

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

RENATA MACIEL CÔRTEZ

**ESTRESSE OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DAS
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Uberaba - MG

2012

RENATA MACIEL CÔRTEZ

**ESTRESSE OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DAS
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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.

Linha de pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem

Eixo temático: Organização e avaliação dos serviços de saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Ana Lúcia de Assis Simões

Uberaba – MG

2012

RENATA MACIEL CÔRTEZ

**ESTRESSE OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DAS
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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.

Uberaba, ____ de _____ de 2012.

Prof. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Orientador

Prof. Dra. Sybelle de Souza Castro Miranzi
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Membro

Prof. Dra. Silvia Helena Henriques Camelo
Universidade de São Paulo
Membro

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais **Rildo e Helena** pelo incentivo, apoio, amor e dedicação dado a mim durante toda a minha vida. Vocês sempre incentivaram o meu crescimento e por isso cheguei até aqui.

À minha irmã **Camila** e meus primos **Thaís e Rhian** pelo carinho, e por estarem sempre ao meu lado.

À minha afilhada **Amanda**, pelo sorriso inocente e carinho sincero.

Ao **Neilton**, meu namorado, que por muitas vezes me ajudou com seus conhecimentos, sua presença calma, seu carinho constante. Sua companhia foi essencial nos momentos de estresse e de descontração.

Aos meus amigos **Caroline Freitas, Luiz Hozumi, Renata Cobo, Taciana Salomão e Natália Macedo** pelo apoio psicológico e momentos de descontração.

Aos mestrandos pelo companheirismo e troca de conhecimento. Principalmente a **Letícia Apolinario, Camila Romanato, Getúlio Freitas e Laís Gontijo** pelo apoio e amizade durante todas as dificuldades e conquistas.

À CAPES/REUNI, pelo apoio financeiro.

À Professora **Doutora Sybelle de Souza Castro Miranzi** e Professora **Doutora Silvia Helena Henriques Camelo** pela dedicação em participar de minha banca de defesa, com contribuições que enriqueceram esse estudo.

À Professora **Doutora Marina Pereira Rezende** pelas contribuições na qualificação.

À **Secretária Municipal de Saúde de Uberaba-MG**, por conceder a autorização para a realização dessa pesquisa junto a Estratégia Saúde da Família.

Aos profissionais das **Equipes de Saúde da Família** pela participação nessa pesquisa.

Ao **Professor Vanderlei Hass** pelos conhecimentos e auxílios tão importantes para o desenvolvimento desse trabalho.

À Professora **Doutora Ana Lúcia de Assis Simões** pela confiança, dedicação e conhecimentos concedidos na orientação desse trabalho, e por acreditar na minha capacidade para desenvolver um bom trabalho.

À todos que me apoiaram durante toda essa trajetória, e torceram pelo meu sucesso, meu muito obrigada!

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

Fernando Pessoa

RESUMO

Estresse e qualidade de vida são assuntos muito abordados na atualidade, sendo o estresse apontado como uma grande interferência na qualidade de vida. Os profissionais das equipes de saúde da família estão inseridos em um modelo assistencial que requer o vínculo com a família e comunidade; com isso, ficam vulneráveis aos problemas e conflitos das mesmas. Esse estudo objetivou identificar o estresse ocupacional e a qualidade de vida dos profissionais das equipes de saúde da família. Trata-se de um estudo quantitativo realizado com 431 profissionais da área da saúde vinculados à ESF de Uberaba – MG. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário sociodemográfico e profissional, a Escala de Estresse no Trabalho (EET) e o WHOQOL-BREF, no período de abril a julho de 2012. Na análise dos dados utilizou-se o programa SPSS versão 20. A população caracterizou-se por mulheres (87,90%), de 30 a 40 anos (28,30%), casados (43,40%), com ensino médio (60,70%), com apenas um vínculo empregatício (86,10%), processo seletivo como principal modalidade de entrada no serviço (91,00%), com um a cinco anos de trabalho na ESF (53,5%) e trabalhando há menos de um ano com o mesmo gerente (49,40%). Apresentaram nível de estresse ocupacional igual a 2,43, sendo as perspectivas de crescimento (3,29), divulgação de informações organizacionais (3,00) e a deficiência de capacitações e treinamentos (2,92), os principais fatores estressores encontrados. Não houve associação do estresse ocupacional com as variáveis sociodemográficas e profissionais. Já o fator estressor deficiência de comunicação das decisões organizacionais apresentou diferença significativa ($p = 0,012$) entre os profissionais com ensino superior (3,23) e sem ensino superior (2,92). O fator estressor deficiência de capacitação e treinamentos apresentou associação significativa quando comparado ACS (2,68) e médicos (3,39) ($p = 0,016$), e ACS (2,68) e dentistas (3,58) ($p < 0,001$). Na avaliação da qualidade de vida observou-se maior escore no domínio social (75,00), e menor no domínio ambiental (56,25). O domínio ambiental apresentou diferença significativa quando comparado com as variáveis: sexo ($p = 0,047$), forma de entrada no serviço ($p = 0,042$) e função ($p < 0,001$). Em relação à categoria profissional, a diferença está entre os enfermeiros e, ACS ($p < 0,001$), ACD ($p = 0,008$) e técnicos de enfermagem ($p = 0,01$). Considerando os profissionais com e sem curso superior, houve diferença significativa quando comparados com os domínios ambiental ($p < 0,001$) e social (p

= 0,036). Houve correlação negativa fraca entre a idade e o domínio social ($p = 0,01$; $r = -0,13$). Na associação entre o estresse ocupacional e os domínios de qualidade de vida houve significância moderada para os domínios físico ($p < 0,001$; $r = -0,38$), psicológico ($p < 0,001$; $r = -0,36$) e ambiental ($p < 0,001$; $r = -0,42$), e fraca para o domínio social ($p < 0,001$; $r = -0,24$). Na análise de regressão linear os resultados corroboraram com os achados anteriormente. Observou-se que as condições ambientais são os aspectos mais afetados na vida dos profissionais. O estresse ocupacional mostrou-se como um fator importante na interferência da qualidade de vida. O investimento em locais de trabalho mais seguros e agradáveis, assim como vínculos mais estáveis, incentivo as capacitações, promoverá a valorização dos profissionais e a humanização das relações.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Esgotamento Profissional. Saúde da Família. Saúde do Trabalhador. Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT

Stress and quality of life are issues that have been discussed a lot recently. The literature indicates the great influence of stress on the quality of life for professionals both in physical appearance as the psychosocial. The professionals of family health teams are embedded in a model of care that requires the bond with family and community, and thus, these professionals are vulnerable to conflicts and problems of families and communities. Therefore, this study aimed to identify occupational stress and quality of life for professionals in family health teams. This is a quantitative study conducted with 431 health professionals linked to FHS Uberaba - MG. For data collection questionnaire was used to sociodemographic and professional, Work Stress Scale (WSS) and the WHOQOL-BREF, in the period April-July 2012. In the data analysis we used SPSS version 20. The population was predominantly characterized by women (87.90%), 30-40 years (28.30%), married (43.40%), with high school (60.70%), with one job only (86.10%), the selection process as the main way of entry into service (91.00%), with one to five years at FHS (49.70%) and working for less than a year with the same manager (49.40%). They had levels of occupational stress equal to 2.43, and growth prospects (3.29), organizational information disclosure (3.00) and the deficiency of skills and training (2.92), the leading stress factors encountered. There was no association of occupational stress with sociodemographic variables and professionals. In the other hand, the stressor deficiency reporting of organizational decisions showed a significant difference ($p = 0.012$, $t = -2.54$) among professionals in categories that require higher education (3.23) and professionals who do not require higher education (2.92). The stressor disability training and training showed significant association when compared ACS (2.68) and physicians (3.39) ($p = 0.016$), and ACS (2.68) and dentists (3.58) ($p < 0.001$). In the assessment of quality of life, it showed higher scores in social (75.00), followed by the physical (67.85) and psychological (66.67), and the environmental with lower scores (56.25). The environmental significant difference when compared with the variables: gender ($p = 0.047$), form of entry in service ($p = 0.042$) and function ($p < 0.001$). Regarding the professional category, the difference is between the nurses and the ACS ($p < 0.001$), ACD ($p = 0.008$) and nursing staff ($p = 0.01$). The group of professionals into two groups, with

and without a college degree, showed a significant difference when compared with the environmental domains ($p < 0.001$) and social ($p = 0.036$). There was a weak negative correlation between age and social domain ($p = 0.01$, $r = -0.13$). In the association between occupational stress and domains of quality of life was significant for all aspects, being moderate for the physical ($p < 0.001$, $r = -0.38$), psychological ($p < 0.001$, $r = -0.36$) and environmental ($p < 0.001$, $r = -0.42$) and weak for the social ($p < 0.001$, $r = -0.24$). In linear regression analysis results corroborated earlier findings in this study. It was observed that the environmental conditions are the most affected in the lives of professionals. Occupational stress was shown to be an important factor in the quality of life interference in all aspects. Investment in safer and more enjoyable workplaces as well as more stable bonds, incentive capabilities, enhances appreciation of professional and humanizing relations.

Key-words: Quality of life. Professional Burnout. Family Health. Worker Health Human Resources in Health.

RESUMEM

El estrés y la calidad de vida están muy discutido hoy en día, el estrés se promociona como una interferencia importante en la calidad de vida. Los profesionales de los equipos de salud de la familia forman parte de un modelo de atención que requiere vínculo con la familia y comunidad, por lo tanto, son vulnerables a su problemas y conflictos. Ténia objetivo de identificar el estrés laboral y calidad de vida de los profesionales de los equipos de salud de la familia. Se trata de un estudio cuantitativo realizado con 431 profesionales de la salud vinculados a ESF Uberaba - MG. Para recogida de datos se utilizó um cuestionário sociodemográfica y profesional, la Escala de Estrés Laboral (EEL) y el WHOQOL-BREF, en el período abril-julio de 2012. En el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 20. La población se caracteriza por las mujeres (87,90%), 30-40 años (28,30%), casados (43,40%), con la escuela secundaria (60,70%), con un trabajo (86,10%), el proceso de selección como el principal modo de entrada en servicio (91,00%), con uno a cinco años en el ESF (53,5%) y el trabajo por menos de un año con el mismo director (49,40%). Tenían niveles de estrés laboral igual a 2,43; las perspectivas de crecimiento (3,29), la divulgación de información organizacional (3,00) y la carencia de habilidades y de formación (2,92), los factores de estrés más importantes encontradas. No hubo asociación entre el estrés laboral con variables sociodemográficas y profesionales. Ya la deficiência de informe de decisiones de la organización mostró una diferencia significativa ($p = 0,012$) entre los profesionales con educación superior (3,23) y sin educación superior (2,92). La formación y capacitación mostraron asociación significativa cuando se compara ACS (2,68) y los médicos (3,39) ($p = 0,016$), ACS (2,68) y dentistas (3,58) ($p < 0,001$). En la evaluación de la calidad de vida mostró una puntuación más alta en la vida social (75,00), y las más bajas en el medio ambiente (56,25). La diferencia ambiental significativo si se compara con las variables: sexo ($p = 0,047$), la forma de entrada en servicio ($p = 0,042$) y la función ($p < 0,001$). En cuanto a la categoría profesional, la diferencia es entre el personal de enfermería y ACS ($p < 0,001$), ACD ($p = 0,008$) y el personal de enfermería ($p = 0,01$). Mientras que los profesionales con y sin un título universitario, hubo una diferencia significativa en comparación con los ámbitos medio ambientales ($p < 0,001$) y sociales ($p = 0,036$). Hubo una correlación negativa débil entre la edad y el dominio social ($p = 0,01$, $r = -0,13$). En la asociación entre el

estrés laboral y los dominios de calidad de vida fue significativo moderada para la física ($p < 0,001$, $r = -0,38$), psicológico ($p < 0,001$, $r = -0,36$) y ambientales ($p < 0,001$, $r = -0,42$), y bajo el dominio social ($p < 0,001$, $r = -0,24$). En el análisis de regresión lineal resultados corroboran los resultados anteriores. Se observó que las condiciones ambientales son las más afectadas en la vida de los profesionales. El estrés ocupacional ha demostrado ser un factor de interferencia importante en la calidad de vida. La inversión en los lugares de trabajo más seguros y más agradable, así como los bonos más estables, las capacidades de incentivos, promover el mejoramiento de las relaciones profesionales y humanizador.

Palabras-clave: Calidad de vida. Profesional Burnout. Salud de la Familia. Salud Ocupacional. Recursos Humanos en Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos profissionais das equipes de saúde da família da zona urbana e rural do município de Uberaba-MG, 2012.	41
Tabela 2 – Distribuição das variáveis profissionais dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.....	45
Tabela 3 – Distribuição das medidas de centralidade e dispersão dos 23 itens da Escala de Estresse no Trabalho.....	49
Tabela 4 – Correlação entre estresse no trabalho com tempo de serviço, tempo de serviço com o mesmo gerente e número de vínculos empregatícios, dos profissionais das equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.	50
Tabela 5 – Comparação do nível de estresse com a função desenvolvida na Estratégia Saúde da Família, Uberaba-MG, 2012.....	52
Tabela 6 – Comparação dos três itens da escala de estresse no trabalho, que apresentaram maiores escores, com a função exercida pelos profissionais nas equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.....	54
Tabela 7 – Comparação entre o item 13 (Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional) da escala de estresse no trabalho com a função exercida nas equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.	55
Tabela 8 – Medidas de centralidade e dispersão dos escores dos domínios de qualidade de vida (WHOQOL-BREF) dos profissionais das equipes de saúde da família de Uberaba-MG (n=431), 2012.....	57
Tabela 9 – Comparação entre as médias dos escores de qualidade de vida em relação ao sexo e número de vínculos empregatícios dos profissionais das equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.....	58

Tabela 10 – Correlação entre domínios de qualidade de vida com tempo de serviço, tempo de serviço com o mesmo gerente e número de vínculos empregatícios, dos profissionais das equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.	60
Tabela 11 – Comparação dos escores de qualidade de vida com a função desenvolvida nas equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.	61
Tabela 12 – Comparações múltiplas do domínio ambiental do WHOQOL-BREF, considerando o critério de Bonferroni, de acordo com a função desenvolvida nas equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.	63
Tabela 13 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos profissionais das equipes de saúde da família com e sem curso superior de Uberaba-MG, 2012.	65
Tabela 14 – Correlação entre os domínios de qualidade de vida com o nível de estresse no trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.	67
Tabela 15 – Regressão linear entre os domínios de qualidade de vida e as variáveis sexo, função, idade, número de vínculos e escore de estresse, Uberaba-MG, 2012.	67

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	18
2 ESTRESSE	22
2.1 ESTRESSE OCUPACIONAL	23
3 QUALIDADE DE VIDA	28
4 JUSTIFICATIVA	31
5 OBJETIVO	33
5.1 OBJETIVO GERAL.....	33
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
6 METODOLOGIA	34
6.1 DESENHO DO ESTUDO	34
6.2 LOCAL DO ESTUDO	34
6.3 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO	36
6.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	36
6.5 COLETA DOS DADOS.....	38
6.6 PROCESSAMENTO DOS DADOS	38
6.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	38
6.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES	40
7.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO: VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS	40
7.2 ESTRESSE OCUPACIONAL	46
7.2.1 Identificação do nível de estresse ocupacional	46
7.2.2 Estresse ocupacional e as variáveis sociodemográficas e profissionais	50
7.3 QUALIDADE DE VIDA	55
7.3.1 Identificação dos escores de Qualidade de vida	55
7.3.2 Correlação entre qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas e profissionais	57
7.3.3 Estresse ocupacional e qualidade de vida	65
7.4 CORRELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA COM: SEXO, FUNÇÃO, IDADE, NÚMERO DE VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS E ESTRESSE	67
8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	69

REFERÊNCIA	72
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	80
ANEXO A - ESCALA DE ESTRESSE NO TRABALHO	81
ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DE USO DA ESCALA DE ESTRESSE NO TRABALHO	85
ANEXO C – WHOQOL-BREF	86
ANEXO D – SINTAXE WHOQOL-BREF	90
ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	91
ANEXO F – APROVAÇÃO CEP	93
ANEXO G – AUTORIZAÇÃO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	94

1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma consequência da Reforma Sanitária que ocorreu ao longo das décadas de 70 e 80. Nesse período, somente algumas pessoas tinham direito à assistência médico-hospitalar, como os trabalhadores formais e as que podiam pagar por esse serviço. Esse modelo assistencial não respondia as necessidades da população, como a resolução das endemias da época e a falta de assistência para o restante da população (ZIONI; ALMEIDA, 2008).

Com a Conferência de Alma-Ata ocorrida em 1978 surgiu, internacionalmente, a discussão sobre os cuidados primários de saúde para todos, mas que teve destaque maior na Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, ocorrida em 1986, em Ottawa (BRASIL, 2002a).

Nesse contexto, o Brasil iniciou as discussões acerca desse novo paradigma de assistência à saúde, na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, apontando mudanças para a universalização do acesso à saúde, descentralização e ampla participação social. A decisão tomada nessa conferência subsidiou os aspectos relacionados à saúde na Constituição Federal do Brasil de 1988 e na elaboração do SUS (BRASIL, 2011a).

Na Constituição Federal do Brasil de 1988, em seu artigo 196, conceitua-se que “a saúde é direito de todos e dever do estado”; sendo, assim, uma questão de cidadania e dever do Estado de promovê-la para todos. Além disso, defendeu uma assistência integral (preventiva e curativa), de caráter igualitário e sua gestão descentralizada (BRASIL, 1988).

A partir desse momento, há a concepção de um novo modelo de saúde no país. A Lei Orgânica da Saúde 8080/90 vem com a proposta de reorganização da saúde brasileira dispendo sobre condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, criando assim o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

O SUS surgiu em meio a um modelo assistencial totalmente curativista e centrado na consulta médica. Mudanças nessa concepção começaram a ocorrer com a atenção primária, através de equipes multiprofissionais de caráter voltado para a prevenção de doenças e promoção da saúde, primariamente em áreas de maior vulnerabilidade (SILVA; CALDEIRA, 2010).

