tomar mais café, podendo culminar em doenças e agravos à saúde. A associação entre o trabalho noturno, a longa jornada total de trabalho e a redução do tempo de sono também foi citada por Silva, Rotenberg e Fischer (2011).

Quanto ao número de vínculos empregatícios, notou-se que 68,5% dos entrevistados possuíam vínculo trabalhista apenas com a ESF. Esses dados estão em conformidade com os encontrados em outras pesquisas (GONÇALVES; PEDROSA, 2009; BRASIL, 2000). Isso pode estar relacionado ao fato de a carga horária realizada na ESF ser de 40 horas semanais, sendo 8 horas/dia, o que dificulta a realização de atividades extras; acrescenta-se ainda, o fato de que a maioria dos sujeitos da pesquisa eram mulheres, as quais ainda conciliam o trabalho com as atividades domésticas (SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011; ELIAS; NAVARRO, 2006).

Por outro lado, obteve-se um número considerável de profissionais de enfermagem com dois ou mais vínculos empregatícios (31,0%), semelhante a um estudo realizado pelo Ministério da Saúde, sobre o perfil de médicos e enfermeiros da ESF no Brasil (BRASIL, 2000). A motivação para a busca de outros empregos pode estar relacionada à necessidade financeira e à baixa remuneração dos profissionais de enfermagem (SILVA et al., 2006; ROCHA; ZEITOUNE, 2007; ARAÚJO; VERAS, 2009).

Em virtude da sobrecarga de trabalho, os profissionais não encontram tempo para descansar, organizar, aprender, refletir, estar com a família, o que a muitos profissionais de enfermagem, causa desgaste físico e emocional (ROTERMBERG; FISCHER; LANDSBERGIS, 2008; SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011).

Com relação ao número de acidentes de trabalho 69, 4% referiram não ter sofrido nenhum acidente de trabalho, 30,6% confirmaram ter tido ao menos um acidente ocupacional no último ano. Apenas 6,5% dos profissionais de enfermagem da ESF de Uberaba possuem doença ocupacional.

Em um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem, constatou-se que, 92,0% dos acidentes são gerados por más condições de trabalho, cargas no

desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem, desconhecimento de medidas preventivas, entre outras (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007).

Os profissionais que atuam em estabelecimentos de assistência a saúde podem sofrer Acidentes de Trabalho ou adquirir doenças ocupacionais, por estarem em contato com variados agentes propiciadores de riscos ocupacionais (ROBAZZI; BARROS JÚNIOR, 2005).

De acordo com Oliveira, Alves e Miranda (2009), o ambiente hospitalar destaca-se quanto à presença de características que propiciam acidentes de trabalho aos profissionais de enfermagem, o que pode justificar o percentual reduzido no presente estudo, o qual foi realizado em unidades de SF.

A seguir, as tabelas 1 e 2 apresentam as principais características sociodemográficas, econômicas e profissionais dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que participaram da pesquisa.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual de Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem, segundo variáveis sociodemográficas e econômicas. Uberaba, 2012.

Variáveis sociodemográficas e econômicas N= 92	N	%
Sexo		
Masculino	5	5,4
Feminino	87	94,6
Cor		
Branco	59	64,1
Pardo	18	19,6
Negro	10	10,9
Amarelo	03	3,3
Outros	02	2,2
Tem companheiro (a)		
Sim	45	48,9
Não	47	51,1
Possui Religião		
Sim	87	94,6
Não	05	5,4
Condição Educacional		
Segundo grau completo	40	43,5
Terceiro grau incompleto	02	2,2
Terceiro grau completo	05	5,4
Especialização	44	47,8
Mestrado	01	1,1
Rendimento mensal individual (valor bruto em reais)		
700 a 859	14	15,2
860 a 999	06	6,5
1000 a 1159	13	14,1
1160 a 1999	09	9,8
2000 ou mais	50	54,4
Rendimento mensal familiar (valor bruto em reais)		
700 a 999	06	6,5
1000 a 1499	12	13,0
1500 a 1999	07	7,6
2000 a 2999	19	20,7
3000 ou mais	44	47,8
Não responderam	04	4,4
Forma de residência		
Própria	63	68,5
Alugada	25	27,2
Outros (cedida, emprestada)	04	4,3
TOTAL	92	100,0

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem, segundo os aspectos profissionais. Uberaba, 2012.

Variáveis profissionais N= 92	N	%
Profissão		
Enfermeiro (a)	45	48,9
Técnico (a) de Enfermagem	47	51,1
Anos de Profissão		
Nenhum	1	1,1
Um a dois	03	3,3
Três a quatro	05	5,4
Cinco ou mais	83	90,2
Número de vínculo empregatício		
Um	63	68,5
Dois	25	27,2
Três	03	3,2
Quatro ou mais	01	1,1
Turno de trabalho		
Diurno	60	65,2
Diurno e noturno	31	33,7
Não responderam	01	1,1
Número de faltas no trabalho (último ano)		
Nenhuma	70	76,1
Uma	12	13,0
Duas	03	3,3
Três ou mais	07	7,6
Número de licenças (último ano)		
Nenhuma	70	76,1
Uma	19	20,6
Duas	02	2,2
Três ou mais	01	1,1
Número de acidentes de trabalho		
Nenhum	64	69,6
Um	20	21,7
Dois	06	6,5
Três ou mais	02	2,2
Possui doença ocupacional		
Sim	06	6,5
Não	86	93,5

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

7.2 AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO

Quanto ao contexto de trabalho buscou-se analisar as dimensões do trabalho dos profissionais de enfermagem da ESF de Uberaba (MG), por meio da aplicação da Escala de Avaliação das Condições, Organização e Relações Sociais no Trabalho- ECORT.

De acordo com Mendes e Ferreira (2008), o fator Organização do Trabalho se refere à divisão do trabalho, normas, tempo e controle exigidos para o desempenho das tarefas. O fator de Condições de Trabalho envolve itens que avaliam o apoio institucional recebido para a realização do trabalho em termos de ambiente físico, equipamento, material e gestão voltados para o desempenho e desenvolvimento profissional. Já o fator Relações Sociais de Trabalho é verificado por itens relacionados à comunicação e sociabilidade no trabalho, interação profissional com colegas, chefias e usuários do serviço.

Os resultados da avaliação do contexto de trabalho estão expostos na tabela 3, por meio dos escores mínimos, máximos, médios e respectivos desvios- padrão de cada domínio da ECORT.

Tabela 3– Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna para os domínios da Escala de Avaliação das Condições, Organização e Relações de Trabalho – ECORT, aplicada à Equipe de Enfermagem da ESF de Uberaba, 2012.

Domínios N= 3	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão	Coefficiente α de Cronbach
Organização do Trabalho	2,879	2,885	1,92	4,00	0,485	0,65
Condições de Trabalho	3,165	3,187	1,13	4,75	0,676	0,89
Relações Socioprofissio nais	2,871	2,750	1,00	4,63	0,709	0,79

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

Foi possível observar que o profissional de enfermagem que obteve menor escore nos domínios da ECORT atingiu 1,00 ponto e o que obteve maior escore obteve 4,75 pontos, na qual quanto maior o valor, maior o impacto negativo dos itens que compõem os domínios do contexto de trabalho. O domínio que apresentou maior escore médio foi o de Condições de Trabalho (3,16); já o que apresentou o

menor escore médio foi o de Relações Socioprofissionais com valor de 2,87. Considerando a média dos escores dos domínios, a variação obtida foi de 2,75 a 3,19 pontos.

A consistência interna da ECORT para os domínios foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade α de Cronbach.

O coeficiente α de Cronbach mostra valores altos, maiores de 0,65, atestando a boa consistência interna do instrumento na população deste estudo.

Observou-se que o domínio da ECORT que obteve a maior média foi Condições de trabalho, caracterizado pela infraestrutura existente e pelas práticas administrativas usuais (ambiente físico, instrumentos, equipamentos, suporte organizacional e política de pessoal).

Para uma compreensão mais detalhada dos resultados, procedemos a uma análise descritiva dos escores médios encontrados em cada item que compõem os domínios da ECORT (organização do trabalho, condições de trabalho e relações sociais no trabalho) descrevendo as médias mais críticas e as menos críticas (tabelas 4, 5 e 6).

Tabela 4: Médias, Medianas e Desvios- Padrão dos itens referentes ao fator Organização do Trabalho da ECORT aplicada à Equipe de Enfermagem da ESF de Uberaba-MG, 2012.

Itens	Média	Mediana	Desvio Padrão
E1- O ritmo de trabalho é excessivo	2,59	2,00	1,159
E2- Os resultados esperados estão fora da realidade	2,66	3,00	0,941
E3- A distribuição das tarefas é injusta	2,83	3,00	1,065
E4- As tarefas são cumpridas sob forte pressão temporal	2,86	3,00	1,219
E5- A cobrança por resultados é fortemente presente	3,73	4,00	1,100
E6- Os funcionários são excluídos das decisões	2,70	3,00	1,146
E7- As normas prescritas dificultam a realização das tarefas	2,77	3,00	1,168
E8- As tarefas não estão claramente definidas	2,42	2,00	1,071
E9- As tarefas são fortemente repetitivas	2,27	2,00	1,028
E10- Meu desempenho é muito fiscalizado	3,29	3,00	1,314
E11- A autonomia é inexistente no meu trabalho	2,46	2,00	1,063
E12- No meu trabalho é nítida a separação entre quem planeja e quem executa.	3,46	3,00	1,083
E13- As normas para execução das tarefas são rígidas	3,39	3,00	0,983

Fonte: Dados coletados pela autora. Uberaba, 2012.

No que diz respeito ao fator de Organização do Trabalho, os itens 5, 12 e 13 apresentaram escores mais altos: 3,73; 3,46; 3,39 pontos respectivamente. Já as médias mais baixas obtidas foram dos itens 9 (2,27 pontos), 8 (2,42 pontos) e 11 (2,46 pontos).

Pôde-se observar que, para os profissionais de enfermagem da ESF de Uberaba, os itens que impactam mais negativamente para o domínio de Organização do Trabalho se referem à cobrança por resultados, à existência da separação entre quem planeja e quem executa as atividades, e à rigidez das normas relativas às tarefas.

De acordo com Noriega e outros (2000), as consequências da organização do trabalho e sua relação com saúde e bem-estar do trabalhador são evidentes. Em

um estudo feito com profissionais de enfermagem na Bahia, por Araújo e outros, (2003), foi identificada a associação entre níveis altos de demanda psicológica no trabalho e prevalências de transtornos mentais comuns.

Já a ausência de participação dos funcionários nos processos decisórios da instituição também foi identificada em um estudo, qualitativo, realizado com profissionais de enfermagem de um hospital público do Rio de Janeiro (Regis e Porto, 2011).

Tabela 5: Médias, Medianas e Desvios-Padrão dos itens referentes ao fator Condições de Trabalho da Escala de Contexto de Trabalho aplicada à Equipe de Enfermagem da ESF de Uberaba-MG, 2012.

Itens	Média	Mediana	Desvio Padrão
E14- Falta apoio institucional para realizar as tarefas	2,88	3,00	1,147
E15- De forma geral, as minhas condições de trabalho são precárias	3,29	3,00	1,054
E16- O ambiente físico é desconfortável	3,07	3,00	1,193
E17- Há muito barulho no ambiente de trabalho	3,96	4,00	0,876
E18- O número de pessoas é insuficiente para realização das tarefas	3,33	3,00	1,168
E19- Falta apoio dos gestores para o meu desenvolvimento profissional	2,59	3,00	1,197
E20- O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	2,93	3,00	1,156
E21- As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	2,61	3,00	0,925
E22- Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	3,11	3,00	0,943
E23- O posto de trabalho é inadequado para realização das tarefas	3,08	3,00	1,051
E24- Faltam treinamentos para realizar adequadamente as tarefas	2,72	3,00	1,122
E25- As condições de trabalho são inseguras	3,05	3,00	0,987
E26- Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários	3,04	3,00	0,913
E27- Falta política de progressão funcional	4,02	4,00	1,148
E28- O bem-estar dos funcionários não é uma prioridade	3,63	4,00	1,264
E29- O espaço físico para o trabalho é inadequado	3,34	3,00	1,207

Fonte: Dados coletados pela autora. Uberaba, 2012.

Com relação ao fator Condições de Trabalho, verificamos que os itens que mais impactaram negativamente este domínio, foram: o item 27, relacionado à falta de política de progressão funcional, com escore médio de 4,02 pontos; seguido do item 17 referente à presença de barulho no ambiente de trabalho, o qual apresentou média de 3,96 pontos; e por fim, o item 28, que afirma que o bem estar dos funcionários não é uma prioridade, com 3,63 pontos.

O item 19, que trata da falta de apoio dos gestores para o desenvolvimento profissional, o item 21, que afirma que as informações necessárias para o desenvolvimento do trabalho são de difícil acesso e o item 24, relacionado à falta de treinamentos para realizar adequadamente as tarefas, foram os que apresentaram médias mais baixas, de 2,58; 2,61 e 2,72 pontos, respectivamente.

Percebe-se que os profissionais de enfermagem consideram que o bem estar do funcionário não é visto como uma prioridade na ESF de Uberaba; dados semelhantes a estes também foram encontrados no estudo qualitativo realizado com profissionais de enfermagem em um ambiente hospitalar por Elias e Narraro (2006), no qual se observou um discurso generalizado de descontentamento, por a instituição de saúde onde trabalhavam não prover o cuidado a seus empregados, que cuidam da saúde de outros.

Outro item que atingiu uma média elevada (3,96 pontos) foi o item 17, relacionado à presença de muito barulho no ambiente de trabalho; esses dados estão em conformidade com um estudo realizado por Queiroz (2008), no qual o barulho foi o quinto risco ocupacional mais apontado por enfermeiros em oncologia do Rio de Janeiro.

Observa-se que a falta de treinamentos para realização das tarefas (item 24), foi um dos itens que recebeu uma das três médias mais baixas. Estes dados se diferem de um estudo qualitativo realizado com profissionais da ESF de Ribeirão Preto (SP), que revela a insatisfação dos profissionais de saúde quanto ao preparo oferecido pela instituição prestadora de serviços de saúde, que é caracterizado por alguns cursos, reuniões e/ou encontros nos quais não havia aprofundamento no modelo de assistência implantado (CAMELO; ANGERAMI, 2008). Na pesquisa de Regis e Porto (2011), os profissionais de enfermagem também evidenciaram a falta de treinamentos para a equipe como um problema que dificulta uma maior e melhor dedicação aos clientes.

Tabela 6: Médias, Medianas e Desvios Padrões dos itens referentes ao fator: Relações Sociais no Trabalho, da Escala de Contexto de Trabalho aplicado à Equipe de Enfermagem da ESF de Uberaba-MG, 2012.

Itens	Média	Mediana	Desvio Padrão
E30- Existem dificuldades na comunicação chefia-subordinado	2,49	2,00	1,191
E31- No ambiente de trabalho existe competição profissional	3,14	3,00	1,289
E32- Os usuários/clientes são mal-educados no tratamento pessoal	2,98	3,00	0,994
E33- Existe individualismo no ambiente de trabalho	3,14	3,00	1,135
E34- Os usuários/clientes são desinformados	2,49	3,00	1,074
E35- Existem conflitos interpessoais no ambiente de trabalho	3,29	3,00	1,144
E36- A comunicação entre funcionários é insatisfatória	2,75	3,00	1,023
E37- A conduta do usuário/cliente torna o relacionamento com ele difícil	2,68	3,00	1,068

Fonte: Dados coletados pela autora. Uberaba, 2012.