Para contribuir com essa nova perspectiva, em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), programa esse secundário ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs), onde foram incorporadas as figuras do médico, do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem. O PSF abarcou critérios como promoção da saúde e prevenção de doenças, valorização da integração da comunidade e deslocamento do foco do indivíduo para a família (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

O PSF foi a estratégia utilizada como modelo substitutivo para a organização da assistência em saúde no Brasil. Teve como concepção inicial ser o ponto de contato entre os serviços de saúde e a população adscrita, e a porta de entrada para os serviços de saúde, procurando garantir assim assistência resolutiva, acesso universal e a integralidade entre os níveis (BRASIL, 2011b).

Somente no final dos anos 90, com a expansão maciça do PSF, e conjuntamente com o fortalecimento da ideia de PSF como uma estratégia de substituição do modelo de atenção tradicional, ocorreu então a mudança de nomenclatura para Estratégia Saúde da Família (ESF) (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica traz a ESF como a principal ferramenta da atenção básica para a reorganização e estruturação do modelo assistencial de saúde. Suas ações têm caráter individual e coletivo e estão voltadas para a promoção, proteção, recuperação da saúde, diagnóstico e tratamento de doenças, manutenção e reabilitação da saúde. Conta com um trabalho em equipe, perante uma população bem delimitada, assumindo práticas democráticas e garantindo a participação social na gestão (BRASIL, 2011b).

Sendo vista como uma ferramenta para a reestruturação do modelo assistencial, a ESF requer a substituição das práticas curativistas por novas atividades que promovam a assistência integral e contínua das famílias adscritas em uma determinada área. O conhecimento sobre o processo de saúde-doença deverá estar voltado para o local onde os indivíduos estão expostos, considerando a realidade local, comunitária e da família (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

Suas ações desenvolvem-se através de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, por intermédio de trabalho em equipe, prestado a uma comunidade delimitada geograficamente, considerando suas peculiaridades e dinâmica social. São orientadas pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social

(BRASIL, 2011b).

A equipe deve ser composta por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Pode estar presente também a Equipe de Saúde Bucal, composta por cirurgião dentista e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). As atribuições comuns aos profissionais são: participar do processo de territorialização; realizar o cuidado em saúde e responsabilizar-se pela população adscrita; garantir a integralidade da atenção; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; promover a mobilização e a participação da comunidade; identificar parceiros e recursos que possam potencializar ações intersetoriais; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; participar das atividades de educação permanente. Atribuições específicas de cada profissional são descritas na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b).

1.1 PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Para que a reorganização do modelo assistencial ocorra, a Política Nacional de Atenção Básica (2011) traz como objetivo das Equipes de Saúde da Família uma reforma dos modos de trabalho e das relações entre profissionais e cidadãos. Para isso, o processo de trabalho das equipes de saúde da família se dá pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, a valorização dos diversos saberes e das práticas baseadas em uma abordagem integral e resolutiva. O acompanhamento e a avaliação sistemática das ações implementadas também fazem parte do processo de trabalho visando à readequação deste.

Entende-se por modelos assistenciais em saúde o conjunto de atividades técnicas e tecnológicas que tem por finalidade atender as necessidades de saúde da população. Para que ocorra a mudança prevista, torna-se necessário discutir a qualificação (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010) e a resolutividade das equipes de saúde da família, visto que a maioria dos profissionais teve uma formação direcionada para uma lógica curativista e de assistência voltada para doença e não para a promoção da saúde (SILVA; CALDEIRA, 2010).

Silva e Caldeira (2010) afirmam que há questionamento sobre a prática cotidiana das equipes de saúde da família e que sua estrutura ainda se mantém centrada no modelo biomédico tradicional, gerando assim resultados negativos sobre o novo modelo de assistência a saúde. Referem, também, que tal mudança ocorrerá quando a equipe compreender essa nova maneira de produzir saúde, com uma participação social e ações que não sejam centradas na consulta médica e na doença.

A proposta é de um trabalho criativo, com iniciativa e foco no trabalho em grupo, a fim de atingir a promoção e proteção da saúde. Contudo, as equipes têm dificuldades de atingir tais objetivos, alegando o não entendimento da proposta da ESF pela população e a falta de seguimento, interesse e participação da mesma nas atividades propostas. Essa deficiência de planejamento das ações pela equipe representa um aspecto que colabora com as falhas na comunicação entre profissionais e cidadãos (RONZANI; SILVA, 2008).

O tipo de gestão escolhido também influencia a reestruturação do modelo assistencial. Em estudo realizado com profissionais de equipes de saúde da família, evidencia-se que o agir autoritário e inflexivo exercido pelos gestores pode provocar frustração, insatisfação e descontentamento dos profissionais de saúde. Outro fator que contribui é a centralização das ideias pelos gestores, diminuindo assim a autonomia e a participação da equipe na tomada de decisão. Foi observado que um ambiente mais democrático, que estimule a participação de todos nos diversos processos e ações, garante uma maior responsabilidade e melhor enfrentamento das dificuldades do cotidiano de trabalho, propiciando também maior dedicação e entusiasmo (MEDEIROS et al., 2010).

O gestor tem a grande função de desempenhar o papel equilibrador e de buscar um ambiente de trabalho propício para a realização do processo de trabalho em equipe, respeitando as opiniões e não impondo ideias ou objetivos, já que o trabalho em equipe é considerado fundamental para o desenvolvimento da ESF (MEDEIROS et al., 2010).

Nota-se, ainda, que o processo de trabalho segue uma lógica fragmentada (GOULART; FREITAS, 2008), com o predomínio da verticalização e da departamentalização (CAMPOS, 1997; CAMPOS, 1998). Esse quadro gera alienação dos profissionais, visto que, estão presos a uma etapa do projeto terapêutico, ficando distantes do resultado final da própria ação (CAMPOS, 1997;

CAMPOS, 1998).

Portanto, o processo de trabalho em equipe não é muito percebido nos ambientes de saúde. As atividades são realizadas isoladamente não havendo interação entre os profissionais da mesma equipe, caracterizando-se mais como trabalho em grupo. Assim, a prática em saúde continua com a tendência biologistica, causando insatisfação profissional na equipe de trabalho (MEDEIROS et al., 2010).

Em estudo realizado por Goulart e Freitas (2008), além da ausência do trabalho em equipe, são apontados outros aspectos dificultadores para a reorganização do modelo de assistência à saúde como: verbas insuficientes, interferência política no cotidiano dos serviços de saúde, falta de planejamento local e de treinamento para os coordenadores.

Para Campos (1997), o modo de gerenciar não deve castrar a iniciativa dos profissionais, mas também não deve deixar a instituição à mercê dos mesmos. O caminho para chegar a essa finalidade, proposto pelo mesmo autor, é a adequação entre a autonomia profissional e a responsabilidade dos trabalhadores. O envolvimento dos profissionais quanto à missão e os objetivos da instituição, também são aspectos importantes, segundo o autor.

Ressalta-se que a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007), através da proposta de gestão participativa e cogestão, tem contribuído para reafirmar a participação social prevista na Constituição Federal de 1988. Acredita-se, assim, que as diretrizes do SUS estarão asseguradas e, ao mesmo tempo, será possível garantir motivação, aumento da autoestima dos profissionais, assim como o fortalecimento do empenho no trabalho, a criatividade na produção do trabalho e aumento da responsabilidade social.

As instituições de saúde, mesmo com a proposta de descentralização do poder, permanecem resistentes a essa modificação. A democratização do processo decisório não acontece, dificultando a participação do profissional no processo de trabalho como um todo. Tal fato pode gerar uma insatisfação do profissional, resultando em implicações no trabalho (CAMPOS, 1997; CAMPOS, 1998; GOULART; FREITAS, 2008).

Acredita-se que o profissional que tenha maior contato com o processo de trabalho como um todo consiga visualizar melhor o produto de toda sua ação (TRINDADE, 2007; CAMPOS, 1997). Assim, terá maior motivação para a realização de seu trabalho (CAMPOS, 1997).

O trabalho como atividade criativa modifica o mundo e o homem que o executa. Nele são depositadas as alegrias, a insatisfação, o sofrimento, a raiva, os sonhos e os desejos de quem o realiza, ou seja, há uma personificação do processo de trabalho. Se não há a possibilidade de evasão dos sentimentos e de reconhecimento do produto e do esforço do trabalho pelos profissionais, pode ocorrer ameaça à identidade e acarretar o sofrimento profissional (TRINDADE, 2007).

Todo o indivíduo que em seu trabalho tenha o envolvimento com outro ser humano corre o risco de sofrer um desgaste. Os profissionais da saúde através dos vínculos criados lidam com outras vidas (TRINDADE, 2007), e por muitas vezes os usuários estão vivendo momentos de conflitos, tensão, ansiedade, medo e adoecimento, e acabam transmitindo todas as emoções para a figura do profissional de saúde, caracterizando como fator de risco para o estresse (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

O estímulo estressor pode ser desencadeado por fatores internos e/ou externos, sendo os primeiros causados por sentimentos e emoções, e o segundo por clima, trabalho, família, cultura, entre outros. O estresse ocorrerá quando houver uma instabilidade dos meios físicos, sociais, biológicos ou psicológicos dos indivíduos perante aspectos internos e externos (TRINDADE, 2007).

2 ESTRESSE

A palavra estresse vem sendo muito utilizada na atualidade, tanto pela população quanto pelos meios de comunicação. O uso abusivo desse vocábulo provoca certa confusão no seu significado. Na linguagem popular, estresse é considerado um sintoma ou causa de vários problemas da vida cotidiana, mas a sua definição é muito divergente na literatura atual, com muitos modelos teóricos explicando a sua ocorrência (SANTOS, 2012).

Em uma definição básica, estresse é um conjunto de reações primitivas do organismo para a luta e fuga (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2002).

Hans Selye foi o primeiro a introduzir o termo estresse na área da saúde, em 1926. Na época ainda era estudante de medicina e observou sintomas comuns como: fadiga, pressão alta, desânimo e falta de apetite (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

De tal modo, Selye (1956) apud Camelo e Angerami (2004), definiu estresse como “o resultado inespecífico de qualquer demanda sobre o corpo, seja de efeito mental ou somático, e que estressor é todo agente ou demanda que evoca reação de estresse, seja de natureza física, mental ou emocional”.

Para Azevedo e Kitamura (2006), estresse é “uma resposta neuro-endócrina do organismo a estímulos que ameaçam romper o seu equilíbrio dinâmico”.

Em estudos realizados por Selye, observou-se que quando os animais eram expostos a estímulos que interferiam no funcionamento orgânico, várias reações apareciam como resposta a essa ameaça; esse processo foi denominado Síndrome Geral da Adaptação (AZEVEDO; KITAMURA, 2006).

Segundo Azevedo e Kitamura (2006) e Camelo e Angerami (2004), Selye dividiu essa síndrome em três fases, descritas a seguir:

1. Fase de Alarme: É a fase de quebra da homeostase interna após o confronto com um estímulo estressor. O organismo tem uma reação de luta ou de fuga, sendo considerada uma fase de adaptação. Alguns sinais dessa fase são: taquicardia, tensão crônica, dor de cabeça, sensação de esgotamento, pressão no peito, extremidades frias, dentre outras.
2. Fase de Resistência: Persistência da fase de alerta, conseqüentemente da exposição aos estímulos estressores, levando a uma adaptação do

indivíduo as situações de estresse. Essa persistência desencadeia reações internas focalizadas em um órgão do indivíduo. Há o desaparecimento da maioria dos sintomas físicos, mas com aparecimento de sintomas psicossociais como ansiedade, medo, isolamento social, roer unhas, oscilação de apetite, impotência sexual dentre outros. A persistência nessa fase desencadeia mecanismos de adaptação agressivos ao organismo denominados DISTRESS (Mau-estresse).

3. Fase de Exaustão: Nesse momento ocorrem falhas no mecanismo de adaptação, devido à exaustão do organismo para as respostas ao agente estressor. Esse excesso de atividades e o alto consumo de energia pode levar à falência do órgão afetado na fase de resistência e, dependendo da gravidade das reações, pode levar a morte.

Portanto, o estresse caracteriza-se como um problema potencial para a saúde e o bem estar dos indivíduos. Após passarem por momentos de grande exigência e ameaçadores, os indivíduos podem apresentar medo, angústia, caracterizando como mudanças comportamentais e orgânicas. Essas emoções desencadeiam alterações fisiológicas interferindo na saúde do indivíduo (CAMELO, 2006).

Estresse tem sido muito utilizado como referência a sensações e situações de desconforto. Tais aspectos causam diferentes tipos de reações emocionais, dependendo da visão de cada indivíduo. Portanto, o estresse tem relação com a percepção que cada um tem de uma determinada situação vivenciada, através de seu processo psicológico e da compreensão do acontecimento (PRETO; PEDRÃO, 2009), afetando a vida profissional e pessoal (TRINDADE, 2007).

Em outra definição de estresse, leva-se em consideração a relação do indivíduo com o ambiente. Há percepção do ambiente como desgastante e a incapacidade de enfrentá-lo pelo indivíduo. Tal fato gera prejuízos para o bem estar (LAZARUS e FOLKMAN, 1984, p. 150).

2.1 ESTRESSE OCUPACIONAL

O ser humano passa a maior parte do tempo inserido em atividades voltadas ao trabalho, sendo este responsável por grande parte da história de cada indivíduo. As organizações de trabalho são provedoras dessas atividades, podendo ser entendidas como um sistema social. A relação entre trabalhador e empresa exerce

então impacto sobre a maneira de pensar e agir de cada um, assim como o trabalho desempenhado por cada trabalhador dentro desse sistema (SANTOS, 2012).

No ambiente de trabalho, as situações e/ou conflitos são fatores estressores mediados por iniciativas individuais ou coletivas dos profissionais. Além disso, o valor que o profissional atribui ao trabalho, o comprometimento, as expectativas e o relacionamento interpessoal, também são determinantes para o desfecho do estresse ocupacional (TRINDADE, 2007).

O estresse no trabalho pode ser definido como reações comportamentais, fisiológicas e emocionais nocivas, provenientes do ambiente e da organização do trabalho. É caracterizado por agitação e angústia, muitas vezes associado a sentimentos de incapacidade (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2002).

Paschoal e Tamayo (2004) conceituam estresse ocupacional como a percepção das situações do trabalho como estressoras, provocando assim reações negativas no sujeito. Portanto, os estressores organizacionais não são necessariamente estressores ocupacionais.

Nos serviços de saúde, a insatisfação profissional e a organização dos serviços são fatores relatados como estressores para os profissionais de saúde. Tal situação pode causar desgaste físico e mental, além de interferir nas atividades ocupacionais (HANZELMAMN; PASSOS, 2010).

Condições de trabalho, longas jornadas e ambientes impróprios são capazes de produzir alterações na saúde do trabalhador, podendo ocasionar aos profissionais situações de estresse (TRINDADE, 2007; HANZELMAMN; PASSOS, 2010).

As organizações de trabalho conseguem identificar a presença de estresse entre os seus funcionários através da baixa produtividade, desmotivação, licenças saúde, alta rotatividade e absenteísmo. Portanto, identificar os fatores estressores e viabilizar estratégias para eliminá-los ou minimizá-los é de grande importância para o melhor desempenho dos funcionários e da empresa.

Tais fatores estressores podem ser divididos em fatores físicos e psicossociais. A exposição aos riscos físicos está relacionada com a ansiedade; já os psicossociais estão associados à organização e gestão no trabalho, além do seu contexto social e ambiental, que pode acarretar danos psicológicos, sociais e físicos (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2002).

Segundo Cox, Griffiths e Rial-González (2000), os riscos psicossociais relacionados ao trabalho são distribuídos em 10 categorias que se relacionam com o contexto de trabalho e com o conteúdo de trabalho. Tais categorias estão descritas a seguir:

- Contexto de trabalho:
 1. Cultura e função organizacional: comunicação ineficaz, baixo suporte para a resolução de problemas organizacionais e para o desenvolvimento profissional, dúvida quanto ao objetivo organizacional.
 2. Função na organização: conflito de papéis, responsabilidade por pessoas.
 3. Desenvolvimento de carreira: estagnação profissional, insegurança no trabalho, incerteza na carreira, pouco valor social.
 4. Decisão e controle: Participação ineficaz nas decisões, falta de controle sobre o trabalho;
 5. Relacionamento interpessoal no trabalho: relacionamento ineficaz com os supervisores, isolamento físico e social, falta de suporte;
 6. Interface trabalho/família: conflitos relacionados com família e trabalho, pouco suporte da família;

- Conteúdo do Trabalho:
 7. Ambiente e equipamento de trabalho: problemas com manutenção, reparado e aquisição de materiais, além de problemas com confiança.
 8. Planejamento das tarefas: falta de oportunidade de aprender, trabalhos repetitivos, habilidades pouco utilizadas, grande quantidade de incertezas;
 9. Carga e ritmo de trabalho: sobrecarga e baixa carga de trabalho, nível elevados de pressão no trabalho;
 10. Esquema de trabalho: esquema de trabalho inflexível, longas horas de trabalho.

Outros estudos realizados com profissionais da saúde confirmam essa teoria. Em uma pesquisa retrospectiva, realizada com médicos residentes dos Estados Unidos, acompanhados por dois anos, demonstrou que um dos principais fatores de estresse para essa população era a falta de confiança, devido à inexperiência. Foram identificados como resposta cognitiva ao estresse os sentimentos de

ansiedade, medo, culpa e raiva (SATTERFIELD; BECERRA, 2011).

Em estudo realizado na Croácia, com o objetivo de analisar o estresse entre os profissionais da saúde de hospitais e clínicas psiquiátricas, observou-se que os profissionais que estavam insatisfeitos com a remuneração e com as recompensas provenientes do trabalho apresentaram maior grau de exaustão emocional, fator de risco para o estresse. Outros fatores identificados como estressores foram: o ambiente de trabalho e as possibilidades de crescimento profissional (OGRESTA; RUSAC; ZOREC, 2008).