No domínio de Relações Sociais no Trabalho, os escores mais altos obtidos foram: 3,14 pontos, no item 31, o qual se refere à existência de competição profissional no ambiente de trabalho; 3,14 pontos, no item 33 relacionado à existência de individualismo no ambiente de trabalho; e, 3, 29 pontos, no item 35, o qual afirma que existem conflitos interpessoais no ambiente de trabalho.

Percebe-se que, em relação ao domínio Relações Sociais no trabalho, os profissionais de enfermagem da ESF percebem o ambiente de trabalho com a presença de disputas, individualismo e conflitos interpessoais de trabalho; esses dados também foram encontrados por ELIAS; NAVARRO (2006).

As relações interpessoais, de acordo com Silva e Melo (2006), na equipe de saúde, são referidas por muitos profissionais como fator contributivo para o estresse, desgaste físico e emocional destes indivíduos.

As médias mais baixas foram obtidas nos itens: 30, relacionado à dificuldade de comunicação chefia- subordinado, com média de 2,49 pontos; no item 34, que afirma que clientes/usuários são desinformados, com escore médio de 2,49 pontos;

e no item 37, que refere que a conduta do usuário torna o relacionamento com ele difícil, com média de 2,68 pontos.

No estudo de Regis e Porto (2011), esses dados foram diferentes, já que os profissionais de enfermagem apontam a falta de comunicação com a chefia de enfermagem e a equipe médica, e o relacionamento conflituoso com os acompanhantes dos clientes, como situações muito presentes no dia-a-dia de trabalho, contudo esta pesquisa foi realizada com profissionais de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar.

Em outro estudo, feito com médicos da ESF, por Meneses e Rocha; Trad, (2005), notou-se que um discurso muito presente entre os trabalhadores de saúde é o de que a população não entende qual é a proposta do PSF, nem se interessa por seguir as orientações dos profissionais da equipe, tampouco participa de palestras educativas ou grupos para controle de agravos específicos.

Para a interpretação dos escores médios obtidos nos itens da ECORT, a autora sugere que categorizemos as respostas conforme apresentado no quadro abaixo:

Quadro 3: Parâmetros quantitativos para interpretação dos dados da ECORT.

1	1,5	2,4	2,5	3,0	3,5	3,6	4,5	5
Baixa			Moderada			Alta		

Fonte: Mendes e Ferreira (2008).

As médias classificadas em baixas significam resultado positivo, produtor de bem estar no trabalho; médias classificadas em moderadas significam um resultado mediano, indicador de “situação-limite”, potencializando o mal-estar no trabalho e risco de adoecimento. E, por fim, médias classificadas como altas referem-se a resultado negativo, produtor de mal estar no trabalho e forte risco de adoecimento.

A seguir, temos uma descrição numérica e percentual da classificação dos escores médios individuais obtidos com a aplicação da ECORT.

Tabela 7– Distribuição numérica e percentual do número de indivíduos, de acordo com seus escores médios, classificados conforme os parâmetros de interpretação da ECORT, aplicada aos profissionais de enfermagem da ESF. Uberaba, 2012.

Domínios	Baixa (1,0 - 2,4 pontos)		Moderada (2,5-3,5 pontos)		Alta (3,6- 5,0 pontos)	
	n	%	n	%	n	%
Organização do Trabalho	22	23,9	64	69,6	6	6,5
Condições de Trabalho	13	14,1	54	58,7	25	27,2
Relações Sociais no Trabalho	28	30,4	48	52,2	16	17,4

Fonte: Dados coletados pela autora. Uberaba, 2012.

Podemos perceber, na tabela 7, que a maior proporção dos indivíduos foi classificada com escores médios na faixa moderada. O domínio Organização do trabalho obteve 69, 6% das respostas nesta classificação, o domínio de Condições de trabalho, 58,7%, e o domínio de Relações Sociais no Trabalho obteve 52,2%. O fator Condições de trabalho atingiu o menor número de escores na classificação baixa (14,1%) e a maior porcentagem (27,2%) dos indivíduos classificados com médias na faixa alta.

Tabela 8- Comparação dos escores médios dos domínios da ECORT dos profissionais de enfermagem da ESF, considerando a categoria profissional e o número de vínculo empregatício. Uberaba, 2012.

Variáveis (n= 92)	Organização do Trabalho			Condições de Trabalho			Relações Sociais no Trabalho			
	n	\bar{x}	s	p	\bar{x}	s	p	\bar{x}	s	p
Profissão *										
Enfermeiro	45	2,930	0,465	0,324*	3,140	0,652	0,733*	2,858	0,684	0,869*
Técnico em Enfermagem	47	2,830	0,502		3,189	0,704		2,883	0,739	
Número de Vínculos *										
Um	63	2,845	0,465	0,326*	3,176	0,607	0,827*	2,841	0,640	0,557*
Mais de um	29	2,952	0,524		3,142	0,818		2,935	0,849	

*Teste t de Student

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

Podemos observar, na Tabela 8, que as médias dos escores para os três componentes de Contexto de trabalho são similares entre os grupos definidos tanto para categoria profissional quanto para a presença ou não de mais de um vínculo

empregatício. De fato, considerando os resultados do teste t de Student, nenhuma das diferenças foi estatisticamente significativa para um nível de significância $\alpha = 0,05$.

Supunha-se que o profissional de enfermagem que possuísse mais que um vínculo empregatício perceberia o contexto de trabalho de maneira mais negativa que aquele que possui apenas um emprego. No entanto, os resultados não sustentaram essa hipótese.

Tabela 9- Comparação entre os escores médios dos domínios da ECORT e a variável doença ocupacional dos profissionais de enfermagem da ESF. Uberaba, 2012.

Domínios	Doença ocupacional					
	pm	Sim Mediana	p ^a	pm	Não Mediana	p ^a
Organização do Trabalho	63,83	3,385	0,100	45,29	2,846	0,100
Condições do Trabalho	71,58	4,437	0,017*	44,75	3,187	0,017*
Relações Sociais no Trabalho	70,83	4,312	0,021*	4,80	2,750	0,021*

^aMann-Whitney

*Estatisticamente significativo.

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

A tabela 9 mostra que as medianas e os postos médios dos escores de contexto de trabalho foram piores na presença de doença ocupacional, quando comparados com sua ausência, sendo a diferença estatisticamente significativa, exceto para o componente de Organização do Trabalho da ECORT ($p > 0,05$).

Quanto aos domínios Condições de Trabalho ($p = 0,017$) e Relações Sociais no Trabalho ($p = 0,021$), o grupo que declarou possuir doença ocupacional apresentou maiores escores, quando comparado ao grupo que declarou não possuir doença ocupacional, apontando que a presença de doença ocupacional influenciou a percepção do contexto de trabalho para esses dois fatores.

7.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Os resultados relacionados à qualidade de vida dos profissionais de enfermagem da ESF de Uberaba (MG) estão expostos por meio dos escores médios, medianos, mínimos, máximos e respectivos desvios-padrão e a consistência interna de cada domínio do WHOQOL-bref (Tabela 10).

Tabela 10- Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna para os domínios de qualidade de vida. Uberaba- 2012.

Domínios N=4	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Coefficiente α de Cronbach
Físico	70,09	71,13	16,64	21,43	100,00	0,84
Psicológico	66,21	66,70	16,08	4,17	100,00	0,81
Meio Ambiente	58,25	59,37	14,74	9,38	96,88	0,82
Relações Sociais	68,48	75,00	17,72	0,00	100,00	0,70

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

Foi possível observar, na tabela 10, que o profissional de enfermagem que obteve menor escore nos domínios do WHOQOL-bref atingiu 0 pontos e o que obteve maior escore alcançou 100,00 pontos, no qual, quanto maior o valor, menor o impacto negativo dos itens que compõem os domínios da QV. O domínio que apresentou maior escore médio foi o Físico, com média de 70,10 pontos; já o domínio que apresentou a menor média foi o Ambiental com escore de 58,25 pontos.

Ao avaliar os dados obtidos, detecta-se que a QV dos profissionais de enfermagem da ESF de Uberaba (MG) apresenta-se razoável, visto que se observaram sujeitos que atingiram valores intermediários nos escores, alguns atingiram valores máximos, e outros, obtiveram valores muito baixos, o que indica que existem problemas individuais que precisam ser mais bem investigados.

A consistência interna do WHOQOL-BREF para os domínios foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade α de Cronbach (Tabela 10). Os valores do coeficiente α de Cronbach foram maiores que 0,70 confirmando a boa consistência interna deste instrumento na população em estudo.

Os escores médios dos domínios do WHOQOL- BREF observados neste estudo foram semelhantes, porém um pouco inferiores para o domínio Meio Ambiente, e de Relações Sociais, e um pouco mais elevados no domínio Físico e no Psicológico, em relação aos encontrados em um estudo realizado com enfermeiros e outros profissionais da saúde de um hospital universitário de Curitiba (SPILLER; DYNIEWICZ; SLOMP, 2008). As médias obtidas nos domínios de QV deste estudo também foram semelhantes, porém apresentaram valores mais altos, em todos os

domínios, ao serem comparados com os encontrados em um estudo realizado com técnicos e auxiliares de enfermagem de um hospital privado de São Paulo (RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010). Era esperado que os escores encontrados para os profissionais investigados neste estudo, trabalhadores em plena atividade, fossem mesmo superiores aos encontrados em trabalhadores da área hospitalar, já que estes interagem, a maior parte do tempo, com indivíduos que necessitam de cuidados diretos com diferentes necessidades e complexidade.

Observa-se que o domínio de QV mais afetado foi o Meio Ambiente, que avalia segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, participação em atividades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruído, clima, transporte e trânsito), oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; este domínio também foi o que apresentou escore mais baixo no estudo com enfermeiros, realizado por Spiller; Dyniewicz e Slomp (2008).

O domínio de QV menos afetado foi o Físico, o qual tem relação com algumas necessidades humanas básicas; está relacionado à dor física, energia para o dia- a- dia, locomoção, sono e desempenho de atividades diárias. Esses dados estão divergentes com os encontrados na pesquisa de Rios, Barbosa e Belasco (2010), na qual este foi o segundo domínio que mais impactou negativamente a QV de auxiliares e técnicos de enfermagem. Por outro lado, os dados são semelhantes aos do estudo realizado por Spiller; Dyniewicz e Slomp (2008), no qual o domínio Físico apresentou a segunda melhor média de QV de enfermeiros de um hospital universitário.

Tabela 11– Correlação entre os escores médios dos domínios de QV e o número de vínculos de emprego, a idade e o rendimento individual da equipe de enfermagem das ESF. Uberaba-MG, 2012.

Domínios Whoqol	Nº vínculos empregatícios		Idade (anos completos)		Rendimento Individual	
	r ^a	p [*]	r ^a	P [*]	r ^a	P [*]
Físico	-0,16	0,128	-0,09	0,389	0,28	0,006*
Psicológico	-0,07	0,522	0,13	0,213	0,12	0,243
Social	-0,08	0,473	-0,15	0,161	0,03	0,808
Meio Ambiente	-0,20	0,056	-0,21	0,042*	0,25	0,015*

^aCorrelação de Pearson

* Estatisticamente significativo, considerando $\alpha = 0,05$.

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

Considerando a Tabela 11, percebemos que as correlações foram estatisticamente significativas para a variável idade (domínio ambiental), e para a variável rendimento individual (domínio físico e ambiental). De fato, a correlação entre idade e o domínio meio ambiente foi negativa e fraca, indicando que indivíduos mais velhos apresentaram escores de QV inferior. Pessoas com rendas individuais mais altas apresentaram escores mais elevados de QV para os domínios físico e meio ambiente: essa correlação foi positiva e fraca.

Esperava-se que o número de vínculos empregatícios, influenciasse a QV dos trabalhadores de enfermagem. De acordo com Silva e Melo (2006), como a maioria desses trabalhadores pertence ao gênero feminino, o número de vínculos empregatícios juntamente com a jornada de trabalho doméstico devem ser considerados ao se analisar a qualidade de vida, já que, em decorrência desse estilo de vida, há uma redução do tempo destinado ao lazer.

O domínio ambiental de QV compreende satisfação com o local onde o sujeito mora, o acesso aos serviços de saúde e o meio de transporte; inclui ainda segurança na vida diária, salubridade no ambiente físico, oportunidades de lazer, disponibilidade de informações e satisfação monetária, o que pode justificar a correlação do rendimento individual neste domínio da QV. Em um estudo, realizado com auxiliares e técnicos em enfermagem de um hospital particular, observou-se que os indivíduos que possuíam veículo próprio apresentaram maior escore no domínio meio ambiente do WHOQOL-bref, comparados aos que não possuíam (RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010).

Neste estudo, houve correlação negativa entre a idade e os domínios Físico e Ambiental de QV, dados em discordância com o estudo de Rios, Barbosa e Belasco (2010), no qual a correlação entre a idade e a QV foi positiva.

As questões relacionadas ao domínio físico de QV são qualidade do sono, capacidade para o trabalho, locomoção, necessidade de tratamento médico, dor física, etc.; o que pode, de fato, comprometer a QV desses profissionais à medida que a idade avança. Já, no estudo feito por Fernandes et al. (2010), não se observou correlação entre a variável idade e a QV dos enfermeiros investigados.

Tabela 12- Distribuição dos escores médios dos domínios do Whoqol-bref dos profissionais de enfermagem da ESF, segundo as variáveis: profissão, sexo, turno, e doença ocupacional. Uberaba, 2012.

Variáveis (n= 92)	n	Domínio Físico			Domínio Psicológico			Domínio Social			Domínio Ambiental		
		\bar{x}	s	p	\bar{x}	s	p	\bar{x}	s	p	\bar{x}	s	p
Profissão a													
Enfermeiro	45	73,97	17,56	0,028*	67,31	18,26	0,523	70,18	17,09	0,369	62,99	14,50	0,00
Técnico de Enfermagem	47	66,39	14,97		65,16	13,78		66,84	18,35		53,72	13,65	2*
Sexo b													
Feminino	87	69,36	16,59	0,090	65,42	15,81	0,066	68,39	17,20	0,594	57,18	14,03	0,01
Masculino	05	82,86	12,97		80,00	15,97		70,00	15,81		76,87	16,03	5*
Estado Civil a													
Com companheiro	45	69,35	14,38	0,677	68,05	12,66	0,281	70,92	11,60	0,192	59,12	10,80	0,58
Sem companheiro	47	70,80	18,68		64,45	18,75		66,13	21,93		57,43	17,81	2
Turno a													
Diurno	60	71,25	17,14	0,260	66,67	15,93	0,726	69,58	16,65	0,439	59,44	15,10	0,28
Diurno e Noturno	31	67,24	15,45		65,32	16,85		66,40	20,00		56,02	14,25	0
Doença ocupacional b													
Sim	06	46,43	16,29	0,003*	42,36	26,41	0,011*	68,41	18,76	0,596	36,98	13,61	0,00
Não	86	71,75	15,44		67,88	13,88		68,48	17,76		59,74	13,70	1*

a: Teste t de Student

b: U de Mann-Whitney

* Estatisticamente significativo, considerando $\alpha = 0,05$.

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

A tabela 12 mostra que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os escores médios dos domínios de QV quando comparados entre o estado civil e o turno de trabalho desses profissionais ($p > 0,05$).

Quanto ao estado civil, os dados encontrados se diferem aos do estudo de Fernandes et al. (2010), no qual os enfermeiros que possuíam companheiro apresentaram escores mais elevados de QV, comparados com aqueles que não possuíam companheiro.

Em relação à profissão, os domínios Físico ($p = 0,028$) e Ambiental ($p = 0,002$) mostraram que o grupo dos Enfermeiros apontou maiores escores médios para todos os domínios de QV, comparados ao grupo de técnicos em enfermagem; contudo, os domínios Psicológico e Social não apresentaram diferenças estatísticas significativas.