Estudo realizado com enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva em um hospital do interior de São Paulo mostrou que os enfermeiros que tinham menos tempo de formação, mais de um vínculo empregatício, trabalho noturno e falta de preparo específico para o trabalho em UTI apresentaram maiores níveis de estresse (PRETO; PEDRÃO, 2009).

No contexto da Atenção Básica, além disso, as equipes de saúde da família ficam expostas à realidade da comunidade, tendo que lidar com a escassez de recursos quando comparada à demanda local. Outro fator que pode ocasionar insatisfação profissional são as falhas na rede de atenção à saúde, podendo afetar o trabalho e, conseqüentemente, a resolutividade das ações propostas (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

A realidade das equipes de saúde da família nos faz refletir sobre as situações enfrentadas por essas equipes, como a adaptação à nova maneira de produzir saúde e o aumento do vínculo com a comunidade em que está inserida. Devido a essas características, há um aumento da exposição dos profissionais a fatores de risco físicos e psicossociais.

Em um estudo realizado em Ribeirão Preto (SP), com trabalhadores de cinco equipes de saúde da família, foi identificado que 62% dos profissionais apresentavam estresse, sendo a predominância dos sintomas na área psicológica. Foi concluído no mesmo estudo que o estresse pode estar relacionado ao trabalho direto com a comunidade e sua realidade, devido aos problemas e situações que os profissionais podem encontrar (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

Comprovando o prejuízo do estresse na saúde dos profissionais, no manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho, elaborado pelo Ministério da Saúde (2001), encontramos algumas doenças relacionadas ao estresse no profissional: Síndrome do Estresse Pós-traumático ocorrida pós acidentes de trabalho; Síndrome do

Esgotamento Profissional (Burnout); Neurose Profissional, acometida pela associação entre aspectos pessoais e condições de trabalho, causando sofrimento psíquico; Neurastenia, proveniente de um fadiga constante pela ausência de descanso suficiente; Transtornos psicossomáticos resultante de situações de estresse que acomete o físico, sendo os sintomas mais frequentes gastrites, úlceras, enxaqueca, distúrbios do sono, mialgias.

Observa-se, então, que o estresse é um dos principais fatores desencadeadores da baixa qualidade de vida (QV), além do comprometer a saúde e a produtividade do indivíduo (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010).

3 QUALIDADE DE VIDA

Atualmente, ao conceito de QV estão agregados dois aspectos: a subjetividade e a multidimensionalidade (SEILD; ZANNON, 2004). Portanto, a QV torna-se autorreferida, através da percepção e do contexto de vida de cada indivíduo, e com base em várias dimensões que o construto traz.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1994), “qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 8), QV é uma “noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental”.

O trabalho como maneira de interação na sociedade, e essencial na vida humana, pode ser gerador de fatores de desgaste e desencadeador do processo saúde-doença, dependendo da maneira que será executado (FOGAÇA; CARVALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2010). Sendo assim, podem influenciar na saúde e no bem estar positiva ou negativamente.

A QV é construída mutuamente pelos momentos da vida na comunidade e os momentos de trabalho. Essa ideia pauta-se na impossibilidade de dissociação da vida e o trabalho, e da sua interferência na QV (FELLI; TRONCHIN, 2005).

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) está relacionada com a satisfação e envolvimento com o trabalho, com o comprometimento organizacional, estresse, autonomia, reconhecimento dos superiores e remuneração adequada (ROSA; PILATTI, 2006; MEDEIROS; FERREIRA, 2011; PEDRAZA et al., 2010), podendo a mesma ser alterada de acordo com o comprometimento dos aspectos já citados, afetando diretamente o serviço prestado aos pacientes (MIRANZI et al., 2010).

Para Limongi e Assis, a QVT é:

uma compreensão abrangente e comprometida sobre as condições de vida no trabalho, incluindo aspectos de bem-estar, garantia de saúde e segurança física, mental e social e capacitação para realizar tarefas com segurança e bom uso da energia pessoal (1995, p.26).

Os mesmos autores descreveram as ideias de Walton, um pesquisador americano, como a QVT sendo associada a valores ambientais e humanos

(LIMONGI; ASSIS, 1995). Para Walton (1973 *apud* Areias; Comandule, 2006), existem oito fatores conceituais para a QVT:

1. *Compensação financeira*: diz respeito à remuneração justa e adequada para o trabalho, garantindo dignidade dentro dos padrões pessoais, culturais e sociais, equidade entre os membros da equipe e em relação ao mercado de trabalho.
2. *Condições de trabalho*: refere-se à jornada de trabalho e ao estresse relacionado, carga de trabalho, ambiente físico saudável, confortável e organizado para a realização do trabalho, quantidade e qualidade dos materiais e equipamentos.
3. *Uso e desenvolvimento da capacidade*: aborda as oportunidades oferecidas como: autonomia, significado da tarefa, identidade da tarefa (integridade e avaliação dos resultados), variedade das habilidades, *feedback* do trabalho desenvolvido.
4. *Oportunidade de crescimento e segurança*: possibilidade de carreira, crescimento pessoal através de educação continuada, estabilidade quanto ao emprego.
5. *Integração e promoção social na organização*: igualdade de oportunidades quanto à raça, sexo, religião e outros.
6. *Cumprimento dos direitos dos empregados*: vínculos de trabalho que garantam direitos trabalhistas, privacidade social, liberdade de expressão, normas e rotinas, dentre outros.
7. *Trabalho e espaço total de vida*: equilíbrio entre a vida social e a do trabalho.
8. *Relevância social da vida no trabalho*: percepção dos trabalhadores em relação à responsabilidade social da instituição na comunidade, à qualidade dos serviços prestados.

Observamos que tais ideias de QVT estão associadas às de risco psicossocial no trabalho proposta por Cox, Griffiths e Rial-González (2000), descritas anteriormente. O investimento constante nas capacitações para os profissionais para o aumento de suas habilidades proporciona aos trabalhadores um sentimento de valorização, assim como o estímulo ao comprometimento com a instituição.

As condições de trabalho estão em contínuas mudanças, mas ainda há

muitos desafios. Ainda encontra-se o acúmulo de trabalhos, longas jornadas de trabalho, entre outros. Tais fatores contribuem com o prejuízo das condições de saúde física e mental, a sobre carga emocional além da maior exigência das relações interpessoais no trabalho e fora dele (AREIAS; COMANDULE, 2006).

Estudo realizado com dentista do serviço público de Goiânia teve como resultado baixos escores de qualidade de vida nos domínios físico e psicológico (NUNES; FREIRE, 2006).

A avaliação da QV de ACS em pesquisa realizada em Lagoa Santa – Minas Gerais (2008) apresentou resultados positivos nos domínios físicos, relações sociais e psicológico, e resultado negativo no domínio meio ambiente (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

A QV também foi avaliada entre médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais trabalhadores da UNIFESP, sendo afetada entre os enfermeiros. Os dados dessa pesquisa, além de identificar o comprometimento da QV, evidenciaram também a presença de estresse ocupacional entre a população estudada (FOGAÇA; CARVALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2010), comprovando a interferência do estresse ocupacional na QV de vida do indivíduo.

Em pesquisa realizada no México com profissionais da saúde e da educação, confirmou-se a importância da satisfação profissional para garantir bons índices de QVT. A falta de reconhecimento e o pouco controle das ações realizadas são condições de trabalho associadas inversamente com a QVT (VALDÉS; GALICIA, 2009).

Profissionais da enfermagem do município do Rio de Janeiro (RJ) relataram que a integração social, comunicação interpessoal, planejamento das ações, ambiente favorável, motivação para o trabalho, capacitações e treinamentos são questões que possibilitam a QVT (FARIAS et al., 2007).

4 JUSTIFICATIVA

Avaliar o estresse tem sido uma preocupação de alguns estudiosos pelo mundo (PASCHOAL; TAMAYO, 2004; CAMELO; ANGERAMI, 2004; TRINDADE, 2007; PRETO; PEDRÃO, 2009; TRINDADE; LAUTERT, 2010; SATTERFIELD; BECERRA, 2010; SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2011). Nessa perspectiva, questões relacionadas ao trabalho e seu impacto na vida dos profissionais tornaram-se foco científico.

Na área da saúde, profissionais alocados na atenção terciária são os principais alvos de estudo sobre estresse, devido à excessiva carga horária de trabalho, trabalhos noturnos, dupla jornada e contato direto com o adoecimento e a morte.

A existência de poucos estudos que abordam essa temática e a Estratégia de Saúde da Família motivou cientificamente a realização dessa pesquisa.

Do ponto de vista profissional e pessoal, o fator motivador foi a observação da rotina de trabalho na qual tais profissionais estão inseridos, e a constatação que, mesmo decorridos 20 anos de criação do SUS, deparamo-nos com uma situação que denota pouco conhecimento dos profissionais sobre o funcionamento e a gestão do SUS; interferências políticas; gerenciamento das equipes realizado por profissionais não capacitados, baixos salários e escassez de recursos materiais.

O fato de estarem em contato direto com as famílias e a comunidade aumenta a vulnerabilidade dos profissionais da saúde para situações de estresse. O aumento desse vínculo expõe os mesmos a situações de pobreza e violência vividas pela comunidade. Outros fatores encontrados por esses profissionais são a baixa escolaridade e o baixo nível socioeconômico em que as famílias estão inseridas.

Visto que o fator estressor não necessariamente acarretará o estresse ocupacional, é importante descobrir a opinião de tais profissionais para, assim, propor ações que minimizem os fatores de estresse organizacional e, assim, subsidiar o planejamento de ações que promovam a qualidade de vida do profissional, conseqüentemente a garantia de uma assistência de maior qualidade a família e comunidade.

Diante de tais considerações emergem as seguintes questões norteadoras: qual o nível de estresse ocupacional apresentado pelos profissionais das Equipes de

Saúde da Família? Qual a interferência, se houver, desse estresse ocupacional na qualidade de vida desses profissionais?

5 OBJETIVO

5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o nível de estresse ocupacional e a qualidade de vida dos profissionais das Equipes de Saúde da Família do município de Uberaba-MG.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família, do município de Uberaba-MG, quanto aos dados sociodemográficos e profissionais;
2. Identificar o nível de estresse ocupacional, autorreferido, dos profissionais em exercício;
3. Identificar a qualidade de vida dos profissionais em exercício de acordo com o questionário WHOQOL-BREF abordando os domínios: físico, psicológico, ambiental e social;
4. Comparar os níveis de estresse ocupacional e a qualidade de vida entre as diferentes categorias profissionais e as variáveis sociodemográficas;
5. Correlacionar o estresse ocupacional e a qualidade de vida dos profissionais da equipe de saúde da família.

6 METODOLOGIA

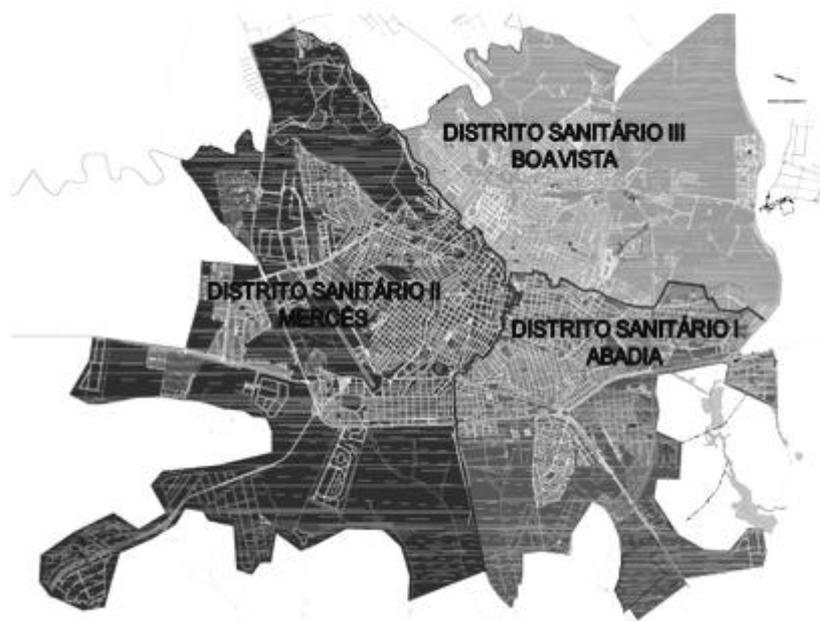
6.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, de delineamento transversal.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Uberaba, Minas Gerais, onde atuam as Equipes de Saúde da Família.

O referido município está dividido em três Distritos Sanitários: I, II e III, de acordo com a Figura 1.



Fonte: Prefeitura de Uberaba, 2012.

Figura 1: Mapa do município de Uberaba segundo os distritos sanitários. Uberaba, 2012.

Atualmente o município conta com 50 equipes de saúde da família, sendo 46 na zona urbana e quatro na zona rural (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA; 2011) (Quadro 1). Tais equipes estão distribuídas em 26 Unidades de Saúde, 22 na zona urbana e quatro na zona rural (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA; 2012), sendo responsáveis pelo atendimento de 55,0% da população do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA; 2011).

Quadro 1 – Distribuição das equipes de saúde da família, segundo as unidades de saúde e os distritos sanitários, Uberaba-MG, 2012.

Distritos	Unidades de Saúde	Equipes de Saúde da Família
Distrito Sanitário I	UMS Álvaro Guaritá	Gemeleiras Valim de Melo Chica Ferreira
	USF São Cristóvão	São Cristóvão
	USF Virilânea Augusta de Lima	Maracanã
	USF Julieta de Andrade	Recreio dos Bandeirantes
	UBS Dona Aparecida C. Ferreira	Leblon Parque São Geraldo Abadia II
	Complexo Centro Dianóstico	São Vicente Nossa Senhora Aparecida Abadia – Olhos D'Água
	UMS Maria Tereza	Bairro de Lourdes Maringá Manhattan
	USF Rosa Maria	Costa Telles I Costa Telles II Gemeleiras II
	USF Residencial 2000	Residencial 2000 Residencial 2000 II
	USF Francisco José S. Sábina	Ponte Alta/ Peirópolis (rural)
Distrito Sanitário II	URS Nídia M. Veludo	Tutunas Jd. Uberaba
	UMS Luiz Meneghello	Volta Grande Planalto
	USF Lecir Nunes Ramos	Parque das Américas I Parque das Américas II
	USF Sebastião L. Costa	Capelinha/Baixa (rural)
	UMS George Chiree	Alfredo Freire I Alfredo Freire II
	USF Beija-Flor	Beija-Flor
	USF Dr. Romes Cecílio	Morumbi Pacaembu
	USF Fausto Cunha	Borgicó/Calcário (rural)
Distrito Sanitário III	UMS Prof. Aluizio Prata	Elza Amuí Antônia Candida Cidade Nova
	USF Maria de Oliveira	Primavera Uberaba I
	USF Jacob José Pinto	Cássio Resende Amoroso Costa
	UMS Ézio de Martino	Boa Vista Jardim Indianópolis
	USF Inimá Baroni	Jardim Triângulo
	USF Palmira Conceição	Santa Rosa (rural)
	USF Norberto	Morada do Sol Villa Arquelal
	Antonina G. Coelho	Santa Terezinha Espírito Santo Fabrício

Fonte: Próprio autor de acordo com informações da Secretária Municipal de Saúde de Uberaba-MG (PREFEIRURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2012).

Estas unidades são vinculadas à Atenção Básica e atuam conforme preceitos do SUS, sendo responsáveis por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de prevenção de doenças e agravos da população pertencente à área de cobertura de cada equipe de saúde da família (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2011).

Os profissionais possuem uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, sendo oito horas por dia, de segunda-feira a sexta-feira. Em casos especiais, como campanha de vacinação, ocorre o funcionamento das unidades no final de semana. Os profissionais possuem vínculo com a Prefeitura Municipal de Uberaba através de contrato ou concurso público municipal.

6.3 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO

Participaram do estudo os profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família da zona rural e urbana, do município de Uberaba – MG. Esses profissionais eram: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário.

Foram excluídos da pesquisa profissionais que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde, mas que não estavam vinculados à Estratégia Saúde da Família, mesmo pertencendo às categorias profissionais estudadas; profissionais que estavam de férias, atestado, licença e os que recusaram participar da pesquisa.

Estavam vinculados à Estratégia de Saúde da Família de Uberaba-MG, 541 profissionais, no período de abril a junho de 2012; destes, 431 (79,67%) participaram da pesquisa, 33 (6,1%) recusaram, 14 (2,58%) estavam de férias, 44 (8,14%) estavam afastados por motivo de saúde e 19 (3,51%) não responderam o questionário, após três tentativas de retorno.

6.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico e profissional, Escala de Estresse no Trabalho (EET) e WHOQOL-BREF.

O questionário sociodemográfico e profissional (Apêndice A) foi necessário

para a caracterização da população de estudo com os seguintes itens: data da entrevista, iniciais dos nomes dos profissionais, sexo, data de nascimento, estado civil, escolaridade, função, data de admissão, número de vínculos empregatícios, tempo de trabalho em conjunto com o mesmo superior/gerente e modalidade de ingresso no serviço.

A Escala de Estresse no Trabalho (EET) (Anexo A) foi validada para o Brasil em 2004, por Paschoal e Tamayo (2004), e tem como objetivo identificar o nível de estresse no trabalho. É composta por 23 questões com alternativas que variam de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Segundo os autores, a EET não é um teste psicológico, trata-se de uma ferramenta para diagnóstico organizacional, possibilitando tomada de decisão pelos gestores. A permissão para o uso foi concedida pelos autores da validação (Anexo B).

A escolha de tal instrumento se deu por se tratar de uma escala generalizada, focada no aspecto ocupacional. O fato de ser auto-aplicada e de fácil entendimento contribuiu para a sua escolha. Além disso, há diversos estudos que a utilizaram, contribuindo assim para a discussão e comparação dos dados.

O WHOQOL-BREF é um instrumento da Organização Mundial de Saúde (OMS), que avalia a qualidade de vida, validado e traduzido para o português por Fleck e colaboradores em 1999 (Anexo C). Possui 26 questões, sendo as duas primeiras de caráter geral e as outras 24 representam as 24 facetas do instrumento original (WHOQOL-100). Ele avalia quatro domínios: físico (dor, desconforto, energia, sono e repouso); psicológico (Sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência); relações sociais (relações pessoais, suporte pessoal e atividade sexual) e meio ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidado com a saúde e social, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, ambiente físico e transporte).

As respostas das 26 questões são obtidas através da escala tipo Likert com pontuação variando de 1 a 5. Os escores de qualidade de vida podem variar de 0 a 100. Quanto maior o escore, maior a qualidade de vida (FLECK et al., 2000).

Para obtenção dos escores de cada domínio foi utilizada a sintaxe do WHOQOL-BREF, disponibilizado pelo autor (Anexo D).

Optamos pelo uso do WHOQOL-BREF, devido a sua abordagem generalizada e por se tratar de um instrumento reconhecido e utilizado

mundialmente. A sua ampla utilização facilitou a comparação e discussão dos dados encontrados no presente estudo.

6.5 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi viabilizada pelo contato previo com o gerente ou enfermeiro responsável por cada equipe de saúde da família. Nesse momento foram agendados melhor dia e horário para a realização da coleta de dados.

Nas datas marcadas foram abordados todos os sujeitos presentes na unidade; foi feito o esclarecimento sobre a pesquisa, com os objetivos e instruções para o preenchimento correto do instrumento utilizado, além de explicar o quão importante era a participação de cada indivíduo para o estudo.

Assim, para aqueles que atendiam os critérios de inclusão e que aceitaram participar do estudo, foram entregues duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E), sendo solicitada a assinatura, ficando uma cópia com o pesquisador (arquivo) e outra cópia com o sujeito da pesquisa. Os instrumentos foram auto-respondidos.

Os profissionais preencheram o instrumento no local de trabalho e em situação de privacidade. O pesquisador aguardou no local o preenchimento do mesmo e, em algumas situações, o instrumento foi deixado nas mãos dos profissionais e agendado um retorno para o recolhimento. O tempo aproximado para o preenchimento foi de 20 a 30 minutos.

6.6 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados em planilhas do Microsoft Office Excel, em dupla entrada, e validados. Posteriormente, para análise dos dados foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.

6.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para o alcance dos objetivos 1 e 2, foi realizada uma análise descritiva das variáveis, como média, mediana, desvio padrão, valores de mínimo e máximo. O mesmo procedimento foi repetido para identificar o escore total de estresse, assim

como, das 23 questões que compõem a EET.

Para o objetivo 3, utilizou-se a sintaxe do WHOQOL-BREF para chegar ao escore individual de cada domínio, com posterior análise descritiva para identificação do escore médio para cada domínio.

Para comparação das variáveis numéricas sociodemográficas e função entre os escores de qualidade de vida e estresse foram realizados o Teste T para as variáveis com dois grupos e o ANOVA para as variáveis com mais de dois grupos, contemplando o objetivo 4.

Para analisar o objetivo 5 foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson. Após realização das análises univariadas foram realizadas 4 regressões lineares múltiplas contemplando cada uma um dos domínios de qualidade de vida com as variáveis: sexo, idade, função, estresse geral e número de vínculos empregatícios.

O nível de significância adotado para as análises foi de 5%, portanto $p \leq 0,05$.

6.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Protocolo 2244), e somente após sua aprovação teve início o procedimento de coleta dos dados (Anexo F).

Além da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, o projeto foi encaminhado e autorizado pela Secretária Municipal de Saúde de Uberaba, com o objetivo de aprovar a coleta de dados nas Unidades Básicas de Saúde (Anexo G).

Para participar da pesquisa os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi garantido o seu anonimato e confidencialidade dos dados.

O risco de perda da confidencialidade foi minimizado através da utilização de números para a identificação dos questionários e os dados divulgados na forma de consolidados.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

7.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO: VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS

Considerando o número total de 541 profissionais vinculados à Estratégia de Saúde da Família de Uberaba-MG, no período de abril a junho de 2012, 431 participaram da pesquisa (79,67%), 33 (6,1%) recusaram 14 (2,58%), estavam de férias, 44 (8,14%) estavam afastados por motivo de saúde e 19 (3,51%) não responderam após três tentativas.

Dentre os 431 profissionais, a maioria era do sexo feminino, 379 (87,9%) (Tabela 1). Outros estudos realizados com equipes de saúde família apresentaram resultados semelhantes (CAMELO, ARGERANI, 2007; TRINDADE, LAUTERT, 2010; MARQUI et al., 2010; MEDEIROS et al., 2011). Tais resultados evidenciam a feminilização dos profissionais de saúde vinculados à ESF. Esse fenômeno pode estar associado à mudança econômica ocorrida no Brasil na década passada, impulsionando a mulher para o mercado de trabalho (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010). Como a área da saúde está vinculada à prestação de cuidado ao outro, e sendo esse ato visto pela população em geral como inerente ao sexo feminino, as mulheres tendem a escolher esse tipo de trabalho.

A média de idade encontrada foi de 37,98 anos (DP: +/- 11,32), mediana de 37 anos, apresentando mínimo de 19 anos e máximo de 73 anos. A faixa etária predominante foi de 30 | 40 anos (28,30%), seguida de 20 | 30 anos (24,8%) e 40 | 50 anos (23,2%), (Tabela 1).

Em estudo realizado sobre caracterização e processo de trabalho das equipes de saúde da família, a faixa etária predominante foi de 19 a 30 anos (MARQUI et al., 2010). Estudo realizado na Paraíba corrobora com o mesmo achado (MEDEIROS et al., 2011).

Em avaliação realizada pelo Ministério da Saúde verificou-se que as equipes de saúde da família apresentaram concentração em duas faixas etárias: até 30 anos e maior que 45 anos, diferindo do encontrado nesse estudo (BRASIL, 2002b).

Resultado com faixa etária predominante superior a 30 anos foi encontrado em estudo realizado em Ribeirão Preto (SP) (CAMELO, ARGERANI, 2007), outro estudo, realizado no Rio Grande do Sul, apresentou média de idade de 36,94 anos

(DP: 9,3) (TRINDADE, LAUTERT, 2010), ambos similares ao encontrado no presente estudo.

Essa realidade permite afirmar que os profissionais possuem uma experiência maior de vida e de trabalho, subentendendo um maior preparo dos mesmos para a realização das atividades propostas pela ESF.

Prevaleceram os profissionais que se declararam casados, 187 (43,4%), confirmando os achados encontrados em trabalhadores da ESF de um município do Rio Grande do Sul (TRINDADE, LAUTERT, 2010) (Tabela 1). Esse achado pode estar relacionado à predominância de idade superior a 30 anos. Podemos concluir com isso que o número de tarefas para esses profissionais é maior, visto que eles deverão aliar as tarefas e responsabilidades do trabalho e familiar, sem que haja prejuízo para ambos. Essa conciliação influencia na permanência do profissional junto à equipe de saúde da família (MEDEIROS et al., 2010).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos profissionais das equipes de saúde da família da zona urbana e rural do município de Uberaba-MG, 2012.

Variáveis	n (n=431)	%
Sexo		
Feminino	379	87,9
Masculino	52	12,1
Faixa etária		
<20	5	1,2
20 30	107	24,8
30 40	122	28,3
40 50	100	23,2
50 60	52	12,1
≥ 60	14	3,2
Estado Civil		
Solteiro(a)	139	32,3
Casado(a)	187	43,4
Desquitado(a)	7	1,6
Divorciado(a)	36	8,5
Viúvo(a)	5	1,2
União estável	52	12,1
Não responderam	5	1,2
Escolaridade		
Ensino Fundamental	17	3,9
Ensino Médio	260	60,7
Graduação	63	14,7
Especialização	82	19,2
Mestrado	6	1,4

Fonte: Coleta de dados realizada pela autora, 2012.

Quanto à categoria profissional, houve a predominância de ACS, 244 (56,6%), fato esperado devido ao número de profissionais dessa categoria ser em maior quantidade, sendo previsto pelo Ministério da Saúde em sua Política Nacional de Atenção Básica o mínimo de cinco a seis ACS por equipe de saúde da família (BRASIL, 2011b), seguido pelos enfermeiros, 45 (10,40%), e técnicos de enfermagem, 43 (10%) (Tabela 2).

A maioria de ACS justifica também a predominância de profissionais com ensino médio concluído, 260 (60,7%) (Tabela 1). Destaca-se que 82 (19,2%) profissionais apresentaram especialização concluída. Esse dado mostra o interesse dos profissionais pela busca de aperfeiçoamento e crescimento na profissão. Estudo realizado no Rio Grande do Sul mostra que os profissionais estão se especializando em áreas que facilitam o trabalho junto às equipes de saúde da família (MARQUI et al., 2010).

Entende-se que a especialização e os cursos de atualização devem ser estimulados pelos gestores da ESF, já que os mesmos são uma maneira de atualização dos profissionais. Assim poderão exercer suas funções com maior conhecimento, proporcionando um atendimento especializado e de qualidade para a comunidade.

A quantidade de vínculos empregatícios predominante foi de um, 371 (86,1%) profissionais (Tabela 2). Os médicos apresentaram maior média de vínculos, 1,56 (DP: 0,82), seguido pelos técnicos de enfermagem, 1,34 (DP: 0,53), enfermeiros, 1,11 (DP: 0,32), ACS, 1,08 (DP: 0,35), ACD, 1,06 (DP: 0,25) e dentistas, 1,06 (DP: 0,24).

A carga horária de trabalho dos profissionais vinculados à ESF é de 40 horas semanais, ou seja, 8 horas diárias. Esse fato influencia na alta taxa de profissionais com um vínculo empregatício. Em estudo realizado em uma cidade do México, com trabalhadores da saúde da Secretaria Municipal de Saúde, verificou-se que 74,2% estavam vinculados a apenas uma jornada de trabalho (PEDRAZA et al., 2011).

Mesmo assim, quando observado a média de vínculos, os médicos e a equipe de enfermagem apresentaram maiores médias. Estudo realizado sobre a qualidade de vida de médicos vinculados à ESF descreveu que 43,8% tinham dois ou mais vínculos empregatícios (MIRANZI et al., 2010). Profissionais da equipe de enfermagem de um Centro Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (RJ) (n = 34),

quando questionados sobre o número de vínculos empregatícios, afirmaram possuir mais de um emprego (20 indivíduos) (FARIAS; ZEITONE, 2007).

O fator que gera essa jornada extra de trabalho é a necessidade de complementação da renda familiar (TRINDADE; LAUTERT, 2010). A possibilidade de realização de plantões em hospitais e unidades de pronto atendimento no período noturno e durante finais de semana, e no caso dos médicos o atendimento nos consultórios particulares após o expediente de trabalho, proporcionam a essas categorias a dupla jornada de trabalho, característica comum aos profissionais da área da saúde.

As jornadas de trabalho extras podem levar a uma sobrecarga de trabalho, contribuindo para a realização de um trabalho tecnicista (MEDEIROS et al., 2011), voltado somente para o cumprimento de ações técnicas, prejudicando as atividades que envolvem uma assistência integral, resolutiva e de qualidade.

Como modalidade predominante de entrada no serviço, destacou-se o processo seletivo, 392 (91%) (Tabela 2), o mesmo se repete em outros estudos onde foram identificados o contrato temporário e o vínculo celetista/CLT como predominantes na contratação dos profissionais pertencentes às equipes de saúde da família (MEDEIROS et al., 2011; MARQUI et al., 2010).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, a contratação temporária e terceirizada vem sendo uma tendência no SUS, principalmente na Estratégia Saúde da Família. Isso porque com esse tipo de contratação os encargos de direito dos funcionários, como FGTS, férias, décimo terceiro, não são garantidos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002).

Esse tipo de vínculo ocasiona uma instabilidade na carreira profissional desses trabalhadores. Essa característica é uma das principais responsáveis pela alta rotatividade dos profissionais das equipes de saúde da família (CANESQUI; SPINELLI, 2008). Consequentemente, ocorre um prejuízo no desenvolvimento das ações características da ESF, onde o vínculo com famílias e comunidade é imprescindível para um atendimento individual, humanizado e resolutivo.

O tempo de serviço dos profissionais nas equipes de saúde da família mais frequente foi de 1 - 5 anos, 213 (53,5%) (Tabela 2), apresentando um mínimo de 0,06 anos, máximo de 12,9 anos e média de 3,78 anos (DP: 4,11). Nessa análise foram excluídos os dentistas (33), pois alguns consideraram a data de sua entrada

na Secretária Municipal de Saúde, por meio de concurso. Tais profissionais foram desviados para ESF logo após sua implantação.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados com equipes de saúde da família do estado do Ceará (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010), nas cidades de João Pessoa (PB) (ROSENSTOCK; SANTOS; GUERRA, 2011) e Porto Alegre (RS) (TRINDADE, 2007).

Quando considerados outros locais de trabalho, encontramos que médicos intensivistas pediátricos e neonatais apresentaram tempo médio de trabalho de 7,17 (DP: 6,89) (FOGAÇA; CARVALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2010). Em um Centro Municipal de Saúde localizado no Rio de Janeiro (RJ), a faixa de anos trabalhados pela equipe de enfermagem foi de 10 a 19 anos (FARIAS; ZEITOUNE, 2007). Ambos apresentaram resultados maiores do que o encontrado no presente estudo.

Esses dados apontam uma significativa rotatividade dos profissionais, considerando que a ESF foi implantada em 1994 no país. Problemas para os gestores podem aparecer, devido ao investimento para qualificação desses profissionais, além da dificuldade de manutenção do vínculo entre profissional e família/comunidade, o que gera perdas na qualidade da assistência prestada.

Acredita-se que baixos salários, infraestrutura inadequada, falta de capacitação para a realização das atividades da ESF, tipo de contrato e falta de perfil contribuam com a alta rotatividade dos profissionais. Em estudo realizado com médicos das equipes de saúde da família, confirma-se essa hipótese, sendo os principais fatores que contribuem para a rotatividade a falta de capacitação, falta de material para a realização do trabalho e o meio ambiente físico da unidade (CAMPOS; MALIK, 2008).

Outro estudo, agora com todos os profissionais vinculados a ESF, apontou que o tipo de vínculo contribui para o aumento da rotatividade (GIL, 2005).

Cabe aos gestores estimular e propiciar a capacitação dos profissionais de saúde da família, além de melhorar as condições de trabalho e materiais. A reformulação do modo de contratação dos profissionais deve ser revisto pelo Ministério da Saúde e Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de contribuir com o aumento da permanência dos mesmos e, assim, garantir melhor qualidade de assistência prestada à população.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis profissionais dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.

Variáveis	n (n=431)	%
Função		
ACS	244	56,6
ACD	32	7,4
Técnico de enfermagem	43	10,0
Enfermeiro(a)	45	10,4
Médico(a)	34	7,9
Dentista(a)	33	7,7
Número de vínculos		
Um	371	86,1
Dois	39	9,0
Três	10	2,3
Quatro	1	0,2
Não responderam	10	2,3
Entrada no serviço		
Concurso Público	36	8,4
Processo seletivo	392	91,0
Não responderam	3	0,7
Tempo de serviço (anos)		
≤ 1	70	19,0
1 5	213	53,5
5 10	41	11,1
>10	44	12,0
Não responderam	30	7,5
Tempo de trabalho com o mesmo gerente (anos)		
≤ 1	213	49,4
1 2	134	31,1
2 3	58	13,5
>3	24	5,6
Não responderam	2	0,5

Fonte: Coleta de dados realizada pela autora, 2012.

O tempo de trabalho com o mesmo gerente teve maior porcentagem no grupo ≤ 1 ano, 213 (49,4%), com o mínimo de 0,1 ano, máximo de 6 anos e média de 1,57 anos (DP: 1,04) (Tabela 2).

Com esses resultados observamos que a rotatividade dos gerentes de cada equipe de saúde da família é maior do que a dos profissionais. Essa característica dificulta o processo de trabalho das equipes visto que atualmente a supervisão de trabalho apresenta a perspectiva de permitir que as próprias equipes analisem a sua prática e descubram os resultados (MATUMOTO et al., 2005). O gerente fica como mediador dessa ação e, portanto, deve ter o conhecimento de sua equipe e da comunidade em que está inserido.

Em um trabalho realizado na mesma cidade do presente estudo, a rotatividade dos gerentes das equipes de saúde da família já é um problema. Estes apresentam uma instabilidade no trabalho e com isso não realizam suas atividades de maneira resolutiva e esperada. Há centralização e grande controle das ações pela SMS; com isso a realização de atividades conforme a necessidade local fica esquecida, pois a prioridade são as atividades propostas pela SMS, que nem sempre são prioridade/necessidade local (MELO; GOULART; TAVARES, 2011).

7.2 ESTRESSE OCUPACIONAL

Nessa seção serão abordadas as questões relacionadas ao estresse ocupacional dos profissionais das equipes de saúde da família, como a identificação do nível de estresse ocupacional e dos principais fatores estressores, e a associação com as variáveis sociodemográficas e profissionais.

7.2.1 Identificação do nível de estresse ocupacional

Considerando a EET, o escore de estresse obtido foi de 2,43, com um desvio padrão de 0,74, escore mínimo de 1 e escore máximo de 4,41. A consistência interna do mesmo foi calculada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach, tendo como resultado 0,94. O coeficiente de Cronbach apresentou um resultado satisfatório ($> 0,70$) garantindo a boa consistência interna do instrumento na população do estudo.

Em estudo realizado com profissionais que trabalham em restaurantes públicos e privados encontrou-se escores de 2,90 (DP: 0,92) e 2,74 (DP: 0,66), respectivamente (VISENTINI et al., 2010). Com profissionais da tecnologia da informação, o escore encontrado foi 2,78 (SERVINO, 2010). Tais estudos apresentaram maiores níveis de estresse do que a população desse estudo.