Quanto à variável sexo, apesar dos escores de todos os domínios de QV obtidos no grupo do sexo masculino terem se apresentado maiores que os do grupo do sexo feminino, observamos que essa diferença só foi estatisticamente significativa para o domínio meio ambiente ($p=0,015$). Os demais domínios não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Com relação à variável doença ocupacional, o grupo que se declarou sem doença ocupacional apresentou maiores escores médios em todos os domínios de QV, comparado ao grupo que se declarou com doença ocupacional, sendo estatisticamente significativo nos domínios Físico ($p=0,003$), Psicológico ($p=0,011$) e Ambiental ($p=0,001$).

Para verificar a influência do contexto de trabalho na QV da população estudada, foi realizada uma correlação entre os domínios do WHOQOL-BREF e os domínios da ECORT.

Tabela 13- Correlação entre os escores dos domínios de QV e os escores dos domínios da Escala de Contexto de Trabalho dos profissionais de enfermagem das ESF. Uberaba, 2012.

Domínios Whoqol	Organização do Trabalho		Condições de Trabalho		Relações Sociais no Trabalho	
	r^a	P	r^a	p	r^a	P
Físico	-0,33	0,001*	-0,37	< 0,001*	-0,34	0,001*
Psicológico	-0,43	< 0,001*	-0,46	< 0,001*	-0,34	0,001*
Social	-0,11	0,299	-0,14	0,172	-0,16	0,128
Ambiental	-0,33	0,001*	-0,43	< 0,001*	-0,41	< 0,001*

^aCorrelação de Pearson

* Estatisticamente significativo, considerando $\alpha = 0,05$.

Dados coletados pela autora. Uberaba, 2012.

Podemos observar, na Tabela 13, que as correlações entre os escores de contexto de trabalho e os domínios de QV foram negativas, sendo todas estatisticamente significativas, exceto para o domínio Social. Isto significa que os escores mais elevados de contexto de trabalho implicam pior QV.

O domínio Físico da QV teve correlação negativa moderada com todos os domínios da ECORT, apresentando $r = -0,33$ para o domínio Organização do

Trabalho ($p= 0,001$), $r = -0,37$ para o domínio Condições do Trabalho ($p< 0,001$) e $r = -0,34$ para o domínio de Relações Sociais no Trabalho ($p= 0,001$).

O domínio Psicológico apresentou correlação moderada com os três domínios da ECORT, apresentando $r = -0,43$ para o domínio de Organização do Trabalho ($p<0,001$), $r = -0,46$ para o domínio de Condições de Trabalho ($p< 0,001$) e $r = -0,34$ para o domínio Relações Sociais no Trabalho e $p <0,001$.

O domínio Organização do Trabalho ($p= 0,001$), Condições de trabalho ($p<0,001$) e Relações Sociais no Trabalho ($p<0,001$) correlacionaram-se com o domínio Ambiental de QV. Essa foi uma correlação moderada com $r > 0,3$ e $<0,5$.

Tabela 14- Regressão linear múltipla para o domínio Psicológico e o domínio Ambiental (desfecho) tendo como preditores sexo, idade, categoria profissional, doença ocupacional, condições de trabalho. Uberaba, 2012.

Variáveis	Domínio Ambiental			Domínio Psicológico		
	B	β	p	B	β	p
Sexo	-16,62	- 0,26	0,004*	- 8,63	- 0,12	0,187
Idade	- 0,19	- 0,13	0,191	0,32	0,20	0,053
Categoria Profissional	- 5,46	- 0,19	0,061	- 3,46	- 0,11	0,296
Doença Ocupacional	- 13,19	- 0,22	0,016*	- 18,65	- 0,29	0,003*
Condições de trabalho	- 7,27	- 0,33	<0,000*	- 8,25	- 0,35	< 0,001*

* Estatisticamente significativo, considerando $\alpha = 0,05$.
Dados coletados pela autora. Uberaba 2012

A tabela 14 apresenta o resultado da análise de regressão linear múltipla, tendo como desfecho os escores do domínio Ambiental e do domínio Psicológico da QV, e preditores, as variáveis sexo, categoria profissional, presença de doença ocupacional, idade e escores do domínio condição de trabalho da ECORT.

Quanto ao domínio Ambiental, podemos observar que os preditores estatisticamente significativos para a QV, por ordem de importância de sua contribuição (ordem decrescente dos coeficientes de regressão, β , padronizados) foram: condição de trabalho ($\beta = -0,33$, $p < 0,001$), sexo ($\beta = -0,26$, $p = 0,004$), doença ocupacional ($\beta = -0,22$, $p = 0,016$). De fato, ser mulher, apresentar doença ocupacional e piores condições de trabalho impactaram negativamente no domínio Ambiental de QV. As variáveis “categoria profissional” e “idade” não foram

estatisticamente significativas, controlando-se para as demais variáveis mencionadas acima.

Em relação ao domínio Psicológico, observamos que os preditores estatisticamente significativos para a QV, na ordem de importância de sua contribuição (ordem decrescente dos coeficientes de regressão, β , padronizados) foram: condição de trabalho ($\beta = -0,347$, $p < 0,001$) e doença ocupacional ($\beta = -0,288$, $p = 0,003$), portanto piores condições de trabalho e a ter doença ocupacional impactaram negativamente o domínio Psicológico da QV. As variáveis, sexo, idade e categoria profissional não apresentaram significância estatística controlando para as variáveis supracitadas.

A proporção de variância explicada pelo modelo foi de $R^2 = 0,35$.

A enfermagem é uma profissão essencialmente composta por mulheres, as quais geralmente conciliam o trabalho com o serviço doméstico e muitas vezes apresentam mais de um vínculo empregatício (SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011). O presente estudo corrobora com esses achados, já que os homens apresentaram escores mais elevados de QV para o domínio meio ambiente, quando comparados com as mulheres, as quais, conforme já mencionado, geralmente possuem além do trabalho, a jornada de afazeres domésticos, o que pode interferir no tempo disponível para o lazer, na percepção sobre a renda, no ambiente físico de trabalho, etc.

A presença de doença ocupacional influenciou negativamente o domínio Psicológico e o Meio Ambiente de QV dos profissionais em estudo.

De acordo com Mauro e Veiga (2008), o trabalho da enfermagem é reconhecido por ser caracterizado como de alto risco para adoecimento. Está associado a características como: trabalho coletivo (própria equipe ou outros profissionais), que pode ser conflitivo, pois cada indivíduo traz consigo valores, símbolos, representações e poderes diante da saúde, da doença, da vida e da morte; trabalho fortemente normatizado, com divisão de técnicas e tarefas; trabalho com um sistema de turnos e rotatividade de pessoal; excessiva atenção; necessidade constante de ampliação de conhecimentos técnicos e tecnológicos; limitada autonomia; baixo poder de decisão e as frequentes exposições às cargas de trabalho. As exposições a esses fatores, juntamente às condições impróprias de trabalho, podem levar o trabalhador a situações de adoecimento físico e/ou psíquico (MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009).

Observa-se que tanto para o domínio meio ambiente, quanto para o psicológico, o pretitor que mais impactou negativamente a QV foi o Condições de Trabalho.

Esses dados corroboram com uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2000), a qual refere que 62,0% dos enfermeiros da ESF do Brasil avaliaram as condições de trabalho como desfavoráveis e 58,9% consideram desgastante a atividade profissional.

Segundo Portela, Rotenberg e Waissmann, (2004), a dedicação excessiva às atividades profissionais interfere negativamente à QV, por diminuir o tempo disponível para o descanso e lazer, e, conseqüentemente, para a família.

De acordo com Elias e Navarro, (2006), os profissionais de enfermagem são expostos a ambientes de trabalho intensamente insalubres, tanto no sentido material quanto subjetivo e, por estarem submetidos à condições de trabalho precarizadas, são expostos a situações nas quais a manutenção da saúde está prejudicada, o que piora a qualidade de vida.

O ambiente de trabalho influencia a QV dos profissionais, podendo desencadear estresse e desmotivação (SPILLER; DYNIEWICZ; SLOMP, 2008). Os descontentamentos de profissionais com o trabalho repercutem inevitavelmente nos seus relacionamentos. Condições efetivamente dignas de trabalho, formas benéficas de comunicação, bom relacionamento entre equipes de saúde, espírito crítico e questionador, entre outras necessidades, são essenciais para o cumprimento de obrigações do profissional para com a sociedade (MALDONADO; CANELLA, 2003).

8 CONCLUSÕES

O presente estudo apresentou uma análise da correlação entre o contexto de trabalho e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes na ESF de Uberaba (MG) no ano de 2012.

Os profissionais eram predominantemente do sexo feminino (94,6%), com média de 38,5 anos, brancos (64,1%), sem companheiro (a) (51,1%), possuíam religião (94,6%); 93,5% referiram não possuir doença ocupacional, 77,1% não faltaram ou tiraram licença no último ano e 69,6% afirmaram não ter sofrido acidente de trabalho no mesmo período.

O domínio mais afetado do contexto de trabalho foi o Condições de Trabalho, sendo que os itens que mais impactaram negativamente este domínio foram os relacionados ao bem estar dos funcionários, ao barulho no ambiente de trabalho, e a não existência de política de progressão funcional. No domínio de relações sociais, os itens mais afetados envolviam disputas, individualismo e conflitos interpessoais de trabalho. Já no domínio organização do trabalho, os itens que mais influenciaram negativamente foram os que se referiam à cobrança por resultados, à separação entre quem planeja e quem executa as atividades, e à rigidez das normas relativas às tarefas.

O domínio de QV que apresentou maior impacto negativo foi o Meio Ambiente (58,25 pontos), seguido pelo Psicológico com média de 66,21 pontos, depois pelo domínio Relações Sociais (68,48 pontos) e por fim o Físico com score médio de 70,09 pontos.

A variável idade teve correlação com o domínio meio ambiente de QV, sendo que quanto mais avançada a idade pior a QV para este domínio. O rendimento individual também apresentou correlação com os domínios físico e meio ambiente de QV. Quanto maior o rendimento individual maior a QV nesses domínios.

Os homens obtiveram média mais alta no domínio meio ambiente de QV, em relação às mulheres. O grupo com doença ocupacional apresentou pior QV quanto aos domínios físico, psicológico e meio ambiente, ao ser comparado com o grupo sem doença ocupacional. Piores condições de trabalho impactaram os domínios meio ambiente e psicológico de QV.

Houve correlação entre todos os domínios do Contexto de Trabalho e os domínios de QV, exceto com o domínio social.

Os resultados deste estudo identificaram a influência negativa do contexto de trabalho, especialmente no que se refere à infraestrutura existente e às práticas administrativas usuais (ambiente físico, instrumentos, equipamentos, suporte organizacional e política de pessoal), na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem da ESF de Uberaba-MG; o que pode comprometer o desempenho profissional e aumentar a necessidade de cuidado com a saúde dos trabalhadores.

É importante que se conheça a dinâmica laboral da equipe de enfermagem da ESF, para o planejamento de medidas promocionais e preventivas, que valorizem a saúde do trabalhador e minimizem os efeitos nocivos do trabalho à vida desses profissionais.

REFERÊNCIAS

ABEN. **Cartilha do Trabalhador de Enfermagem: saúde, segurança e boas condições de trabalho.** Rio de Janeiro, 2006.

AGUIAR, A. D. F. et al. Saúde do trabalhador de enfermagem que atua em centro de saúde. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde.** São Paulo, v.27, n.2, p. 103-9, abr., 2009.

ALBUQUERQUE, M. B. **Análise das dimensões do trabalho na coordenação de relações públicas da câmara dos deputados:** uma proposta de intervenção. Dissertação. (Pós - Graduação em Desenvolvimento Gerencial)- Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2004.

ARAÚJO, M.F.S.; VERAS, K.F. O Processo e Precarização do Trabalho no Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais,** Juiz de Fora, v.1, n. 14, set/2009 p.41-56. Disponível em:
http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14/DOSSIE%20SA%C3%9ADE_TEXTO%204_PROCESSO%20E%20PRECARIZA%C3%87%C3%83O.pdf

ARAÚJO et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública. São Paulo,** v.37, n. 4, p. 424-33. 2003.

ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. da. **Saúde da Família:** na atenção primária. Curitiba: Editora Ibpex, 2007. 391p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023:** informação e documentação – Referências – Elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 14724:** informação e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação. 2 ed. Rio de Janeiro: ABNT: 2011.

BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-183, abr., 2003.

BECK, C. L.C. et al. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. **Escola Anna Nery.** Rio de Janeiro, v.14, n.3, jul.-set., 2010.

BECKER, S. G.; OLIVEIRA, M. L. C. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.1, p.109-14. fev., 2008.

BELLUSCI, D. G. P. **Programa Saúde da Família II: manual para o dia a dia das equipes de saúde da família**. 2 ed. São Paulo: Editora Lawbook, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Sistema de Informações de Atenção Básica**. Brasília, DF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 648 de 28, de março de 2006** . Aprova a Política Nacional de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 61, 29 de mar., 2006.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011).

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. M. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitário de saúde: uma revisão de literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-68, fev. 2008.

CAMELO, S. H; ANGERAMI, E. L. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. **Ciência Cuidado e Saúde**. Maringá, v.7, n.1. p. 45-52, 2008.

CLANCY, J. Ritmos circadianos- fisiologia e trabalho por turno e saúde. In: **Revista Nursing**. Revista Técnica de Enfermagem. Edição Portuguesa, ano 08, jul/ago, 1995.

COHEN, J. **Statistical Power analysis for the behavioral sciences**. Hillsdale, N. J, 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associates, 1988, p. 567.

CORDEIRO, H. **O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS**. Physis, [periódico on-line], n. 14, v. 2, p. 343-362, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2011.

COSTA, E. M. A. da; et al. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009. p. 11-18.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, p. 113-8. 2009.

COUTINHO, M. P. L.; FRANKEN, I. Qualidade de Vida no Serviço Público de Saúde: As Representações Sociais de Profissionais da Saúde. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v.29, n.3, p.448-461, Jul., 2009.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.14, n.4, jul.-ago, 2006, p. 517-25.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. **As origens da reforma sanitária e do SUS**. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 59-81.

ESCOREL, S. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 196- 1990**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p.385-434.

FERRANS, C.E. Development of a quality of life index for patients with câncer. **Oncology Nursinf Forum**, v. 17, n. 3, p. 15-19, 1990.

FERNANDES, J. S. et al. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto & Contexto-Enfermagem**. Florianópolis, v.19, n.3, jul./set., 2010.

FERNANDES, J. S. **Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes saúde da família**. Uberaba, 2009. 128 f. Dissertação. (Mestrado em Atenção à Saúde)-Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2009.

FERNANDES, J. S. et al. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.46, n.2. p. 404-412, 2012.

FISCHER, F. M. et al. Aging at work: survey among health care shift workers of São Paulo, Brasil. **Proceedings of the IEA 2000/HFES 2000 Congress**, San Diego, California USA, v. 4, p. 39-41, ago., 2000.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v 34, n. 2, p. 178-183, abr.2000.

FLECK, M. P. A. et al. **Problemas conceituais em qualidade de vida**.p. 19-27. In: FLECK, M. P. A. et al. A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.de. **Atenção Primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 22 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 575-625.

GONÇALVES, R. M. D. A. **Ações dos enfermeiros em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família**. [Tese de mestrado]. Uberaba (MG). Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2009.

GONÇALVES, R. M. D. A.; PEDROSA, L. A. K. Perfil dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e suas habilidades para atuar na saúde mental. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.8, n.3, p.345-51 jul./set.,2009.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**, 2005. p. 481-502.