A aplicação do mesmo instrumento em profissionais do setor elétrico mostrou resultado próximo ao encontrado no presente estudo, 2,3 (DP = 0,7) (MARTINEZ; LATORRE, 2009). O mesmo aconteceu com estudo realizado com bancários, onde o escore médio encontrado foi de 2,49 (DP = 0,6) (TAMAYO, 2007).

Os trabalhadores das equipes de saúde da família apresentaram escore de estresse intermediário, não distante do encontrado em outras profissões, sendo até menor do que alguns estudos encontrados.

Analisando os 23 itens da EET separadamente, observamos que o item 16 (As poucas perspectivas de crescimento na carreira tem me deixado angustiado) apresentou maior escore, 3,29 (DP: 1,36), seguido do item 5 (Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais), 3,00 (DP: 1,11) e do item 13 (Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional), 2,92 (DP: 1,20) (Tabela 3). Esses escores mostram os principais fatores estressores identificados pelos profissionais das ESF.

Evoluir na carreira profissional proporciona sentido ao trabalho, e quando não ocorre traz uma preocupação para os profissionais. As chances de promoção na carreira são almeçadas por todos os profissionais, pois com ela está presente a conquista de melhores salários e, conseqüentemente, a chance de adquirir bens tão sonhados durante sua vida, além de melhora da qualidade de vida (MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007). Com isso, pode-se concluir que os profissionais das equipes de saúde da família possuem poucas chances de elevação hierárquica na carreira profissional, o que causa sentimentos de preocupação quanto ao seu futuro e planos de vida.

Trabalhadores de tecnologia da informação apresentaram como segundo maior escore médio a deficiência nos treinamentos e capacitação profissional, 3,38 (DP = 1,43), logo seguido da deficiência das divulgações organizacionais, 3,34 (DP = 1,30) (SERVINO, 2010). Resultado semelhante ao encontrado nesse estudo, onde os mesmos fatores aparecem entre os três fatores com maiores escores médios de estresse.

A deficiência na divulgação de informações organizacionais é um fator estressor preocupante. Isso pode causar sentimentos de inutilidade, de falta de compromisso da gestão para com o profissional, além de caracterizar como um ato desumanizador devido ao profissional não ter o conhecimento do que ocorre no seu próprio local de trabalho.

Além disso, há deficiência de feedback dos indicadores produzidos, já que o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é centralizado na SMS. Isso

atrapalha a gestão local e o planejamento de ações de saúde focadas nos problemas encontrados.

Manter um bom relacionamento no local de trabalho é fundamental para uma assistência de qualidade, visto que o modo como os profissionais são tratados pela gestão afetará o processo de trabalho e o comprometimento desses profissionais com o trabalho realizado (SILVA; YAMADA, 2008). Se os profissionais tiverem conhecimento das decisões organizacionais, eles se sentirão importantes para o funcionamento da empresa, conseqüentemente se dedicarão mais ao seu trabalho.

Muitas decisões e ações planejadas tem sido elaboradas por profissionais que ocupam níveis hierárquicos elevados, deixando assim os profissionais que realizam as atividades junto a comunidade, alienados as decisões dos superiores. Essa realidade mostra uma visão errada, que implica em uma incapacidade dos profissionais de saúde de decidirem sobre o planejamento das ações (FARIA, et al., 2009).

Essa é uma atitude equivocada já que a aquisição de conhecimentos e capacidades pelos profissionais da saúde é um fator importante no desenvolvimento do processo de trabalho, proporcionando melhora na produtividade, satisfação, realização pessoal dos profissionais e usuários (FARIA, et al., 2009).

A capacitação profissional, assim como o crescimento na carreira, dá sentido ao trabalho. Ela possibilita a exploração de todo o seu potencial, dando maior importância para o seu trabalho dentro da equipe (MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007).

A educação continuada é uma das atividades de capacitação que deve ser contínua no processo de trabalho das equipes de saúde da família, já que os problemas são muito dinâmicos na comunidade e os profissionais devem estar preparados para lidar com tais situações. Além do mais ela garante a construção da concepção de equipe e o aumento do vínculo com a população através do envolvimento de todos os profissionais da saúde no planejamento da mesma (BRASIL, 1997).

Tabela 3 – Distribuição das medidas de centralidade e dispersão dos 23 itens da Escala de Estresse no Trabalho.

Itens da EET	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
1-A forma como as tarefas são distribuídas.	2,73	3	1,05	1	5
2 O tipo de controle existente.	2,67	3	1,11	1	5
3-A falta de autonomia.	2,64	3	1,10	1	5
4- Falta de confiança de meu superior.	2,12	2	1,17	1	5
5-Deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais.	3,00	3	1,11	1	5
6-Falta de informações sobre minhas tarefas.	2,36	2	1,26	1	5
7-Falta de comunicação entre mim e meus colegas.	2,19	2	1,06	1	5
8-Superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho.	2,15	2	1,35	1	5
9-Ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade.	2,67	2	1,31	1	5
10-Trabalhar durante muitas horas seguidas.	2,30	2	1,18	1	5
11-Comunicação existente entre mim e meu superior.	2,04	2	1,06	1	5
12-Discriminação/favoritismo.	2,66	2	1,32	1	5
13-Deficiência nos treinamentos para capacitação profissional.	2,92	3	1,20	1	5
14-Sentir isolado na organização.	2,00	2	0,98	1	5
15-Pouco valorizado por meus superiores.	2,53	2	1,28	1	5
16-Poucas perspectivas de crescimento na carreira.	3,29	3	1,36	1	5
17-Trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade.	2,23	2	1,09	1	5
18-Competição no ambiente de trabalho	2,18	2	1,13	1	5
19-Falta de compreensão sobre quais são minhas responsabilidades.	2,52	2	1,14	1	5
20-Superior dar ordens contraditórias.	2,19	2	1,17	1	5
21-Superior encobrir o trabalho bem feito diante de outras pessoas.	2,05	2	1,68	1	5
22-Tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho.	2,52	2	1,13	1	5
23-Superior evitar incumbir de responsabilidades importantes.	1,90	2	0,87	1	5

Fonte: Coleta de dados realizada pela autora, 2012.

7.2.2 Estresse ocupacional e as variáveis sociodemográficas e profissionais

Para realização da análise bivariada entre o estresse e as variáveis profissionais (número de vínculos, tempo de serviço e tempo de trabalho com o mesmo gerente) e sociodemográficas foram consideradas associações significativas quando $p \leq 0,05$. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis profissionais (Tabela 4).

Profissionais de uma unidade de internação não apresentaram diferença significativa no nível de estresse, quando considerado o número de vínculos empregatícios, corroborando com o presente estudo (SILVA; YAMADA, 2008).

Isso evidencia que o fator estressor sobrecarga de trabalho não tem influência para a população estudada.

Em relação ao tempo de serviço, podemos entender que com o passar dos anos os profissionais das equipes de saúde da família vão adquirindo experiência e maturidade para lidar com os imprevistos que acontecem em seu local de trabalho, diminuindo a percepção de estresse (GOULART JUNIOR; LIPP, 2008).

A alta rotatividade dos gerentes não foi um fator estressor para a população do estudo. Acredita-se que essa rotatividade já é uma característica da ESF do município, por se tratar de um cargo de confiança onde não há estabilidade (MELO; GOULART; TAVARES, 2011).

Tabela 4 – Correlação entre estresse no trabalho com tempo de serviço, tempo de serviço com o mesmo gerente e número de vínculos empregatícios, dos profissionais das equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.

	Escore de estresse	
	r	p*
Número de vínculos	0,05	0,32
Tempo de serviço	0,06	0,24
Tempo de trabalho com o mesmo gerente	0,06	0,23

Fonte: Coleta de dados realizada pela autora, 2012.

*Correlação de Person

Quando comparadas as médias do estresse entre o sexo ($p = 0,43$; $t = 0,79$), faixa etária ($p = 0,12$) e estado civil ($p = 0,42$) também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Em estudo realizado com profissionais de uma unidade de internação houve diferença entre o escore de estresse quando comparado entre os sexos, sendo as mulheres detentoras do maior escore (SILVA; YAMADA, 2008), resultado diferente

do encontrado no presente estudo, onde sexo feminino apresentou menor escore médio de estresse, 2,42 (DP = 0,75), quando comparado com o sexo masculino, 2,51 (DP = 0,68), mesmo não apresentando diferença estatisticamente significativa.

Devido ao local do estudo ser uma cidade do interior e as tradições estarem muito presentes na vida da população local, os homens ainda são considerados os maiores provedores da renda familiar e, por isso, sofrem maiores pressões pela missão de garantir o sustento de sua família.

Profissionais das Equipes de Saúde da Família de Porto Alegre (RS) foram investigados quanto à Síndrome de Burnout. As variáveis sexo e estado civil não apresentaram associação com os dados do inventário de Burnout, corroborando com o presente estudo. Já a faixa etária apresentou associação, os profissionais mais jovens apresentaram maiores taxas da Síndrome de Burnout (TRINDADE, 2007).

Outro estudo realizado com enfermeiros de um hospital de ensino apresentou diferença significativa quando comparados com a faixa etária evidenciando que, quanto maior a idade, maiores eram os riscos para o estresse (MONTANHOLI; TAVARES; OLIVEIRA, 2006), diferenciando do presente estudo.

Mesmo não apresentando diferença significativa no presente estudo, houve uma tendência de quanto menor a faixa etária maior o escore médio de estresse, como podemos observar a seguir: < 20 anos, 2,68 (DP = 0,56); 20 a 29 anos, 2,36 (DP = 0,75); 30 a 39 anos, 2,55 (DP = 0,76); 40 a 49 anos, 2,4 (DP = 0,75); 50 a 59 anos, 2,25 (DP = 0,66); e 60 anos ou mais, 2,26 (DP = 0,57). Esse achado pode ser explicado devido ao pouco tempo de inserção desses profissionais nas equipes de saúde da família, à instabilidade no emprego e à falta de capacitação para a realização das atividades da ESF, fatores geradores de insegurança profissional. Segundo Goulart Júnior e Lipp (2008), a experiência profissional acumulada durante os anos, contribui para lidar com as desventuras provenientes da carreira profissional.

Em estudo realizado com profissionais da equipe de saúde da família do Rio Grande do Sul foi observado resultado semelhante em relação ao estado conjugal (TRINDADE; LAUTERT, 2010). A presença da família na vida dos profissionais não influenciou na presença de estresse ou não.

Levando em consideração as categorias profissionais é possível observar que os ACD apresentaram menor nível de estresse, 2,25 (DP: 0,71), enquanto isso os

enfermeiros obtiveram o maior nível de estresse 2,56 (DP: 0,71). Ao realizar a análise de variância (ANOVA) a um fator não foi detectada diferença estatística significativa ($p = 0,52$) (Tabela 5).

Mesmo não apresentando diferença significativa, os enfermeiros apresentaram maior escore médio de estresse. Em estudo realizado com os profissionais das equipes de saúde da família de Ribeirão Preto (SP), a categoria enfermeiro apresentou situação de risco para o estresse (CAMELO; ARGERAMI, 2004).

Podemos atribuir esse fato à grande diversidade de tarefas sob a responsabilidade desses profissionais. Suas atividades vão dos procedimentos específicos da enfermagem, até a organização de grupos para a comunidade, divisão de tarefas entre os membros da equipe e questões burocráticas e administrativas como a alimentação do SIAB, causando assim uma sobrecarga de trabalho para esses profissionais (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2008). Além disso é de responsabilidade do enfermeiro a organização de educação permanente para os ACS, organização do processo de trabalho da ESF, acolhimento, entre outros.

Tabela 5 – Comparação do nível de estresse com a função desenvolvida na Estratégia Saúde da Família, Uberaba-MG, 2012.

Função	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	p*
ACS	1,00	4,71	2,40	0,77	
ACD	1,00	4,30	2,25	0,71	
Técnico de Enfermagem	1,35	4,13	2,50	0,62	0,52
Enfermeiro	1,00	4,35	2,56	0,71	
Médico	1,61	4,30	2,50	0,63	
Dentista	1,00	4,43	2,45	0,82	

Fonte: Coleta de dados, realizada pela autora, 2012.

*Análise de variância (ANOVA) a um fator.

Quando realizada comparação entre os três itens com maiores escores médios de estresse e as categorias profissionais, observamos que no item relacionado à perspectiva de crescimento profissional (EET 16) não houve diferença estatística significativa ($p=0,35$), sendo que o maior nível de estresse estava presente entre os ACD, 3,41 (DP: 1,34), logo seguido pelos ACS, 3,39 (DP: 1,38). Já o menor nível de estresse nesse item foi encontrado na categoria dentista, 3,00 (DP: 1,41) (Tabela 6).

A dificuldade de crescimento profissional é um fator estressor para todas as categorias profissionais, ou seja, independente de sua formação todas as categorias profissionais estudadas almejam o crescimento profissional e estão preocupadas com a baixa perspectiva de elevação hierárquica profissional ou plano de carreira.

Podemos observar nesse item, que embora não haja diferença estatisticamente significativa houve uma distinção entre profissionais que necessitam de curso superior para realizar suas funções (enfermeiro, médico e dentista) dos demais profissionais (ACS, ACD e técnico de enfermagem), (Tabela 6).

No item relacionado à divulgação de decisões organizacionais (EET 5), também não houve diferença estatisticamente significativa, $p=0,16$. Os médicos apresentaram o maior nível de estresse nesse item, 3,39 (DP: 1,27), enquanto os técnicos de enfermagem apresentaram menor nível de estresse no item, 2,84 (DP: 0,95) (Tabela 6).

Ao realizar o agrupamento das funções Enfermeiro, Médico e Dentista, e um segundo agrupamento das funções ACS, ACD e técnico de enfermagem, pode-se observar diferença estatisticamente significativa quando realizada a comparação entre esses dois grupos ($p= 0,012$; $t= -2,54$). O grupo com ensino superior obrigatório apresentou maior nível de estresse 3,23 (DP: 1,15) quando comparado às funções que não necessitam de curso superior, 2,92 (DP: 1,09).

Em estudo realizado com profissionais da saúde mental com ensino superior da Cróacia encontrou-se dados superiores da Síndrome de Burnout quando há uma deficiência de comunicação entre os profissionais da equipe e os seus superiores (OGRESTA; RUSAC; ZOREC, 2008).

Na comparação do item relacionado à deficiência nos treinamentos para capacitação profissional (EET 13), observamos diferença estatisticamente significativa, $p<0,001$. Os ACS apresentaram o menor nível de estresse, 2,68 (DP: 1,19) enquanto os dentistas apresentaram o maior nível de estresse, 3,58 (DP: 1,12) (Tabela 6).

Em estudo realizado com enfermeiros vinculados à ESF, a importância da capacitação foi citada como importante estratégia de permanência dos enfermeiros, além de ampliar os conhecimentos para o atendimento da comunidade (BARBOSA; AGUIAR, 2008).

Tabela 6 – Comparação dos três itens da escala de estresse no trabalho, que apresentaram maiores escores, com a função exercida pelos profissionais nas equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.

	EET16		EET 5		EET13	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
ACS	3,39	1,38	2,95	1,11	2,68	1,19
ACD	3,41	1,34	2,88	1,16	3,13	1,31
Técnico de enfermagem	3,09	1,21	2,84	0,95	3,12	1,16
Enfermeiro(a)	3,02	1,37	3,13	1,14	3,04	1,06
Médico(a)	3,33	1,41	3,39	1,06	3,39	1,12
Dentista	3,00	1,41	3,21	1,27	3,58	1,12
p*	0,35		0,16		< 0,001	

Fonte: Coleta de dados realizada pela autora, 2012.

*Medida de variância (ANOVA) a um fator.

Considerando essa diferença estatisticamente significativa no item EET 13, foram realizadas comparações múltiplas, seguindo o critério de Bonferroni, onde foram indicadas as diferenças significativas entre as categorias profissionais ($p < 0,05$) (Tabela 6).

Contudo, foi observada diferença estatisticamente significativa entre as categorias ACS e médico, $p = 0,016$; e entre ACS e dentista, $p < 0,001$. Sendo que os médicos, 3,39 (DP: 1,12) e dentistas 3,58, (DP: 1,12) apresentaram maiores níveis de estresse do que os ACS, 2,68 (DP: 1,19). Ou seja, tais profissionais se sentem mais estressados pela falta de treinamentos para a capacitação dos profissionais das ESFs, (Tabela 7).

Médicos vinculados à equipe de saúde da família sentem-se mais satisfeitos quando estão capacitados para a realização do seu trabalho, sendo um dos fatores contribuintes para os menores índices de rotatividade (CAMPOS; MALIK, 2008).

Em estudo realizado com dentistas da ESF de Florianópolis (SC), a falta de capacitação profissional foi relatada como um problema de gestão. Concluiu-se que a assistência odontológica avança, mas os profissionais não acompanham essa melhoria devido à falta de incentivo de capacitação para novas práticas (GONÇALVES; RAMOS, 2010).

O estímulo à capacitação é um dos preceitos da atenção básica, sendo de responsabilidade das três esferas governamentais: municipal, estadual e federal, realizá-lo (BRASIL, 2011b). Cabe aos gestores identificar as necessidades de seus profissionais e estimular a sua capacitação, oferecendo cursos ou realizando acordos com universidades para solucionar tais lacunas de conhecimento. Assim, as

práticas serão mais seguras, os profissionais sentir-se-ão mais seguros e com menores níveis de estresse e, conseqüentemente, melhor assistência aos cidadãos.

Tabela 7 – Comparação entre o item 13 (Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional) da escala de estresse no trabalho com a função exercida nas equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.

	Função	p
ACS	ACD	0,65
	Técnico de enfermagem	0,37
	Enfermeiro	0,83
	Médico	0,016
	Dentista	< 0,001
ACD	Técnico de enfermagem	1,00
	Enfermeiro	1,00
	Médico	1,00
	Dentista	1,00
Técnico de enfermagem	Enfermeiro	1,00
	Médico	1,00
	Dentista	1,00
Enfermeiro	Médico	1,00
	Dentista	0,73
Médico	Dentista	1,00

Fonte: Coleta de dados realizada pela autora, 2012.

7.3 QUALIDADE DE VIDA

Nessa sessão serão abordados os escores de qualidade de vida de acordo com os domínios físico, psicológico, social e ambiental do WHOQOL-BREF, sua comparação e relação com as variáveis sociodemográficas e profissionais, e a relação com o estresse ocupacional dos trabalhadores das equipes de saúde da família.

7.3.1 Identificação dos escores de Qualidade de vida

Na Tabela 8, estão descritos os escores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF, expostos através do escore mínimo, máximo, mediana, média e desvio padrão. Além da medida de consistência interna representada pelo α de Cronbach.

O α de Cronbach foi calculado para cada domínio e apresentou índices satisfatórios ($> 0,7$), atestando boa consistência interna do instrumento na população do estudo, (Tabela 8).

Observamos que o domínio ambiental apresentou menor escore médio, 57,14 (DP: 13,56) e o domínio social ficou com o maior escore médio de qualidade de vida, 70,37 (DP: 17,19) (Tabela 8). Mesmo apresentando maior escore médio, o domínio social apresentou o menor escore mínimo, 0, de uma escala de 0 a 100.

Compõem o domínio ambiental as questões relacionadas ao ambiente físico, moradia, dinheiro suficiente para suas necessidades, atividades de lazer, meio de transporte e segurança na vida diária.

Em concordância, estudo realizado com as equipes de saúde da família de um município de Santa Catarina, o domínio ambiental também apresentou menor escore médio em relação aos outros domínios (GESSNER, 2006); o mesmo ocorreu em estudo realizado com agentes comunitários de saúde de um município no Paraná (KLUTHCOVSK, 2005).

Profissionais da saúde de uma cidade do México perceberam a baixa remuneração como um fator de insatisfação (PEDRAZA et al., 2011).

A remuneração digna dos profissionais possibilita a sua inserção em atividades sociais, culturais, econômicas dentro do padrão da sociedade onde o indivíduo vive. Walton (1973) apud Pilatti e Bejarno (2005), na primeira categoria para conceituação da qualidade de vida no trabalho, compensação satisfatória e adequada, aponta a remuneração como um dos fatores importantes para qualidade de vida no trabalho.

A garantia de um local de trabalho adequado, seguro e humanizado possibilita um melhor desempenho das atividades profissionais. A falta de condição humana no trabalho gera diminuição da qualidade de vida dos profissionais, já que os mesmos serão vistos como simples peças de trabalho com ausência de uma vida fora do horário de trabalho (ABRANCHES, 2005).

Este domínio também pode ter sido influenciado devido à proposta de trabalhos da ESF, onde há o contato direto com a comunidade e a realidade das famílias adscritas. Portanto, tais profissionais vivenciam conflitos familiares e problemas da comunidade com muita intensidade. Outro risco é a violência urbana durante a realização das atividades externas às UBS, que geralmente estão localizadas em locais periféricos e de maior violência (COSTA; SILVA, 2007).

Devido à caracterização da população ser em sua maioria feminina e casada, além do trabalho na equipe saúde da família há as atividades domésticas e o cuidado da família que, na maioria das vezes, fica a cargo feminino, diminuindo a

disponibilidade de tempo para lazer. Outro fato que contribui é o maior número de vínculos empregatícios de alguns profissionais (KLUTHCOVSK, 2005).

O domínio social apresentou o maior escore médio, sendo composto por questões que envolvem as relações pessoais, a vida sexual e o suporte ou apoio.

O presente estudo demonstra que os profissionais das equipes de saúde da família possuem bom relacionamento no seu cotidiano, incluindo familiares, amigos e colegas de trabalho.

Esse é um fator positivo para o desenvolvimento das atividades dos profissionais visto que a frustração com as relações pessoais pode causar perda do significado de trabalho (MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007).

O bom relacionamento entre os profissionais garante a realização de um trabalho integral, interdisciplinar, em equipe e resolutivo, como é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

Tabela 8 – Medidas de centralidade e dispersão dos escores dos domínios de qualidade de vida (WHOQOL-BREF) dos profissionais das equipes de saúde da família de Uberaba-MG (n=431), 2012.

Domínios WHOQOL-BREF	Mínimo	Máximo	Mediana	Escore médio (DP)	α^*
Físico	21,43	100	67,85	68,11(15,17)	0,79
Psicológico	8,33	100	66,67	65,83(15,30)	0,78
Social	0	100	75,00	70,37(17,19)	0,71
Ambiental	15,63	100	56,25	57,14(13,56)	0,76

Fonte: Coleta de dados realizada pela autora, 2012.

*Medida de consistência interna (α de Cronbach)

7.3.2 Correlação entre qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas e profissionais

Comparando os domínios de qualidade de vida com o sexo, as mulheres apresentaram menores escores, havendo diferença estatisticamente significativa somente no domínio ambiental ($p = 0,047$) (Tabela 9).

Esse dado reforça a condição imposta pela dupla jornada feminina, onde além das atividades profissionais, há os afazeres domésticos e o cuidado com a família, que ainda estão arraigados a mulher, contribuindo para uma percepção negativa da qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2012).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), as mulheres ganham menos, estão submetidas a jornadas duplas ou triplas

de trabalho, estão em profissões mais desvalorizadas e ainda assumem uma posição subalterna em relação ao homem. Isso provoca na mulher maiores chances de transtornos mentais, como por exemplo, a depressão, além de causar grandes impactos na qualidade de vida.

Tabela 9 – Comparação entre as médias dos escores de qualidade de vida em relação ao sexo e número de vínculos empregatícios dos profissionais das equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.

Domínios WHOQOL-BREF	Sexo		p (t)	Possui mais de um vínculo		
	Masculino	Feminino		Não	Sim	p (t)
Físico	70,81	67,73	0,10 (1,64)	68,14	67,48	0,77 (0,28)
Psicológico	68,35	65,48	0,13 (1,55)	65,92	63,58	0,31 (1,01)
Social	70,51	70,34	0,95 (0,06)	70,58	66,83	0,15 (1,14)
Ambiental	60,64	56,65	0,047 (1,99)	57,23	55,81	0,69 (0,48)

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

Correlacionando escores de qualidade de vida com a idade, observamos relação estatística significativa negativa no domínio social (Tabela 10). Podemos inferir que quanto maior a idade pior é a qualidade de vida para o domínio social e vice e versa. Ou seja, as relações pessoais estão ficando insatisfatórias como o aumento da idade.

Em estudo realizado com a equipe de enfermagem de um bloco cirúrgico de um hospital de Londrina (PR), a idade não foi um fator de interferência da qualidade de vida (SCHMIDT, 2004).

A comparação da faixa etária com a qualidade de vida de enfermeiros de diferentes turnos não apresentou diferença significativa, mas quando analisando os escores houve uma tendência de menores escores para maiores idades (MARTINS, 2002).

Silvia e Gunther (2000) afirmam que uma pessoa pode estabelecer diversos papéis durante a vida, sendo alguns vinculados à idade. Portanto, com o avançar da idade é necessária a mudança desses papéis. A flexibilidade quanto a tais mudanças ajudará na construção de papéis conforme a idade, proporcionando satisfação nas suas relações interpessoais.

Na correlação com as variáveis profissionais, tempo de serviço e tempo de serviço com o mesmo gerente, não se encontrou diferença estatisticamente

significativa (Tabela 10). O mesmo aconteceu com o número de vínculos empregatícios (Tabela 10).

Para confirmar a ausência de interferência do número de vínculos na qualidade de vida foi realizada uma comparação entre os profissionais que possuem um vínculo empregatício, e os que possuem dois ou mais (Tabela 9). Os resultados reforçaram a ausência de interferência do número de vínculos empregatícios na qualidade de vida. Contudo, notamos que os profissionais que declararam somente um vínculo empregatício apresentaram maiores escores de qualidade de vida em todos os domínios.

Em estudo realizado com enfermeiros da região sul do Triângulo Mineiro, identificou-se diferença significativa no domínio ambiental, onde os profissionais com mais de um vínculo empregatício apresentaram maiores níveis de qualidade de vida (FERNANDES et al., 2012).

A ausência de diferença significativa nesse estudo para o número de vínculos sugere que apesar da maior carga horária de trabalho os profissionais estão satisfeitos, possivelmente à recompensa adquirida ser maior do que o esforço dispendido para a realização da múltipla jornada de trabalho.

O tempo de serviço com mesmo gerente não foi considerado um fator impactante na qualidade de vida, mesmo com a aparente rotatividade apresentada nesse estudo.

Em estudo realizado com enfermeiros das equipes de saúde da família de Ipatinga (MG), a rotatividade dos gestores gera uma mudança de gestão e conseqüentemente da maneira de condução do trabalho, sempre com influência partidária, interferindo no trabalho da ESF (BARBOSA; AGUIAR, 2008), diferenciando do presente estudo.

O tempo de serviço também não foi considerado importante na determinação da qualidade de vida para dentistas da rede pública de Itajaí (SC) (BITTENCOURT; CALVO; REGIS FILHO, 2007).

Em estudo que buscou investigar a influência do tempo de serviço no clima organizacional, encontrou-se que quanto maior o tempo de serviço, os profissionais tornam-se menos otimistas, mais insatisfeitos com sua remuneração, aumentam os problemas de relacionamento, reclamam mais da pouca participação organizacional, mas ainda possuem expectativas de crescimento. Profissionais no início de carreira

são menos rigorosos na sua avaliação, pois estão em fase de adaptação e muito otimistas quanto ao novo emprego (ALMEIDA et al., 2005)

De acordo com os dados encontrados neste estudo, 66,20% dos profissionais estão vinculados à ESF por um período de cinco anos ou menos, fase essa otimista e com maiores perspectivas de crescimento profissional e, portanto, esses profissionais apresentam boa percepção de qualidade de vida.

Tabela 10 – Correlação entre domínios de qualidade de vida com tempo de serviço, tempo de serviço com o mesmo gerente e número de vínculos empregatícios, dos profissionais das equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.

	Tempo de Serviço		Tempo de Serviço com o mesmo gerente		Número de vínculos empregatícios		Idade	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Físico	0,01	0,84	0,07	0,16	0,06	0,97	-0,02	0,65
Psicológico	0,02	0,72	0,03	0,47	0,05	0,29	0,05	0,28
Social	0,05	0,30	0,05	0,29	0,04	0,35	-0,13	0,01
Ambiental	0,08	0,09	0,02	0,72	0,02	0,64	0,02	0,73

Fonte: Coleta de dados realizada pela autora, 2012.

Quando comparados os domínios de qualidade de vida com a modalidade de entrada no serviço, obtivemos uma diferença estatisticamente significativa no domínio ambiental ($p = 0,042$; $t = 2,038$). Os profissionais que entraram por meio de concurso público apresentaram maior escore médio nesse domínio, 61,54 (DP: 10,61), quando comparados aos profissionais que tiveram sua entrada no serviço através de processo seletivo, 56,73 (DP: 13,73).

Estudos realizados com enfermeiros das equipes de saúde da família da região do Triângulo Mineiro (MG) encontraram resultados semelhantes. O tipo de vínculo existente apresentou valores diferentes de qualidade de vida nas questões relacionadas à espiritualidade, sendo os concursados com melhores escores do que celetistas e outros tipos de vínculos (FERNANDES et al., 2012).

Esse tipo de contrato precário, juntamente com os baixos salários, são motivos de insatisfação e insegurança para os trabalhadores na ESF. Tais fatos prejudicam a implantação e consolidação das ações da ESF (FERNANDES et al., 2012).

A falta de estabilidade prejudica a realização de planejamentos futuros e de longo prazo para a aquisição de bens. Os profissionais diante dessa situação

encaram a ESF como um trabalho temporário, até que se consiga outro com melhores salários e condições de trabalho.

Considerando a função exercida nas equipes de saúde da família, constatou-se que o domínio ambiental apresentou menores escores médios para todas as categorias. O domínio social apresentou os maiores escores, exceto para os profissionais enfermeiros e médicos que tiveram seu maior escore médio no domínio físico, (Tabela 11).

Estudo realizado no Chile, com profissionais da atenção primária à saúde, constatou que o tempo para a realização de atividades pessoais fica muito restrito aos cuidados familiares e em alguns casos para aquisição de outros empregos a fim de complementação da renda familiar (MÉNDEZ; BARRA; PRADINES, 2007).

Profissionais dentistas trabalhadores das equipes de saúde da família do Triângulo Mineiro (MG) relataram insatisfação com os recursos financeiros e o ambiente físico gerador de insegurança, pontos negativos para a qualidade de vida dos mesmos (MIRANZI et al., 2011).

Tabela 11 – Comparação dos escores de qualidade de vida com a função desenvolvida nas equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.

	Físico		Psicológico		Social		Ambiental	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
ACS	67,70	14,64	66,63	15,33	72,13	16,57	55,31	13,79
ACD	63,92	16,90	61,10	18,12	67,70	19,94	53,78	13,75
Técnico de enfermagem	66,30	14,55	64,63	14,12	69,37	15,29	54,79	12,50
Enfermeiro(a)	74,12	15,77	67,40	14,52	69,81	14,78	64,37	12,20
Médico(a)	68,80	15,38	64,33	14,87	64,46	21,74	61,39	11,98
Dentista	67,96	15,88	65,40	15,07	68,05	18,06	62,50	10,85
p*	0,068		0,438		0,148		<0,001	

Fonte: Coleta de dados realizada pela autora, 2012.

*Análise de variância (ANOVA) a um fator.

Em outro estudo com dentistas da ESF foi relatado precariedade no ambiente de trabalho como condições ruins para a esterilização dos materiais e a estrutura física das salas odontológicas com capacidade de mais de um paciente ao mesmo tempo (GONÇALVEZ; RAMOS, 2010).

Os profissionais enfermeiros apresentaram maiores escores médios em todos os domínios de qualidade de vida (Tabela 11).

Como podemos observar na Tabela 11, apenas o domínio ambiental apresentou escores médios diferentes entre as categorias profissionais ($p < 0,001$). De fato, os escores médios para os ACS, ACD e Técnicos de enfermagem foram em média inferiores às demais categorias. A Tabela 12 apresenta as comparações múltiplas, considerando o critério de Bonferroni, para o domínio ambiental, indicando as diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) entre as categorias.

Nas comparações múltiplas observamos diferença estatisticamente significativa entre as categorias profissionais ACS e enfermeiros ($p < 0,001$), ACD e enfermeiros ($p = 0,008$), e técnicos de enfermagem e enfermeiros ($p = 0,01$) (Tabela 12), sendo o maior escore médio dos profissionais enfermeiros (Tabela 11).

Em estudo realizado com a equipe de enfermagem, atuante em bloco cirúrgico, foi avaliada a qualidade de vida apresentando resultados diferentes do presente estudo. A diferença da qualidade de vida dos enfermeiros, em relação ao restante da equipe de enfermagem não foi significativa. Em contrapartida, os enfermeiros apresentaram maior satisfação no trabalho (SCHMIDT, 2004).

Enfermeiros da atenção básica em saúde, em seu discurso, relacionaram a QV à satisfação das necessidades pessoais como relacionamentos profissionais, familiares, sociais, lazer, alimentação, educação, ambiente familiar e profissional agradáveis. Após esse relato, eles se mostraram satisfeitos com sua QV, corroborando os dados encontrados nesse estudo (DAUBERMANN; TONETE, 2012).

Os enfermeiros são considerados os catalisadores de novas políticas e programas voltados para a saúde pública; toda orientação a respeito das inovações na saúde pública são transmitidas a eles. Além de serem vistos pelo restante da equipe como peça indispensável à ESF (BARBOSA et al., 2004).

Juntamente com sua formação voltada para o cuidado individual e coletivo, para a atuação como gerente, na promoção, proteção e recuperação da saúde, a sua capacidade de interação com a comunidade e de reconhecimento das necessidades da população (BACKES; BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2012), os enfermeiros sentem-se mais preparados e com mais informações para a realização das atividades propostas pela ESF.

Os ACS sentem-se ansiosos quando comparado o seu conhecimento com o conhecimento do restante da equipe saúde da família, causando sentimento de

insatisfação com a pouca informação que recebem para a sua atuação (NUNES, et al., 2002).

Não foram encontrados estudos que abordem a qualidade de vida dos ACD, mas devido a sua maior proximidade com os dentistas, podemos inferir que eles possuem a mesma angústia relacionada à pressão de estarem sempre realizando atividades dentro do consultório. Quando há necessidade de realizar as visitas domiciliares, eles sentem-se inseguros e improdutivos devido à falta de informações (GONÇALVES; RAMOS, 2010).

Além disso, mesmo sendo considerada uma das peças-chaves para o funcionamento efetivo da ESF, os ACS, assim como os técnicos de enfermagem e ACD, são os profissionais que possuem menores salários dentro da equipe. Tal fato pode causar sentimentos de desvalorização do trabalho (NUNES et al., 2002) e, conseqüentemente, o prejuízo da qualidade de vida e do serviço prestado à comunidade.

Tabela 12 – Comparações múltiplas do domínio ambiental do WHOQOL-BREF, considerando o critério de Bonferroni, de acordo com a função desenvolvida nas equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.

	Função	p
ACS	ACD	1,00
	Técnico de enfermagem	1,00
	Enfermeiro	< 0,001
	Médico	0,18
	Dentista	0,051
ACD	Técnico de enfermagem	1,00
	Enfermeiro	0,008
	Médico	0,29
	Dentista	0,12
Técnico de enfermagem	Enfermeiro	0,01
	Médico	0,44
	Dentista	0,18
Enfermeiro	Médico	1,00
	Dentista	1,00
Médico	Dentista	1,00

Fonte: Coleta de dados realizada pela autora, 2012.

Rearranjando as categorias profissionais em dois grupos (com exigência de curso superior e sem exigência de curso superior) observamos uma diferença significativa entre as médias, além do domínio ambiental ($p < 0,001$), no domínio físico, $p = 0,036$. Os profissionais que exercem funções com curso superior obtiveram maiores escores médios, nesses domínios, quando comparados aos demais profissionais (Tabela 13). Observamos também, escore médio aproximado entre as funções agrupadas no domínio psicológico e um maior escore médio para os profissionais pertencentes às funções que não necessitam de curso superior no domínio social (Tabela 13).

Contrário a esses resultados, estudo realizado com profissionais da atenção básica de Madrid (Espanha) aponta pior qualidade de vida entre os profissionais com curso superior, e atribuem isso às maiores responsabilidades desses profissionais (GONZÁLEZ; NIDO; BORDA, 2003).

Pode-se dizer que os profissionais com curso superior das equipes de saúde da família, do presente estudo, não classificam as maiores responsabilidades provenientes do trabalho, como fator prejudicial para a qualidade de vida.

A menor qualidade de vida no domínio físico, encontrada entre os profissionais que não necessitam de curso superior pode ser explicada pela atribuição desempenhada pelos ACS e Técnicos de enfermagem, como a realização de visitas domiciliares com maior frequência do que o restante da equipe, principalmente os ACS (KLUTHCOVSK, 2005). Geralmente as visitas são realizadas através de caminhada, deixando os profissionais expostos às alterações climáticas e em alguns casos a longas caminhadas.

Com isso esses profissionais ficam mais expostos às realidades da comunidade e aos dilemas das famílias, além de vulneráveis às violências urbanas e verbais ocorridas durante as visitas domiciliares, gerando a baixa qualidade de vida no domínio ambiental.

O trabalho é considerado um meio de vida, mas configura-se também como um meio de desgaste físico e psíquico (GESSNER, 2006); por isso os profissionais necessitam de um meio ambiente saudável, pois o ser humano interage com o mesmo durante todo o seu cotidiano.

A precariedade das condições de trabalho, a falta de segurança no ambiente físico do trabalho e a pressão gerada pelo aumento das atividades causam

problemas ligados à saúde, além de mudar a maneira de agir, sentir e pensar dos indivíduos (LOURENÇO; BERTANI, 2007).

Apesar da grande importância desses profissionais para o funcionamento das atividades da ESF, os salários são baixos em comparação com o dos profissionais que exercem função com nível superior.

A remuneração é um dos aspectos mais valorizados e almejados pelos trabalhadores, e um grande influenciador da motivação e desmotivação na profissão (TRINDADE, 2007).

Salários que não conseguem atender as necessidades dos indivíduos, tanto as básicas e materiais quanto a realização das atividades de lazer, proporcionam baixa qualidade de vida dos profissionais e conseqüentemente pior qualidade de cuidado prestado à comunidade (GESSNER, 2006).

Tabela 13 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos profissionais das equipes de saúde da família com e sem curso superior de Uberaba-MG, 2012.

	Função/Sem curso superior		Função/Curso Superior		p*
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Físico	67,19	14,86	70,69	15,81	0,036
Psicológico	65,81	15,52	65,88	14,72	0,963
Social	71,32	16,79	67,67	18,06	0,053
Ambiental	55,09	13,59	62,91	11,72	< 0,001

Fonte: Coleta de dados realizada pela autora, 2012.

*Teste T de amostras independentes.

7.3.3 Estresse ocupacional e qualidade de vida

Correlacionando os domínios de qualidade de vida com o nível de estresse da população, podemos dizer que há semelhança entre a distribuição dos escores, sendo moderada para os domínios físico ($r = -0,38$), psicológico ($r = -0,36$) e ambiental ($r = -0,42$), e fraca para o domínio social ($r = -0,24$), (Tabela 14).

Os valores negativos demonstram que quanto maior o escore de qualidade de vida, menor será o escore de estresse, e vice-versa.

Em estudo realizado com profissionais de vários cargos, diagnosticados com o quadro de estresse, foi evidenciado interferência na qualidade de vida de forma negativa em todos os aspectos humanos (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010).

Em estudo realizado com enfermeiros e médicos intensivistas pediátricos e neonatais notou-se que o esforço despendido no trabalho influenciou negativamente na qualidade de vida em relação aos domínios físico, psicológico, social e ambiental, assim como o baixo suporte social (FOGAÇA; CARVALHO; NOGUEIRA; MARTINS, 2009).

Em uma avaliação dos técnicos da área da saúde encontrou-se níveis altos de estresse, com predominância de sintomas psicológicos como preocupação excessiva, baixa autoestima, irritabilidade (MALAGRIS; FIORITO, 2006).

A vivência de situações estressantes pelos profissionais pode levar a baixa qualidade das suas relações pessoais e familiares. Relatos de profissionais das equipes de saúde da família de Ribeirão Preto deixam explícitos os sentimentos de dificuldade de divisão entre trabalho e família, sendo as atividades realizadas no trabalho, impregnadas de estresse (CAMELO; ARGERAMI, 2007).

O gasto de energia excessivo com o trabalho pode gerar sentimentos de culpa por deixar de lado a família. E por outro lado, a atenção dedicada à família gera menos energia para o trabalho, diminuindo as possibilidades de alcançar o sucesso profissional (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010).

A deficiência das relações interpessoais no trabalho possivelmente acarretará desmotivação, insatisfação, e até sofrimento no trabalho, visto que são de grande importância para o apoio entre os profissionais da equipe (TRINDADE, 2007).

O prejuízo das condições psicológicas causadas pelo estresse acarreta em baixos escores de qualidade de vida no domínio psicológico, e vice-versa. A baixa capacidade de concentração e a insatisfação consigo mesmo afetam o processo de trabalho desses profissionais, e a prestação de serviço pode ficar prejudicada.

A presença de estresse e a incapacidade de confrontá-lo geram prejuízos na saúde mental e física dos indivíduos, além da possibilidade de danos menores como desmotivação e insatisfação com o trabalho (CAMELO; ARGERAMI, 2004).

Considerando a interação do ser humano com o ambiente em que vive, a boa relação com o meio profissional garante a baixa identificação de fatores estressores, uma boa qualidade de vida e, conseqüentemente, uma vida profissional e pessoal mais produtiva e efetiva (LOURENÇO; BERTANI, 2007).

Tabela 14 – Correlação entre os domínios de qualidade de vida com o nível de estresse no trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família de Uberaba-MG, 2012.

Domínios WHOQOL-BREF	Escore Estresse	
	r	p
Físico	- 0,38	< 0,001
Psicológico	- 0,36	< 0,001
Social	- 0,24	< 0,001
Ambiental	- 0,42	< 0,001

Fonte: Coleta de dados realizada pela autora, 2012.

7.4 CORRELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA COM: SEXO, FUNÇÃO, IDADE, NÚMERO DE VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS E ESTRESSE

A Tabela 15 apresenta o resultado da análise de regressão linear múltipla tendo como desfechos os quatro domínios de qualidade de vida e as variáveis preditoras sexo, função, escore de estresse, idade e número de vínculos.

Observou-se que o único preditor estatisticamente significativo para todos os domínios foi o escore de estresse, apresentando coeficientes que variaram de -0,24 a -0,48, mesmo controlando para as demais variáveis, indicando que o aumento dos escores de estresse impactou negativamente na qualidade de vida. Isto é, os escores de estresse mais elevados se correlacionam com menores escores de qualidade de vida.

Tabela 15 – Regressão linear entre os domínios de qualidade de vida e as variáveis sexo, função, idade, número de vínculos e escore de estresse, Uberaba-MG, 2012.

Variáveis	Físico		Psicológico		Social		Ambiental	
	β	p	β	p	β	p	β	p
Sexo	-0,06	0,23	-0,06	0,20	-0,03	0,58	-0,07	0,12
Função	0,14	0,003	0,03	0,51	-0,04	0,44	0,29	< 0,001
Escore de estresse	-0,39	< 0,001	-0,38	< 0,001	-0,24	< 0,001	-0,46	< 0,001
Idade	-0,08	0,07	0,002	0,97	-0,16	0,002	-0,07	0,09
Número de vínculos	-0,01	0,75	-0,02	0,61	-0,02	0,67	-0,02	0,71

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

Já a variável função (com e sem ensino superior), foi estatisticamente significativa para os domínios físico ($p = 0,003$) e ambiental ($p < 0,001$), indicando que o grupo com curso superior apresentou médias mais elevadas de qualidade de vida.

Já a variável idade foi significativa somente no domínio social ($p = 0,002$), indicando que indivíduos mais velhos apresentaram piores escores.

Percebeu-se com isso, que os resultados da análise de regressão corroboram com as análises bivariadas apresentadas anteriormente.

A partir desses resultados é possível inferir que o trabalho é capaz de oferecer identidade, autoestima, apoio social e recompensas materiais, conforme atesta a European Agency Of Safety And Health At Work (2002). Da mesma maneira, ele é capaz de arruinar tais perspectivas, trazendo sentimentos carregados de angústias, provocando alterações fisiológicas, geradoras de estresse, comprometendo assim a qualidade de vida dos profissionais.

Quando o trabalho consegue promover ao profissional um razoável grau de autonomia e um clima organizacional amigável e com suporte social, ele é considerado um dos mais importantes meios de promoção da saúde. Caso contrário, a exposição a um ambiente sem suporte e com relações pessoais prejudicadas, em longo prazo, torna-se possível causadora de problemas de saúde (EUROPEAN AGENCY OF SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2002).

8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Participaram do estudo 431 profissionais, assim caracterizados: predomínio de mulheres (87,90%); faixa etária de 30 a 40 anos (28,30%); casados (43,40%); com ensino médio (60,70%); ACS (56,60%); com apenas um vínculo empregatício (86,10%); processo seletivo como modalidade de entrada no serviço (91,00%), com tempo de trabalho de 1 a 5 anos na equipe de saúde da família (53,5%) e com menos de um ano de trabalho conjunto com o mesmo gerente (49,40%).

O nível de estresse ocupacional encontrado foi de 2,43, com mínimo de 1 e máximo de 4,41 escore médio. Os três fatores que apresentaram maiores níveis de estresse foram as pequenas perspectivas de crescimento profissional (3,29), deficiência das divulgações organizacionais (3,00) e falta de capacitações e treinamentos (2,92).

Quando associado o nível de estresse ocupacional com as variáveis sociodemográficas e profissionais não foram encontradas diferenças significativas. Relacionando os fatores estressores com as mesmas variáveis, observou-se que a deficiência da divulgação de informações organizacionais apresentou diferença significativa entre os profissionais pertencentes às categorias com e sem ensino superior ($p = 0,012$; $t = -2,54$), sendo que o grupo com ensino superior obrigatório apresentou maior nível de estresse 3,23 quando comparado às categorias que não necessitam de curso superior, 2,92.

A deficiência das capacitações e treinamentos também apresentou diferença estatisticamente significativa em relação às categorias ($p < 0,001$). Os ACS (2,68) apresentaram menores escores de estresse quando comparados com médicos ($p = 0,016$; 3,39) e dentistas ($p < 0,001$; 3,58).

Tais profissionais apresentam o sentimento de segurança quando estão mais capacitados para a realização das atividades vinculadas ao seu dia-a-dia. Os grandes avanços da ciência e as mudanças da maneira de produção da saúde exigem uma capacitação contínua e permanente de todos os profissionais da saúde, para uma prestação de cuidados mais adequada.

Em relação à qualidade de vida, o domínio ambiental apresentou pior escore (57,14) e o domínio social o maior escore (70,37). O domínio ambiental apresentou diferença significativa entre os sexos ($p = 0,047$), onde as mulheres (56,65) apresentaram menor escore de qualidade de vida quando comparadas com os

homens (60,65). Assim como, entre os profissionais que entraram por meio de concurso público e os que entraram por processo seletivo ($p = 0,042$), sendo que os concursados (61,54) apresentaram maiores escores do que os profissionais que entraram por processo seletivo (56,73).

Encontrou-se que com o aumento da idade há um prejuízo da qualidade de vida no domínio social ($p = 0,01$; $r = -0,13$), evidenciando o dano das relações interpessoais com o aumento da idade.

As variáveis profissionais: tempo de serviço, tempo de serviço com o mesmo gerente e o número de vínculos, não interferiram na qualidade de vida da população estudada. O otimismo, associado às maiores expectativas de crescimento e aprendizado presentes no início do trabalho em uma instituição, contribui para a percepção de uma qualidade de vida alta.

Nas comparações entre as categorias, observou-se diferença significativa também no domínio ambiental ($p < 0,001$). Os enfermeiros (64,37) apresentaram melhor percepção da sua qualidade de vida em relação aos ACS ($p < 0,001$; 55,31), ACD ($p = 0,008$; 53,78) e técnicos de enfermagem ($p = 0,01$; 54,79).

Entre os profissionais agrupados em categorias com e sem ensino superior, encontramos diferença significativa, além do domínio ambiental ($p < 0,001$), no domínio físico ($p = 0,03$). Em ambos os grupos, os profissionais que possuem função com ensino superior apresentaram maiores escores de qualidade de vida.

Finalmente, a associação entre o estresse ocupacional e os domínios de qualidade de vida mostrou-se negativamente significativa. Isso quer dizer que quanto maior o nível de estresse ocupacional, maior a interferência na qualidade de vida e vice-versa. A correlação se mostrou moderada, para os domínios físico ($r = -0,38$; $p < 0,001$), psicológico ($r = -0,36$; $p < 0,001$) e ambiental ($r = -0,42$; $p < 0,001$), e fraca para domínio social ($r = -0,24$; $p < 0,001$).

A análise de regressão corroborou com o encontrado nos achados antes discutidos. O escore de estresse ocupacional, mesmo controlando para outras variáveis, apresentou impacto em todos os domínios de qualidade de vida (variação dos coeficientes: -0,24 a -0,48). A variável categoria (sem e com curso superior) apresentou diferença significativa nos domínios físico e ambiental, e a idade apresentou diferença no domínio social.

Observa-se que as condições de trabalho são os aspectos mais afetados na vida dos profissionais, estando relacionadas com as condições ambientais no local

de trabalho e familiar, com a renda, com informações adquiridas para o seu desempenho profissional e com a segurança nos ambientes do dia-a-dia.

O estresse ocupacional mostrou-se como um fator importante para a interferência na qualidade de vida em todos os aspectos, confirmando que profissionais que possuem maior qualidade de vida apresentam melhores rendimentos e satisfação no trabalho, possibilitando um atendimento adequado a comunidade e família.

O investimento em locais de trabalho mais seguros e agradáveis, assim como vínculos mais estáveis que garantam aos profissionais a estabilidade para a aquisição de bens e a realização de planos futuros, assim como os direitos trabalhistas, são de suma importância para o alcance de um bom desempenho no trabalho.

Cabe aos gestores investir e incentivar as capacitações e qualificações para os profissionais, melhorar a divulgação de suas decisões e ouvir as reais necessidades das diversas comunidades, promovendo a valorização dos profissionais e a humanização das relações. Tais ações promoverão a baixa rotatividade dos profissionais, o fortalecimento do vínculo com a comunidade e as atividades da ESF poderá ser desenvolvido com maior efetividade.

REFERÊNCIA

- ABRANCHES, S. S. **A situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde**. 2005. 216 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- ALMEIDA, A. P. M.; SARTORI, C. R. F.; DITZEL, F. P. F.; LEITE, L. S. N.; PILATTI, L. A. A influência do tempo de serviço no clima organizacional de uma empresa: o caso de uma empresa de médio porte do setor agroindustrial. **XXV Encontro Nac. de Eng. de Produção**, Porto Alegre, p. 1010-7, 29 out a 01 de nov de 2005.
- AREIAS, M. E. Q.; COMANDULE, A. Q. Qualidade de Vida, Estresse no Trabalho e Síndrome de Burnout. In: VILARTA, R.; CARVALHO, T. H. P. F.; GONÇALVES, A.; GUTIERREZ, G. L. **Qualidade de Vida e Fadiga Institucional**. Campinas, IPES Editora, p. 183-202, 2006.
- AZEVEDO, V. A. Z.; KITAMURA, S. Stress, Trabalho e Qualidade de Vida. In: VILARTA, R.; CARVALHO, T. H. P. F.; GONÇALVES, A.; GUTIERREZ, G. L. **Qualidade de Vida e Fadiga Institucional**. Campinas, IPES Editora, p. 137-50, 2006.
- BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: de saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-30, 2012.
- BARBOSA, M. A.; MEDEIROS, M.; PRADO, M. A.; BACHION, M. M.; BRASIL, V. V. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, 2004. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/804/915>> Acessado em: 25 set. de 2012.
- BARBOSA, S. P.; AGUIAR, A. C. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na estratégia saúde da família em Ipatinga – Minas Gerais – Brasil. **Rev. APS**, v. 11, n. 4, p. 380-88, out-dez., 2008.
- BITTERCOURT, M. S.; CALVO, M. C. M.; REGIS FILHO, G. I. Qualidade de vida no trabalho em serviços públicos de saúde – um estudo de caso. **RFO**, v. 12, n. 1, p. 21-6, jan-abr., 2007.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE. **Coleção para entender a gestão do SUS**, v. 1, 2011a.
- _____. CONSTITUIÇÃO FEDERAL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.
- _____. LEI 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde** – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF, 1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As cartas de promoção da saúde**. Brasília – DF, 2002a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS**. Gestão Participativa – Co-gestão. Brasília, DF, 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de recursos humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. Brasília, 2002b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2011b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

CAMELO, S. H. H. **Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das equipes de saúde da família e estratégias de gerenciamento**. 2006. 161 f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Programa de Doutorado Interunidades, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: Percepção dos profissionais. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n. 4, p. 502-7, out-dez, 2007.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 14-21, jan-fev. 2004.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-68, mar-abr., 2008.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-70, out-dez. 1998.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modo de gerenciar trabalho em equipe de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, ed. Hucitec, 1997, p. 229 – 66.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 862-70, abr., 2008.

COSTA, M. S.; SILVA, M. J. Qualidade de vida e trabalho: o que pensam os enfermeiros da rede básica de saúde. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 236-41, abr-jun., 2007.

COX, T.; GRIFFITHS, A.; RIAL-GONZÁLEZ, E. Psychosocial hazard. In: EUROPEAN AGENCY for Safety and Health at Work. **Reserch Work related stress**, Luxembourg, p. 68-81, 2000.

DAUBERMANN, D. C.; TONETE, V. L. P. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 277-83, 2012.

EUROPEAN AGENCY for Safety and Health at Work. **Working on stress**, Luxembourg, 2002.

FARIA, H. P., et al. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte, 2 ed., Coopmed, 2009.

FARIAS, S. N. P.; ZEITOUNE, R. C. G. A qualidade de vida no trabalho em enfermagem. **Esc Anna Nery Enferm**, v. 11, n. 3, p. 487-93, set., 2007.

FELLI, V. E. A.; TRONCHIN, D. M. R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 89-107.

FERNANDES, et al. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 404-12, 2012.

FLECK, M. P. A.; LOUSADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da Qualidade de vida WHOQOL-BREF. **Rev Saúde Pública**, v. 34, p. 178-83, 2000.

FOGAÇA, M. C.; CARVALHO, W. B.; MARTINS-NOGUEIRA, L. A. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 708-12, 2010.

FOGAÇA, M. C.; CARVALHO, W. B.; NOGUEIRA, P. C. K.; MARTINS, L. A. N. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Rev. Bras Ter Intensiva**, v. 21, n. 3, p. 299-305, 2009.

GESSNER, C. L. S. **Qualidade de vida das equipes de saúde da família do município de Timbó-SC**. 2006. 94 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-8, mar-abr., 2005.

GONÇALVES, E. R.; RAMOS, F. R. S. O trabalho dos cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na por um novo modelo de assistência. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 33, p. 301-14, abr-jun., 2010.

GONZÁLEZ, R. S.; NIDO, A.; BORDA, S. L. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. **Medifarm**, v. 13, n. 4, p. 291-6, abr., 2003.

GOULART JUNIOR, E.; LIPP, M. E. N. Estresse entre professoras do ensino fundamental de escolas públicas estaduais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 847-57, out-dez., 2008.

GOULART, B. F.; FREITAS, M. I. F. A implicação de trabalhadores de ambulatórios municipais, em Uberaba, Minas Gerais, Brasil, na reorganização de serviços preconizada pelo Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2123-30, set. 2008.

HANZELMANN, R. S.; PASSOS, J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 694-701, 2010.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná**. 2005. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. The coping process: an alternative to traditional formulation. In: _____. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984. Cap. 6, p. 141-180.

LIMONGI, A. C.; ASSIS, M. P. Projetos de Qualidade de Vida no Trabalho: Caminhos percorridos e Desafios. **RAE Ligth**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 26-33, mar./abr. 1995.

LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 121-34, 2007.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; VIANA, L. S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S42-S57, 2008, Suplemento.

MALAGRIS, L. E. N.; FIORITO, A. C. C. Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 391-8, out-dez., 2006.

MARQUI, et al. Caracterização das equipes de saúde da família e de seu processo de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 4, p. 956-61, 2010.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Fatores associados à capacidade para o trabalho de trabalhadores do Setor Elétrico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 761-772, abr., 2009.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107-11, 2010.

MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e capacitação para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos**. 2002. 85 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção – Ergonomia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 9-24, set. 2004-fev.2005.

MEDEIROS, C. R. G.; JUNQUEIRA, A. G. W.; SCHWINGEL, G.; CARRENO, I.; JUNGLES, L. A. P.; SALDANHA, O. M. F. L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p.1521-31, 2010, Suplemento 1.

MEDEIROS, C. S.; CARVALHO, R. N.; CAVALCANTI, P. B.; SALVADOR, A. R. O processo de (Des)Construção da multiprofissionalidade na atenção básica: Limites e desafios a efetivação do trabalho em equipe na estratégia saúde da família em João Pessoa-PB. **Revista brasileira de ciências da saúde**, v. 15, n. 3, p. 319-28, 2011.

MEDEIROS, L. F. R.; FERREIRA, M. C. Qualidade de Vida no Trabalho: uma revisão da produção científica de 1995-2009. **Gestão Contemporânea**, Porto Alegre, v. 8, n. 9, p. 9-34, jan.-jun. 2011.

MELO, F. A. B.; GOULART, B. F.; TAVARES, D. M. S. Gerência em saúde: A percepção de coordenadores da estratégia saúde da família, em Uberaba-MG. **Cienc Cuid saúde**, v.10, n. 3, p. 498-505, jul-set., 2011.

MÉNDEZ, C.; BARRA, R.; PRADINES, C. Percepción de Calidad de Vida em Personal de Atención Primaria de Salud. **Index Enferm**, Granada, v. 16, n.58, p. 31-3, nov., 2007.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, 2001.

- MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 2, p. 189-197, 2010.
- MIRANZI, S. S. C. et. al. Qualidade de vida e perfil dos dentistas da Estratégia de Saúde da Família do Triângulo Mineiro, Brasil. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 50, n. 8, p. 120-5, 2011.
- MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 5, p. 661-5, set-out, 2006.
- MORIN, E; TONELLI, M. J.; PLIOPAS, A. L. V. O trabalho e seus sentidos. **Psicologia e Saociedade**, v. 19, Edição Especial 1, p. 47-56, 2007.
- NUNES, M. O., et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-46, nov.-dez., 2002.
- NUNES, M. F.; FREIRE, M. C. M. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 6, p. 1019-26, 2006.
- OGRESTA, J.; RUSAC, S.; ZOREC, L. Relation Between Burnout Syndrome and Job Satisfaction Among Mental Health Workers. **Croat Med J.**, Croácia, v. 49, p. 364-74, 2008.
- OLIVEIRA, et. al. Gênero e qualidade de vida percebida – estudo com professores da área de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 741-47, 2012.
- OLIVEIRA, S. F.; ALBUQUERQUE, F. J. B. Programa de saúde da família: Uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia e Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 237-46, 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Rede Observatório de recursos humanos de saúde. **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde**. Brasília, 2002.
- PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 9, n. 1, p. 45-52, jan.-abr. 2004.
- PEDRAZA, A. M. et al. Calidad de Vida Laboral en Trabajadores de la Salud, Tamaulipas, México 2010. **Ciencia & Trabajo**, México, v. 13, n. 39, p.11-6, jan.-mar. 2010.
- PILATTI, L. A.; BEJARNO, V. C. Qualidade de vida no trabalho: Leituras e possibilidades no entorno. In: GONÇALVES, A.; GUTIERREZ, G. L.; VILARTA, R. **Gestão da qualidade de vida na empresa**. Campinas, IPES Editora, p. 85-104, 2005.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 657-64, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde**. Disponível em <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf> Acesso em: 01jun. 2012. Uberaba - MG, 2011.

_____. **Lista Unidades Básicas Uberaba**. Disponível em <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/LISTA%20UNIDADES.%20SMS%20BASICAS.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2012. Uberaba – MG.

PRETO, V. A.; PEDRÃO, L. J. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n.4, p. 841-8, 2009.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

ROSA, M. A. S.; PILLATTI, L. A. Qualidade de vida no trabalho e legislação pertinente. **Rev Digital**, v. 10, n. 93, fev. 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd93/trabalho.htm>> Acessado em: 01 de outubro de 2010.

ROSENSTOCK, K. I. V.; SANTOS, S. R.; GUERRA, C. S. Motivação e envolvimento com o trabalho na estratégia saúde da família em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 591-603, jul-set., 2011.

SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Padeia**, Campinas, v. 20, n. 45, p. 73-81, jan.-abr. 2010.

SANTOS, P. S. **Construção e validação da Escala de Estresse Organizacional**. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

SATTERFIELD, J. M.; BECERRA, C. Developmental Challenges, Stressors, and Coping in Medical Residents: A Qualitative Analysis of Support Groups. **Med Educ**, São Francisco – Estados Unidos, v. 44, n. 9, p. 908-16, set. 2010.

SCHMIDT, D. R. C. **Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico**. 2004. 197 f. Dissertação (Mestrado Interunidades em Enfermagem Fundamental) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-8, mar- abr, 2004.

SERVINO, S. **Fatores estressores em profissionais de tecnologia da informação e suas estratégias de enfrentamento**. 2010. 142 f. Dissertação (Mestrado em Gestão do Conhecimento e da Tecnologia da Informação) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2010.

SILVA, I. R.; GÜNTHER, I. A. Papéis Sociais e Envelhecimento em uma Perspectiva de Curso de Vida. **Psic.: Teor. E Pesq.**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 31-40, jan-abr., 2000.

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

SILVA, L. G.; YAMADA, K. N. Estresse ocupacional em trabalhadores de uma unidade de internação de um hospital-escola. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n. 1, p. 98-105, jan-mar, 2008.

TAMAYO, A. Impacto dos Valores da Organização sobre o Estresse Ocupacional. **RAC-Eletrônica**, v. 1, n.2, p. 20-33, mai-ago, 2007. Disponível em <<http://www.anpad.org.br/rac-e>> Acesso em: 24 ago. 2012.

THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, p. 41-60, 1994.

TRINDADE, L. L. O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para a saúde do trabalhador. 2007. 103 f. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio grande do SUL, Porto Alegre. 2007.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 274-9, 2010.

VALDÉS, J. A. O.; GALICIA, F. A. El Desgaste Profesional (Burnout) y Calidad de Vida Laboral Como Predictores de la Búsqueda de Otro Trabajo en Profesionales de la Salud y de la Educación en el Occidente de México. **Ciencia & Trabajo**, México, v. 11, n. 34, p. 222-6, out.-dez. 2009.

VASCONCELLOS, N. P.C.; COSTA-VAL, R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa – MG. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 17-28, jan.-mar. 2008.

VISENTINI, M. S et al. Empresa doente, funcionário estressado: analisando a saúde organizacional como influenciadora do stress no trabalho. **Revista de Ciência da Administração**, v. 12, n. 26, p. 189-220, jan-abr., 2010.

ZIONI, F.; ALMEIDA, E. S. Políticas Públicas e Sistemas de Saúde: a reforma sanitária e o SUS. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. **Saúde Pública: Bases Conceituais**. São Paulo, Atheneu, p. 103-18, 2008.

APÊNDICE A - Questionário Sociodemográfico**Data da entrevista:** ___/___/___**Nome (iniciais):** _____**Sexo:** ¹ Masculino ² Feminino**Data de nascimento:** ___/___/___**Estado civil:** ¹ Solteiro ² Casado ³ Desquitado ⁴ Divorciado ⁵ Viúvo
⁶ União Estável**Escolaridade:** ¹ Ensino Fundamental ² Ensino Médio ³ Graduação
⁴ Especialização ⁵ Mestrado ⁶ Doutorado**Função:** _____**Data de admissão:** ___/___/___**Número de vínculo(s) empregatício:** _____**Como se deu sua entrada nesse serviço:** ¹ Concurso público ² Processo seletivo**Quanto tempo trabalha com o mesmo superior/gerente?:** _____

ANEXO A - ESCALA DE ESTRESSE NO TRABALHO

Abaixo estão listadas várias situações que podem ocorrer no dia a dia de seu trabalho. Leia com atenção cada afirmativa e utilize a escala apresentada a seguir para dar sua opinião sobre cada uma delas.

Para cada item, marque o número que melhor corresponde à sua resposta.

- Ao marcar o número 1 você indica discordar totalmente da afirmativa
- Assinalando o número 5 você indica concordar totalmente com a afirmativa
- Observe que quanto **menor** o número, mais você **discorda** da afirmativa e quanto **maior** o número, mais você **concorda** com a afirmativa

1) A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

2) O tipo de controle existente em meu trabalho me irrita

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

3) A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

4) Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

5) Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

6) Sinto-me incomodado com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

7) A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho deixa-me irritado

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

8) Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

9) Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

10) Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

11) Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

12) Fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

13) Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

14) Fico de mau humor por me sentir isolado na organização

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

15) Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

16) As poucas perspectivas de crescimento na carreira tem me deixado angustiado

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

17) Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

18) A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

19) A falta de compreensão sobre quais são minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

20) Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

21) Sinto-me irritado por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante de outras pessoas

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

22) O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

23) Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

ANEXO B - Autorização de uso da Escala de Estresse no Trabalho

--- Em dom, 25/12/11, Tatiane Paschoal <tatipas@yahoo.com> escreveu:

De: Tatiane Paschoal <tatipas@yahoo.com>
Assunto: Re: solicitação
Para: "Ana Lucia Assis" <assisimoes@yahoo.com.br>
Data: Domingo, 25 de Dezembro de 2011, 22:31

Prezada Professora Ana Lucia,
Seguem a escala e algumas orientações gerais para uso. Espero que seja útil.
Att,
Tatiane Paschoal

From: Ana Lucia Assis <assisimoes@yahoo.com.br>
To: tatipas@yahoo.com
Sent: Tuesday, December 20, 2011 3:44 PM
Subject: solicitação

Prezada Professora Tatiane Paschoal,

solicitamos autorização para utilizar a "**Escala de estresse no trabalho**", de sua autoria, no desenvolvimento da dissertação de mestrado intitulada: Estresse ocupacional e qualidade de vida dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, realizada sob minha orientação. Trata-se de um estudo que será realizado junto aos profissionais da ESF do município de Uberaba/MG, no qual consideramos bastante pertinente a utilização do referido instrumento.
Esperando poder contar com sua atenção, antecipadamente agradecemos.

Ana Lúcia de Assis Simões
Orientadora/Docente do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

ANEXO C – WHOQOL-BREF

Versão em Português

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 D – SINTAXE WHOQOL-BREF

Invertendo as questões q3, q4 e q26.

Recode q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

*

*

*(scores based on a 4-20 scale), para que sejam comparáveis com o WHOQoL 100.

compute domfis = (mean.6 (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18)) * 4.

compute dompsi = (mean.5 (q5, q6, q7, q11, q19, q26)) * 4.

compute domsoc = (mean.2 (q20,q21,q22)) * 4.

compute domamb = (mean.6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25)) * 4.

compute overall = (mean.2 (q1, q2)) * 4.

*

*(scores transformed to a 0-100 scale).

compute domfis = (domfis- 4) * (100/16).

compute dompsi = (dompsi - 4) * (100/16).

compute domsoc = (domsoc - 4) * (100/16).

compute domamb = (domamb - 4) * (100/16).

compute q1b = (q1 - 1) * (100/16).

compute q2b = (q2 - 1) * (100/16).

execute.

ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Estresse ocupacional e qualidade de vida dos profissionais de saúde da Equipe de Saúde da Família.

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo *Estresse ocupacional e qualidade de vida dos profissionais de saúde da Equipe de Saúde da Família*, por ser um profissional da saúde vinculado a Estratégia Saúde da Família de Uberaba, MG. Os avanços na área das ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é avaliar o nível de estresse ocupacional e a qualidade de vida dos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família e caso você participe, será necessário responder algumas perguntas sobre estresse ocupacional 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 no seu atendimento. 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

Título do Projeto: Estresse ocupacional e qualidade de vida dos profissionais de saúde da Equipe de Saúde da Família

Eu, _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. 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 tratamento. 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 ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores

Prof. Dra. Ana Lúcia Assis Simões – Vice Reitora da UFTM

Tel.: 3318-5002

Renata Maciel Côrtes – Enfermeira mestranda da UFTM

Tel.: 3336-2736/9208-8805

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 3318-5854

ANEXO F – APROVAÇÃO CEP



4/4

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parecer Consubstanciado

PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: ESTRESSE OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Ana Lúcia de Assis Simões

INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM

DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM:

PROTOCOLO CEP/UFTM: 2244

Discriminação	Material de Consumo		
	Valor Unitário	Quantidade	Valor (Reais) Total
Papel sulfite A 4 – pte c/500 folhas	15,00	20	300,00
Caneta (1 caixa)	10,00	01	10,00
Toner impressora HP53A	350,00	04	1400,00
Prancheta	10,00	05	50,00
Grampeador	15,00	02	30,00
Grampo p/ grampeador (caixa)	10,00	01	10,00
Combustível (litros)	2,95	100	295,00
TOTAL			2095,00

12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR

O pesquisador recebe salário de professor associado da UFTM. A mestranda é bolsista do Programa REUNI.

13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO

O consentimento livre e esclarecido será obtido pelos próprios pesquisadores antes que os participantes da pesquisa preencham os instrumentos.

14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.

15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES

PARECER DO CEP: APROVADO

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 09/03/2012

Prof.^a Ana Palmira Soares dos Santos
 Coordenadora

ANEXO G – AUTORIZAÇÃO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SUS
Sistema
Único de
Saúde

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



PREFEITURA
Uberaba
MUNICÍPIO DE UBERABA

INFORMAÇÃO Nº. 16/2012

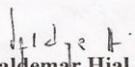
Uberaba, 02 de abril de 2012.

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

Instituição de Ensino: Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM
Curso: Enfermagem
Título: “Estresse ocupacional e qualidade de vida dos profissionais da equipe de Saúde da Família”.
Local de realização: Todas as Unidades das Estratégias de Saúde da Família.
Objetivo: Caracterizar os profissionais que atuam na ESF; Identificar o nível de estresse ocupacional e a qualidade de vida destes; Comparar os níveis de estresse e qualidade de vida entre as diferentes categorias profissionais e verificar se existe associação entre estresse ocupacional e a qualidade de vida dos profissionais.
Justificativa: Avaliar o estresse tem sido preocupação de alguns estudiosos pelo mundo. O foco científico vem abordando questões relacionadas ao trabalho e seu impacto na vida dos profissionais. A existência de poucos estudos abordando essa temática e a ESF motivou cientificamente a realização deste projeto.
Metodologia: Pesquisa de campo, com entrevistas aos profissionais da ESF na unidade, após agendamento prévio por telefone.
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