KAWATA, L.S.; et al. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. **Revista Escola da Enfermagem da USP. São Paulo**, v.45, n.2, abri., 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Banco de dados:** cidades. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=317010>>. Acesso em 02 de setembro de 2012.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Revista Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.118-23, jan/mar, 2009.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde:** a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso; 2003.

MARTINO, M. M. F. Arquitetura do sono diurno e ciclo vigília-sono em enfermeiros nos turnos de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 43, n.1. Mar. 2009.

MATSUDA, L. M.; FONSECA, S. C.; TRIGO, I. M. R.; FEREL, S. M. **O cuidado de quem cuida:** reflexões acerca da (des) humanização do enfermeiro. Nursing. 2007; v.109, n.10 p.281-6.

MAURO, M. Y. C.; VEIGA, A. R. Problemas de saúde e riscos ocupacionais: percepções dos Trabalhadores de enfermagem de unidade materna infantil. **Revista Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.64-9, jan/mar, 2008.

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. **Contexto de Trabalho**. In Mirlene Maria Martins Siqueira. (Org.). Medidas do Comportamento Organizacional: Ferramentas de Diagnóstico e Gestão. Porto Alegre-RS: Editora Artmed, 2008. p.111-123.

MENESES E ROCHA, A. A. R.; TRAD, L. A. B. The professional trajectory of five physicians working in the family health program: the challenges of building a new practice. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.303-16, mar/ago 2005.

MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.07-19, 2000.

NORIEGA, M.; LAURELL, C.; MARTÍNEZ, S.; MÉNDEZ, I.; VILLEGAS, J. Interacción de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.1011-19, out-dez. 2000.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.435- 71. 2011.

OIT (Organización Internacional del Trabajo), 1990. **Conferencia Internacional del Trabajo**. El Trabajo Nocturno. 77ª Reunión. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. (Mimeo.).

OLIVEIRA, J. D. S.; ALVES, M. S. C. F.; MIRANDA, F. A. N. Riscos ocupacionais no contexto hospitalar: desafio para a saúde do trabalhador. **Revista Salud Pública**. Bogotá, v.1.11, n.6, dez.,2009.

PORTELA, L.F.; ROTENBERG, L. WAISSMANN, W. Self-reported health and sleep complaints among personnel working under 12 h night and day shifts. **ChronobiolInternational**, v.21, n. 6, p.859-70, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde: **Assessoria de Planejamento em Saúde- Plano Municipal de Saúde 2010/2013**. Maio, 2011, p.165.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/ubs.pdf>> Acesso em 20 de jun., 2012.

QUEIROZ, S. G. de. **Condições de trabalho e saúde dos enfermeiros em oncologia**. 2008. Dissertação. (Pós-graduação em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

REGIS, L. F. L. V. ; PORTO, I. S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in) satisfação no trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45, n. 2, p. 334-41, 2011.

RIBEIRO, E. J. G .; SHIMIZU, H. E. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.4. mai.,2007.

RIBEIRO, R. P.; MARTINS, M. H. P. M.; ROBAZZI, M. L. C. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. v. 46, n.2. abr.2012.

RIOS, K. A.; BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.18, n.3. mai.-jun., 2010.

ROBAZZI, M. L. C. C.; BARROS JUNIOR, J. Proposta brasileira de normatização para os trabalhadores da saúde. **Revista Ciencia y Enfermeria**, v.11, n. 2, p. 11-15, 2005.

ROCHA, A. A. **Saúde Pública**: bases conceituais. São Paulo: Editora Atheneu, 2008. p.27, 61-2.

ROCHA, M. C. P.; MARTINO, M. F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.44, n.2. jun,2010

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros de um Programa de Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n., jan./mar. 2007. p. 46-52.

ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M.; LANDSBERGIS, P. A gender approach to work ability and its relationship to professional and domestic work hours among nursing personnel. **ApplErgon.**,v.39, n.5, fev, 2008, p. 646-52.

SAAD, M. et al. Espiritualidade baseada em evidência. **Revista Acta Fisiátrica**. São Paulo, v.8, n. 3, p. 107-12, dez., 2001.

SANCINETTI, T. R.; et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45, n.4, ago., 2011.

SILVA, A. A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.45, n.6, dez., 2011.

SILVA, B. M. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Santa Catarina- SC, v.3, n.15, ago. 2006.

SILVA, J. L. L.; MELO, E. C. P. de. Estresse e implicações para o trabalhador de enfermagem. **Informe-se em promoção da saúde**, v.2,n.2.p.16-18. 2006.

SILVA, M. J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.26, n.6, p. 1187-93, jun., 2010.

SIQUEIRA, M. M. M. **Medidas de comportamentos organizacional**: ferramentas de diagnóstico e de gestão. Porto Alegre: Editora Artmed, 2008.

SOUZA, M. L.; e al. O Cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Santa Catarina, p.14, n.2. abr./jun., 2005. p.266-70.

SPILLER, A. P. M.; DYNIEWICZ, A. M.; SLOMP, M. G. F. S. Qualidade de vida de profissionais da saúde em hospital universitário. **Revista Cogitare Enfermagem**. Paraná, v.13, n.1, p. 88-95, jan/mar, 2008

TEIXEIRA, C. F.; COSTA, E. A. **Vigilância da saúde e Vigilância sanitária**: concepções, estratégias e práticas: texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: ISC/ANVISA, 2003.

VIANNA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, supl. 15, p. 225-64, 2005.

The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assesment.Psychol Med. 1998; v.28; p.551- Disponível em: [/www.who.int/mental_health/media/en/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/68.pdf). Acesso em 10 de novembro de 2011.

World Health Organization.**Versão em Português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. WHOQOL Abreviado- Verão em português. Rio Grande do Sul, 1998. Disponível em:<<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.htm>>. Acesso em 10 de novembro de 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE I - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS NAS UNIDADES DE ESF AO SECRETÁRIO DE SAÚDE DE UBERABA-MG.

OFÍCIO 47/2012/PPGAS/UFTM

Ao Dr. Valdemar Hial

Secretário de Saúde de Uberaba-MG

Venho por meio deste, solicitar à V. S^a. autorização para coletar os dados da pesquisa, intitulada: Qualidade de Vida e Condições de Trabalho da Equipe de Enfermagem atuante em Estratégias de Saúde da Família de Uberaba-MG, da Pós-Graduação *Stricto Sensu* –Mestrado em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

O objetivo geral deste estudo é analisar a correlação entre as condições de trabalho e qualidade de vida da equipe de enfermagem atuante em Estratégia Saúde da Família de Uberaba-MG.

A coleta dos dados deverá ser feita nas Unidades das Estratégias de Saúde da Família de Uberaba-MG, por meio da aplicação de questionários, aos enfermeiros e Técnicos em Enfermagem, que aceitarem participar da pesquisa, e terá a duração de dois a três meses.

Desde já agradeço a atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

Professora da Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM.

Uberaba, 23 de março de 2012.

APÊNDICE II- FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E DE TRABALHO

1. Identificação

Código (Número) _____ Data de nascimento/ Idade _____
 / / (..... anos completos)

2. Sexo

Masculino	Feminino
1	2

3. Estado Civil

Solteiro	Casado	Vivendo como casado	Divorciado	Separado	Viúvo
1	2	3	4	5	6

4. Cor

Branco	Pardo	Negro	Amarelo	Outros
1	2	3	4	5

5. Possui alguma religião?

Sim	Não
1	2

6. Há quanto tempo (em anos) atua como Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem?

Nenhum	Um a dois	De três a quatro	Cinco ou mais
1	2	3	4

7. Condição Educacional

2º grau	3º grau		Pós-graduação		
Completo	Incompleto	Completo	Especialização	Mestrado	Doutorado
1	2	3	4	5	6

8. Quantos vínculos de emprego você tem atualmente?

Um	Dois	Três	Mais de três
1	2	3	4

9. Qual (quais) turnos de emprego você tem atualmente?

Diurno	Noturno	Diurno e Noturno
1	2	3

10. Qual a sua renda (individual) mensal (valor bruto em reais)?

R\$ 700,00 a 859,00	R\$ De 860,00 a 999,00	R\$ de 1000,00 a 1159,00	R\$ de 1160,00 a 1999,00	Mais de R\$ 2000,00
1	2	3	4	5

11. Qual a renda mensal da família (valor bruto em reais)?

R\$ de 700,00 a 999,00	R\$ de 1000,00 a 1499,00	R\$ de 1.500,00 a 1.999,00	R\$ de 2000,00 a 2.999,00	R\$ Mais de 3.000,00
1	2	3	4	5

12. Com quem você mora atualmente?

Sozinho	Com familiares	Com companheiro	Com amigos	Conhecidos (pensão, outros)
1	2	3	4	5

13. Quantos dependentes você tem?

Nenhum	Um a dois	De três a quatro	Mais de cinco
1	2	3	4

14. Qual o número de membros da sua família (residem na mesma casa)?

Um	Dois	Três	Quatro	Cinco ou mais
1	2	3	4	5

15. Forma de residência?

Própria	Alugada	Outros
1	2	3

Qual: _____

16. Qual o meio de informação que mais utiliza?

Televisão	Rádio	Internet	Jornais/revistas	Rádio	Outros
1	2	3	4	5	6

17. Quantas vezes se afastou (licenças) do trabalho no último ano? Qual(is): _____

Nenhuma	1	2	3 ou mais
1	2	3	4

18. Quantas vezes faltou ao trabalho no último ano?

Nenhuma	1	2	3 ou mais
1	2	3	4

19. Quantos acidentes de trabalho você já sofreu?

Nenhum	1	2	3 ou mais
1	2	3	4

20. Possui alguma doença ocupacional?

Sim	Não
1	2

Se sim, qual(is): _____

ANEXOS

ANEXO A- AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DOS DADOS, PELO SECRETÁRIO DE SAÚDE DE UBERABA-MG



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Departamento de Gestão do Trabalho e
da Educação em Saúde
Centro de Educação em Saúde
Núcleo de Integração Ensino/Serviço



INFORMAÇÃO Nº. 15/2012

Uberaba, 26 de março de 2012.

Senhor Secretário,
Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização da pesquisa:

Instituição de Ensino: Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Curso: Mestrado em Atenção à Saúde

Título: “Qualidade de vida e condições de trabalho da equipe de enfermagem atuante em Estratégias de Saúde da Família de Uberaba-MG”.

Local de realização: Todas as Unidades das Estratégias de Saúde da Família.

Objetivo: Analisar a relação entre condições de trabalho e qualidade de vida dos profissionais de enfermagem das ESF de Uberaba-MG.

Justificativa: Entender como os profissionais de enfermagem percebem e interpretam o ambiente de trabalho pode contribuir para o desenvolvimento de organizações que valorizem a saúde destes trabalhadores e se constitui em um desafio no campo organizacional do trabalho em saúde e no desenvolvimento científico nesta área do conhecimento.

Metodologia: Pesquisa de campo, com entrevistas aos profissionais da enfermagem (técnicos e enfermeiros) na unidade.

Comitê de Ética em Pesquisa: A ser aprovado pelo CEP

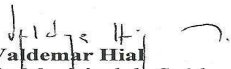
Após conclusão da pesquisa o solicitante se responsabiliza pelo encaminhamento de uma cópia e apresentação da mesma para a equipe técnica desta Secretaria.

Às considerações do Secretário Municipal de Saúde.

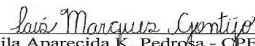

Carla Aparecida Leite

Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e de Educação em Saúde

(X) Deferido
() Indeferido


Valdemar Hial

Secretário Municipal de Saúde

Ciente do Solicitante, 12 / 04 / 12  CPF 073.666.456-48
Leila Aparecida K. Pedrosa - CPF - 041004538-17

ANEXO B- APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFTM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854
E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÕES DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ATUANTE EM ESTRATEGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UBERABA-MG
PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: LEILA APARECIDA KAUCHAKJE PEDROSA
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 22/03/2012
PROTOCOLO CEP/UFTM: 2278

PARECER


De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 1º de junho de 2012.


Prof.^a Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do CEP/UFTM

ANEXO C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você, Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem está sendo convidado a participar do estudo “Avaliação da qualidade de vida e condições de trabalho da equipe de enfermagem atuante em Estratégia Saúde da Família de Uberaba-MG”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é analisar a relação entre o contexto de trabalho e a qualidade de vida da equipe de enfermagem atuante na Estratégia Saúde da Família de Uberaba- MG. Caso você participe, será necessário responder algumas perguntas sobre seu perfil sociodemográfico, econômico e de trabalho, contexto de trabalho e qualidade de vida. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo em seu trabalho. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu trabalho. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador (orientador)

Telefone de contato do pesquisador: (034) 9976 2671

E-mail: leilakauchakje@terra.com.br

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (034) 3318-5854.

ANEXO D- World Health Organization Quality Of Life - WHOQOL-BREF

INSTRUÇÕES: 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. 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:

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

1- Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

2- Quão satisfeita você está com a sua saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

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

3- Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

4- O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

5- O quanto você aproveita a vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

6- Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- O quanto você consegue se concentrar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

8- Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
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.

10- Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

Nada	muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

11- Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Nada	muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

12- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada	muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

13- Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

Nada	muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

14- Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

Nada	muito pouco	Médio	Muito	Completamente
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.

15- Quão bem você é capaz de se locomover?

muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	Bom	muito bom
1	2	3	4	5

16- Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?

muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

17- Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

18- Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?

muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

19- Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?

muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

20- Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

21- Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?

muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

22- Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

23- Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?

muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

24- Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

25- Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?

muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

26- Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	muito frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

ANEXO E – ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES, ORGANIZAÇÃO E RELAÇÕES SOCIAIS NO TRABALHO - ECORT

Leia as frases abaixo, respondendo cada uma de acordo com a forma como você avalia seu ambiente de trabalho. Marque o número que melhor corresponde a sua avaliação.

1- O ritmo de trabalho é excessivo

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

2- Os resultados esperados estão fora da realidade

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

3- A distribuição das tarefas é injusta

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

4- As tarefas são cumpridas sob forte pressão temporal

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

5- A cobrança por resultados é fortemente presente

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

6- Os funcionários são excluídos das decisões

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

7- As normas prescritas dificultam a realização das tarefas

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

8- As tarefas não estão claramente definidas

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

9- As tarefas são fortemente repetitivas

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

10- Meu desempenho é muito fiscalizado

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

11- A autonomia é inexistente no meu trabalho

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

12- No meu trabalho é nítida a separação entre quem planeja e quem executa

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

13- As normas para execução das tarefas são rígidas

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

14- Falta apoio institucional para realizar as tarefas

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

15- De forma geral, as minhas condições de trabalho são precárias

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

16- O ambiente físico é desconfortável

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

17- Há muito barulho no ambiente de trabalho

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

18- O número de pessoas é insuficiente para realização das tarefas

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

19- Falta apoio dos gestores para o meu desenvolvimento profissional

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

20- O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

21- As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

22- Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

23- O posto de trabalho é inadequado para realização das tarefas

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

24- Faltam treinamentos para realizar adequadamente as tarefas

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

25- As condições de trabalho são inseguras

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

26- Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

27- Falta política de progressão funcional

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

28- O bem-estar dos funcionários não é uma prioridade

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

29- O espaço físico para o trabalho é inadequado

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

30- Existem dificuldades na comunicação, chefia-subordinado

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

31- No ambiente de trabalho existe competição profissional

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

32- Os usuários/clientes são mal-educados no tratamento pessoal

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

33- Existe individualismo no ambiente de trabalho

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

34- Os usuários/clientes são desinformados

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

35-Existem conflitos interpessoais no ambiente de trabalho

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

36-A comunicação entre funcionários é insatisfatória

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre

37-A conduta do usuário/cliente torna o relacionamento com ele difícil

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre