

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

JANIELLE SILVA FERNANDES

**QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS DAS EQUIPES
SAÚDE DA FAMÍLIA**

UBERABA-MG

2009

JANIELLE SILVA FERNANDES

**QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS DAS EQUIPES 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.

Orientadora: Profa. Dra. Sybelle de Souza Castro Miranzi

UBERABA-MG

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP (Brasil)
Catalogação na Fonte

Fernandes, Janielle Silva
F363q Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes saúde da família/
 Janielle Silva Fernandes -- 2009
 128 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Sybelle de Souza de Castro Miranzi
Dissertação (mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal
do Triângulo Mineiro; Uberaba (MG), 2009

1. Enfermagem. 2. Qualidade de vida. 3. Saúde da Família. 4.
Saúde do Trabalhador. I. Título.

CDD: 610.73

JANIELLE SILVA FERNANDES

QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS DAS EQUIPES 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 2009.

Profa. Dra. Sybelle de Souza Castro Miranzi
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Orientador

Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Membro

Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Universidade de São Paulo
Membro

Dedico esta obra ao AMOR grandioso e incondicional que me ampara, impulsiona e revela continuamente a felicidade em tudo que realizo. Esse amor emanado do coração de meus pais João Batista e Anivalda é o reflexo do amor de Deus às suas criaturas. É infinito, é eterno.

AGRADECIMENTOS

A Deus por conceder-me o privilégio de percorrer os momentos desta caminhada.

À professora orientadora Dra. Sybelle de Souza Castro Miranzi, exemplo profissional, de dedicação, conduziu com leveza e solidariedade nossa relação no meu processo de formação profissional. Obrigada pela confiança e apoio.

Às professoras Dra. Cláudia Benedita dos Santos e Dra. Helena Hemiko Iwamoto, a atenção e aceitar compor a banca avaliadora deste estudo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde – UFTM as discussões e aporte cognitivo durante a realização do curso.

À secretária do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde – UFTM, Maria Aparecida Bisinoto Rezende, que tanto nos auxiliou de forma tão atenciosa e carinhosa.

Às amigas e companheiras discentes do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde – UFTM, Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves, Flávia Aparecida Dias, Renata Maria Dias de Abreu, Fabiana Augusta Moreira Lopes, Maurícia Brochado Oliveira Soares, Livia Aparecida Pereira de Lima, Marina Aleixo Diniz, Bibiane Dias Miranda Parreira, os sonhos e planos compartilhados, as lições aprendidas durante a convivência e a solidariedade na partilha do trabalho.

Aos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul que responderam aos questionários, sem a colaboração e participação dos mesmos neste trabalho não teria a consistência e a qualidade necessária para o estudo que se propôs.

Aos meus queridos pais, familiares e amigos, este trabalho só foi possível com a ajuda e apoio constantes de vocês.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde – UFTM, a orientação e apoio incontestável.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, por acreditar que um dia seremos reconhecidos e valorizados como capital intelectual para o desenvolvimento dos sistemas de atenção à saúde.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG, o apoio que tornou possível a realização deste estudo.

A todos aqueles que direta ou indiretamente, mesmo não tendo sido citados, contribuíram para a realização deste estudo de forma especial e única.

A todos, minha eterna gratidão.

“Ainda bem que os nossos sonhos, não se concretizam em um só dia, porque se assim o fosse, não conseguiríamos saborear o encanto que reside em cada começo”.

(Maria Emília R. M. Henriques, 2004)

RESUMO

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

O enfermeiro destaca-se no movimento de reordenação do modelo de atenção à saúde pela significativa responsabilidade nas diversas ações desenvolvidas na comunidade e na equipe de saúde, influenciando diretamente o processo de implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e seus resultados. É importante conhecer os fatores associados a Qualidade de Vida (QV) desses profissionais que podem gerar comprometimento das atribuições no trabalho. Este estudo teve por objetivo descrever o perfil e a QV dos enfermeiros que compõe as equipes saúde da família, identificando os fatores associados. Trata-se de um estudo transversal realizado com 90 enfermeiros da ESF dos 27 municípios da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, entre maio e julho 2007. Os participantes responderam um instrumento contendo variáveis sócio-demográficas e profissionais e outro para avaliação da QV, WHOQOL-100. Os enfermeiros pesquisados eram majoritariamente adultos jovens com média de idade de 28,6 anos, do sexo feminino (92,2%), solteiros (57,8%), especialistas (60%), cursavam atualização (62,2%) e alegavam bom estado de saúde (92,2%). Apresentavam vínculo empregatício único (64,8%) com contratação por tempo determinado (62,9%), com carga horária de trabalho de oito horas (92,1%), renda entre quatro e oito salários mínimos (83,3%) e referiram satisfação com o trabalho (61,8%). Os escores do WHOQOL-100 evidenciaram médias maiores para os domínios Independência (17,0), Espiritualidade (16,8) e Relações sociais (16,2); e médias menores para os domínios Psicológico (15,4), Ambiente (14,2) e Físico (14,1). Quanto a QV Geral obteve-se escore médio de 16,7 traduzindo uma QV satisfatória. Os resultados indicam que a população casada/amasiada obteve maiores escores de QV que os solteiros nos domínios Psicológico ($p=0,013$), Independência ($p=0,021$), Relações Sociais ($p=0,000$) e Ambiente ($p=0,022$). Indivíduos que declararam saúde debilitada apresentaram menores escores nos domínios Físico ($p=0,000$), Psicológico ($p=0,002$) e Independência ($p=0,000$). Os contratados por tempo indeterminado ou que possuíam cargo comissionado apresentaram pior escore comparados aos concursados no domínio Espiritualidade ($p=0,017$). Profissionais com oito horas diárias de trabalho apresentaram maiores escores comparados aos que trabalham doze nos domínios Psicológico ($p=0,012$) e Independência ($p=0,022$). O grupo insatisfeito com o trabalho obteve menores escores comparados aos declarados satisfeitos nos domínios Físico ($p=0,008$), Psicológico ($p=0,000$), Independência ($p=0,015$), Relações Sociais ($p=0,000$) e Ambiente ($p=0,000$). Não houve diferenças significativas quando comparados os sexos, faixas etárias, níveis de escolaridade, número de vínculos empregatícios e níveis salariais. Os resultados mostraram que apesar dos trabalhadores terem apresentado QV satisfatória observou-se que não possuir companheiro(a), ter saúde fraca, ser contratado por tempo indeterminado ou possuir cargo comissionado, trabalhar mais de oito horas diárias e estar insatisfeito com o trabalho trazem prejuízos à QV, afetando a maioria dos domínios. Conhecer a

QV dos enfermeiros identificando os seus fatores associados fornece parâmetros para a implementação de mudanças nas condições de vida e na prática do trabalho em saúde reduzindo a distância entre as expectativas pessoais e a realidade de trabalho desses profissionais, além de subsidiar a (re)definição de políticas públicas específicas a estes profissionais no desempenho de suas funções. Ações que contribuam no desenvolvimento da QV dos enfermeiros são importantes considerando sua forte influência na qualidade da assistência prestada.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Saúde da Família; Saúde do Trabalhador; Recursos Humanos em Saúde; Enfermagem

ABSTRACT

FERNANDES, Janielle Silva. **Quality of Life of nurses in Family Health Teams.** 2009. 128 f. Dissertation (Masters in Health Care) – Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2009.

The nurse stands in the movement of the rearrangement of the model of health care for the significant responsibility in the various actions undertaken in the community and health staff, directly influencing the process of implementing the Family Health Strategy (ESF) and its results. It is important to know the factors associated with Quality of Life (QoL) of these professionals who can generate commitment of job responsibilities. This study aimed to describe the profile and QoL of nurses that make up the family health teams, identifying associated factors. This is a cross-sectional study made with 90 nurses from the ESF of the 27 municipalities of South Triangle Health Macroregion, between May and July of 2007. The participants completed an instrument containing socio-demographic and professionals variables and other to evaluate QoL called WHOQOL-100. The nurses surveyed were mostly young adults with a mean age of 28.6 years, females (92,2%), single (57,8%), specialists (60%) performed update (62,2%) and claimed good health (92,2%). They had a single employment contract (64,8%) with contracting for a specified time (62,9%), with a schedule of eight hours (92,1%), income between four and eight minimum wages (83,3%) and reported job satisfaction (61,8%). The WHOQOL-100 showed the highest averages for the areas Independence (17,0), Spirituality (16,8) and Social Relations (16,2), and lower means for the Psychological domain (15,4), Environment (14,2) and Physical (14,1). The general QoL was obtained a mean score of 16.7 reflecting satisfaction with QoL. The results indicate that the married/cohabitating showed higher QoL scores than the unmarried in the Psychological ($p=0,013$), Independence ($p=0,021$), Social Relations ($p=0,000$) and Environment ($p=0,022$). Individuals who reported having weak health had lower scores in relation to improved health in the Physical ($p=0,000$), Psychological ($p=0,002$) and Independence ($p=0,000$). The contract for an indefinite period or who had commissioned post had worse scores compared to those gazetted in Spirituality ($p=0,017$). Professionals with eight hours of work had higher scores compared to those who work twelve in the Psychological ($p=0,012$) and Independence ($p=0,022$). The group dissatisfied with the work had lower scores compared to those who declared content in the Physical ($p=0,008$), Psychological ($p=0,000$), Independence ($p=0,015$), Social Relations ($p=0,000$) and Environment ($p=0,000$). There were no significant differences between the scores of QoL domains compared between genders, ages, education levels, number of employment contracts, and salary ranges. The results showed that even though the workers had submitted satisfactory QOL observed that fellow does not have (a), have poor health, be hired for an indefinite period or have over commissioned work more than eight hours and being dissatisfied with the job losses bring to QOL, affecting most areas. Meet the QOL of nurses to identify their associated factors provides parameters for the implementation of changes in living conditions and practice of health work bridging the gap between personal expectations and the reality of work of professionals in addition to

supporting the (re)definition of specific public policies to these professionals in performing their duties. Actions that contribute in the development of QOL of nurses are important considering its strong influence on the quality of care.

Keywords: Quality of Life; Family Health; Occupational Health; Health Manpower; Nursing

RESUMEN

FERNANDES, Janielle Silva. **Calidad de vida de las enfermeras en los equipos de salud familiar**. 2009. 128 f. Disertación (Maestría en Atención de Salud) - Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba (MG), 2009.

La enfermera se encuentra en el movimiento de la reorganización del modelo de atención de salud para la gran responsabilidad en las distintas acciones emprendidas en la comunidad, que influyen directamente en el proceso de aplicación de la Estrategia Salud Familiar (ESF) y sus resultados. Es importante conocer los factores asociados con la Calidad de Vida (CV) de estos profesionales puede provocar y el compromiso de las responsabilidades laborales. Este estudio tuvo como objetivo describir el perfil y la CV de las enfermeras que conforman los equipos de salud de la familia, la identificación de los factores asociados. Esta es una cruzada estudio transversal con 90 enfermeras de los 27 municipios de la Salud Macro Regione Triángulo del Sur, entre mayo y julio de 2007. Los participantes completaron un instrumento que contiene los profesionales socio-demográficos y otros, y para evaluar la CV, WHOQOL-100. Los sujetos del estudio fueron en su mayoría adultos jóvenes con una edad media de 28,6 años, las mujeres (92,2%), solteros (57,8%), los especialistas (60%) realiza actualización (62,2%) y reclamó buena salud (92,2%). Ellos tenían un contrato de trabajo individual (64,8%) con la contratación de un tiempo determinado (62,9%), ocho horas de trabajo (92,1%), los ingresos de entre cuatro y ocho salários mínimos (83,3%) y la informó de la satisfacción laboral (61,8%). El WHOQOL-100 mostraron los promedios más elevados para la Independencia de las zonas (17,0), Espiritualidad (16,8) y las Relaciones Sociales (16,2), y menores los medios para el dominio Psicológicos (15,4), Ambiente (14,2) y Física (14,1). La CV en general se obtuvo una puntuación media de 16,7 que refleja un excelente CV. La población de casadas o convivientes presentó puntajes más altos de CV de los solteros en la Psicológicos ($p=0,013$), Independencia ($p=0,021$), Relaciones Sociales ($p=0,000$) y Ambiente ($p=0,022$). Las personas que informaron mal estado de salud tenían puntuaciones más bajas en relación con la mejora de la salud en el Física ($p=0,000$), psicológicos ($p=0,002$) y la Independencia ($p=0,000$). El contrato de duración indeterminada, o había encargado de correos había peores resultados en comparación con los gaceta en la Espiritualidad ($p=0,017$). Profesionales con ocho horas de trabajo tuvieron mayores puntajes en comparación con los que trabajan doce en el Psicológicos ($p=0,012$) y la Independencia ($p=0,022$). El grupo de descontentos con el trabajo tenían puntuaciones más bajas en comparación con el contenido declarado en la Física ($p=0,008$), Psicológicos ($p=0,000$), Independencia ($p=0,015$), Relaciones Sociales ($p=0,000$) y Ambiente ($p=0,000$). No hubo diferencias significativas entre los puntajes de los dominios de la CV en comparación entre los géneros, edades, niveles de educación, el número de contratos de trabajo y los niveles salariales. Los resultados mostraron que aunque los trabajadores habían presentado la CV satisfactoria, no tener un compañero(a), no tienen buena salud, ser contratados por un período indefinido, han encargado más de ocho horas de trabajo y estar descontentos con el

trabajo aportan pérdidas a la CV, afectando a la mayoría de las áreas. Conoce la CV de las enfermeras y sus factores asociados proporciona parámetros para la aplicación de los cambios en las condiciones de vida y la práctica del trabajo de salud la reducción de la brecha entre las expectativas personales y la realidad del trabajo de los profesionales, además de apoyar la (re)definición de políticas públicas específicas a estos profesionales en el desempeño de sus funciones. Acciones que contribuyan en el desarrollo de la CV de las enfermeras son importantes teniendo en cuenta su fuerte influencia en la calidad de la atención.

Palabras clave: Calidad de vida; Salud de la Familia; Salud Laboral; Recursos Humanos en Salud; Enfermería

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição dos enfermeiros das equipes saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, segundo Microrregiões de Saúde de Uberaba, Araxá, Frutal e Iturama e variáveis sócio-demográficas, 200755
- Tabela 2** – Distribuição dos enfermeiros das equipes saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, segundo Microrregiões de Saúde de Uberaba, Araxá, Frutal e Iturama e aspectos profissionais, 200757
- Tabela 3** – Medidas de centralidade e dispersão dos escores dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-100 de enfermeiros das equipes saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul (n=90), 200760
- Tabela 4** – Coeficiente de fidedignidade de Cronbach das facetas, domínios, domínios + facetas e 100 questões do WHOQOL-100 aplicado aos enfermeiros das equipes saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, 200760
- Tabela 5** – Distribuição dos escores médios dos domínios de QV dos enfermeiros das equipes saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, segundo variáveis sócio-demográficas, 200761
- Tabela 6** - Distribuição dos escores médios dos domínios de QV dos enfermeiros das equipes saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, segundo aspectos profissionais, 200762
- Tabela 7** – Escores médios obtidos pelos enfermeiros das equipes saúde da família do Sul do Triângulo Mineiro nos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-100, e os relatados por Fleck *et al.* (1999) em controles normais e em um grupo de pacientes71

LISTA DE SIGLAS

EAQVF - Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan
ESF - Estratégia Saúde da Família
FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
IQV - Índice de Qualidade de Vida
ISP - Índice de Satisfação Profissional
MEC - Ministério da Educação
MOS-SF 36 - *Medical Outcomes Study-36 – Item Short-Form Health*
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PACS - Programa de Agentes Comunitários de saúde
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PSN - Perfil de Saúde de Nottingham
QOLS - Escala de Qualidade de Vida de Flanagan
QV - Qualidade de Vida
QVP-35 - Índice de Qualidade de Vida Profissional
QVT - Qualidade de Vida no Trabalho
SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
WHOQOL - *World Health Organization Quality of the Assessment*

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	17
2 QUALIDADE DE VIDA.....	19
2.1 QUALIDADE DE VIDA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS.....	19
2.2 INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA	24
2.3 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO.....	29
2.4 QUALIDADE DE VIDA DO ENFERMEIRO	33
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	37
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	37
3.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O TRABALHO DO ENFERMEIRO	38
4.OBJETIVO	46
4.1 OBJETIVO GERAL	46
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	47
5.1 TIPO DE ESTUDO	47
5.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	47
5.3 PERÍODO E LOCAL DE COLETA DE DADOS.....	47
5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	50
5.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	51
5.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	52
5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	53
6. RESULTADOS.....	54
6.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL	54
6.1.1 Perfil sócio-demográfico e profissional dos enfermeiros das Microrregiões de Saúde de Uberaba, Araxá, Frutal e Iturama.....	56
6.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	59
7 DISCUSSÃO	64
8 CONCLUSÕES.....	81
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS.....	86

APÊNDICES	103
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PERFIL SÓCIO- DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL	103
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	106
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE	107
ANEXOS	108
ANEXO A - INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE ADULTOS E CRIANÇAS	108
ANEXO B - INSTRUMENTOS GENÉRICOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE ADULTOS E CRIANÇAS	111
ANEXO C - DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL, SEGUNDO O NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COBERTURA POPULACIONAL.....	113
ANEXO D - INSTRUMENTO GENÉRICO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA, WHOQOL-100	114
ANEXO E - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	128

1 APRESENTAÇÃO

O interesse em realizar este estudo partiu da convivência diária com os profissionais da atenção primária à saúde, durante atuação como fisioterapeuta integrante das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Araxá/MG. As experiências vividas mostraram que a implantação das equipes de saúde da família acarretam grandes e diversas exigências nas atribuições dos profissionais que compõem a saúde coletiva.

Entender a Saúde da Família como estratégia de mudança baseada na reorientação do modelo de atenção à saúde significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. Tal mudança no modelo de atenção à saúde amplia a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumentam os limites e suas possibilidades de atuação, o que está requerendo desses profissionais novas habilidades (BRASIL, 2001).

Os profissionais da ESF precisam desenvolver um trabalho de qualidade, estimulando a comunidade na busca de melhores condições de saúde. Devem visualizar diversos aspectos que incluem as condições sociais, econômicas, culturais e psicológicas que envolvem a população. Para que isto ocorra, entende-se que o profissional de saúde precise de Qualidade de Vida (QV) tanto pessoal quanto profissional, e todos os fatores que nela interferem podem comprometer muito o cuidado prestado aos usuários do sistema.

Conhecer a QV dos trabalhadores da Saúde da Família permite identificar as mudanças necessárias para a promoção do bem-estar e adequação de condições para a sua reabilitação (BITTENCOURT et al., 2004), e dependendo dos domínios que afetam a QV, esses trabalhadores podem deparar-se com o isolamento social, afetivo e psicológico, inclusive comprometimento das funções e atribuições no trabalho dentre outros transtornos.

Entre os componentes das equipes saúde da família, destaca-se a necessidade de investigar sobre a QV do enfermeiro, em função de sua relevância como ator social e para o desenvolvimento dos sistemas de saúde. Pois esses trabalhadores são agentes participantes e encarregados de operar as atividades

básicas da ESF e as ações promovidas por eles influem diretamente no processo de implementação e resultados da estratégia (CANESQUI; SPINELLI, 2006).

A preocupação com o nível de QV do enfermeiro da ESF baseia-se na suposição de que a presença de insatisfação com o processo e condições de trabalho, alterações físico-emocionais ou sócio-familiares, doença iminente, dentre outros fatores podem alterar o estilo de vida e afetar a QV desses trabalhadores em um curto espaço de tempo.

Assim, o intuito deste estudo é oferecer subsídios para melhorar o processo de trabalho em saúde, a prática clínica, e a relação profissional-usuário. A avaliação dos resultados da QV dos enfermeiros auxiliará na (re)definição de políticas de saúde específicas a estes profissionais no desempenho de suas funções.

O presente trabalho integra o estudo intitulado “Programa Saúde da Família: Qualidade de Vida dos trabalhadores”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) no biênio 2007/2008, que objetivou avaliar a QV dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e técnico de higiene dental/auxiliar de cirurgião dentista), dos 27 municípios da abrangência da Gerência Regional de Saúde de Uberaba/MG – Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul.

2 QUALIDADE DE VIDA

2.1 QUALIDADE DE VIDA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

O termo Qualidade de Vida (QV) foi mencionado pontualmente pela primeira vez em 1920 por Pigou em um livro sobre economia e bem estar material denominado “*The Economics of Nelfare*”, onde o autor discutia o suporte governamental às classes sociais menos favorecidas e o impacto deste sobre suas vidas e sobre o orçamento do Estado (WOOD-DAUPHINEE, 1999).

A utilização do termo foi retomada após a Segunda Guerra Mundial, sendo que os conceitos propostos inicialmente sobre QV enfatizavam aspectos materiais, como salário, sucesso profissional e bens adquiridos (WOOD-DAUPHINEE, 1999; NAHAS, 2001).

Em 1960, com interesse das Nações Unidas em avaliar as condições de vida de comunidades diversas e distintas, observou-se a utilização do termo QV em discursos de cunho científico e político (MACIEL, 2006). O conceito de QV então foi sendo incorporado às políticas sociais, como: indicador de resultados, em adição ou substituição a outros significados tais como boa vida, felicidade e bem-estar. Nos Estados Unidos, surgiram movimentos sociais e iniciativas políticas, cuja finalidade era melhorar a vida de todos os cidadãos, minimizando a desigualdade social. Neste período surgiu a mensuração da QV com o objetivo de oferecer aos políticos, dados que os ajudassem a formular políticas sociais efetivas (PASCHOAL, 2000).

Em 1964, Lyndon Johnson, presidente dos Estados Unidos, utilizou o termo QV em seu discurso ao declarar que “[...] os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”, despertando assim o interesse de cientistas sociais, filósofos e políticos e levando a um movimento que vai além de parâmetros como diminuição das taxas de mortalidade, buscando uma valorização para parâmetros mais amplos (FLECK et al., 1999a).

Seguindo o contexto histórico, pode-se perceber que ocorreu uma evolução conceitual em torno de QV, que deixa de ter apenas conotação econômica e passa a incorporar-se em um contexto de desenvolvimento social, ou seja, elementos como

saúde, educação, moradia, transporte, trabalho, lazer, entre outros passaram a fazer parte importante do significado e da avaliação da QV fazendo surgir vários indicadores como: esperança de vida, coeficiente de mortalidade infantil, nível de poluição, qualidade de transporte, e outros. No mesmo contexto, a política de bem-estar social, o chamado *Welfare State* começou a surgir (GRACIA GUILLÉN, 1998 apud ALBUQUERQUE, 2005, p. 53).

Belasco e Sesso (2006) afirmam que a preocupação atual em torno da QV está relacionada aos processos relacionais depreciativos entre os homens e destes com o ambiente. O consumismo desenfreado da sociedade mundial somado a exploração não sustentável dos recursos naturais tem produzido efeitos de níveis populacionais como o empobrecimento das populações e a forte diferenciação da produção, do consumo e da cultura. Diante disso, os autores afirmaram que a QV atinge um significado de busca pela “equidade social e diversidade ecológica e cultural” no qual se torna importante a avaliação da qualidade dos aspectos da vida urbana, “da qualidade do consumo, do trabalho, da distribuição de riquezas e do acesso aos bens e serviços”.

Com o passar dos anos a QV tem se tornado significativamente importante para a sociedade em geral, na literatura científica, e especialmente no campo da saúde, pois a progressiva desumanização devido o desenvolvimento tecnológico das ciências da saúde, trouxe uma maior preocupação com o tema (MEEBERG, 1993; FLECK et al., 1999a; NUCCI, 2003; CÁRDENAS, 2004).

O termo QV aparece no banco de dados MEDLINE a partir de 1977 (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; PASCHOAL, 2000), sendo que a expressão qualidade de vida aparece pela primeira vez no *Index Medicus* em 1985 (SAVONITTI, 2000).

Em pesquisa ao MEDLINE, de 1966 até 2002, Evers (2003), encontrou mais de 50.000 artigos publicados referentes ao tema *quality of life* ou *life quality*, sendo a maioria destes publicados após 1987, com crescimento expressivo desde 1990.

Paschoal (2000), em revisão bibliográfica tendo como base o LILACS, de 1982 até 2000, encontrou 727 referências sobre o QV, das quais 289 (39,8%) eram brasileiras, concluindo que o tema passou a ter importância na literatura brasileira de Ciências da Saúde a partir de 1992.

Mesmo sendo notório o crescente interesse sobre o tema nos dias atuais, QV é um termo de difícil conceituação por seu caráter abstrato e grande esfera de ação,

e ainda não houve consenso entre os pesquisadores (HOLMES; DICKERSON, 1987; FORATTINI, 1991; MEEBERG, 1993; FARQUHAR, 1995; PASCHOAL, 2000; BARROS, 2002; IGLESIAS, 2002; ROCHA, 2002b; EVERS, 2003; CÁRDENAS, 2004; SEIDL; ZANNON, 2004).

Apesar de não haver uma definição consensual de QV, existe uma concordância razoável entre os pesquisadores acerca deste construto cujas características são: subjetividade, multidimensionalidade (dimensões física, psicológica, social, entre outras) e bipolaridade (presença de dimensões positivas e negativas) (FLECK et al., 1999a; SEIDL; ZANNON, 2004).

É considerado um termo polissêmico, com tendência a valorizar a apreciação pessoal que as pessoas fazem de sua vida e seu bem-estar, assim é muito influenciado pelas circunstâncias sócio-históricas, pelas expectativas pessoais e também pela mídia. Por isso são múltiplos os conceitos de QV (RUFFINO-NETO, 1992; AMATO; AMATO NETO; UIP, 1997; CÁRDENAS, 1999; NAHAS, 2001; BERTONCELLO, 2004; VILARTA; GONÇALVES, 2004).

Para Holmes e Dickerson (1987, p. 519), QV:

[...] é um conceito dinâmico, representando respostas individuais para os efeitos físicos, mentais e sociais da doença, as quais influenciam a extensão em que a satisfação pessoal com as circunstâncias da vida pode ser alcançada, e que permitem comparação favorável com outras pessoas, de acordo com critérios selecionados.

Ruffino-Neto (1992, p. 64) considerou:

[...] qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar; trabalhar produzindo bens ou serviços; fazendo ciência ou artes; vivendo para ser meios utilitários ou utilitários fins [...], ou simplesmente existindo.

Para Meeberg (1993, p. 37):

[...] é o sentimento de satisfação geral com a vida, determinado pelo indivíduo mentalmente alerta cuja vida está sendo avaliada. Outra pessoa, de preferência alheia à situação de vida desse indivíduo, deve também concordar que as condições de vida deste último não ameaçam a vida e são adequadas para satisfazer suas necessidades básicas.

Kimura (1999, p. 3) relata que:

[...] é um conceito multidimensional e embora haja controvérsias sobre o real significado dessa expressão, há concordância entre os autores quanto à inclusão de aspectos relacionados à capacidade funcional, às funções fisiológicas, ao comportamento afetivo e emocional, às interações sociais, ao trabalho e à situação econômica, centradas na avaliação subjetiva dos indivíduos. Assim, a qualidade de vida apresenta-se como um constructo multifatorial, muito mais amplo do que meramente a presença ou ausência de saúde.

Segundo Lentz, Costerano e Gonçalves (2000, p. 7) ressaltavam que QV é “[...] uma dimensão complexa para ser definida e sua conceituação, ponderação e valorização vêm sofrendo uma evolução, que por certo acompanha a dinâmica da humanidade, suas diferentes culturas, suas prioridades e crenças”.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 8):

[...] é uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Está relacionada aos elementos que a sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar, variando com a época, valores, espaços e histórias diferentes.

De acordo com os autores supracitados, a relação da noção de QV com o individual tem três formas de referência: a histórica, ou seja, o parâmetro de QV em uma determinada sociedade hoje é diferente daquele considerado em outra época; a cultural, que se caracteriza pelos valores e tradições de cada civilização; e às classes sociais, onde, nas sociedades em que as desigualdades são muito fortes, as concepções de QV também são estratificadas.

Segundo Tamaki (2000, p. 21):

Qualidade de vida poderia ser definida como a satisfação das necessidades individuais. O bem-estar provocado pela satisfação das suas necessidades definiria a qualidade de vida do indivíduo e a soma do bem-estar de todos os indivíduos constituiria a qualidade de vida da população.

Em uma visão holística de Nahas (2001, p. 5), QV e “a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e sócio-ambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano”.

De acordo com Velarde-Jurado e Ávila-Figueroa (2002, p. 350):

Em sua concepção mais ampla, a qualidade de vida recebe influencia de fatores como, por exemplo, habitação, acesso a serviços públicos, informações, urbanização, criminalidade, poluição do ambiente e outros que

compõem o entorno social e que influenciam o desenvolvimento humano de uma comunidade.

Segundo a *Quality of Life Research Unit* (2005), da Universidade de Toronto, QV é o modo como uma pessoa usufrui das possibilidades em sua vida, sendo tais possibilidades resultantes de oportunidades e limitações que cada pessoa tem em sua vida e refletem a interação de fatores pessoais e ambientais.

A aplicação do termo QV na área médica tem sido realizada com vários sinônimos, como “condições de vida” e “funcionamento social” (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993). O termo “qualidade de vida relacionada à saúde”, tradução da expressão inglesa *Health-related Quality of Life*, de variada aplicação e também sem consenso conceitual, tem sido utilizada pelos pesquisadores da área da saúde (PASCHOAL, 2000).

Qualidade de vida relacionada à saúde e estado subjetivo de saúde (*subjective health status*) são conceitos semelhantes, ambos focados na avaliação subjetiva do paciente, porém restritos ao impacto das condições de saúde sobre a capacidade da pessoa ter uma vida plena, ou para avaliar o impacto das enfermidades e dos tratamentos na vida dos pacientes (BERLIM; FLECK et al., 2003; FLECK et al., 1999a; WOOD-DAUPHINEE, 1999). Esse termo é frequentemente utilizado para se distinguir do termo QV no sentido mais geral e dos parâmetros médicos e clínicos. Bullinger *et al.* (1993) consideram que o termo QV é mais geral e mais amplo, que inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Devido ao extenso número de publicações e centros de pesquisas envolvidos nas mesmas surgiram muitos conceitos e instrumentos para avaliar a QV. Essa diversidade apresenta seus benefícios, mas também causa problemas dado às limitações inerentes aos instrumentos. A coexistência de conceitos variáveis e sem consenso, levaram a Organização das Nações Unidas (ONU), através da Organização Mundial da Saúde (OMS), a criar um grupo de trabalho que objetivou construir maior proximidade conceitual. Com tal propósito, esse grupo reuniu-se, a partir do final da década de 80, contando com especialistas de diferentes áreas e de 15 diferentes contextos culturais, condições sócio-políticas, econômicas e credos,

tendo como missão produzir um conceito e um instrumento para avaliação da QV (FLECK et al., 1999a).

O resultado destes encontros permitiu chegar ao conceito de QV como: “[...] a percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida e no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus próprios objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1997, p. 1). Esta definição reflete a complexidade essencial de QV e inter-relaciona aspectos ambientais, físicos, psicológicos, nível de independência, relacionais e espirituais e afirma a subjetividade e a multidimensionalidade como determinantes para a avaliação da QV, através da qual o indivíduo imerso no contexto sociocultural e ambiental é capaz de refletir e avaliar sua própria vida (FLECK et al., 2000). Este estudo está centrado neste referencial trazido pela OMS.

Skevington (2002) aponta que a OMS, através do *WHOQOL Group*, foi a primeira a considerar formalmente os componentes culturais da QV, o que forneceu toda a orientação teórica que direcionou a metodologia do WHOQOL.

Para estudar a qualidade de vida das pessoas é necessária, além do conhecimento dos aspectos conceituais, a utilização de instrumentos para sua avaliação. A seguir, poder-se-á observar o grande número de instrumentos de avaliação da QV disponíveis, traduzidos e validados para o português, nos últimos anos.

2.2 INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Os primeiros instrumentos destinados a medir a QV apareceram na literatura na década de 1970 e, desde então, é crescente o interesse e a ênfase de muitos autores sobre a necessidade e a importância da avaliação da QV (PASCHOAL, 2000; DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; SILVA, 2003; SEIDL; ZANNON, 2004).

Na área da saúde, inclusive, a avaliação da QV tem sido incorporada como uma técnica de pesquisa clínica e como parâmetros para formulação de políticas públicas (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993; TESTA; SIMONSON, 1996; WOOD-DAUPHINEE, 1999; PASCHOAL, 2000; BERLIM; FLECK et al., 2003).

Com o decorrer do tempo, foi verificado que as formas de avaliação da QV, antes puramente objetivas, ampliaram seu enfoque para parâmetros subjetivos

englobando a percepção das pessoas em relação às suas vidas e não se restringindo ao desenvolvimento socioeconômico (BERTONCELLO, 2004; PASCHOAL, 2004; VILARTA; GONÇALVES, 2004).

A maioria dos instrumentos de mensuração de QV tem sido desenvolvida nos Estados Unidos e na Inglaterra, eles diferem em sua forma de aplicação, extensão e conteúdo. Para que sejam utilizados em culturas diferentes devem ser submetidos ao processo de tradução e validação (CICONELLI, 1997; CÁRDENAS, 1999; FLECK et al., 1999a; IGLESIAS, 2002; KIMURA, 1999; PASCHOAL, 2000; WOOD-DAUPHINEE, 1999).

Os instrumentos mais usados para avaliar QV são os questionários, sendo a auto-aplicação e a entrevista os métodos de aplicação mais frequentes (SEIDL; ZANNON, 2004).

É importante enfatizar que os estudos sobre QV podem ter limitações devido ao momento de vida do indivíduo que está sendo avaliado e em função do próprio instrumento que mensura a QV, construído e validado em um dado momento, para uma determinada população.

Segundo Tamaki (2000, p. 21), qualquer método utilizado para avaliar QV:

[...] vai ser reducionista, pois é um objeto permeado por múltiplas facetas, em que não existe ou não é possível criar um modelo agregador que as reúna, todas, em uma construção coerente, lógica, consensual e com uma capacidade explicativa do fenômeno da vida, da qualidade de vida.

De forma geral, hoje a QV pode ser medida através de instrumentos classificados como genéricos e específicos. Como fornecem informações distintas, podem ser aplicados em um mesmo estudo (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Os instrumentos específicos avaliam o impacto sobre a QV de portadores de doenças, agravos e condições específicas. Podem ser utilizados em grupos populacionais como crianças, idosos e trabalhadores (SCHMIDT; DANTAS, 2006). Eles avaliam, de maneira individual e específica, determinados aspectos de QV como as funções físicas, sexual, o sono, a fadiga, etc. Como desvantagem aponta-se a dificuldade de validação das características psicométricas do instrumento, em consequência do número de itens reduzidos e amostras insuficientes (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Existem muitos instrumentos específicos, Velarde-Jurado e Ávila-Figueroa (2002) citam diversos instrumentos específicos para avaliar QV em adultos e crianças (Anexo A). A maioria dos estudos encontrados na literatura científica foi realizada com estes instrumentos em adultos portadores de algum tipo de patologia. Tal fato mostra que os pesquisadores estão preocupados em conhecer como, quanto e em que aspectos essas enfermidades estão comprometendo a vida dos indivíduos, ou seja, a QV ligada à saúde (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; FAYERS; MACHIN, 2000). Isso tem gerado críticas de autores que argumentam que, embora o estado de saúde de indivíduos e comunidade, assim como o sistema de saúde, influencia a vida das pessoas, nem todos os aspectos da vida humana são, necessariamente, questão médica ou sanitária (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; PASCHOAL, 2000)

Os instrumentos genéricos, por sua vez, podem ser usados na população geral ou grupos específicos, abordando o perfil de saúde ou não. Quando relacionado à saúde, refletem o impacto da doença sobre o indivíduo, no entanto, não especificam patologias. Permite a comparação da QV de indivíduos saudáveis com doentes ou portadores de uma mesma doença vivendo em contextos diferentes. São geralmente questionários de base populacional, sendo apropriados a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde. Apresenta a desvantagem de não detectar aspectos particulares e específicos da QV de uma população acometida por determinado agravo (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Também existem vários instrumentos genéricos para avaliação da QV de adultos e crianças citados por Velarde-Jurado e Ávila-Figueroa (2002) (Anexo B), mas estes se apresentam em menor quantidade quando comparado aos específicos.

Dentre os instrumentos traduzidos e utilizados no Brasil, o instrumento genérico relacionado à saúde mais utilizado é o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (MOS-SF 36) (CICONELLI, 1997), o qual tem sido empregado em estudos da população geral e em pacientes diabéticos, com doenças pulmonares, problemas cardíacos, entre outros. O SF-36 é constituído por oito dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, aspectos sociais, saúde mental, aspectos emocionais, vitalidade e aspecto geral de saúde.

Em relação aos instrumentos genéricos não relacionados à saúde no Brasil, podemos citar o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powers (1985) que foi traduzido e validado, no Brasil, por Kimura em 1999. O IQV é constituído por 68 itens e dividido em duas partes com 34 questões cada uma. A primeira parte do instrumento avalia a satisfação do indivíduo em relação a diferentes aspectos da vida, e na segunda parte esses mesmos aspectos são avaliados quanto à importância que os respondentes atribuem a cada um deles.

Outro instrumento genérico traduzido numa versão em português é a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (QOLS), desenvolvida pelo psicólogo John Flanagan na metade da década de 70, que avalia a satisfação dos indivíduos em relação às cinco dimensões: bem-estar físico e mental; relação com outras pessoas; envolvimento em atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento e enriquecimento pessoal e recreação. Esta escala foi modificada por Burckhardt *et al.* em 1989 pela adição do item independência na realização de atividades para avaliação de pessoas com doenças crônicas (BURCKHARDT; ANDERSON, 2003).

A versão modificada do QOLS, denominada Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan (EAQVF), tem sido utilizada em estudos sobre QV de adultos saudáveis e com doenças crônicas, tais como: reumatismo, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças gastrointestinais, entre outras (BURCKHARDT; ANDERSON, 2003). Hashimoto, Guedes e Pereira (1996) realizaram a tradução do EAQVF para a língua portuguesa e, posteriormente, Gonçalves, Dias e Liz (1999) verificaram, em estudo com idosos, a boa confiabilidade do instrumento.

O Perfil de Saúde de Nottingham (PSN), escrito e desenvolvido em inglês por Hunt *et al.* (1980), e adaptado no Brasil por Teixeira-Salmela *et al.* (2004), também é um instrumento genérico desenvolvido para mensurar QV de indivíduos portadores de doenças crônicas, o qual fornece medidas de saúde física, social e emocional. O instrumento contém 38 itens organizados em 06 categorias as quais englobam: nível de energia, dor, reações emocionais, sono, relações sociais e habilidades físicas.

A versão adaptada para idosos e portadores de hemiplegia e doença de Parkinson foi analisada, segundo suas propriedades psicométricas, buscou as possíveis limitações de seu uso em nosso meio. O PSN foi submetido ao processo de tradução e retro-tradução, e após a análise dos dados, concluiu-se que os itens apresentaram validade de constructo, pois apenas dois itens se classificaram como erráticos, mas houve problemas quanto à validade clínica por ser a escala muito

fácil, não mensurando todo o contínuo de QV e dividindo os indivíduos somente em dois níveis de habilidade. Sendo assim, para se obterem informações úteis, será necessária a aplicação do PSN associado a uma avaliação funcional e/ou entrevista semi-estruturada (TEIXEIRA-SALMELA et al., 2004).

Com a necessidade da criação de um instrumento que avaliasse a QV e que pudesse ser aplicado internacional e transculturalmente, o grupo de trabalho ligado a OMS desenvolveu o instrumento de auto avaliação *World Health Organization Quality of the Assessment* (WHOQOL -100) composto por 100 questões. A utilização deste instrumento possibilitou a avaliação dos diferentes domínios da QV, em um total de seis: físico, psicológico, independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião e crenças. Esses domínios são divididos em 24 facetas, sendo que cada faceta é composta por quatro perguntas e uma vigésima quinta faceta composta de perguntas gerais sobre QV. O WHOQOL-100 está disponível em 20 idiomas diferentes e a sua versão em português acompanha a metodologia proposta pela OMS (THE WHOQOL GROUP, 1997; FLECK et al., 1999b).

Para avaliação do questionário WHOQOL-100, Power, Bullinguer e Harper (1999) realizaram um estudo de meta-análise, onde utilizou-se os bancos de dados dos 15 centros colaborativos onde foram aplicados o WHOQOL. Nos resultados, os autores relatam que o WHOQOL possui elevada capacidade psicométrica para estimar a magnitude da QV, apresenta estrutura do construto possível de ser comparada nas diferentes culturas e pode ser utilizado como ferramenta transcultural.

Devido a características específicas de certos grupos, houve a necessidade de instrumento de aplicação rápida. Assim, a OMS, através do WHOQOL, elaborou uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref, o qual é composto de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente e de 26 questões, sendo que duas questões são gerais e as outras 24 referem-se a cada uma das 24 facetas do instrumento original (THE WHOQOL GROUP, 1998). Também, considerando que não é possível adotar os mesmos parâmetros de avaliação para idosos e adultos jovens e que há uma escassez de instrumentos voltados para avaliação da QV na senescência, o WHOQOL Group, reuniu esforços para a organização de outro instrumento específico para avaliar a QV nessa faixa etária, o WHOQOL-OLD (FLECK et al., 2003).

Após a elaboração do WHOQOL-100, outros centros, inclusive o Brasil, foram incorporados para a utilização do instrumento em um maior número de países. A partir disso, o grupo utilizou uma metodologia para ser seguida nas novas versões: a tradução do instrumento, a preparação do teste-piloto, desenvolvimento das escalas de respostas e a administração do piloto (THE WHOQOL GROUP, 1998). No Brasil, a versão em português do WHOQOL-100 foi desenvolvida no Centro WHOQOL, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. O estudo mostrou desempenho psicométrico, consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste satisfatórios para os critérios exigidos (THE WHOQOL GROUP, 1998).

Campos e David (2007), em uma revisão bibliográfica realizada a partir das bases de dados LILACS e SCIELO e banco de teses *online*, constataram que, dentre os instrumentos genéricos usados pelos pesquisadores, o mais utilizado para avaliar QV no trabalho de enfermagem foi o WHOQOL. Observaram também o número reduzido de trabalhos encontrados e a necessidade de mais estudos sobre a temática, tal fato motivou na realização deste estudo, considerando a importância da abordagem da QV dos trabalhadores de enfermagem e sua influência direta na qualidade da assistência prestada.

2.3 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

A discussão acerca da QV pode ser ampliada para outras áreas de atuação como forma de avaliação da experiência dos trabalhadores no ambiente de trabalho - Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) (ROSA; PILATTI, 2006).

A QVT tem sido objeto de reflexão e estudo há várias décadas, muitas vezes apresentada com outras denominações. Ela geralmente refere-se ao objetivo de se alcançar um grau mais elevado de satisfação e bem-estar do trabalhador (RODRIGUES, 2002).

O interesse pela avaliação da QVT data-se da década de 50, na Inglaterra, com Eric Trist e colaboradores, que realizaram pesquisas centradas na análise da relação indivíduo-trabalho-organização, baseada na análise e reestruturação das

tarefas, com o objetivo de tornar menos penosa a vida do trabalhador (RODRIGUES, 2002).

A primeira fase de estudos sobre a QVT, que se iniciou na década de 60 e se estendeu até 1974, foi marcada pela crescente preocupação de pesquisadores, líderes sindicais, empresários e governantes com as formas de como influenciar a qualidade das experiências do trabalhador num determinado emprego (SCHMIDT; DANTAS, 2006).

Pode-se afirmar que a temática da QVT passou a assumir maior relevância nos anos 70, quando ocorreu um esgotamento da organização do trabalho de corte taylorista/fordista. Tal padrão de organização associa-se a um aumento do absenteísmo, da insatisfação no trabalho e da não adesão dos trabalhadores às metas definidas pela gerência (LACAZ, 2000).

Apesar de sua grande difusão em todo o mundo e no meio científico nos últimos anos, o termo QVT ainda incorpora uma imprecisão conceitual. A dificuldade de conceituação de QVT, a semelhança da QV, talvez esteja ligada ao fato de se tratar de uma expressão abrangente e dotada de grande subjetividade. O conceito de QVT passa por noções de motivação, satisfação, saúde e segurança no trabalho e aborda recentes discussões sobre formas diferenciadas de organização do trabalho e novas tecnologias (LACAZ, 2000).

O tema QVT possui vários enfoques de abordagem que propõem seus fatores determinantes. Limongi e Assis (1995) descreveram que Walton, um pesquisador americano, associou a QVT aos valores ambientais e humanos, que muitas vezes eram negligenciados pelas sociedades industriais. Os critérios propostos por ele, com os seus indicadores correspondentes, foram: compensação justa e adequada (como salário e jornada de trabalho); condições de trabalho (como ambiente e salubridade); uso e desenvolvimento de capacidades (como autonomia, estima, capacidade múltipla e informações sobre o trabalho); oportunidade de crescimento e segurança (como carreira, desenvolvimento pessoal, estabilidade no emprego).

Araújo (1996) aponta o modelo de Hackman e colaboradores como um marco para a nova fase nas preocupações com a QVT. O ponto relevante deste modelo trata das relações entre a satisfação da necessidade individual com a realização das metas organizacionais, a partir das seguintes variáveis: estados psicológicos; dimensões da tarefa; necessidade de crescimento individual; resultados pessoais e de trabalho; satisfações específicas.

De acordo com Moraes e Kilimnik (1994), a QVT pode ser entendida, a partir do modelo de Hackman, como uma consequência da combinação de dimensões básicas da tarefa, que resultam em diferentes níveis de motivação, satisfação, atitudes e comportamentos nos indivíduos vinculados às organizações.

Westley (1979) aponta como pontos fundamentais da QVT os indicadores econômicos, políticos, psicológicos e sociais. Para esse autor, os problemas políticos trariam a insegurança; o econômico, a injustiça; o psicológico, a alienação; e o social, a anomia, ou seja, a falta de envolvimento moral com o trabalho.

Para Werther e Davis (1983), fatores como supervisão, condições de trabalho, pagamento, benefícios e projetos do cargo, afetam a QVT, sendo a natureza do cargo o fator que envolve mais intimamente o trabalhador. Segundo eles, o Projeto de Cargo e a QVT são influenciados por fatores ambientais, organizacionais e comportamentais.

Segundo Huse e Cummings (1985) dois aspectos básicos devem ser enfocados pela QVT: a preocupação com o bem estar do trabalhador e com a eficácia organizacional e a participação dos trabalhadores nas decisões e problemas do trabalho. Sendo estes pontos, operacionalizados através da participação do trabalhador nos problemas e soluções organizacionais (processo de tomada de decisão); o projeto do cargo (reestruturação); inovação no sistema de recompensa (plano de cargos e salários) e melhora no ambiente de trabalho (mudanças físicas e de condições de trabalho: horários, locais, equipamentos, etc.).

De um ponto de vista mais amplo, Handy (1978, p. 273) afirmou que “[...] a QVT influencia ou é influenciada por vários aspectos da vida fora do trabalho. Logo, se faz necessário uma análise da vida do trabalhador fora do meio organizacional para que se possa medir a importância e interligação destas ‘duas vidas’”.

A partir de várias pesquisas sobre a relação entre fatores organizacionais e individuais, Vrendenburgh e Sheridan (1979 *apud* RODRIGUES, 2002), sugerem que o nosso contentamento com a vida é uma construção do conceito sobre a satisfação com os domínios específicos da vida, tais como a experiência de trabalho e a família. A partir dessa colocação Rodrigues (2002) afirma que a QVT se torna um ponto vital, não só para a realização do homem no trabalho, mas também em toda a sua existência.

Limongi-França (2004, p. 42) afirma que há uma “íntima correlação entre melhoria da qualidade de vida das pessoas e estilo da vida dentro e fora da organização e que essa melhoria causará impacto na excelência e na produtividade dos indivíduos em seu trabalho”. Questões como o vínculo e a estrutura da vida pessoal, a família, atividades de lazer e esporte, hábitos de vida, expectativa de vida, cuidados com a saúde, alimentação, combate à vida sedentária, grupos de afinidades e apoio, passam a ser desencadeadores de QVT.

É importante ressaltar que a expressão QV tem sido referida tanto no momento da vida dos indivíduos em sociedade, como no momento de trabalho, entendendo que estes se constroem mutuamente. Esta afirmação esta pautada no entendimento de que não há como dissociar a vida e o trabalho, bem como não reconhecer a interface do trabalho na QV (FELLI; TRONCHIN, 2005).

Estabelecer a avaliação da QVT significa entender que o indivíduo deve ser abordado sob um ponto de vista holístico, pois assim como alguns autores supracitados, acreditamos que um baixo nível de QV geral, na maioria das vezes, significa baixa QVT.

Considerando os profissionais de enfermagem, as pesquisas em relação à QVT são escassas, restritas ao englobar todas as categorias da enfermagem e possuem diversas abordagens conceituais e de mensuração, dificultando a comparação de seus resultados e a construção de um corpo de conhecimento específico (SILVA; MASSAROLO, 1998; MARTINS, 1999; MATOS, 1999; PATRÍCIO, 1999; CARANDINA, 2003).

Em pesquisas de QVT da área de enfermagem em todo o mundo (SEVERINSSON; KAMAKER, 1999; SEVERINSSON; HUMMELVOLL, 2001; FLANAGAN; FLANAGAN, 2002; KALLIATH; MORRIS, 2002; CIMETE; GENCALP; KESKIN, 2003; MURRELLS; CLINTON; ROBINSON, 2005), apenas um dos determinantes de QVT, a satisfação no trabalho, tem se tornado um conceito chave dentro das medidas de avaliação. Na prática, os termos “qualidade de vida profissional” e “satisfação com o trabalho” são utilizados de forma indiferenciada. Essa tendência tem influenciado alguns estudos realizados no Brasil.

A revisão da literatura realizada por Schmidt, Dantas e Marziale (2008) encontrou 17 estudos de QVT de enfermagem até 2006, destes, 13 empregavam o termo satisfação no trabalho (CASSIANI et al., 1989; JACOMO, 1993; DEL CURA, 1994; SAWADA; GALVÃO, 1995; SANTOS; RODRIGUES FILHO, 1995; ANTUNES;

SANTANA, 1996; DIAS, 1999; LINO, 1999; WEST; LISBOA, 2001; MATSUDA, 2002; MEIRELLES; ZEITOUNE, 2003; LINO, 2004; FERREIRA; POSSARI, MODERNO, 2006).

Guimarães *et al.* (2004b) afirma que no Brasil, a pesquisa sobre QVT (não como instrumento gerencial, mas a partir da abordagem da saúde psicossocial) ainda é recente e existem poucos instrumentos de medida adequados à nossa realidade.

Campos e David (2007) em uma descrição da produção científica brasileira, de 2000 até 2007, sobre o tema QVT de enfermagem também encontraram 17 trabalhos. Sendo que, para avaliar a QV do trabalhador de enfermagem, foram utilizados instrumentos específicos, associados ou não a outros instrumentos: o Índice de Satisfação Profissional (ISP) (LINO, 1999), o Índice de Capacidade para o Trabalho (TUOMI *et al.*, 1997), o Índice de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35) (GUIMARÃES *et al.*, 2004a) e o Inventário de Burnout de Malask (TAMAYO, 2003). Dos instrumentos encontrados por Schmidt, Dantas e Marziale (2008), apenas dois atenderam aos critérios considerados adequados de validade e precisão, o ISP e o Instrumento de Medida de QVT de Enfermeiras (CARANDINA, 2003).

Dos trabalhos encontrados na literatura brasileira, Campos e David (2007) observaram que a equipe de enfermagem atuante no ambiente hospitalar despertou um interesse dos pesquisadores com relação à sua QV. Não foram encontrados estudos voltados para os trabalhadores de enfermagem da Atenção Básica ou outras áreas extra-hospitalares, havendo dessa forma uma carência de trabalhos que retratam a QV dos trabalhadores que atuam nesse campo de atenção à saúde.

Observa-se que existem pesquisas, na área de enfermagem, relacionadas a QVT, consideradas de grande relevância, entretanto como forma de contribuição para a enfermagem brasileira, consideramos importante conhecer de que forma os enfermeiros percebem sua QV nos diversos contextos de sua existência.

2.4 QUALIDADE DE VIDA DO ENFERMEIRO

A expressão enfermagem etimologicamente é oriunda da palavra *nurse* que significa aquele que nutre, que cuida das pessoas, assistindo ao doente. Em português, o termo enfermeira é designado para as pessoas que cuidam dos

infirmus, isto é, pessoas que não estão firmes, como idosos, crianças e enfermos (SILVA, 1986).

A prática profissional de enfermagem compreende a assistência/cuidado, educação, pesquisa e administração. A prática assistencial/cuidado consiste no que há de mais expressivo na enfermagem, sendo este o seu propósito primordial, enquanto que a prática educativa e de pesquisa são o corpo de conhecimento para o desenvolvimento da prática, e o gerenciamento, a planificação e o projeto que envolvem este conjunto, vem sendo compreendido como administração da prática profissional de enfermagem. É a prática assistencial/cuidado que diferencia os trabalhadores de enfermagem dos outros profissionais da saúde (TRENTINI; PAIM, 2001).

O ato de executar seu contínuo trabalho de cuidar coloca o profissional de enfermagem em uma situação de total doação, levando, muitas vezes, o trabalhador a abandonar seu próprio autocuidado como pessoa e profissional de enfermagem em benefício do paciente. Segundo Tanaka *et al.* (1988) o profissional de enfermagem deve possuir preparo técnico e intelectual, ter a sua disposição recursos materiais e ter saúde física e mental para desempenhar a sua tarefa. Ou seja, é um trabalho que exige um estado de alerta constante e grande consumo de energia física, mental e emocional por parte do trabalhador.

A assistência em enfermagem é uma atividade que promove desgaste e estresse, por envolver o convívio diário com o sofrimento alheio, exigir constante atualização e exercício de habilidades manuais, haver permanente cobrança de responsabilidades, manter bom relacionamento com a clientela e com a equipe multiprofissional, submeter-se a políticas que restringem a sua atuação e trabalhando em locais com a falta de recursos humanos e materiais. Estas condições de trabalho proporcionam uma insatisfação no trabalho, que afetam diretamente os profissionais de enfermagem e sua QV (MARTINS, 2002).

Abranches (2005) também ressalta as condições de trabalho do profissional de enfermagem quando afirma que sua atividade é caracterizada por ambientes de trabalho insalubres, pela falta permanente de recursos humanos e de recursos materiais, pelo uso de tecnologia de procedimentos avançados, acompanhada de escassez de recursos para sua melhor adequação. Aliada a esta situação, há uma constante exigência de inovação e qualidade dos cuidados prestados, embora não acompanhado de uma adequada valorização de sua atuação.

Historicamente, os profissionais de enfermagem trazem consigo o legado da submissão, abnegação, caridade e vocação para cuidar do próximo. O cuidar de enfermos não era reconhecido como trabalho que exigia treinamento específico para sua realização. Este fato repercute, até os dias atuais, na falta de valor social da profissão e os baixos salários da categoria expressam esta desvalorização.

As dificuldades sócioeconômicas enfrentadas por estes profissionais devido à baixa remuneração levam o trabalhador, muitas vezes, a manter mais do que uma jornada de trabalho para realizar a manutenção de sua família e ter uma vida digna (FÁVERO, 1996; HADDAD, 2000).

Silva e Massarollo (1998), abordando a QV sob o enfoque da determinação social, expressam que o trabalho de enfermagem, realizado sob a necessidade de geração de lucro e competitividade decorrente da sua inserção na prestação de assistência à saúde da sociedade brasileira, gera acúmulo de processos destrutivos que comprometem a potencialidade de saúde e vida, desfavorecendo a QV.

A enfermagem executa suas atividades em condições de trabalho que expõe os profissionais a riscos ocupacionais diversificados. Estudo comparativo sobre a identificação dos riscos ocupacionais por trabalhadores de enfermagem em duas unidades básicas de saúde evidenciou a exposição dos trabalhadores aos riscos biológicos, mecânicos, psíquicos, fisiológicos, químicos e ergonômicos (BULHÕES, 1998; SILVA E FELLI, 2002).

Em relação aos riscos e cargas de trabalho que os trabalhadores de enfermagem estão expostos, Silva (1996) descreve as cargas biológicas como sendo aquelas que ocorrem pelo contato com pacientes portadores de doenças infecciosas, infecto-contagiosas ou parasitárias e/ou com suas secreções, contatos com materiais contaminados e com pequenos animais; as cargas físicas como provenientes de ruídos e sons, umidade, iluminação, alterações bruscas de temperaturas, eletricidade, radiações; as cargas químicas decorrentes da exposição do trabalhador às substâncias químicas em diferentes estados físicos; as cargas mecânicas oriundas da manipulação de materiais pérfuro-cortantes, quedas, agressões, prensão de dedos e mãos; as cargas fisiológicas originadas pela manipulação excessiva de peso, trabalho noturno ou em rodízio de turnos, realização das atividades predominantemente em pé e outras posições inadequadas. Descrevem ainda as cargas psíquicas como resultantes da atenção constante do trabalhador; da supervisão estrita; do ritmo acelerado; do trabalho

parcelado, monótono e repetitivo; da dificuldade de comunicação; do trabalho predominantemente feminino; da desarticulação de defesas coletivas; da agressão psíquica, da fadiga, tensão, estresse; e da insatisfação no trabalho.

Assim, no trabalho da enfermagem, o ambiente pode se tornar prejudicial à saúde dos trabalhadores, sendo reflexo da estrutura organizacional na qual os processos se desenvolvem. Este provoca o consumo não apenas da força de trabalho, mas também da vida, já que o processo de desgaste compromete a QV (MININEL, 2006).

Em situações reais de insatisfação no trabalho da enfermagem, Hahn e Camponogara (1997) consideraram que a conscientização acerca das questões do cotidiano, a visão holística do trabalhador e a democratização do ambiente de trabalho são o caminho para alcançar melhores condições de vida no trabalho. Concluem que é através de uma abordagem mais humanizada do trabalhador que se pode proporcionar uma maior satisfação no ambiente de trabalho e elevado nível de assistência e, por conseguinte, melhor QV.

A análise feita por Oliveira (1997), em estudo sobre as novas formas de organização do trabalho implantadas pelos Programas de Qualidade Total, constatou que estas modificam as relações de trabalho gerando sobrecargas na saúde física e mental dos trabalhadores. Concluindo que esses programas são pensados para aumentar a qualidade do produto sem, contudo, modificar a QV dos trabalhadores.

Para Fernandes (1996) os programas de qualidade tendem ao fracasso por não se mostrarem consistentes e não contarem com o comprometimento das pessoas. Outro ponto é supor que se pode obter qualidade de produtos e serviços mesmo quando a QV de quem produz apresenta baixos níveis. Desta forma, também é observado uma preocupação com a qualidade da assistência prestada ao paciente sem considerar a QV do trabalhador de enfermagem.

Entender como os profissionais de enfermagem percebem sua QV pode fornecer subsídios para o planejamento de um programa de promoção à saúde e para que as condições sociais e de trabalho sejam continuamente melhoradas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A história da saúde pública no Brasil pode ser analisada, até meados de 1980, como um conjunto de ações e serviços de assistência médica, de caráter principalmente curativo, e com profunda relação com o sistema previdenciário e com a classe trabalhadora, desde seus primórdios. Essa relação acarretou, ao longo das décadas, um sistema completo de paradoxos em vários sentidos, tanto pela utilização do capital previdenciário para a construção de um poderoso aparato hospitalar e tecnológico em todo o país, que salientava ainda mais o aspecto curativista e medicalizado em detrimento das ações de promoção e prevenção, quanto pela marginalização da grande massa da população sem acesso aos serviços e sem ações integradas de melhoria das condições socioeconômicas (COHN; ELIAS, 1996; LUZ, 1991).

Em meados da década de 60 iniciou-se um processo de construção e articulação do movimento de reforma sanitária. Advindo de bases universitárias, intelectuais e populares, o movimento deu partida para uma transformação sobre as concepções de saúde vigentes no país e articulou suas lutas contra o modelo médico mercantilizador da época em busca de um sistema não excludente e embasado na concepção de saúde como determinante principal das condições sócio-econômicas da população. Esse trabalho, embora não se finalize, após vários outros marcos ocorridos ao longo da história, culmina na VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual constituiu-se num espaço democrático para a discussão intersetorial sobre a política de saúde e aprovou-se a unificação do sistema de saúde (SCOREL, 1998). Assim, em 1987, foi aprovado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), antecessor do Sistema Único de Saúde (SUS) (COHN; ELIAS, 1996; SCOREL, 1998).

A carta magna de saúde de 1988 garante a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e institui o SUS, sob os princípios doutrinários da universalidade, integralidade, equidade e princípios organizacionais da descentralização,

regionalização, hierarquização e participação popular (BRASIL, 2002a; COHN; ELIAS, 1996; FIGUEIREDO, 2004).

Desta forma surge uma política de saúde constitucionalmente definida como pública e social, o que implicou em mudanças político-jurídicas, institucionais e técnico-operativas para a sua implementação. Somente em 1990, com as Leis 8.080 e 8.142, houve a regulamentação organizacional e operacional do sistema, como a construção de modelo de atenção instrumentalizado pela epidemiologia, um sistema regionalizado com base municipal e o controle social. A partir disso, ocorreram atos normativos e administrativos que têm relações e implicações com a implantação e operacionalização da política de saúde, particularmente quanto ao seu eixo de descentralização e municipalização (BRASIL, 2002a).

Elias (1996) afirma que a implementação de uma verdadeira política de saúde pública parte do princípio da necessidade da articulação entre as políticas macroeconômicas e as políticas sociais a fim de eleger prioridades como o combate à exclusão social. “O SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema com um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos [...] referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde” (FIGUEIREDO, 2004). Avançar nos desafios para a verdadeira implementação do trabalho em saúde coletiva significa um trabalho sistemático, para o qual é necessária a utilização da epidemiologia, do reconhecimento das condições que influenciam o processo saúde-doença da comunidade e da comunhão dos saberes e práticas para reconfigurar o trabalho em saúde de acordo com as verdadeiras necessidades da população (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2001).

3.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O TRABALHO DO ENFERMEIRO

A consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo país vem sendo almejada pelo Ministério da Saúde frente à necessidade de uma efetiva operacionalização dos princípios do SUS, considerando a realidade de cada sistema local de saúde, em busca da reorientação do modelo assistencial existente, centrado na assistência curativa e hospitalocêntrica.

Segundo o Ministério da Saúde:

[...] essa estratégia não deve ser entendida como uma proposta marginal, mas sim, como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e eqüidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada a permanente defesa da vida do cidadão. Está, assim, estruturada na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (BRASIL, 2000, p. 9).

A ESF tem sua ação central no indivíduo e na família, atuando na prevenção, promoção e reabilitação de forma integral e permanente. Reconhece as necessidades da população local, ao invés de disponibilizar atividades de programas sanitários de forma vertical e padronizada. E propõe um novo modo de operar o trabalho em saúde, adotando a constituição de equipes multiprofissionais no desenvolvimento do trabalho (BARBOZA; FRACOLLI, 2005).

O trabalho desenvolvido pela ESF promove um cuidado ampliado, pois a Unidade de Saúde da Família se torna referência para atendimento. Dessa forma, os profissionais das ESF podem ter uma percepção clara das condições sócio-econômicas reais dos indivíduos e suas famílias, planejando sua assistência em função das necessidades de saúde da população. Assim, é possível identificar a estrutura familiar dos indivíduos e as redes de apoio disponíveis, a fim de garantir uma assistência adequada. Com isso, a atuação em saúde tem maior potencial para abarcar as dimensões singulares, particulares e estruturais do processo saúde-doença no seu território de atuação (BARBOZA, 2007).

A concepção da ESF teve início quando houve a criação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de promover atuação mais efetiva frente aos indicadores de mortalidade infantil no Nordeste do Brasil e, já com vistas à modificação do modelo de atenção à saúde. A implantação da ESF teve início em 1994, frente à proposta de descentralização e municipalização dos serviços de saúde, consideradas um desafio para a implementação do SUS (FIGUEIREDO, 2004).

A ESF foi projetada inicialmente como um programa, passando a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para mudança do modelo de atenção dos sistemas municipais de saúde (BRASIL, 2002b; MARCIER, 2002; SOUZA, 2002; TEIXEIRA, 2004). Segundo Morin (2002), a estratégia opõe-se ao programa. O programa é a determinação de uma seqüência de ações com um objetivo, necessitando de condições estáveis e sem perturbações para a realização

eficaz de sua execução. A estratégia também tem em vista um objetivo, mas os desenvolvimentos da ação serão determinados e escolhidos em função do conhecimento sobre um ambiente incerto, com informações colhidas durante o percurso.

A portaria 648/GM de 28 de março de 2006 do Ministério da Saúde define a política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão das diretrizes e normas para a ESF (BRASIL, 2006b). Segundo a portaria, a estratégia deve:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;
- e
- V - ser um espaço de construção de cidadania.

Desde sua implantação, a ESF cresceu rapidamente, tanto em números de equipes implantadas em todo o país, quanto na redução de indicadores de morbidade e mortalidade, e conseqüente, melhoria dos principais indicadores de qualidade de saúde das populações assistidas (BRASIL, 2004b; SILVA, 2005).

Informações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde mostram que de 1994 a 2008, a ESF apresentou uma adesão de 5.235 municípios, atingindo um total de 29.300 equipes implantadas, com uma cobertura populacional de 49,5% da população brasileira, o que corresponde a aproximadamente 93 milhões de pessoas. Dados de Minas Gerais indicam que no estado, até dezembro de 2008, atingiu-se um total de 3.806 equipes implantadas com 63,2% de cobertura populacional.

Com o intuito de ampliar a atuação da Saúde da Família foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual engloba profissionais de diferentes áreas que atuam em parceria com os profissionais da equipe de saúde da família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios e atuando como apoio às equipes (BRASIL, 2008).

Dentre os resultados alcançados com a atuação das equipes saúde da família, estão a queda da mortalidade infantil, a redução do número de mortes em decorrência de complicações no parto e os elevados índices de coberturas vacinais e o aumento da vigilância à saúde da mulher, criança, adolescente e do adulto (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2005). Alguns estudos encontrados na literatura confirmam as conquistas associadas à implantação das equipes de Saúde da Família, sendo estas expressadas pela melhoria dos indicadores de saúde da atenção básica (FRANKLIN, 1999; ANDRADE *et al.*, 2004; MATTOS; CACCIA-BAVA, 2004).

Mesmo com a visível expansão do número de equipes de Saúde da Família em todo o território nacional, ainda não se pode afirmar que as ações produzidas pela estratégia signifiquem a mudança real das práticas, da forma de organização e do processo de trabalho previstos em sua concepção, além disso, existe uma tendência à burocratização do processo de gerenciamento do trabalho das equipes. Também, as ações de vigilância em saúde, mesmo limitadas à vigilância ambiental, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica sobre doenças e agravos prioritários, ainda são desenvolvidas de modo incipiente pela maioria das equipes (TEIXEIRA, 2004).

As Unidades de Saúde da Família trabalham de acordo com um território de abrangência de sua responsabilidade, ou seja, com uma população adscrita. É recomendada que a cobertura populacional por equipe de Saúde da Família deve ser de, no máximo, 4.500 habitantes, ou, uma área onde residam, no máximo, 1.000 famílias (BRASIL, 2001).

O processo de trabalho em saúde da família engloba (BRASIL, 2005):

- I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adscrita [...]
- III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- V - trabalho interdisciplinar e em equipe [...]
- VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais [...]

- VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
- IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Uma equipe deve ser composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, a equipe pode ter profissionais do Programa de Saúde Bucal (BRASIL, 2005).

O trabalho da equipe de Saúde da Família é o elemento chave para a busca permanente da comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre todos os integrantes da equipe. Além disso, caracteriza-se por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que ultrapassam a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidade (BRASIL, 2004a).

Na ESF, além das atividades de assistência desenvolvidas pela equipe, igualmente importantes são as de planejamento como: identificar, conhecer e analisar a realidade local e propor ações capazes de nela interferir. Assim, as atribuições principais dos profissionais da saúde da família são: planejamento de ações; promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e vigilância em saúde; e trabalho interdisciplinar em equipe (BRASIL, 2001).

Inserido no contexto de mudanças e desafios, bem como no movimento de mudança no modelo de atenção à saúde, encontram-se os enfermeiros, sujeitos desta pesquisa.

Para interesse deste estudo, torna-se necessária uma discussão em torno do trabalho do enfermeiro, visto que este profissional é um protagonista que exerce papel fundamental na execução da ESF, por ser agente participante e encarregado de operar as atividades básicas do programa e as ações promovidas por eles

influem diretamente no processo de implementação da estratégia e seus resultados (CANESQUI; SPINELLI, 2006).

Em relação às atividades desenvolvidas por este profissional, foi aprovada pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica, que dá ao enfermeiro as seguintes atribuições (BRASIL, 2006a, p. 44):

1. Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou demais espaços comunitários (escolas, associações, etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
2. Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
3. Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
4. Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
5. Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, Atendente de Consultório Dentário e Técnico em Higiene Dental;
6. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Ainda quanto ao processo de trabalho do enfermeiro na ESF, este é caracterizado por atividades assistenciais e gerenciais. Portanto, segundo Peduzzi (2000, p. 10):

No processo de trabalho assistencial, o enfermeiro toma como objeto as necessidades de cuidado e tem por finalidade a atenção integral de enfermagem. E no processo de trabalho gerencial, o enfermeiro toma como objeto os trabalhadores de enfermagem e a organização do trabalho e tem por finalidade a implementação de condições adequadas de trabalho e de cuidado de enfermagem.

A prática de enfermagem na ESF caminha na busca da reformulação e da integração de ações com os demais trabalhadores da equipe de saúde. Esta reformulação e integração acontecem, principalmente, através de um processo de articulação das intervenções técnicas e da interação entre os outros profissionais da equipe saúde da família (PEDUZZI, 2000).

As ações do trabalho do enfermeiro na ESF se constituem no monitoramento das condições de saúde, como núcleo da atenção de enfermagem, seja no atendimento individual ou no atendimento grupal; no levantamento e monitoramento

de problemas de saúde (seja no enfoque de risco ou de vulnerabilidade) sendo que estes deverão estar articulados à intervenção nos agravos de ordem patológica (e, portanto, pautados no saber da clínica) e no exercício de uma prática de enfermagem comunicativa que busca a ampliação da autonomia dos sujeitos (PEDUZZI, 2000). Assim, falar de tais práticas pressupõe o entendimento de que a enfermagem, enquanto prática social, busca sempre responder às exigências sociais e de saúde de uma determinada época e de um determinado espaço social.

A ESF, ao propor um novo modo de operar o trabalho em saúde, caminha para um processo de trabalho centrado na Vigilância à Saúde. O enfermeiro, para atuar na lógica da Vigilância à Saúde, executa ações de monitoramento dos problemas e necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais, considerando como objeto de sua ação os perfis de saúde-doença desses grupos e as condições que desencadeiam os processos de adoecimento/fortalecimento dos mesmos. Para operar na lógica da Vigilância a Saúde, os enfermeiros buscam implementar uma articulação entre a clínica e a epidemiologia na prestação de cuidados aos indivíduos e comunidade (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Dessa forma, segundo essas perspectivas, o enfermeiro passa a ser um dos protagonistas no movimento de reforma sanitária e de mudança/ampliação do conceito de saúde, alterando o saber/fazer neste campo, sendo a ESF o ponto de partida, teoricamente adequado, para essas realizações.

No entanto, a prática o profissional do enfermeiro na Saúde da Família ainda encontra muitos entraves que comprometem o desempenho do trabalho. Pesquisas como as de Bertoncini (2000); Costa *et al.* (2000); Souza (2000), têm exposto as condições de trabalho em que as equipes estão imersas, destacando a composição básica insuficiente das equipes; insuficiência de profissionais com o perfil proposto pelo programa; várias modalidades de contrato, persistindo ainda vinculações precárias de trabalho; heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, estando algumas inadequadas e em situação precária; sobrecarga de atendimento, gerando dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho; comprometimento do fluxo e contra-fluxo dos usuários e informações entre os diferentes níveis do sistema; problemas de fidedignidade no preenchimento do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações ora aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família

com os poderes locais; conflitos na relação entre o PSF e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda.

Franco e Merhy (1999) apontam problemas com o alto grau de normatividade na implementação da ESF. O formato das equipes, as funções de cada profissional, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os modos de fazer o programa são regulados pelo Ministério da Saúde. O caráter prescritivo da ESF é exacerbado.

Para Bertocini (2000), as condições de trabalho apontadas produzem alienação, impotência, estresse, conflitos, disputa por poder e sentimentos de medo, insegurança, baixa auto-estima, dificultando, assim, as iniciativas para mudar as condições vigentes e garantir a integralidade da assistência.

Dessa forma, com o intuito de identificar as mudanças necessárias para a promoção do bem-estar profissional evitando comprometimento das funções e atribuições no trabalho, é importante avaliar o perfil e a QV dos enfermeiros, assim como os fatores que a influenciam.

Considerando todo o contexto de transformações no campo da saúde no Brasil, as perspectivas realizadas em torno da ESF e todo o desafio da equipe do programa para a consolidação das bases constitucionais do SUS definiu-se ser os enfermeiros e sua QV, focos desta pesquisa.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a Qualidade de Vida dos enfermeiros que compõem as equipes de saúde da família dos 27 municípios da abrangência da Gerência Regional de Saúde de Uberaba/MG, ou seja, da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, utilizando o instrumento WHOQOL-100.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Descrever o perfil sócio-demográfico e profissional dos enfermeiros das equipes de saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, e segundo respectivas microrregiões de saúde;
- 2) Descrever a QV dos enfermeiros das equipes de saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, de acordo com os domínios do instrumento WHOQOL-100 (físico; psicológico; nível de independência; relações sociais; meio ambiente e espiritualidade);
- 3) Verificar a associação entre as variáveis sócio-demográficas e profissionais e a QV dos enfermeiros que atuam nas equipes de saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, segundo comparação entre os escores de QV entre as diferentes categorias das variáveis abordadas.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal. A pesquisa descritiva tem como objetivo conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la, ou seja, expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno, permitindo também estabelecer relações entre variáveis a fim de definir sua natureza (CHURCHILL, 1987; VERGARA 2006).

5.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta pelos enfermeiros das equipes saúde da família dos 27 municípios da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, atuantes no ano de 2007.

Para participar da pesquisa, os indivíduos deveriam concordar em participar assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram excluídos os enfermeiros que se encontravam afastados de suas atividades por motivo de férias, licença e outros, no momento da coleta de dados.

5.3 PERÍODO E LOCAL DE COLETA DE DADOS

Neste estudo utilizaram-se dados secundários referentes a pesquisa financiada pela FAPEMIG no biênio 2007/2008 que objetivou avaliar a QV dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e técnico de higiene dental/auxiliar de cirurgião dentista), dos 27 municípios da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul.

Os dados foram coletados por entrevistadores devidamente treinados, no período de maio a julho 2007, junto aos enfermeiros das unidades de ESF dos 27 municípios que compõem a Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul (Anexo C).

Os instrumentos de coleta de dados foram respondidos em um só encontro, auto-aplicados, em situação de privacidade e tendo como base as duas últimas semanas de vida.

A Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul corresponde geograficamente à parte Sul do Triângulo Mineiro (Figura 1), e no período da coleta de dados possuía 113 equipes saúde da família. Esta região é dividida em quatro microrregiões de saúde (Figura 2) que recebem denominação de acordo com seus municípios sede: Araxá (23 equipes), Frutal (14 equipes), Iturama (12 equipes) e Uberaba (56 equipes). Sendo Uberaba também cidade pólo da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul.

A regionalização da atenção à saúde é um dos princípios do SUS, foi definida como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais; promover a equidade e a integralidade da atenção; racionalizar os gastos e otimizar os recursos; e potencializar o processo de descentralização. Com vistas a operacionalizar o processo de regionalização, o Ministério define a região de saúde como base territorial de planejamento da atenção à saúde.

Essa região, que não coincide necessariamente com a divisão administrativa do Estado deve ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) estabelece a divisão do Estado em macrorregiões e microrregiões com objetivo de levar atendimento ao usuário do SUS o mais próximo possível de sua residência. O PDR traça as diretrizes para a regionalização da assistência à saúde, sendo instrumento essencial para a reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS. Assim, os municípios são agrupados em microrregiões de saúde (responsáveis pelo atendimento de média complexidade), e por sua vez as microrregiões são agrupadas em macrorregiões de saúde (responsáveis pela o atendimento de alta complexidade).

Conforme o PDR, para efeitos de Regulação Assistencial, o Estado de Minas Gerais é dividido em 13 macrorregiões. Cada pólo de macrorregião de saúde recebe o nome da cidade onde está sediado. Cada macrorregião compreende, por sua vez, um conjunto de microrregiões compostas pelos municípios nelas contidas.

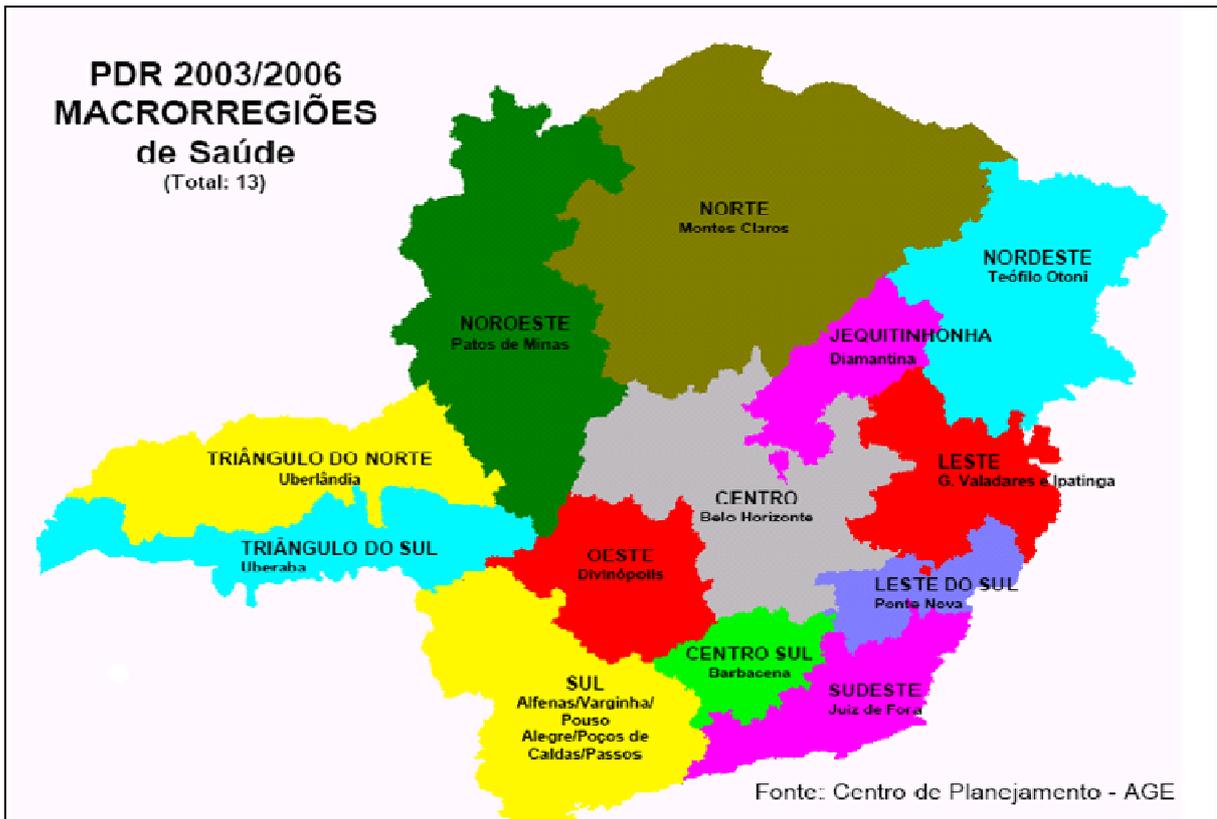


Figura 1 – Macrorregiões de Saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2003/2006. Fonte: Gerência Regional de Saúde/Uberaba-MG (2007).

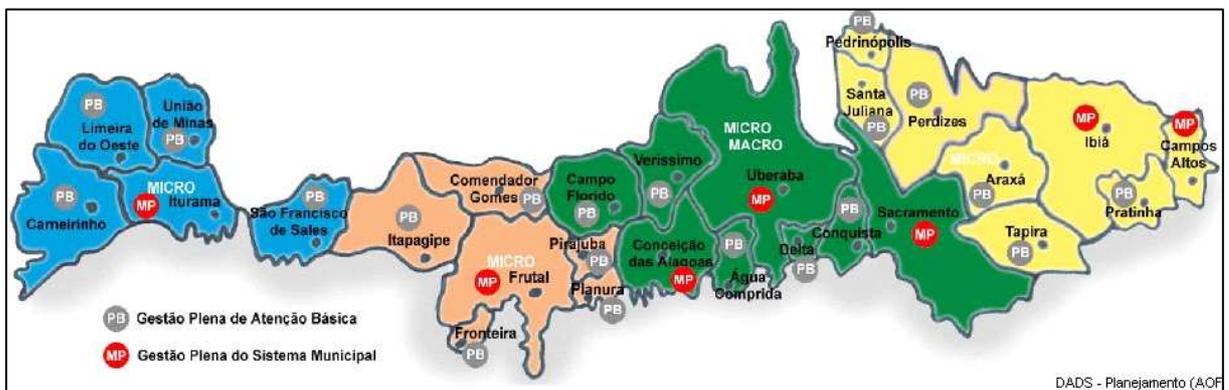


Figura 2 – Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul segundo Microrregiões definidas pelo Plano Diretor de Regionalização de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2003/2006. Fonte: Gerência Regional de Saúde/Uberaba-MG (2007).

5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Qualidade de Vida – Para a descrição da QV foi utilizado o instrumento desenvolvido pelo grupo de QV da OMS WHOQOL-100, na sua versão em português (Anexo D), autorizado para ser utilizado por pesquisadores, desde que as suas orientações, questões e *layout* não sejam modificados. É composto por 100 itens ou questões distribuídas em seis domínios. Cada domínio é constituído por facetar, num total de 24. Cada faceta é composta por quatro perguntas. Além das 24 facetar específicas, o instrumento tem uma vigésima quinta faceta composta de perguntas gerais sobre QV. Este instrumento foi validado no Brasil por Fleck *et al.* (1999b), com base na estrutura fatorial de Power, Bullinger e Harper (1999), preenchendo os critérios de desempenho exigidos: consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério, fidedignidade de teste-reteste.

As dimensões do instrumento são: 1) Física, 12 itens, 3 facetar (dor e desconforto; energia e fadiga; mobilidade; sono e repouso); 2) Psicológica, 20 itens, 6 facetar (aparência e auto-imagem; auto-estima; pensamento, aprendizagem, memória e concentração; sentimentos negativos e sentimentos positivos); 3) Nível de Independência, 16 itens, 4 facetar (mobilidade; atividades da vida diária; dependência de medicação ou de tratamento; capacidade de trabalho) 4) Relacionamento Social, 12 itens, 3 facetar (atividade sexual; relações pessoais; suporte social); 5) Ambiente, 32 itens, 8 facetar (ambiente do lar; ambiente físico; disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; acesso ou oportunidades de recreação e lazer; recursos financeiros; segurança física e proteção; transporte); 6) Aspectos Espirituais, 4 itens e 1 faceta (espiritualidade/religião/crenças pessoais). A vigésima quinta faceta é composta de quatro perguntas gerais sobre QV (satisfação com a vida, satisfação com a saúde, avaliação e satisfação com a qualidade de vida). As escalas de respostas são do tipo *Likert* com 5 pontos e os escores foram obtidos pela média aritmética, para as facetar e dimensões, variando de 1 a 5 (Fleck *et al.*, 1999a).

Perfil sócio-demográfico e profissional - Para descrever o perfil sócio-demográfico e profissional foi utilizado um questionário adicional ao instrumento WHOQOL-100, construído em parte pelo grupo WHOQOL no Brasil, denominado

ficha de informações sobre o respondente (Apêndice A). A este questionário foram acrescentadas pelos pesquisadores questões pertinentes à realidade dos trabalhadores da ESF. As informações sobre o perfil foram obtidas antes da aplicação do instrumento de avaliação de QV e após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

5.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

O Quadro 1 apresenta as variáveis relativas ao WHOQOL-100 agregadas em domínios e facetas:

Domínios	Facetas
I – Físico	1. dor e desconforto 2. energia e fadiga 3. sono e repouso
II – Psicológico	4. sentimentos positivos 5. pensar, aprender, memória e concentração 6. auto-estima 7. imagem corporal e aparência 8. sentimentos negativos
III- Nível de independência	9. mobilidade 10. atividades de vida cotidiana 11. dependência de medicação ou de tratamento 12. capacidade de trabalho
IV- Relações sociais	13. relações pessoais 14. suporte (apoio) social 15. atividade sexual
V- Ambiente	16. segurança física e proteção 17. ambiente no lar 18. recursos financeiros 19. cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. participação em/e oportunidades de recreação/lazer 22. ambiente físico: (poluição/ruído/ trânsito/clima) 23. transporte
VI – Aspectos espirituais/religião/ crenças pessoais	24. espiritualidade/religião/crenças pessoais

Quadro 1 - Domínios e Facetas do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS, WHOQOL-100 (Fleck et al., 1999a).

Variáveis relativas ao perfil sócio-demográfico e profissional: município, idade, sexo, estado civil, escolaridade, curso atual, pessoas que moram na mesma casa, número de dependentes, estado de saúde, problema de saúde atual/condição de saúde presente, renda salarial, quantidade vínculos empregatícios, tipo de vínculo empregatício, carga horária de trabalho diário e satisfação com o trabalho.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram digitados, tabulados e consolidados no *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 16.0 for *Windows*, com sintaxe do WHOQOL-100. Para obtenção dos escores relativos à QV, foi utilizada a sintaxe do WHOQOL-100, disponibilizada pelo grupo WHOQOL.

O WHOQOL prevê a análise da QV pelo estabelecimento dos escores de cada domínio. Os escores variam em valores de 4 a 20. O escore de cada domínio é obtido numa escala positiva, isto é, os maiores escores correspondem a menor impacto negativo dos itens que compõe os domínios/facetas na QV.

Os estudos existentes na literatura científica, tanto comparativos como descritivos, ainda não trazem uma normatização dos escores de QV que permitam atribuir a eles juízos de valor positivos ou negativos, ou seja, que permitam classificá-los em QV “boa” ou “ruim”.

Considerando essa deficiência e com intuito de facilitar a compreensão, na descrição dos escores obtidos para cada domínio, estes foram considerados em quatro intervalos (Quadro 2) propostos pela autora desse trabalho e que serão utilizados na discussão dos resultados:

Escores	Intervalos Proporcionais (%)	Avaliação do resultado
4 8	Até 25	Maior impacto negativo dos itens que compõe os domínios/facetas na QV
8 12	25 50	Impacto negativo mediano dos itens que compõe os domínios/facetas na QV
12 16	50 75	Pouco impacto negativo dos itens que compõe os domínios/facetas na QV
16 20	75 100	Ausência de impacto negativo dos itens que compõe os domínios/facetas na QV

Quadro 2 – Classificação valorativa dos escores obtidos pelo instrumento WHOQOL-100 segundo análise dos intervalos proporcionais.

A consistência interna de um instrumento corresponde à homogeneidade dos itens que compõem cada um dos domínios/facetas. Neste estudo utilizou-se o coeficiente de fidedignidade de Cronbach que poderá ter seu valor classificado entre zero e um, sendo que quanto mais próximo de um, maior será a consistência interna

do instrumento. Os valores de alfa aceitáveis são aqueles iguais ou maiores que 0,70 (FAYERS; MACHIN, 2007).

Quanto ao primeiro e segundo objetivos foi realizada análise descritiva a partir de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, e medidas de centralidade (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão e amplitude) para as variáveis numéricas. Os dados foram organizados em tabelas.

Quanto ao terceiro objetivo foi utilizado o teste *t-Student* quando as variáveis sócio-demográficas e profissionais apresentaram apenas duas categorias e os dados se apresentaram com distribuição Normal. Nos casos em que a normalidade não foi satisfeita, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Quando se obteve mais de duas categorias nas variáveis sócio-demográficas e profissionais, os dados se apresentaram com distribuição Normal e as variâncias foram homogêneas, utilizou-se análise de variância paramétrica (ANOVA-F) seguido do teste de comparação múltipla de Tukey, e nos casos que a normalidade dos dados e a homogeneidade das variâncias não foram satisfeitas utilizou-se ANOVA não paramétrica pelo teste de Kruskal-Wallis seguido do teste de comparações múltiplas de Dunn.

O nível descritivo de significância para todos os testes foi de 5,0% ($p < 0,05$).

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo ao artigo IV, parágrafo 3º da resolução 196/96 do CNS/NS, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e aprovado sob o parecer N.º 791/2006 (Anexo E) em 20 de outubro de 2006. A coleta de dados também foi de acordo com o consentimento formal dos Gestores Municipais de Saúde (Apêndice C).

Todos os participantes do estudo assinaram previamente concordância por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas cópias. Foi garantido a todos os entrevistados o sigilo profissional e pessoal da identificação, bem como o caráter confidencial de todas as informações prestadas.

6 RESULTADOS

Neste capítulo será apresentada a descrição dos resultados dos dados relativos à caracterização sócio-demográfica e profissional dos participantes e a descrição dos resultados obtidos por meio da aplicação do instrumento genérico de avaliação da QV elaborado por pesquisadores da OMS, WHOQOL-100. Assim como os resultados das análises realizadas para verificar a associação entre algumas variáveis sócio-demográficas e profissionais e os escores dos domínios de QV dos enfermeiros das equipes saúde da família do Sul do Triângulo Mineiro.

6.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL

Considerando o total de 113 enfermeiros atuantes nas equipes saúde da família dos 27 municípios da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul no período da coleta de dados, 90 (79,6%) participaram da pesquisa. Foram excluídos 23 (20,4%) enfermeiros que não foram encontrados por motivo de férias ou afastamento temporário do trabalho, no momento da coleta de dados. Como as perdas não foram por recusa em participar da pesquisa, a representatividade da população estudada foi mantida (VAN BELLE et al., 2004).

Dentre os 90 enfermeiros estudados, 83 (92,2%) eram do sexo feminino. A média de idade dos participantes foi de 28,6 anos (DP = \pm 5,9), e a idade mediana foi de 27 anos (mínima de 22 e máxima de 49 anos). Foi observado que o grupo de 20 | 30 anos foi mais frequente (72,1%), seguido pelos grupos de 30 | 40 anos (19,8%) e de 40 | 50 anos (8,1%).

Predominaram os enfermeiros que se declararam solteiros (57,8%), possuíam especialização (60%), faziam curso de atualização (62,2%), moravam com seus familiares (72,2%) e não possuíam dependentes (58,6%). A maioria dos participantes classificou sua saúde atual como “boa” ou “muito boa” (92%), sendo que 66,7% negaram qualquer problema de saúde (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros das equipes saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, segundo Microrregiões de Saúde de Uberaba, Araxá, Frutal e Iturama e variáveis sócio-demográficas, 2007.

Variáveis	Uberaba (n=44)		Araxá (n=21)		Frutal (n=13)		Iturama (n=12)		Total (n=90)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo										
Feminino	42	95,5	19	90,5	12	92,3	10	83,3	83	92,2
Masculino	2	4,5	2	9,5	1	7,7	2	16,7	7	7,8
Estado Civil										
Solteiro(a)	25	56,8	11	52,4	8	61,5	8	66,7	52	57,8
Casado(a) ou Amasiado(a)	14	31,8	9	42,8	4	30,8	3	25	30	33,4
Divorciado(a)	5	11,4	1	4,8	0	0	1	8,3	7	7,7
Viúvo(a)	0	0	0	0	1	7,7	0	0	1	1,1
Escolaridade										
Graduação	17	38,6	8	38,1	7	53,8	4	33,3	36	40,0
Especialização	27	61,4	13	61,9	6	46,2	8	66,7	54	60,0
Curso Atual										
Atualização	29	65,9	13	61,9	9	69,2	5	41,7	56	62,2
Especialização	14	31,8	7	33,3	4	30,8	7	58,3	32	35,6
Faculdade	0	0	1	4,8	0	0	0	0	1	1,1
Mestrado	1	2,3	0	0	0	0	0	0	1	1,1
Com quem mora										
Familiares	31	70,5	16	76,2	11	84,6	7	58,3	65	72,2
Sozinho	10	22,7	2	9,5	1	7,7	2	16,7	15	16,7
Amigos	2	4,5	2	9,5	0	0	3	25	7	7,8
Estabelecimentos de hospedagem	1	2,3	1	4,8	1	7,7	0	0	3	3,3
Dependentes										
Nenhum	26	60,5	11	57,9	9	69,2	5	41,7	51	58,6
1 a 2	16	37,2	8	42,1	4	30,8	7	58,3	35	40,2
3 a 4	1	2,3	0	0	0	0	0	0	1	1,1
Estado de saúde										
“Muito bom ou bom”	37	88,1	21	100	12	92,3	11	91,7	81	92
“Nem ruim, nem bom”	1	2,4	0	0	0	0	1	8,3	2	2,3
“Fraco ou Muito ruim”	4	9,5	0	0	1	7,7	0	0	5	5,6
Condição de saúde										
Nenhuma	29	65,9	14	66,7	7	53,8	10	83,3	60	66,7
Outros problemas	7	15,9	2	9,5	2	15,4	1	8,3	12	13,3
Gravidez	3	6,8	1	4,8	0	0	0	0	4	4,4
Depressão	2	4,5	0	0	2	15,4	0	0	4	4,4
Problema emocional crônico	1	2,3	0	0	1	7,7	1	8,3	3	3,3
Pressão alta	1	2,3	1	4,8	0	0	0	0	2	2,2
Enfisema ou bronquite	0	0	1	4,8	0	0	0	0	1	1,1
Hemorroidas	0	0	1	4,8	0	0	0	0	1	1,1
Afecção crônica de pé	1	2,3	0	0	0	0	0	0	1	1,1

Fonte: Pesquisa primária intitulada “Programa Saúde da Família: Qualidade de Vida dos trabalhadores” (2007).

Quanto ao número de vínculos empregatícios, 64,8% possuíam um e 33% possuíam dois vínculos distintos. Quanto ao tipo de vínculo na ESF, 62,9% eram contratados por tempo determinado e 19,1%, concursados. Em relação à carga horária de trabalho diária na ESF, 92,1% trabalhavam 8 horas. Quanto à renda mensal na ESF, 83,3% recebiam entre 1.400,00 a 2.799,00 (de 4 a 8 salários mínimos vigentes na ocasião da coleta de dados). E quanto ao valor bruto recebido de todos os vínculos acumulados, 72,7% relataram essa renda e 14,8% referiu receber mais de 2.800,00. Quando questionados em relação à satisfação com o trabalho, 61,8% dos enfermeiros estavam satisfeitos ou extremamente satisfeitos com o trabalho e 34,8% estavam mais ou menos satisfeitos (Tabela 2).

6.1.1 Perfil sócio-demográfico e profissional dos enfermeiros das Microrregiões de Saúde de Uberaba, Araxá, Frutal e Iturama

Dentre os enfermeiros da **Microrregião de Saúde de Uberaba** predominaram os do sexo feminino (95,5%), solteiros (56,8%), seguidos de casados/amasiados (31,8%). Possuíam especialização (61,4%), faziam curso de atualização (65,9%) ou especialização (31,8%), moravam com seus familiares (70,5%) ou sozinhos (22,7%), e não possuíam dependentes (60,5%) ou possuíam de 1 a 2 dependentes (37,2%). A média de idade foi de 29,6 anos ($DP \pm 5,48$), e a mediana foi de 27 anos (mínima de 23 e máxima de 45 anos). A maioria dos participantes classificou sua saúde atual como “boa” ou “muito boa” (88,1%), sendo que 65,9% negaram qualquer problema de saúde na ocasião da entrevista (Tabela 1).

Quanto ao número de vínculos empregatícios, 67,4% possuíam um e 27,9% possuíam dois vínculos distintos. Quanto ao tipo de vínculo na ESF, 67,4% eram contratados por tempo determinado. Em relação à carga horária de trabalho diária na ESF, 86,4% trabalhavam 8 horas. Quanto à renda mensal na ESF, 90,9% referiram receber entre 1.400,00 a 2.799,00 (de 4 a 8 salários mínimos vigentes na ocasião da coleta de dados). E quanto ao valor bruto recebido de todos os vínculos acumulados, 68,2% relataram essa renda e 25% referiu receber mais de 2.800,00. Quando questionados em relação à satisfação com o trabalho, 65,1% dos enfermeiros estavam satisfeitos ou extremamente satisfeitos com o trabalho e 27,9% estavam mais ou menos satisfeitos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros das equipes saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, segundo Microrregiões de Saúde de Uberaba, Araxá, Frutal e Iturama e aspectos profissionais, 2007.

Variáveis	Uberaba (n=44)		Araxá (n=21)		Frutal (n=13)		Iturama (n=12)		Total (n=90)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Número de vínculos										
Um	29	67,4	11	52,4	7	58,3	10	83,3	57	64,8
Dois	12	27,9	10	47,6	5	41,7	2	16,7	29	33
Três	2	4,7	0	0	0	0	0	0	2	2,2
Tipo de vínculo										
Contratado	29	67,4	10	47,6	8	61,5	9	75	56	62,9
Concursado	2	4,7	11	52,4	3	23,1	1	8,3	17	19,1
Outros ^{††}	10	23,3	0	0	1	7,7	0	0	11	12,4
Celetista	2	4,7	0	0	1	7,7	2	16,7	5	5,6
Carga horária na ESF										
Oito horas	38	86,4	21	100	12	92,3	12	100	83	92,2
Doze horas	3	6,8	0	0	1	7,7	0	0	4	4,5
Mais de 12 horas	3	6,8	0	0	0	0	0	0	3	3,3
Renda mensal na ESF (SMs)[†]										
1 a 2	2	4,5	0	0	0	0	0	0	2	2,2
2 a 3	1	2,3	0	0	1	7,7	1	8,3	3	3,4
3 a 4	1	2,3	5	23,8	2	15,4	2	16,7	10	11,1
4 a 8	40	90,9	16	76,2	10	76,9	9	75	75	83,3
Renda mensal do total de vínculos (SMs)[†]										
1 a 2	2	4,5	0	0	0	0	0	0	2	2,3
2 a 3	1	2,3	0	0	1	8,3	0	0	2	2,3
3 a 4	0	0	3	15	1	8,3	3	25	7	7,9
4 a 8	30	68,2	15	75	10	83,3	9	75	64	72,7
Mais de 8	11	25	2	10	0	0	0	0	13	14,8
Satisfação com o trabalho										
“Extremamente ou Bastante satisfeito”	28	65,1	14	66,7	6	46,2	7	58,3	55	61,8
“Mais ou menos satisfeito”	12	27,9	7	33,3	7	53,8	5	41,7	31	34,8
“Muito pouco ou Nada satisfeito”	3	7	0	0	0	0	0	0	3	3,4

^{††}Cargo comissionado ou contrato por tempo indeterminado

[†]SMs: salários mínimos

Fonte: Pesquisa primária intitulada “Programa Saúde da Família: Qualidade de Vida dos trabalhadores” (2007).

Em relação aos profissionais pertencentes às equipes saúde da família da **Microrregião de Saúde de Araxá** predominaram os do sexo feminino (90,5%),

solteiros (52,4%), seguidos dos casados/amasiados (42,8%). Possuíam especialização (61,9%), faziam curso de atualização (61,9%) ou especialização (33,3%), moravam com seus familiares (76,2%), e não possuíam dependentes (57,9%) ou possuíam de 1 a 2 dependentes (42,1%). A média de idade foi de 27,7 anos ($DP \pm 5,96$), e a mediana foi de 26 anos (mínima de 23 e máxima de 46 anos). Os participantes classificaram sua saúde atual como “boa” ou “muito boa” (100%), sendo que 66,7% negaram qualquer problema de saúde na ocasião da entrevista (Tabela 1).

Quanto ao número de vínculos empregatícios, 52,4% possuíam um e 47,6% possuíam dois vínculos distintos. Quanto ao tipo de vínculo na ESF, 52,4% eram concursados e 47,6% eram contratados por tempo determinado. Em relação à carga horária de trabalho diária na ESF, 100% trabalhavam 8 horas. Quanto à renda mensal na ESF, 76,2% referiram receber entre 1.400,00 a 2.799,00 (de 4 a 8 salários mínimos vigentes na ocasião da coleta de dados). E quanto ao valor bruto recebido de todos os vínculos acumulados, 75% relataram essa renda e 10% referiu receber mais de 2.800,00. Quando questionados em relação à satisfação com o trabalho, 66,7% estavam satisfeitos ou extremamente satisfeitos com o trabalho e 33,3% estavam mais ou menos satisfeitos (Tabela 2).

Os enfermeiros pertencentes às equipes saúde da família da **Microrregião de Saúde de Frutal** eram predominantemente do sexo feminino (92,3%), solteiros (61,5%), seguidos dos casados (30,8%). Possuíam graduação (53,8%), faziam curso de atualização (69,2%) ou especialização (30,8%), moravam com seus familiares (84,6%), e não possuíam dependentes (69,2%) ou possuíam de 1 a 2 dependentes (30,8%). A média de idade foi de 28,2 anos ($DP \pm 8,72$), e a mediana foi de 25,5 anos (mínima de 22 e máxima de 49 anos). A maioria dos participantes classificou sua saúde atual como “boa” ou “muito boa” (92,3%), sendo que 53,8% negaram qualquer problema de saúde na ocasião da entrevista (Tabela 1).

Quanto ao número de vínculos empregatícios, 58,3% possuíam um e 41,7% possuíam dois vínculos distintos. Quanto ao tipo de vínculo na ESF, 61,5% eram contratados por tempo determinado e 23,1% eram concursados. Em relação à carga horária de trabalho diária na ESF, 92,3% trabalhavam 8 horas. Quanto à renda mensal na ESF, 76,9% referiram receber entre 1.400,00 a 2.799,00 (de 4 a 8 salários mínimos vigentes na ocasião da coleta de dados). E quanto ao valor bruto recebido de todos os vínculos acumulados, 83,3% relataram essa renda. Quando

questionados em relação à satisfação com o trabalho, 53,8% estavam mais ou menos satisfeitos e 46,2% dos enfermeiros estavam satisfeitos com o trabalho ou extremamente satisfeitos (Tabela 2).

Entre os enfermeiros da **Microrregião de Saúde de Iturama** predominaram os do sexo feminino (83,3%), solteiros (66,7%), seguidos dos casados/amasiados (25%). Possuíam especialização (66,7%), faziam curso de atualização (41,7%) ou especialização (58,3%), moravam com seus familiares (58,3%) ou com amigos (25%), e não possuíam dependentes (41,7%) ou possuíam de 1 a 2 dependentes (58,3%). A média de idade foi de 27,1 anos ($DP \pm 3,96$), e a mediana foi de 27 anos (mínima de 22 e máxima de 34 anos). A maioria dos participantes classificou sua saúde atual como “boa” ou “muito boa” (91,7%), sendo que 83,3% negaram qualquer problema de saúde na ocasião da entrevista (Tabela 1).

Quanto ao número de vínculos empregatícios, 83,3% possuíam um e 16,7% possuíam dois vínculos distintos. Quanto ao tipo de vínculo na ESF, 75% eram contratados por tempo determinado e 16,7% eram celetistas. Em relação à carga horária de trabalho diária na ESF, 100% trabalhavam 8 horas. Quanto à renda mensal na ESF, 75% referiram receber entre 1.400,00 a 2.799,00 (de 4 a 8 salários mínimos vigentes na ocasião da coleta de dados), sendo tal porcentagem mantida quando verificado o valor bruto recebido de todos os vínculos acumulados. Quando questionados em relação à satisfação com o trabalho, 58,3% dos enfermeiros estavam satisfeitos ou extremamente satisfeitos com o trabalho e 41,7% estavam mais ou menos satisfeitos (Tabela 2).

6.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Os resultados relacionados à avaliação da QV dos enfermeiros das equipes saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul estão expostos através dos escores mínimos, máximos, médios e respectivos desvios-padrão de cada domínio do WHOQOL-100 (Tabela 3).

A Qualidade de Vida Geral, composta pelas facetas: satisfação com a vida, satisfação com a saúde, satisfação com a própria QV e avaliação da QV, obteve escore médio de 16,7 que significa, de acordo com a classificação dos intervalos proporcionais, ausência de impacto negativo das facetas avaliadas na QV.

Tabela 3 – Medidas de centralidade e dispersão dos escores dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-100 de enfermeiros das equipes saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul (n=90), 2007.

Domínios WHOQOL-100	Mínimo	Máximo	Mediana	Escore médio (DP)
Físico	8,6	19,6	14,0	14,1 (1,9)
Psicológico	7,8	19,6	15,6	15,4 (2,0)
Nível de independência	12,0	20,0	17,0	17,0 (1,6)
Relações sociais	9,6	19,6	16,3	16,2 (2,1)
Ambiente	9,0	18,0	14,2	14,2 (1,9)
Aspectos Espirituais	10,0	20,0	17,0	16,8 (2,6)
Qualidade de Vida Geral	10,0	20,0	17,0	16,7 (2,2)

Fonte: Pesquisa primária intitulada “Programa Saúde da Família: Qualidade de Vida dos trabalhadores” (2007).

Foi possível observar que o enfermeiro que obteve menor escore nos domínios do WHOQOL-100 atingiu 7,8 pontos e o que obteve maior escore obteve 20,0 pontos, em um intervalo possível de 4 a 20, no qual, quanto maior o valor, menor impacto negativo dos itens que compõe os domínios/facetadas na QV. Os domínios que apresentaram maiores escores médios foram: Nível de independência, Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais e Relações sociais; já os domínios que apresentaram os menores escores médios foram: Físico, Ambiente e Psicológico. Considerando a média dos escores dos domínios, a variação obtida foi de 14,1 a 17,0, o que traduz pouco impacto ou ausência de impacto negativo dos domínios avaliados na QV.

A consistência interna do WHOQOL-100 para as facetadas, domínios, domínios somados às facetadas e 100 questões foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach e é apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 - Coeficiente de fidedignidade de Cronbach das facetadas, domínios, domínios + facetadas e 100 questões do WHOQOL-100 aplicado aos enfermeiros das equipes saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, 2007.

Itens considerados	Coeficiente de Cronbach	Nº de casos	Nº de itens
Domínios	0,88	90	25
Facetas	0,78	90	06
Domínios + Facetas	0,91	90	31
100 questões	0,94	90	100

Fonte: Pesquisa primária intitulada “Programa Saúde da Família: Qualidade de Vida dos trabalhadores” (2007).

O coeficiente de Cronbach mostra valores altos (maiores que 0,70) quando se tomam as questões, as facetadas e os domínios, atestando a boa consistência interna do instrumento na população deste estudo.

Com o objetivo de verificar a associação entre algumas variáveis sócio-demográficas e profissionais e os escores dos domínios da QV, foi realizada comparação desses escores entre as categorias das seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, estado de saúde, número e tipo de vínculo empregatício, carga horária diária de trabalho na ESF, renda mensal na ESF, renda mensal acumulada do número de vínculos empregatícios e satisfação com o trabalho.

Tabela 5 – Distribuição dos escores médios dos domínios de QV dos enfermeiros das equipes saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, segundo variáveis sócio-demográficas, 2007.

Variáveis (n=90)	Domínios						
	n	Físico	Psicológico	Nível de Independência	Relações Sociais	Ambiente	Aspectos Espirituais
Sexo							
Feminino	83	14,1	15,3	17,0	16,0	14,1	16,8
Masculino	7	13,6	16,3	17,1	17,6	15,2	16,2
Faixa Etária (anos)							
20 30	62	14,2	15,5	17,2	16,6	14,4	17,1
30 40	17	13,5	14,9	16,3	15,5	13,5	16,1
40 50	7	13,7	15,3	16,6	14,3	14,4	16,1
Estado Civil							
Solteiro(a)	52	14,4	15,4 ^b	16,9 ^b	16,3 ^b	14,2 ^b	16,7
Casado(a)/Amasiado(a)	30	13,8	15,8 ^a	17,4 ^a	16,7 ^a	14,6 ^a	17,0
Divorciado(a)	7	12,8	13,5 ^b	15,6	13,4 ^b	12,5 ^b	16,5
Valor p			0,013*	0,021*	0,000*	0,022*	
Escolaridade							
Graduação	36	14,2	15,4	17,0	15,9	14,0	16,7
Especialização	54	14,0	15,3	17,0	16,3	14,3	16,8
Estado de Saúde							
“Muito bom ou bom”	81	14,3 ^d	15,6 ^d	17,2 ^d	16,4	14,2	16,9
“Nem ruim, nem bom”	2	14,5 ^d	15,9 ^d	16,5	13,8	11,6	16,5
“Fraco ou Muito ruim”	5	10,8 ^c	12,4 ^c	14,2 ^c	14,0	12,9	15,8
Valor p		0,000*	0,002*	0,000*			

*ANOVA-F – diferenças estatisticamente significativas a > b; c < d

Fonte: Pesquisa primária intitulada “Programa Saúde da Família: Qualidade de Vida dos trabalhadores” (2007).

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os escores médios dos domínios de QV quando comparados entre os sexos, faixas etárias e níveis de escolaridade ($p > 0,05$).

Em relação ao estado civil, os domínios Psicológico ($p=0,013$), Relações Sociais ($p=0,000$) e Ambiente ($p=0,022$) mostram que o grupo que se declarou Casado(a) ou Amasiado(a) apontou maiores escores médios de QV comparados aos grupos que se declararam Solteiro(a), Desquitado(a) e Divorciado(a). O domínio Nível de Independência apresenta que o grupo que se declarou Casado(a) ou

Amasiado(a) apresentou maiores escores médios de QV comparados aos grupos que se declararam Solteiro(a) ($p=0,021$) (Tabela 5).

Em relação ao estado de saúde, no domínio Físico, o grupo “Saúde fraca ou muito ruim” apresentou menor escore comparado aos grupos “Saúde nem ruim, nem boa” e “Saúde muito boa ou boa” ($p=0,000$). Nos domínios Psicológico ($p=0,002$) e Nível de Independência ($p=0,000$), o grupo “Saúde fraca ou muito ruim” apresentou menor escore comparado ao “Saúde muito boa ou boa”. Os demais domínios não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os escores médios de QV (Tabela 5).

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os escores médios dos domínios de QV quando comparados entre o número de vínculos empregatícios, faixas salariais na ESF e rendas mensais acumuladas do total de vínculos empregatícios ($p>0,05$).

Em relação aos tipos de vínculos empregatícios, no domínio Aspectos Espirituais, o grupo “Outros” (contrato por tempo indeterminado ou cargo comissionado) apresentou pior escore comparado ao grupo “Concursado” ($p=0,017$). Quanto aos demais domínios, não houve diferenças estatisticamente significantes entre os escores médios de QV dos enfermeiros quando comparados entre os tipos de vínculos empregatícios (Tabela 6).

Em relação a carga horária, nos domínios Psicológico ($p=0,012$) e Nível de Independência ($p=0,022$), o grupo que trabalha oito horas diárias na ESF apresentou maiores escores médios de QV comparados ao grupo que trabalha doze horas diárias (Tabela 6).

Em relação à satisfação com o trabalho, nos domínios Físico ($p=0,008$) e Psicológico ($p=0,000$), o grupo “Mais ou menos satisfeito” apresentou menor escore comparado ao grupo “Extremamente ou bastante satisfeito”. Nos domínios Psicológico ($p=0,000$), Relações Sociais ($p=0,000$) e Ambiente ($p=0,000$), o grupo “Muito pouco ou nada satisfeito” apresentou menor escore comparado aos grupos “Mais ou menos satisfeito” e “Extremamente ou bastante satisfeito”. No domínio Nível de Independência, o grupo “Muito pouco ou nada satisfeito” apresentou menor escore comparado ao grupo “Extremamente ou bastante satisfeito” ($p=0,015$). O domínio Aspectos Espirituais não apontou diferenças estatisticamente significativas entre os escores médios de QV dos enfermeiros de acordo com o nível de satisfação com o trabalho (Tabela 6).

A ausência de diferenças significativas entre os escores de QV em determinadas comparações pode ter se relacionado ao número reduzido de pessoas contidas nos subgrupos formados pelas categorias de cada variável e ao baixo poder estatístico associado ao teste.

Tabela 6 – Distribuição dos escores médios dos domínios de QV dos enfermeiros das equipes saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, segundo aspectos profissionais, 2007.

Variáveis (n = 90)	Domínios						
	n	Físico	Psicológico	Nível de Independência	Relações Sociais	Ambiente	Aspectos Espirituais
Número de vínculos							
Um	57	14,1	15,3	17,0	15,9	13,8	16,7
Dois	29	14,0	15,4	16,9	16,6	14,7	16,8
Três	2	13,1	15,6	16,6	16,6	16,1	16,5
Tipo de vínculo							
Contratado	56	13,9	15,5	16,9	16,3	14,0	16,9
Concurso	17	14,5	15,3	17,1	16,3	14,9	17,7 ^b
Outros ^{††}	11	13,8	14,8	16,8	15,1	14,0	14,7 ^a
Celetista	5	15,0	16,0	17,5	16,4	13,9	18,0
	Valor p						0,017*
Carga horária na ESF							
Oito horas	83	14,2	15,5 ^c	17,0 ^c	16,3	14,2	16,7
Doze horas	4	11,9	12,5 ^d	14,9 ^d	14,0	13,5	17,7
Mais de 12 horas	3	14,1	15,8	18,2	15,5	15,6	16,5
	Valor p		0,012*	0,022*			
Renda mensal na ESF (SMs)[†]							
1 a 2	2	14,6	16,3	17,3	17,1	15,3	13,0
2 a 3	3	13,0	15,2	15,6	15,1	12,6	17,6
3 a 4	10	14,6	15,1	17,2	15,4	14,4	16,6
4 a 8	75	14,0	15,4	17,0	16,3	14,2	16,9
Renda mensal do total de vínculos (SMs)[†]							
1 a 2	2	15,6	15,3	17,5	16,0	13,3	15,0
2 a 3	2	13,8	14,6	15,3	14,0	12,3	18,0
3 a 4	7	13,9	15,2	17,2	15,6	14,2	17,2
4 a 8	64	14,1	15,4	17,0	16,3	14,1	16,8
Mais de 8	13	14,0	15,2	16,7	16,4	14,7	16,1
Satisfação com o trabalho							
“Extremamente ou Bastante satisfeito”	55	14,5 ^f	16,1 ^{f,h}	17,3 ^f	16,5 ^f	14,7 ^f	16,8
“Mais ou menos satisfeito”	31	13,5 ^e	14,6 ^{e,h}	16,5	16,0 ^f	13,7 ^f	16,8
“Muito pouco ou Nada satisfeito”	3	12,0	10,6 ^g	15,2 ^e	12,0 ^e	10,8 ^e	15,6
	Valor p	0,008*	0,000*	0,015**	0,000*	0,000*	

*ANOVA-F – diferenças estatisticamente significativas a < b; c > d; e < f; g < h

**Kruskal-Wallis - diferença estatisticamente significativa e < f

††Cargo comissionado ou contrato por tempo indeterminado

† SMs: salários mínimos

Fonte: Pesquisa primária intitulada “Programa Saúde da Família: Qualidade de Vida dos trabalhadores” (2007).

7 DISCUSSÃO

Em relação ao perfil dos enfermeiros, observou-se que os resultados obtidos neste estudo, são semelhantes aos estudos realizados por Lentz, Costerano e Gonçalves (2000); Pereira e Fávero (2001); Matsuda (2002); Carandina (2003); Meirelles e Zeitoune (2003); Guido (2003); Carvalho *et al.* (2004); Lino (2004); Schmidt (2004); Oler *et al.* (2005); Canesqui e Spinelli (2006); Cotta *et al.* (2006); Gessner (2006); Gil (2006); Paschoa, Zanei e Whitaker (2007); Rocha e Zeitoune (2007); Ximenes Neto e Sampaio (2007); Barbosa e Aguiar (2008); Camelo e Angerami (2006); Timeni (2008); Santos e Beresin (2009), onde a enfermagem é exercida principalmente por mulheres. A pesquisa de Machado *et al.* (2000), que retrata o perfil dos enfermeiros em todo território nacional, confirma os resultados encontrados, onde a expressiva maioria dos enfermeiros que atuam na ESF são compostos pelo gênero feminino.

Nos cursos de graduação em enfermagem em todo o Brasil verifica-se um aumento de estudantes do sexo masculino, sendo tal fato confirmado por dados do Sistema de Estatísticas Educacionais do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais do Ministério da Educação (INEP/MEC), em que, as matrículas referentes ao sexo masculino passaram de 12,9% em 2000, para 15,6% em 2003. Mas apesar do aumento da procura do curso de enfermagem por estudantes do sexo masculino, a profissão de enfermeiro ainda é predominantemente feminina. Na enfermagem esta característica histórica parece estar ligada à própria essência da profissão: o cuidado. O ato de cuidar sempre foi associado à figura feminina, materna.

O expressivo número de mulheres na enfermagem também pode estar ligado ao aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, seja pela necessidade de complementar a renda familiar ou pelo próprio avanço social, que vem descaracterizando a imagem da mulher como somente atuante em atividades ligadas ao lar (GESSNER, 2006).

Ao abordarem o trabalho de enfermagem, Almeida e Rocha (1997, p. 18) ressaltam que é uma atividade realizada por mulheres que, utilizando saberes oriundos de outras ciências, precisam dela para reproduzir a sua própria existência. Reflete uma síntese de suas ações para apreender o objeto da saúde, visualizando

o seu produto final: atender às necessidades sociais, ou seja, a promoção da saúde, prevenção de doenças e a recuperação do indivíduo, ou o controle da saúde da população.

Os enfermeiros das equipes de saúde da família do Triângulo Sul apresentaram média de idade 28 anos e sendo a maior concentração na faixa etária entre 22 e 30 anos, 62 (72,1%). Estudos realizados em dez grandes centros urbanos (ESCOREL et al., 2002) e no interior do estado de Minas Gerais (COTTA et al., 2006) confirmam que os enfermeiros da ESF são na sua maioria profissionais jovens, com idade abaixo de 30 anos. O estudo nacional realizado por Machado *et al.* (2000) revelou que a maioria dos enfermeiros estava na faixa etária acima dos 30 anos, com uma média de 34 anos, valores superiores aos encontrados neste estudo. Resultados com perfil etário acima dos 30 anos em populações semelhantes foram encontrados também nos estudos de Canesqui e Spinelli (2006); Gessner (2006); Gil (2006); Rocha e Zeitoune (2007); Ximenes Neto e Sampaio (2007); Barbosa e Aguiar (2008); Camelo e Angerami (2006).

Os dados demonstraram que no caso do Sul do Triângulo Mineiro, a ESF parece constituir-se uma opção mais efetiva de trabalho para profissionais jovens, com pouco tempo de experiência ou recém-formados. Estudos realizados na Saúde da família de Curitiba (GIL, 2006) e em âmbito nacional (MACHADO et al., 2000) apontaram o predomínio dos enfermeiros formados há menos de 15 anos.

Segundo Pierantoni *et al.* (2008), a implantação da ESF e o seu crescimento expressivo nos últimos anos, além de provocar mudanças substanciais no modelo de atenção à saúde e no acesso aos serviços básicos, trouxe um considerável impacto nas configurações dos mercados educativos e de trabalho das profissões do setor. A abertura de novos postos de trabalho acompanha o número de equipes implantadas, captando, assim, a mão de obra em formação que se disponibiliza continuamente no mercado em virtude do aumento expressivo desde 2001 de egressos de graduação de enfermagem.

Observou-se a predominância dos enfermeiros que não possuía companheiro (66,7%), nem dependentes (58,6%), e morava com seus familiares (72,2%); confirmando os resultados encontrados para enfermeiros das equipes de saúde da família do município de Curitiba (GIL, 2006). Estas características do perfil podem estar relacionadas ao fato da população estudada ser predominantemente jovem. Ademais, segundo Cárdenas (2004), as mulheres que são casadas apresentam

taxas mais baixas de inserção no mercado de trabalho, seja por discriminação ou encargos familiares ou domésticos.

As informações acerca do estado civil e existência de dependentes foram pesquisadas com o objetivo de, além de conhecer o perfil tradicional deste grupo de profissionais, verificar possíveis fatores que possam supor compromissos que requerem maior estabilidade, contribuindo para a fixação ou não dos profissionais no município de atuação profissional. De acordo com Barbosa e Aguiar (2008), a baixa taxa de permanência do profissional em sua função ameaça o impacto e os resultados da ESF, pois prejudica a criação de vínculos de confiança entre os profissionais, usuários e suas famílias e com a própria comunidade.

A maioria dos participantes classificou sua saúde atual como “boa” ou “muito boa” (92%), o que explica, de certa forma, porque 66,7% negaram qualquer problema de saúde. Gessner (2006), em seu estudo com os trabalhadores da Saúde da Família de um município de Santa Catarina, também constatou que os enfermeiros estavam satisfeitos com a própria saúde.

Em relação a formação profissional, observou-se que o percentual de enfermeiros que possuíam especialização (60%) ou faziam curso de atualização (62,2%) confirmaram os dados encontrados por Cotta *et al.* (2006); Gil (2006); Rocha e Zeitouné (2007); Ximenes Neto e Sampaio (2007); Barbosa e Aguiar (2008). Mas ao se comparar os dados encontrados com os dos estudos de Machado *et al.* (2000) e Canesqui e Spinelli (2006), verifica-se que o índice encontrado no Sul do Triângulo Mineiro é superior ao perfil do Brasil e de municípios de estado do Mato Grosso que registraram percentuais de 35,5% e 40% de especialistas, respectivamente.

A busca por cursos de especialização pode ser explicada por um lado pela maior seletividade do mercado de trabalho e a esperança de aumento salarial. Por outro, a necessidade de ter um perfil diferenciado para o trabalho na ESF pode ter contribuído para este movimento, além da possibilidade de trabalhar no ensino de graduação, que passou a ser um mercado em expansão nos últimos anos (PIERANTONI *et al.*, 2008).

Cotta *et al.* (2006) e Gil (2006) constataram que apenas os profissionais de nível médio recebem treinamento introdutório para atuar na ESF. Mais do que a simples orientação inicial é necessário, para adequação e atualização de profissionais originários de formação que tende a ser específica, um processo de

educação continuada através de cursos de atualização a fim de corrigir e aprimorar habilidades. A educação permanente deve ser de acordo com as realidades de cada contexto e abranger toda a equipe, inclusive os profissionais de nível superior.

A prática dos enfermeiros do Sul do Triângulo Mineiro mostra que os profissionais vêm buscando cursos de especialização ou de atualização e aperfeiçoamento a fim de que possam respaldá-los com conhecimentos necessários face às exigências da ESF e do mercado de trabalho.

A realização de cursos de especialização e atualização tem se mostrado importante como uma oportunidade de qualificação e reciclagem. Dessa forma, o sistema organizacional de saúde deve oferecer condições para a qualificação profissional para que os profissionais possam melhor desenvolver suas atividades e, por conseguinte, beneficiar a organização, a clientela e a sociedade.

Quanto às condições de trabalho, pôde-se observar que os enfermeiros estavam incorporados à ESF por meio de contrato temporário (62,9%), trabalhando em média 8 horas diárias (92,2%), e para isso, recebendo entre R\$1.400,00 a R\$2.799,00, de 4 a 8 salários mínimos vigentes na ocasião (83,3%), sendo que o restante dos enfermeiros estudados recebiam valores salariais abaixo desta faixa. Houve percentual de participação em outros vínculos empregatícios além da Saúde da Família (35,2%). Dados do Ministério da Saúde demonstram que essa é uma realidade predominante no país, pois somente 15,2% dos enfermeiros das equipes de saúde da família são estatutários, predominando os contratos temporários e de prestação de serviços (BRASIL, 2002b).

Há quase 200 mil profissionais de saúde atuando na ESF que não estão vinculados nem como celetistas, nem como estatutários, nem com outra forma de relação de emprego regulamentada (NASCIMENTO; LEITÃO; VARGENS, 2006).

Machado *et al.* (2000) observou no cenário nacional que 43,67% dos enfermeiros são incorporados à ESF por meio de contrato por tempo determinado, sendo que 61% não possuem garantias jurídicas de direitos trabalhistas, trabalham entre 31 e 40 horas semanais (68,22%) e referem valor salarial médio de R\$1.750,00, podendo variar entre R\$550,00 a R\$3.500,00. Os estudos de Dal Poz (2002); Canesqui e Spinelli (2006); Cotta *et al.* (2006); Rocha e Zeitoune (2007); Ximenes Neto e Sampaio (2007); Barbosa e Aguiar (2008) também mostram enfermeiros com aproximação a esse perfil trabalhista.

Estudo realizado por Escorel *et al.* (2002), verificou que os modelos de contratação dos profissionais na Saúde da Família vão desde a utilização de alternativas mais informais e precárias de contratação até as formas de vinculação dos profissionais que buscam preservar os direitos trabalhistas. As autoras citam os municípios de Campinas, Camaragibe, Palmas, Vitória e Aracaju como aqueles que procuram preservar os profissionais de nível superior que já estão inseridos nos quadros das secretarias de saúde. Os enfermeiros da Saúde da Família de Curitiba, estudados por Gil (2006), também estão entre uma minoria de profissionais concursados e mantidos pelo regime estatutário.

Os percentuais encontrados neste estudo e na literatura em relação aos vínculos precários ou por contrato temporário de trabalho foram expressivos se considerarmos que a proposta do modelo saúde da família requer estabilidade do profissional no serviço, sendo que a legalidade dos contratos de trabalho e uma forma segura de vínculo empregatício contribuem para uma maior segurança e condições mais dignas de trabalho para o enfermeiro no exercício pleno de suas atribuições.

Sobre a remuneração, observamos que esta ainda representa apenas o valor dos meios de subsistência da vida do operário, ou no caso, do profissional de saúde, como a mais de um século afirmou Marx (1982).

Os valores salariais encontrados para os enfermeiros deste estudo se mostram defasados, pois são menores em relação aos declarados pelos profissionais da pesquisa nacional realizada por Machado *et al.* (2000), isto sem considerar as perdas salariais devido à inflação do período. Também, são menores quando comparados à maioria dos enfermeiros do Estado de Minas Gerais em estudo realizado pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde, que situam-se na faixa entre R\$ 2.000,01 a R\$3.000,00 reais, cerca de U\$ 1.750 em valores atuais (MINAS GERAIS, 2006).

Pode-se perceber que a remuneração encontrada na Saúde da Família não condiz com a profissão do enfermeiro, pois o cargo incorpora grande responsabilidade, resultante do vínculo crescente criado com a comunidade, e diversas atribuições específicas determinadas pelo Ministério da Saúde sendo que na prática, além dessas, surgem outras demandas imprevistas relativas à realidade local, tornando o trabalho com carga e volume maior do que o esperado.

Segundo Barbosa e Aguiar (2008), os enfermeiros da ESF de Ipatinga - MG definiram a remuneração como insatisfatória, principalmente relacionada a carga de trabalho e à responsabilidade que o enfermeiro assume em uma equipe de saúde da família, sendo que o descontentamento aumentava pela comparação da remuneração dos enfermeiros com a dos médicos. Os estudos de Cotta *et al.* (2006); Dal Poz (2002) demonstram que os enfermeiros da ESF consideram sua remuneração compatível com a realidade do mercado de trabalho da categoria, porém isto não tem sido suficiente para manter os profissionais nas equipes.

A duplicidade de vínculos empregatícios presente na profissão de enfermagem, normalmente, está ligada aos baixos salários percebidos em cada emprego assumido pelo profissional, pois, mesmo com a remuneração relativamente mais atrativa da ESF, só com o somatório desses salários é que usualmente o enfermeiro consegue suprir suas necessidades econômicas e sociais (ROCHA; ZEITOUNE, 2007).

Os dados apresentados corroboram a tese de que a ESF como política expansionista de atenção à saúde traz, como consequência da expansão de postos de trabalho mediante contingenciamento de recursos financeiros, a prática de trabalhadores com contratos e salários diferenciados realizando o mesmo tipo de atividade e modalidades de contratação dos profissionais com formas mais flexíveis e até precárias de vínculo. No entanto, essas estratégias adotadas para driblar os obstáculos legais configuram-se como aditivo aos problemas de recursos humanos para a saúde.

Assim, percebe-se que os vínculos precários e baixos salários acarretam insegurança e insatisfação profissional, percebida neste estudo com uma porcentagem de 38,2% de enfermeiros insatisfeitos com o trabalho, gerando dificuldades à implantação e consolidação da ESF. Pois nessas condições os profissionais tendem a não considerar a estratégia como atividade principal, ou acabam por não permanecerem optando por outro trabalho com melhores condições de remuneração e vínculo.

O comportamento das variáveis sócio-demográficas, de saúde e profissionais dos enfermeiros das microrregiões de saúde foi semelhante entre si e refletiu os resultados obtidos para o universo dos profissionais da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul.

Em relação aos dados obtidos pela aplicação do questionário WHOQOL-100, a QV Geral obteve escore médio (16,7) que traduz bastante satisfação com a QV ou QV excelente. Ela é composta de quatro questões - satisfação com a vida, satisfação com a saúde, satisfação com a própria QV e avaliação da QV. O escore de QV Geral obtido foi acima do encontrado em auxiliares e técnicos de enfermagem lotados em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais públicos da capital do Estado de Goiás (SALLES, 2005).

Observou-se que os trabalhadores do Sul do Triângulo Mineiro apresentaram maiores escores médios em relação aos domínios Nível de independência (17,0), Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais (16,8) e Relações sociais (16,2); já os domínios que apresentaram os menores escores médios foram os domínios Psicológico (15,4), Ambiente (14,2) e Físico (14,1). Considerando a média dos escores dos domínios, a variação obtida foi de 14,1 a 17,0, esses valores estão acima da faixa de neutralidade, com tendências à valoração positiva, traduzindo QV satisfatória, ou seja, pouco impacto negativo ou ausência de impacto negativo dos domínios na QV.

Ao avaliar os dados obtidos, detecta-se que a QV quanto aos domínios apresenta-se razoável, visto que se observaram sujeitos que atingiram valores altos nos escores, inclusive atingindo valores máximos, mas também houve sujeitos que obtiveram valores muito baixos. Estes resultados indicam que existem problemas individuais que precisam ser mais bem investigados.

Apesar das várias abordagens sobre QV na saúde, no trabalho e no desenvolvimento, há escassez na literatura nacional e internacional sobre o tema, especificamente em relação ao profissional de enfermagem. Mesmo com diferentes enfoques, observa-se que a QV geral desse profissional tem sido pouco avaliada por meio de instrumentos próprios. E com relação às características das populações estudadas não foram encontrados estudos voltados para os trabalhadores de enfermagem da Atenção Básica ou outras áreas extra-hospitalares (CAMPOS; DAVID, 2007). Nesse contexto, o presente estudo apresenta dados até então desconhecidos e, portanto, de difícil comparação.

Os escores médios dos domínios do WHOQOL-100 observados para os 90 enfermeiros investigados foram semelhantes e um pouco mais elevados em todos os domínios em relação aos encontrados em auxiliares e técnicos de enfermagem do estudo de Salles (2005). Da mesma forma, foram bastante semelhantes àqueles

encontrados para o grupo controle reportado por Fleck *et al.* (1999a). Esses escores são, ainda, superiores aos do grupo de pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre provenientes de quatro grandes áreas médicas – psiquiatria, clínica, cirurgia e ginecologia, em todos os domínios (Tabela 7). Era esperado que os escores encontrados para os enfermeiros deste estudo, trabalhadores em plena atividade e relativamente saudáveis, fossem superiores aos encontrados em populações com algum problema de saúde, a semelhança dos voluntários normais selecionados entre os funcionários da Universidade Federal do Rio Grande do Sul do estudo de Fleck *et al.* (1999a).

Tabela 7 – Escores médios obtidos pelos enfermeiros das equipes saúde da família do Sul do Triângulo Mineiro nos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-100, e os relatados por Fleck *et al.* (1999a) em controles normais e em um grupo de pacientes.

Domínios WHOQOL-100	Enfermeiros (n=90)	Normais (n=50) (Fleck, 1999a)	Pacientes (n=250) (Fleck, 1999a)
Físico	14,1 (1,9)	14,6 (2,4)	12,3 (2,9)
Psicológico	15,4 (2,0)	15,2 (1,8)	13,8 (2,3)
Independência	17,0 (1,6)	17,1 (1,8)	13,4 (3,4)
Relações sociais	16,2 (2,1)	15,7 (2,0)	14,4 (2,6)
Ambiente	14,2 (1,9)	14,0 (2,0)	13,1 (1,8)
Aspectos espirituais	16,8 (2,6)	16,3 (2,8)	15,4 (3,0)

Fonte: Pesquisa primária intitulada “Programa Saúde da Família: Qualidade de Vida dos trabalhadores” (2007).

Na análise dos fatores que contribuíram para reduzir a média do escore dos domínios, foram consideradas as facetas que cujas médias se apresentaram níveis mais baixos ou estavam abaixo da média do respectivo domínio.

O domínio Físico, que abrange as facetas acerca de dor e desconforto (11,5), energia e fadiga (13,8), e sono e repouso (16,0), foi o domínio pior avaliado pelos enfermeiros deste estudo. Atentando-se ao fato que a população estudada é formada por uma expressiva maioria de mulheres, um dos fatores que poderia influenciar na avaliação deste domínio seria a sobrecarga exercida pelo cumprimento de todos os papéis sociais que esse gênero assume atualmente, como ser mulher, mãe, profissional, esposa e dona de casa. Esses papéis provocariam cansaço, dores, déficit de sono, entre outros. Estudo realizado com acadêmicos de enfermagem do Sul do Brasil (SAUPE *et al.*, 2004) obteve resultado semelhante para este domínio, e estudo realizado com enfermeiras de um hospital público no Chile (BARRIENTOS; SUAZO, 2007) também obteve mais baixo escore neste domínio. No entanto, o escore para o domínio físico se encontrou mais elevado para

enfermeiros de um hospital privado de São Paulo (SANTOS; BERESIN, 2009) e para os trabalhadores das equipes saúde da família de um município de Santa Catarina (GESSNER, 2006).

Outra possibilidade para se explicar o escore mais baixo no domínio Físico, principalmente na faceta dor e desconforto que recebeu pior avaliação, seria a presença de alguma doença, o que foi constatado em cerca de um terço da população estudada (33,3%).

A Organização Panamericana de Saúde no ano de 2004 destacou que as mulheres são mais afetadas pelas doenças profissionais, apesar de suas licenças por eventuais acidentes serem, em média, mais breves que as dos homens. Os enfermeiros atuantes na atenção básica à saúde estão submetidos a ritmo intenso e repetitividade das tarefas no trabalho, isto os expõe a riscos físico/mecânicos, psicossociais, químicos, biológicos e ergonômicos, que podem ocasionar-lhes desgaste e adoecimento, em função das condições laborais (ABRANCHES, 2005).

O domínio Ambiente também obteve uma das mais baixas avaliações pelos enfermeiros do estudo. Neste domínio estão incluídas facetas relacionadas à segurança física e proteção (12,3), moradia (15,7), recursos financeiros (13,0), disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais (14,18), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades (15,1), lazer (13,3), ambiente físico (14,4) e transporte (15,5). O estudo com trabalhadores das equipes saúde da família de um município de Santa Catarina (GESSNER, 2006) obteve resultado semelhante para este domínio, e estudos realizados com agentes comunitários de saúde de municípios do Paraná (KLUTHCOVSKY, 2005) e São Paulo (BERNARDES, 2008) também obtiveram mais baixo escore neste domínio. O escore para o domínio ambiente se encontrou mais elevado para enfermeiros hospitalares (BARRIENTOS; SUAZO, 2007; SANTOS; BERESIN, 2009).

Os mais baixos escores médios do domínio ambiente foram representados pelas facetas: segurança física e proteção, recursos financeiros e participação/oportunidades de recreação e lazer.

Esse domínio pode ter sido influenciado nos profissionais atuantes na Saúde da Família, que trabalham em contato direto com a população adscrita, pelo clima de insegurança estabelecido por se depararem cotidianamente com conflitos sociais e familiares, assim como a violência urbana, quando do exercício de suas atividades nas áreas periféricas das cidades (COSTA; SILVA, 2007). Também, observa-se que

a demanda intensa da clientela em relação às atividades assistenciais da enfermagem frente à baixa qualidade da assistência prestada devido às dificuldades enfrentadas no setor saúde atualmente, favorecem atos de violência no trabalho, particularmente dos usuários em relação aos trabalhadores (ABRANCHES, 2005).

No estudo de Pedrosa e Teles (2001) realizado com membros das equipes saúde da família da capital do Estado de Piauí, as enfermeiras relataram dificuldades em organizar a demanda encontrada no cotidiano da comunidade, pois, além das doenças, convivia com violência, drogas e prostituição, problemas para os quais elas não se sentiam seguras para intervir.

Outro fator que pode interferir na avaliação deste domínio é a realidade das condições de trabalho precárias existente na rede de atenção básica à saúde, inclusive no âmbito da Saúde da Família. Nesses locais, os profissionais de enfermagem exercem suas atividades em condições insalubres evidentes com deficiência permanente de recursos humanos e materiais (ROBAZZI; MARZIALE, 1999).

Em que se pese a questão dos recursos financeiros no escore mais baixo do domínio ambiente, como já foi mencionado, os níveis salariais baixos são fonte de insatisfação na categoria profissional, principalmente quando se considera a carga de trabalho e a responsabilidade que o enfermeiro assume em uma equipe de saúde da família (BATISTA et al., 2005). Há um consenso na literatura de que o enfermeiro é mal remunerado no desempenho de suas funções não tendo preenchidas suas necessidades como trabalhador, e esse fato pode refletir na qualidade do desempenho e não aderência ao serviço. A realidade de insatisfação com a remuneração vem sendo confirmada nos estudos de Campbell (1986); Pfaff (1987); Roedel e Nystron (1988); Anselmi (1990); Marziale (1995); Santos e Rodrigues Filho (1995); Cura e Rodrigues (1999); Lino (1999); Matos (1999); Santos (1999); Matsuda (2002); Carandina (2003); Schmidt (2004); Barbosa e Aguiar (2008).

A oportunidade de participação em atividades de recreação e lazer pode estar sendo prejudicada pelo número significativo de profissionais que atuam em mais de um emprego (35,2%). Segundo Robazzi e Marziale (1999), a manutenção de dupla e, às vezes, tripla jornada remunerada acontece em decorrência dos salários recebidos estarem em sua maioria, aquém das necessidades e do nível de qualificação dos profissionais de enfermagem. Entre as mulheres, além do acúmulo de vínculos empregatícios, grande parte assume também encargos domésticos

(ROBAZZI; MARZIALE, 1999). O estudo de Elias e Navarro (2006) aponta que enfermeiras destacaram em seu discurso a percepção sobre o tempo insuficiente para o descanso e o lazer. Mas a necessidade de sobrevivência as obriga a se submeter a condições de vida e trabalho que conduzem ao sofrimento.

O domínio Psicológico obteve boa avaliação pelos enfermeiros neste estudo para a maioria das facetas, como, sentimentos positivos (15,7), cognição (15,2), auto-estima (16,2) e satisfação com imagem corporal e aparência (15,7); exceto a faceta sentimentos negativos (9,9), que obteve avaliação notoriamente mais baixa.

O mais baixo escore do domínio psicológico pode estar relacionado ao sofrimento psíquico causado acúmulo de dois ou mais vínculos empregatícios, longas jornadas de trabalho, pressão por ritmos acelerados de produção, escassas pausas para o descanso ao longo das jornadas, carga mental excessiva de trabalho, além do prejuízo na participação de atividades de aprimoramento profissional, culturais e sociais (SPINDOLA; SANTOS, 2003).

Alguns autores (CASAS et al., 2002) concluem que as exigências do trabalho, na mulher, poderiam supor a falta de atenção para as responsabilidades familiares com repercussões para a vida privada da enfermeira, o que poderia ver-se refletido em sentimentos de culpa, que são avaliados dentro deste domínio. Os escores um pouco mais baixos no domínio psicológico foram coincidentes com outros estudos (SAUPE et al., 2004; BARRIENTOS; SUAZO, 2007; SANTOS; BERESIN, 2009).

O domínio Relações Sociais, que possui facetas acerca das relações pessoais (16,7), suporte social (15,5) e atividade sexual (16,3), obteve boa avaliação pelos enfermeiros do estudo. Esse resultado pode ser interpretado pela importância que o convívio social exerce na vida das pessoas. Resultados semelhantes para este domínio foram encontrados nos estudos de Saube *et al.* (2004); Barrientos e Suazo (2007), e escore bem mais elevado foi encontrado no estudo de Santos e Baresin (2009).

As relações humanas significam condicionantes potencializadoras da QV, incluindo a perspectiva do trabalho (ROCHA; FELLI, 2004).

Nas relações de convivência, o compartilhar de vários aspectos da vida pessoal com companheiros de trabalho reforçam laços de amizade que se traduzem em posteriores redes de apoio social. De acordo com Moncarz (1997), a presença de laços de amizade fortalece as relações interpessoais e o sentimento de acolhimento. Matos (1999) reforça esta avaliação quando cita que as relações

interpessoais e a integração de equipe de trabalho são fatores de motivação no trabalho.

Mesmo com estudos em que a interação da equipe de trabalho se mostra insatisfatória e permeada por conflitos gerando estresse entre os profissionais (PEDROSA; TELES, 2001; SCHMIDT, 2004; DAVID et al., 2009), por outro lado enfatiza-se que o espírito colaborativo da equipe e o relacionamento interpessoal foram aspectos apresentados como fonte de satisfação entre trabalhadores de enfermagem (MCNEESE-SMITH, 1999; WEST; LISBOA, 2001; GUIDO, 2003; SCHMIDT, 2004; BATISTA et al., 2005).

De acordo com os enfermeiros da ESF de um município do Estado de Minas Gerais, a integração entre os profissionais, o trabalho efetivado em equipe e o vínculo que se estabelece com a comunidade são fatores favoráveis à permanência na ESF (BARBOSA; AGUIAR, 2008).

O domínio Aspectos Espirituais, que possui apenas a faceta espiritualidade/religião/crenças pessoais (16,8). Segundo o *WHOQOL Group* (1998), esta faceta examina as crenças do indivíduo e como estas afetam a QV. Identifica se este critério ajuda a pessoa a enfrentar as dificuldades da sua vida, com atribuição de um significado a questões pessoais e espirituais, gerando senso de bem-estar. Este foi um dos domínios com melhor avaliação para os profissionais deste estudo, indicando que a espiritualidade pode ser fonte de conforto, bem-estar, segurança, significado, “senso de pertencer”, ideal e força para esses indivíduos. Salles (2005) encontrou resultados similares neste domínio para auxiliares e técnicos de enfermagem.

Segundo Saad, Masiero e Battistella (2001) a espiritualidade abrange um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis, transmitindo vitalidade e significado a eventos da vida. Sendo que tal crença, ao mobilizar energias positivas, tem potencial ilimitado para melhorar a QV da pessoa.

No estudo de Teixeira e Lefèvre (2007), o discurso de enfermeiras atuantes em oncologia revela que a religiosidade se manifesta como uma fonte de energia que as fortalece e as impulsiona para o trabalho diário.

Apesar da importância do tema, existe uma carência de estudos procurando elucidar a associação entre religiosidade e QV, principalmente entre trabalhadores. Os estudos existentes, na maioria das vezes, restringem-se a pacientes idosos, a doentes crônicos e/ou terminais (ROCHA, 2002a).

Quanto ao Nível de Independência, que destaca itens como mobilidade (17,0), atividades da vida cotidiana (15,6), capacidade para o trabalho (17,1) e dependência de medicação/tratamento (5,7), foi o domínio mais positivamente avaliado pelos trabalhadores, podendo-se supor que os enfermeiros se sentem aptos a exercer suas atividades diárias, assim como seu trabalho. Tal resultado é relevante ao avaliar a QV da população em questão, pois boas condições de capacidade e mobilidade são muito importantes para a qualidade do trabalho no território de abrangência. Resultados similares quanto à capacidade e ausência de dificuldades no desempenho das atividades cotidianas foram encontrados nos auxiliares e técnicos de enfermagem da pesquisa de Salles (2005).

A faceta dependência de medicação/tratamento apresentou escore notadamente baixo. Esta avaliação pode estar relacionada com a necessidade de uso de medicações para tratamento de doenças, que foram observadas em cerca de um terço da população estudada, ou pode ligar-se a possível existência de alguma dor física que se torna obstáculo ou inconveniente para o desempenho de algumas atividades, fato evidenciado na baixa avaliação da faceta dor e desconforto do domínio Físico.

Esse achado nos remete ao fato que as queixas de saúde relacionadas ao aparelho osteomuscular representam uma das maiores causas de sofrimento nos enfermeiros, e que merecem atenção especial com medidas preventivas (MUROFUSE; MARZIALE, 2005; LEITE; SILVA; MERIGHI, 2007). Pois as doenças osteomusculares podem ter início insidioso mascarado pela prática da automedicação comum entre profissionais da saúde e sociedade geral, provocando complicações incapacitantes dos agravos no futuro.

Apesar da média do escore relativo à dependência de medicação/tratamento estar bastante inferior à média do domínio, o valor não mostra interferência na satisfação dos sujeitos com o nível de independência.

Nos enfermeiros estudados houve influência do estado conjugal em relação aos domínios Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais e Ambiente, onde os indivíduos que possuem companheiro apresentaram melhores escores de QV comparados aos que não possuem.

Com relação ao domínio Psicológico os resultados corroboram com estudos (SCHMIDT, 2004; SALLES, 2005; BARRIENTOS; SUAZO, 2007) que destacaram o fato de que possuir uma relação estável se faz perceber uma melhor QV neste

domínio. A manutenção de uma relação de casal pode significar geralmente uma gratificação na vida. O afeto entre o casal gera sentimentos e pensamentos positivos, uma melhor auto-estima e em geral os problemas próprios da vida são muitas vezes melhor afrontados se são compartilhados com o parceiro.

A melhor percepção da QV no domínio Nível de Independência dos indivíduos com companheiro pode estar associada à relação de apoio do casal nas atividades da vida cotidiana, como criação dos filhos e tarefas domésticas (SPINDOLA; SANTOS, 2003).

No Domínio Relações Sociais, os resultados concordam com o estudo de Salles (2005) quando sugerem que a estabilidade de um relacionamento tende a melhorar a satisfação com as relações familiares e com a atividade sexual. Uma relação de casal estável é um elemento importante de apoio social. A ausência de suporte social, gerado pelo absoluto individualismo (MONCARZ, 1997), afeta o espaço das relações interpessoais e o da própria interioridade. Por outro lado, o fato de manter uma relação de casal, permite viver e desfrutar da sexualidade de maneira mais estável.

Quanto ao Ambiente, o compartilhar a vida com um parceiro significa, muitas vezes, sensação de segurança, tanto no lar como no plano pessoal e econômico (SALLES, 2005; BARRIENTOS; SUAZO, 2007).

Encontrou-se influência do nível de saúde da população estudada em relação aos domínios Físico, Psicológico e Nível de Independência, onde o relato de baixo nível de saúde se relacionou com escores mais baixos de QV.

Com relação ao domínio Físico, estudos evidenciam que o adoecimento físico e psíquico dos indivíduos devido à sobrecarga relacionada às condições inadequadas do ambiente e organização do trabalho é um aspecto evidente e vivido pelos profissionais de enfermagem (ELIAS; NAVARRO, 2006; LEITE; SILVA; MERIGHI, 2007). Soma-se a essas condições o desgaste relacionado ao acúmulo de várias jornadas de trabalho pela diversidade de papéis sociais associadas ao gênero feminino. Esse excesso de trabalho origina cansaço e dores que torna esses trabalhadores fisicamente mais desgastados (BARRIENTOS; SUAZO, 2007).

No âmbito Psicológico, percebe-se que o modelo construído e determinado historicamente de devotamento, abnegação e dedicação ao cuidado com próximo levam os profissionais a criar estratégias de defesa contra a dor e conseqüente abandono do auto-cuidado que não impedem o adoecimento (ELIAS; NAVARRO,

2006). A existência de uma doença com possível grau de prejuízo da qualidade da assistência pode gerar nesses profissionais sentimentos culpa e impotência diante das exigências do trabalho.

Em relação ao Nível de Independência, de modo geral, é de se esperar que a instalação de algum agravo à saúde promova comprometimento da mobilidade, das atividades do cotidiano e, inclusive, da capacidade para o trabalho. Diante desse quadro, e observando a baixa avaliação da faceta dependência de medicação ou tratamento, se pode suspeitar que os profissionais possam estar usando a automedicação como estratégia de fuga e sublimação para sintomas de morbidades possivelmente instaladas e não diagnosticadas.

Quanto à análise dos aspectos profissionais, observou-se a influência do tipo de vínculo empregatício no domínio Aspectos Espirituais, no qual os enfermeiros que possuíam cargo comissionado ou em regime de contrato por tempo indeterminado apresentaram escores de QV mais baixos comparados aos concursados. Tal resultado sugere que as crenças pessoais envolvidas no sentido da vida desses sujeitos podem estar fragilizadas pela insegurança e quebra do sentimento de pertencimento causado pelo vínculo empregatício que não proporciona estabilidade profissional. O fato do enfermeiro possuir um vínculo instável impede que ele realize empreendimentos que envolvam estruturação e planejamento de sua vida em longo prazo. No estudo de Pedrosa e Teles (2001), a inexistência de vínculo empregatício formal foi explicitado pelas enfermeiras da ESF como determinantes de sentimentos de angústia e incerteza. Os profissionais da ESF do estudo de Barbosa e Aguiar (2008) apontaram o vínculo empregatício insatisfatório e as ameaças constantes de mudanças no quadro de recursos humanos devido a questões político-partidárias como fatores que desestimulam a permanência do profissional vinculado à ESF.

Pôde-se observar que houve influência carga horária diária de trabalho nos domínios Psicológico e Nível de Independência, em que os enfermeiros que trabalhavam 8 horas diárias apresentaram melhores níveis de QV comparados aos que trabalhavam 12 horas diárias.

No domínio Psicológico é evidente que uma maior carga de horas de trabalho interfira prejudicialmente nas oportunidades e possibilidades de desfrutar de situações relacionadas com o contentamento com a vida, como os momentos de relacionamento com família e amigos e tempo dispensado ao aprimoramento

peçoal. Salles (2005), em seu estudo com auxiliares e técnicos de enfermagem, traz a reflexão de que os indivíduos que possuem menor carga de trabalho parecem experimentar mais sentimentos positivos em suas vidas.

Afetando o domínio Nível de independência, considera-se que um maior tempo dispensado às atividades profissionais leva ao prejuízo na participação de atividades escolares, culturais, sociais, entre outras, além de restar menos tempo para realização das atividades da vida cotidiana após horário de trabalho. Schmidt e Dantas (2006) ressalta o fato de que uma sobrecarga de horas de trabalho diminui a satisfação com atividades cotidianas realizadas fora do ambiente laboral. Também um maior tempo de exposição às condições inadequadas e insatisfatórias de trabalho aumenta o risco de desenvolvimento e a gravidade de acometimento de morbidades que prejudicam o nível de mobilidade e capacidade para o trabalho, assim como a acentuação da dependência de algum tratamento medicamentoso.

O relato de satisfação com o trabalho mostrou influência em relação aos domínios Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais e Ambiente. Os sujeitos que se declararam insatisfeitos apresentaram mais baixos níveis de QV comparados aos que se declararam mais satisfeitos.

O fato da variável satisfação com o trabalho ter reflexos sobre tantos domínios da QV pode ser atribuído a importância do trabalho na vida das pessoas. Em nossa sociedade atual, a produção no trabalho, entre outros aspectos, se estabelece como parâmetro para se avaliar o valor de uma pessoa. Segundo Nahas (2001); Velarde-Jurado e Avila-Figueroa (2002), o trabalho, assim como a alimentação, a moradia, a educação, a equidade, o ambiente e outros fatores sociais, são necessidades humanas, cujo suprimento é fundamental para se edificar uma vida com qualidade. Assim, uma pessoa que não realiza um trabalho satisfatório, dificilmente terá uma vida aceitável. Costa (2002) reforça esta idéia, em seu estudo sobre autoconceito no trabalho, onde apresenta uma visão do trabalho como influenciador, fonte de prazer ou desprazer, de realização e de crescimento pessoal e social. Padilha e Souza (1999) referiram em seu estudo, que os enfermeiros não conseguem dissociar seu entendimento sobre a QV da sua relação com seu ambiente laboral, o trabalho desses enfermeiros era percebido como algo significativo e imprescindível na concepção de QV.

Apesar de a maioria dos enfermeiros deste estudo terem relatado satisfação com o trabalho, o percentual de quase 40% de relato de insatisfação e/ou

neutralidade em relação a este aspecto parece bastante relevante, pois pode apresentar conseqüências negativas no desenvolvimento do trabalho na ESF, como absenteísmo, prejuízo das atividades laborais, maior número de acidentes de trabalho, desinteresse no desenvolvimento profissional, apatia, refletindo-se diretamente na qualidade da assistência de enfermagem. Outros estudos encontraram baixa satisfação profissional do enfermeiro em seu trabalho (LINO, 1999; MATSUDA, 2002; LINO, 2004; SCHMITD; DANTAS, 2006).

As questões apontadas na literatura que provavelmente estariam relacionados à insatisfação com o trabalho e, conseqüentemente, estabelecendo índices mais baixos de QV na maioria dos domínios para os enfermeiros da ESF, passam pela realidade da predominância dos vínculos empregatícios inseguros, baixos salários, condições ambientais e organizacionais inadequadas de trabalho, exposição aumentada aos riscos presentes no local de trabalho e comprometimento da vida social do indivíduo devido ao acúmulo de vínculos empregatícios e à extensão da carga horária de trabalho, assim como a sobrecarga à manutenção da saúde física e mental dos trabalhadores exercida pelo somatório de todos esses fatores.

Neste estudo, julgou-se inoportuno realizar comparação dos escores médios dos domínios de QV para cada uma das microrregiões de saúde separadamente devido à possível geração de vieses nas análises. Tais limitações estariam relacionadas às peculiaridades e diferenças regionais quando consideradas individualmente as microrregiões e, também, tais subgrupos poderiam não constituir amostras representativas da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul.

8 CONCLUSÕES

Este trabalho abordou a QV dos enfermeiros das equipes saúde da família, identificando suas características sócio-demográficas e profissionais e avaliação subjetiva da QV segundo os diferentes domínios do instrumento WHOQOL-100, assim como os aspectos gerais que influenciaram para aumentar ou diminuir os valores conferidos aos domínios.

Dentre os achados identificou-se que na população estudada (n=90) predominaram os adultos jovens na faixa etária de 20 a 30 anos (72,1%) e média de idade de 28,6 anos, solteiros (57,8%), do sexo feminino (92,2%), que residiam com familiares (72,2%), não possuíam dependentes (58,6%), possuíam especialização (60%), realizavam curso de atualização (62,2%), alegaram bom estado de saúde (92,2%) e não possuíam problema de saúde (66,7%). Em relação ao trabalho, a maioria relatou possuir apenas um vínculo empregatício (64,8%) na forma de contratação por tempo determinado (62,9%), com 8 horas trabalhadas diárias na ESF (92,1%), renda entre 1.400,00 a 2.799,00 na ESF (83,3%) e estado de satisfação com o trabalho (61,8%).

O resultado relacionado a QV Geral, em um intervalo possível de 4 a 20, no qual quanto maior o valor menor impacto negativo dos itens que compõe os domínios/facetas na QV, obteve-se escore médio de 16,7, traduzindo ausência de impacto negativo das facetas avaliadas na QV. A análise da QV de acordo com o comportamento dos escores dos domínios do WHOQOL-100 revelou que todos apresentaram médias acima do ponto de neutralidade (12). A mais alta média do escore foi obtida pelo domínio Nível de Independência (17,0), seguida do domínio Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais (16,8), do domínio Relações Sociais (16,2), do domínio Psicológico (15,4), do domínio Ambiente (14,2) e do domínio Físico (14,1).

A consistência interna do WHOQOL-100 para as facetas (0,78), domínios (0,88), domínios+facetos (0,91) e 100 questões (0,94) foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach e atestou-se boa consistência interna do instrumento na população deste estudo.

No domínio Físico, as manifestações de dor e desconforto por agravos à saúde presentes (33,3%) ou ainda não diagnosticados possivelmente colaboraram

para o mais baixo escore obtido pelo domínio, mas parecem não ter prejudicado a quantidade de energia para as atividades diárias nem a qualidade do sono. Destacando que os indivíduos que relataram possuir saúde fraca e insatisfação com o trabalho apresentaram escores de QV mais baixos neste domínio.

A redução do escore verificada no domínio Ambiente pode ter sido influenciada pela insatisfação dos enfermeiros com sua situação financeira, preocupação com a segurança física e com as dificuldades de participação em atividades de lazer. Neste domínio, a relação estável de casal teve influência em melhores níveis de QV, enquanto a insatisfação com o trabalho corroborou para níveis mais baixos.

A avaliação do domínio Psicológico foi determinada pouco mais baixa pela presença de sentimentos negativos, mas que parecem não ter prejudicado a cognição, a existência de pensamentos positivos e a satisfação com a auto-imagem e auto-estima. Para este domínio foram observadas melhores avaliações da QV nos enfermeiros que possuíam companheiro e que trabalhavam até 8 horas diárias, sendo o contrário observado naqueles que relataram saúde fraca e insatisfação com o trabalho.

As relações pessoais destacaram-se por apresentarem o maior escore médio no domínio Relações Sociais, destacando a importância da satisfação com o apoio familiar e dos amigos. Neste domínio, aqueles que possuíam relação de casal tiveram melhores níveis de QV, enquanto os insatisfeitos com o trabalho apresentaram níveis mais baixos.

A avaliação bastante satisfatória dos enfermeiros em relação ao domínio Espiritualidade revelou a intensidade com que as crenças pessoais e a espiritualidade dão sentido à vida e forças para enfrentar as dificuldades cotidianas. Observou-se a apresentação de níveis mais baixos de QV neste domínio nos trabalhadores que possuíam cargo comissionado ou em regime de contratação por tempo indeterminado comparados àqueles profissionais que eram concursados.

O mais alto escore atribuído pelos enfermeiros ao domínio Nível de Independência provavelmente foi devido à satisfação com a capacidade para o trabalho, locomoção e realização de atividades cotidianas. Apesar dos dados alertarem para a possível insatisfação relativa à dependência de medicação e tratamentos, esse fato não mostra interferência na satisfação dos sujeitos com o nível de independência. Para este domínio, a manutenção de uma relação de casal

e realização do trabalho em uma carga horária diária de até 8 horas influenciaram para apresentação de melhores níveis de QV, enquanto que o relato de saúde fraca e insatisfação com o trabalho influenciou níveis mais baixos.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho ofereceu uma avaliação sobre a QV dos enfermeiros das equipes saúde da família dos municípios de uma macrorregião de saúde de Minas Gerais. Esta avaliação põe em evidência a relevância do tema estudado, especialmente em uma população de trabalhadores tão importantes no contexto atual dos serviços de atenção em saúde no Brasil.

Vale ressaltar que o enfermeiro desempenha papel primordial na garantia dos princípios do sistema de saúde que devem nortear toda a organização dos serviços, não somente pelo grande quantitativo de profissionais atuantes na atenção básica, mas também pela diversidade, responsabilidade e caráter essencial das ações e atividades desenvolvidas. Hoje, seu espaço de ação estende-se além dos muros das unidades de saúde, ampliando-se até as famílias, comunidade e outras instituições sociais da área.

A avaliação da QV através de domínios, utilizando o WHOQOL-100, mostra-se uma ferramenta importante no conhecimento dos aspectos falhos da vida das pessoas e revelando em quais deles está o potencial de melhora das fragilidades.

Neste estudo, os resultados mostraram que mesmo os enfermeiros tendo apresentado escores condizentes com QV satisfatória, pôde-se observar que não possuir companheiro(a), ter saúde fraca, ser contratado por tempo indeterminado ou possuir cargo comissionado, trabalhar mais de oito horas diárias e estar insatisfeito com o trabalho trazem prejuízos à QV, afetando a maioria dos domínios.

Arnold *et al.* (2004) relataram que prejuízos em um ou mais domínios da QV não resultam necessariamente em prejuízo da QV geral e que a escolha de uma determinada medida de avaliação depende do tipo de informação que se está procurando, como, por exemplo, se a ênfase são os aspectos físicos ou o bem-estar geral da população pesquisada.

Foi possível perceber que é importante dar ao enfermeiro condições básicas na melhoria do ambiente operacional, procurando proporcionar um nível de satisfação no trabalho através dos cuidados com a sua segurança e saúde, além do estabelecimento de formas mais estáveis de vínculo empregatício. O investimento no capital humano traz enorme retorno em termos de qualidade e produtividade, pois

a tranqüilidade nos aspectos envolvidos na dinâmica de vida das pessoas é sinônima do crescimento organizacional.

Dessa forma, conhecer a QV dos enfermeiros oferece subsídios para melhorar a prática do trabalho em saúde e (re)definição de políticas públicas específicas a estes profissionais no desempenho de suas funções.

Esperamos, com este estudo, poder fornecer subsídios necessários para a implementação de mudanças nas condições de vida e trabalho reduzindo a distância entre as expectativas pessoais e a realidade de trabalho desses profissionais, ou seja, contribuindo no desenvolvimento da QV dos enfermeiros das equipes de saúde da família estudadas.

Este estudo e outros nessa direção além de poder dar sustentação para a implementação de novas estratégias para a melhoria das condições de vida e trabalho dos enfermeiros trazendo impacto nas ações desempenhadas por esses profissionais na saúde pública do Brasil, também pode servir de motivação para novas pesquisas, utilizando-se combinação de outros instrumentos para coleta de dados, bem como outras abordagens metodológicas.

REFERÊNCIAS

- 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.
- ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.** 2005. 233 f. Tese. (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de Enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997.
- AMATO, M. S.; AMATO NETO, V.; UIP, D. E. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença de Chagas submetidos a transplante de coração. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 30, n. 2, p. 159-160, mar./abr., 1997. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v30n2/0754.pdf> >. Acesso em: 15 mar. 2009
- ANDRADE, L. O. M. et al. Estratégia Saúde da Família: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 5, n. 1, p. 9-20, jan./ mar. 2004.
- ANSELMINI, M. L. Por que os enfermeiros deixam o emprego: estudos num hospital - escola. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 237-250, 1990.
- ANTUNES, A. V.; SANTANA, L. R. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 3, p. 425-434, 1996.
- ARAÚJO, A. B. Qualidade de Vida no Trabalho (QVT): os lucros advindos de um lugar excelente para se trabalhar. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPAD, 20., 1996, Angra dos Reis. **Anais...** Uberlândia: ANPAD, 1996. p. 375-494, 1996.
- ARNOLD, R. et. al. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. **Quality of Life Research**, v. 13, n. 5, p. 883-896, 2004.
- BARBOSA, S. P.; AGUIAR, A. C. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na estratégia saúde da família em Ipatinga – MG. **Revista Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 380-388, out./dez. 2008.
- BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 1036-1044, 2005.

- BARBOZA, T. A. V. **Dimensões Tecnológicas presentes no processo de reestruturação das práticas de enfermagem no PSF: Estudo de caso à Luz da Promoção da Saúde.** 2007. 95 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- BARRIENTOS, L. A.; SUAZO, S. V. Fatores associados a qualidade de vida de enfermeiras hospitalares chilenas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 3, 2007.
- BARROS, R. C. M. **Variação da qualidade de vida após a internação na Unidade de Terapia Intensiva: instrumento de medida World Health Quality of Life (WHOQOL-bref).** 2002. 117 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- BATISTA, A. A. V. et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.
- BELASCO, A. G. S.; SESSO, R. C. C. Qualidade de vida: princípios, focos e intervenções. In: DINIZ, D. P; SCHOR, N. **Guia de qualidade de vida.** São Paulo: Manole, 2006.
- BERLIM, M. T.; FLECK, M. P. A. “Quality of life”: a brand new concept for research and practice in psychiatry. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 249-252, out. 2003.
- BERNARDES, K. A. G. **Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município da região oeste do estado de São Paulo.** 2008. 79 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- BERTONCINI, J. H. **Da intenção ao gesto uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau.** 2000. 134 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- BERTONCELLO, K. C. G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida.** 2004. 226 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- BITTENCOURT, Z. Z. L. C. et al. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 732-734, out. 2004.
- BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep/MEC). **EDUDATABRASIL - Sistema de Estatísticas Educacionais.** [2009?]. Disponível em:<
<http://www.edudatabrasil.inep.gov.br>>. Acesso em: 25 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da família**. Brasília: MS, 2004a. Disponível em:<
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 29 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: MS, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 154 de 24 de janeiro de 2008**. Brasília: MS, 2008. Disponível em:<
<http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Brasília: MS, 2006b. Disponível em:<
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 30 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do programa saúde da família no Brasil**. Brasília: MS, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implantação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília: MS, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília: MS, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: MS, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: MS, 2005.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998.

BULLINGER, M. et al. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Quality of Life Research**, v. 2, p. 451-459, 1993.

BURCKHARDT, C. S.; ANDERSON, K. L. The Quality of Life Scale (QOLS): reliability, validity, and utilization. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 1, n. 1, p. 60-66, 2003.

BURCKHARDT, C. S. *et al.* Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. **Research Nursing Health**, v. 12, n. 6, p. 347-354, 1989.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. **Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das Equipes de Saúde da Família e estratégias de gerenciamento**. 2006. 161 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CAMPBELL, L. R. What satisfies and doesn't? **Nursing Management**, v. 17, n. 8, p. 78, 1986.

CAMPOS, F. E.; CHERCHIGLIA, M. L.; GIRARDI, S. N. **Gestão, profissões de saúde e controle social**. Brasília: MS, 2000.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L. Abordagens e mensuração da qualidade de vida no trabalho de enfermagem: produção científica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 584-589, out./dez. 2007.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1881-1892, set. 2006.

CARANDINA, D. M. **Qualidade de vida no trabalho**: construção de um instrumento de medida para enfermeiras. 2003. 263 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CÁRDENAS, A. M. C. **Qualidade de vida de mulheres de uma comunidade de baixa renda**: estudo comparativo entre mulheres com trabalho doméstico e trabalho remunerado. 2004. 156 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem dos campi de São Paulo e Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

CÁRDENAS, A. M. C. **Qualidade de vida da mulher do lar em uma comunidade de baixa renda**. 1999. 124 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

CARVALHO, D. V. *et al.* Enfermagem em setor fechado e estresse ocupacional. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 290-294, abr./jun. 2004.

CASAS J. *et al.* Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. **Revista Administración Sanitaria**, v. 6, n. 23, p. 527-544, 2002.

CASSIANI, S. H. B. *et al.* A satisfação e o trabalho de enfermeiras de centro cirúrgico em Ribeirão Preto. In: JORNADA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 198., São Paulo. **Anais...** São Paulo: [s.n], 1989. p. 417-432.

CHURCHILL, J. R. **Marketing research: methodological foundations**. Chicago: The Dryden Press, 1987.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36)**. 1997. Tese. (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CIMETE, G.; GENCALP, N. S.; KESKIN, G. Quality of life and job satisfaction of nurses. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 8, n. 2, p. 151-158, 2003.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organizações**. São Paulo: Cortez, 1996.

COSTA, A. R. C. et al. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família em Sobradinho II. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, p. 127-130, 2000.

COSTA, M. B. S.; LIMA, C. B.; OLIVEIRA, C. P. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, p. 149-152, 2000.

COSTA, M. S.; SILVA, M. J. Qualidade de vida e trabalho: o que pensam os enfermeiros da rede básica de saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 236-241, abr.-jun. 2007.

COSTA, P. C. G. Escala de autoconceito no trabalho: construção e validação. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 75-81, jan./abr. 2002.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, jul./set., 2006.

CURA, M. L. A. D.; RODRIGUES, A. R. F. Satisfação profissional do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 21-28, out., 1999.

DAL POZ, M. R. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso Del Programa de Salud de la Familia en Brasil. **Gaceta Sanitaria**, v. 16, n. 1, p. 82-88, feb. 2002.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532- 538, jul./ago. 2003.

DAVID, H. M. S. L. et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-14, abr./jun. 2009.

DEL CURA, M. L. A. **Satisfação profissional do enfermeiro**. 1994. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

DIAS, T. A. **Fatores determinantes de satisfação nas relações de trabalho entre enfermeiros do Hospital Regional de Cascavel (HRC)**. 1999. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

ELIAS, P. E. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organizações**. São Paulo: Cortez, 1996.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto; v. 14, n. 4, p. 517-525, jul./ago. 2006.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Fiocruz, 1998.

ESCOREL, S. et al. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília: MS, 2002.

EVERS, G. Comments on "The quality of life: design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients". **International Journal of Nursing Studies**, v. 40, p. 521-523, 2003.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 22, p. 502-508, 1995.

FÁVERO, N. **O gerenciamento do enfermeiro na assistência ao paciente hospitalizado**. 1996. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. San Francisco: Wiley, 2000.

_____; _____. **Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient : reported outcomes**. 2 ed. San Francisco: Wiley, 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, E. C. **Qualidade de vida no trabalho**: como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FERRANS, C. E.; POWERS, M. J. Quality of life index: development and psychometric properties. **Advances Nursing Science**, v. 8, n. 1, p. 15-24, 1985.

FERREIRA, E. M.; POSSARI J. F.; MODERNO, A. M. B. Fatores de satisfação e insatisfação profissional do enfermeiro de centro cirúrgico de um hospital universitário de grande porte. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 15-23, 2006.

FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Difusão, 2004.

FLANAGAN, N. A.; FLANAGAN, T. J. An analysis of the relationship between job satisfaction and job stress in correctional nurses. **Research Nursing Health**, v. 25, n. 4, p. 282-94, 2002.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100), **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, abr. 1999a.

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

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999b.

FLECK, M. P. A. et al. WHOQOL-OLD: Project: method and focus group results in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003.

FORATTINI, O. P. Qualidade de vida e meio urbano. A cidade de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 75-86, 1991.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. O perfil epidemiológico na prática do Enfermeiro no Programa Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Manual de Enfermagem**. Brasília: MS, 2001. p. 9-13.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF**: Contradições e novos desafios. Campinas: UNICAMP, 1999. Disponível em: <
<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf> >. Acesso em: 20 abr. 2008.

FRANKLIN, A. Iguatu: água grande, muita água, água boa. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, p. 22-29, nov. 1999.

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

GIL, C. R. R. **Práticas profissionais em saúde da família: expressões de um cotidiano em construção**. 2006. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

GONÇALVES, L. H. T; DIAS, M. M; LIZ, T. G. Qualidade de vida de idosos independentes segundo a proposta de avaliação de Flanagan. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 214-220, 1999.

GUIDO, L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica**. 2003. 180 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

GUIMARÃES, L. A. M. et al. Sobre o estresse ocupacional e suas repercussões na saúde. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). **Série saúde mental e trabalho**: v. 2. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004b. p. 29-49.

GUIMARÃES, L. A. M. et al. Validação brasileira do questionário de avaliação de qualidade de vida profissional (QVP-35): em bancários do ABC paulista. In: ENCONTRO IBERO-AMERICANO DE QUALIDADE DE VIDA, 2., 2004, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: [s.n], 2004a.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. Measuring Health-related Quality of Life. **Annals of Internal Medicine**, v. 118, n. 8, p. 622-629, apr. 1993.

HADDAD, M. C. L. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Revista Espaço Saúde**, Londrina, v. 1, n. 2, p. 75-88, jun. 2000.

HAHN, G. V.; CAMPONOGARA, S. Qualidade de vida na enfermagem. **Revista Médica do HSPV**, Passo Fundo, v. 9, n. 20, p. 48-51, 1997.

HANDY, C. B. **Como compreender as organizações**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

HASHIMOTO, H.; GUEDES, S. L.; PEREIRA, V. C. **O ostomizado e a qualidade de vida: abordagem fundamentada nas dimensões da QV proposta por Flanagan**. 1996. 37 f. Monografia. (Especialização em Estomatoterapia) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

HOLMES, S.; DICKERSON, J. The quality of life: design and evaluation of a selfassessment instrument for use with cancer patients. **International Journal of Nursing Studies**, v. 24, p. 25-33, 1987.

HUNT, S. M. et al. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. **Journal Epidemiology Community Health**, v. 34, p. 281-286, 1980.

HUSE, E. F.; CUMMINGS, T. F. **Organization development and change**. 3. ed. São Paulo: Minn, 1985.

IGLESIAS, R. B. **Qualidade de vida de alunos-trabalhadores que cursam a graduação em enfermagem**. 2002. 97 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

JACOMO, Y. A. **Fatores de satisfação e insatisfação que interferem na prática do pessoal de enfermagem em assistência primária de saúde: estudo realizado no município de Cotia**. 1993. Dissertação. (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

KALLIATH, T.; MORRIS, R. Job satisfaction among nurses: a predictor of burnout levels. **Journal Nursing Administration**, v. 32, n. 12, p. 648-54, 2002.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of life Index” de Ferrans e Powers**. 1999. 85 f. Tese. (Livre Docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná**. 2005. 118 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-61, 2000.

LEITE, P. C.; SILVA, A.; MERIGHI, M. A. B. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 287-291, jun. 2007.

LENTZ, R. A.; COSTENARO, R. G. S.; GONÇALVES, L. H. T. O Profissional de Enfermagem e a Qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 7-14, 2000.

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.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Qualidade de vida no trabalho – QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

LINO M. M. **Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI: adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction (IWS)**. 1999. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

- LINO, M. M. **Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva**. 2004. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 1, n. 1, 1991.
- MACHADO, M. H. et al. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil**: relatório final. Brasília: MS, 2000.
- MACIEL, E. S. **Qualidade de vida**: análise da influência do consumo de alimentos e estilo de vida. 2006. 188 f. Dissertação. (Mestrado em Ciências) - Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”. Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2006.
- MARCIER, M. H. F. C. Para que a expansão do PSF seja consistente. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 6, p. 32-35, dez. 2002.
- MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos**. 2002. 85 f. Dissertação. (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- MARTINS, J. J. Qualidade de vida e trabalho: o cenário atual da enfermagem numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p.128-146, set./dez. 1999.
- MARX, K. **O capital**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- MARZIALE, M. H. P. **Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem, em uma unidade de internação hospitalar**. 1995. 163 f. Tese. (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- MATOS, E. Refletindo sobre a qualidade de vida no trabalho da enfermagem no Hospital Universitário. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 27-43, 1999.
- MATSUDA, L. M. **Satisfação profissional da equipe de enfermagem de uma UTI – adulto**: perspectiva de gestão para a qualidade da assistência. 2002. 244 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
- MATTOS, A. T. R.; CACCIA-BAVA, M. C. G. Repercussões da implantação do Programa Saúde da Família no município de Araraquara: impactos e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 36-43, abr. 2004.

MCNEESE-SMITH, D. K. A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. **Journal Advanced Nursing**, v. 29, n. 6, p. 1332-1341, 1999.

MEEBERG, A. G. Quality of life: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 18, p. 32-38, 1993.

MEIRELLES, N. F.; ZEITOUNE, R. C. G. Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico oncológico. **Revista Escola Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 78-88, abr. 2003.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. **Relatório do Primeiro Censo de Atenção Primária em Saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Governo de Minas, 2006.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MININEL, V. A. **Promoção da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem**: responsabilidade gerencial do enfermeiro. 2006. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MONCARZ, E. “Reflexiones sobre Mujeres, trabajo y salud mental”. **Cuadernos Mujer y Salud**, v. 2, p. 87-90, 1997.

MORAES, L. F. R.; KILIMNIK, Z. M. (Coord.). **Comprometimento organizacional, Qualidade de Vida e Stress no trabalho**: uma abordagem de diagnóstico comparativo. Belo Horizonte: CEPEAD/FACE/UFMG, 1994.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

MUROFUSE N. T.; MARZIALE, M. H. P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 364-373, maio/jun. 2005.

MURRELLS, T.; CLINTON, M.; ROBINSON S. Job satisfaction in nursing: validation of a new instrument for the UK. **Journal Nursing Management**, v. 13, n. 4, p. 296-311, 2005.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001.

NASCIMENTO, I. J.; LEITÃO, R. E. R.; VARGENS, O. M. C. A qualidade nos Serviços de Saúde Pública segundo enfermeiros que gerenciam Unidades Básicas de Saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 350-356, 2006.

- NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo**. 2003. 225 f. Tese. (Doutorado em Psicologia) – Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- OLER, F. G. et al. Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. **Arquivos da Ciência da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 2, p. 102-10, abr./jun. 2005.
- OLIVEIRA, S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 625-634, out.-dez. 1997.
- PADILHA, M. I. C. S.; SOUZA, L. N. A. Qualidade de vida: reflexão de enfermeiras. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 11-26, set./dez. 1999.
- PASCHOA, S.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 305-310, 2007.
- PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. 2004. 245 f. Tese. (Doutorado em Medicina Preventiva) - Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- _____. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 252 f. Dissertação. (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- PATRÍCIO, Z. M. Métodos Qualitativos de pesquisa e de educação participante como mediadores na construção da qualidade de vida novos paradigmas, outros desafios e compromissos sociais. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 44-52, set./dez. 1999.
- PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção de saúde. In: SEMINÁRIO ESTADUAL: O ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 1., 2000, São Paulo. **Anais...** São Paulo: SES, 2000. p. 1-11.
- PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, jun. 2001.
- PEREIRA, M. C. A.; FÁVERO, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 7-12, jul. 2001.
- PFAFF, J. Factors related to job Satisfaction? dissatisfaction of Registered Nursing in Long - Term care facilities. **Nursing Management**, v. 18, n. 8, p. 51-55, 1987.

PIERANTONI, C. R. et al. (Org.). **Trabalho e educação em saúde no Mercosul**. Brasília: MS, 2008.

POWER M.; BULLINGER M.; HARPER, A. The World Health Organization WHOQOL-100 tests of Universality of Quality of life in 15 different cultures groups worldwide. **Health Psychology**, v. 18, p. 495-505, 1999.

QUALITY OF LIFE RESARCH UNIT. **Notes on “Quality of life”**. Toronto: University of Toronto, [200?]. Disponível em: <<http://www.gdrc.org/uem/qol-define.html>>. Acesso em: 13 de junho de 2008.

ROBAZZI, M. C. C.; MARZIALE, M. H. P. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 3, p. 331-338, jul./set. 1999.

ROCHA, N. S. **Associação entre estado de saúde, espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais e qualidade de vida**. 2002. 188 f. Dissertação. (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002a.

ROCHA, S.; FELLI, V. Calidad de vida en el trabajo docente em enfermería. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 28-35. 2004.

ROCHA, S. S. L. **Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem: percepção de enfermeiros docentes de uma universidade privada**. 2002. 146 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002b.

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

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

ROEDEL, R. R.; NYSTRON, P. C. Nursing jobs and satisfaction. **Nursing Management**, v. 19, n. 2, p. 34-38, 1988.

ROSA, M. A. S; PILLATTI, L. A. Qualidade de vida no trabalho e legislação pertinente. **Revista digital**, v. 10, n. 93, feb. 2006. Disponível em: <<http://www.efdeports.com/efd93/trabalho.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2009.

RUFFINO-NETO, A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 35, p. 63-67, jul. 1992.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n. 3, p.107-112, 2001.

- SALLES, E. P. **Qualidade de vida do auxiliar e técnico de enfermagem em UTIs.** 2005. 123 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.
- SANTOS, R. M. A.; BERESIN, R. A qualidade de vida dos enfermeiros do centro cirúrgico. **Einstein**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 152-158, 2009.
- SANTOS, M. S. **A (in)satisfação do enfermeiro no trabalho.** 1999. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- SANTOS, M. S.; RODRIGUES FILHO, J. Enfermagem: fatores de satisfação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 3, p. 242-250, jul./ ago./set. 1995.
- SAUPE, R. et al. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 636-42, jul./ago. 2004.
- SAVONITTI, B. H. R. A. **Qualidade de vida de idosos institucionalizados.** 2000. 139 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- SAWADA N. O.; GALVÃO C. M. **A satisfação no trabalho do enfermeiro de Centro de Material.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, 2., 1995. Anais... [S. l: s.n], 1995. p. 148-50.
- SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 54-60, 2006.
- SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P. Qualidade de vida no trabalho: avaliação da produção científica na enfermagem brasileira. **Acta Paulista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 330-337, 2008.
- SCHMIDT, D. R. C. **Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em Unidades do Bloco Cirúrgico.** Dissertação. 185 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004.
- SEVERINSSON, E.; HUMMELVOLL, J. K. Factors influencing job satisfaction and ethical dilemmas in acute psychiatric care. **Nursing e Health Sciences**, v. 3, n. 2, p. 81-90, 2001.

SEVERINSSON, E. I.; KAMAKER, D. Clinical nursing supervision in the workplace. effects on moral stress and job satisfaction. **Journal Nursing Management**, v. 7, n. 2, p. 81-90, 1999.

SILVA, V. E. A. F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem: a relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador**. 1996. 289 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1996.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, I. Z. Q. J. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 25-38, 2005.

SILVA, J. V. **Ser idoso e ter qualidade de vida: as representações de idosos residentes em cidades do sul de Minas Gerais**, 2003. 202 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, R. C. G.; FELLI, V. E. A. Um estudo comparativo sobre a identificação dos riscos ocupacionais por trabalhadores de enfermagem de duas unidades básicas de saúde do município de São Paulo. **Revista de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 18-24, 2002.

SILVA, V. E. F.; MASSAROLLO, M. C. K. B. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 283-286, set./out. 1998.

SKEVINGTON, S. M. Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations from the WHOQOL development. **Quality of Life Research**, v. 11, p. 135-144, 2002.

SOUZA, H. M. Programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, p. 7-16. 2000.

SOUZA, H. M. Reforma da reforma. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 4, p. 2-3, jan. 2002.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 593-600, 2003.

TAMAKI, E. M. Qualidade de vida: individual ou coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 20, 2000.

TAMAYO, M. R. Validação do inventário de Burnout de Maslach. In: CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE PSICOLOGIA, 3., 2003, João Pessoa. **Resumos...** João Pessoa: FAPESSE, 2003. p. 392.

- TANAKA, W. Y. et al. Estudo de algumas condições que dificultam a assistência de enfermagem no período noturno. **Acta Paulista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 95-100, dez. 1988.
- TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 2, p. 159-166, 2007.
- TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 7, ed. esp., p. 10-23, jan. 2003; abr. 2004.
- TEIXEIRA-SALMELA, L. F. et al. Adaptation of the Nottingham Health Profile: a simple measure to assess quality of life. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 905-914, 2004.
- TESTA, M. A.; SIMONSON, D. C. Assessment of quality of life outcomes. **The New England Journal of Medicine**, v. 334, n. 13, p. 835-840, mar. 1996.
- THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.
- THE WHOQOL GROUP. World Health Organization Quality of Life Instruments. Programme on Mental Health. WHOQOL: **Measuring quality of life**. 1997. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/68.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2009.
- TIMENI, S. H. **Qualidade de vida no trabalho: o caso dos enfermeiros dos hospitais públicos Walfredo Gurgel e Santa Catarina**. 2008. 110 f. Dissertação. (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.
- TRENTINI, M.; PAIM, L. Assistência e pesquisa em enfermagem: uma abordagem convergente-assistencial. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 11-31, jan./abr. 2001.
- TUOMI, K. et al. **Índice de capacidade para o trabalho**. Finlândia: IFSO, 1997.
- VAN BELLE, G.; HEAGERTY, P. J.; FISHER, L. D.; LUMLEY, T. S. **Bioestatistics. A methodology for the health sciences**. 2 ed. Wiley – Intersciences, 2004.
- VELARDE-JURADO, E.; AVILA-FIGUEROA, C. Evaluación de la calidad de vida. **Salud Pública de México**, v. 44, n. 4, p.349-361, 2002.
- VILARTA, R.; GONÇALVES, A. (Org.). Qualidade de vida: concepções básicas voltadas à saúde. In: _____; _____. **Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri: Manole, 2004. p. 27-62.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2006.

VRENDENBURGH, D. J.; SHERIDAN, J. E. Individual and occupational determinants of life satisfaction and alienation. **Human Relations**, v. 32, n. 12, p. 1023-1038, 1979.

XIMENES NETO, F. R. G., SAMPAIO, J. J. C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 687-695, nov./dez. 2007.

WERTHER, W. B.; DAVIS, K. **Administração de pessoal e recursos humanos**. São Paulo: McgrawHill, 1983.

WEST, A. A. A.; LISBOA, M. A. P. L. P. Satisfação no trabalho e perfil dos funcionários do centro de material e esterilização. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 17-21, out./dez. 2001.

WESTLEY, W. A. Problems and solutions in the quality of working life. **Human Relations**, v. 32, n. 2, p. 11-123, 1979.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? **Journal Clininca Epidemiology**, v. 52, n. 4, p. 355-363, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL.

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

NOME DO PSF	MUNICÍPIO	DATA

1. Identificação

CÓDIGO	SEXO MASC	SEXO FEM	DATA DE NASCIMENTO E IDADE EM ANOS
	1	2	/ / (..... anos)

2. Nível Educacional

3º GRAU		PÓS-GRADUAÇÃO		
Incompleto	Completo	Especialização	Mestrado	Doutorado
1	2	3	4	5

3. Estado Civil

SOLTEIRO(A)	CASADO(A)	VIVENDO COMO CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	SEPARADO(A)	VIÚVO(A)
1	2	3	4	5	6

4. Como está a sua saúde (hoje)

MUITO RUIM	FRACA	NEM RUIM NEM BOA	BOA	MUITO BOA
1	2	3	4	5

5. Forma de administração do questionário

AUTO-ADMINISTRADO	ASSISTIDO PELO ENTREVISTADOR	ADMINISTRADO PELO ENTREVISTADOR
1	2	3

6. PROBLEMA DE SAÚDE ATUAL/CONDIÇÃO PRESENTE (marcar somente uma, que é a mais relevante para a presente busca de um serviço de saúde)

00	NENHUM PROBLEMA	10	PROBLEMA NERVOSO CRÔNICO OU EMOCIONAL
01	Problema de coração	11	Problema crônico de pé (joanete, unha encravada)
02	Pressão alta	12	Hemorróidas ou sangramento no ânus
03	Artrite ou reumatismo	13	Doença de Parkinson
04	Câncer	14	Gravidez
05	Enfisema ou bronquite	15	Depressão
06	Diabetes	16	Doença de pele
07	Catarata	17	Queimaduras
08	Derrame	18	Problema de álcool ou drogas
09	Osso quebrado ou fraturado		Outros (especificar).....

7. Com quem você mora atualmente?

Sozinho	Com familiares	Com amigos	Conhecidos (hotel, pensão e outros)
1	2	3	4

8. Quantos dependentes você tem?

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

9. Quantos vínculos de emprego você tem atualmente, incluindo o PSF?

Um	Dois	Três
1	2	3

10. Qual o seu tipo de vínculo empregatício no PSF?

Celetista (CLT)	Contrato tempo determinado	Servidor público (concurado)	Outro (especificar)
1	2	3	4

11. No total, quantas horas diárias você trabalha no PSF?

Seis horas	Oito horas	12 horas	Mais de 12 horas
1	2	3	4

12. Qual a sua renda mensal no PSF (valor bruto)?

R\$ até 349,00	R\$ de 350,00 a 699,00	R\$ de 700,00 a 1.049,00	R\$ de 1.050,00 a 1.399,00	R\$ 1.400,00 a 2.799,00	R\$ Mais de 2800,00
1	2	3	4	5	6

13. Do total de empregos (incluindo o PSF), qual a sua renda mensal (valor bruto)?

R\$ até 349,00	R\$ de 350,00 a 699,00	R\$ de 700,00 a 1.049,00	R\$ de 1.050,00 a 1.399,00	R\$ 1.400,00 a 2.799,00	R\$ Mais de 2800,00
1	2	3	4	5	6

14. Atualmente, você está fazendo algum curso?

Sim (1)

Não (2)

Caso a sua resposta seja positiva, responda a questão seguinte.

Curso de atualização	Faculdade	Especialização	Mestrado	Doutorado
1	2	3	4	5

15. O quão satisfeito você está com o seu trabalho?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você atua na área de prestação de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de está sendo convidado(a) a participar do estudo **“Programa de saúde da família: Qualidade de vida dos trabalhadores”**. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida dos trabalhadores, caso você participe, será necessário responder várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: saúde física, vida emocional, relação com os amigos e familiares e meio ambiente. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá ter 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 será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu,, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo 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

.....
Documento de identidade

.....
Pesquisador responsável

.....
Pesquisador orientador

Contato com o pesquisador: Sybelle de Souza Castro Miranzi

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

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE.

PERMISSÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Uberaba, 01 de setembro de 2006.

Ilmo Sr.

Dr.

DD. Secretário Municipal de Saúde de

Como pesquisadores da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, vimos através deste solicitar a VSa. autorização para desenvolver, junto a esta instituição, o projeto de pesquisa intitulado “Programa de saúde da família: Qualidade de vida dos trabalhadores”. O nosso objetivo é avaliar a qualidade de vida dos trabalhadores de saúde das equipes do PSF mediante a utilização do instrumento WHOQOL-100 de propriedade da Organização Mundial de Saúde. Consideramos que as análises resultantes deste estudo poderão trazer relevantes subsídios para maior conhecimento acerca da qualidade de vida dos trabalhadores e fonte de pesquisa para maior organização e planejamento do trabalho das equipes de Saúde da Família.

Para o desenvolvimento deste estudo, far-se-á várias perguntas aos trabalhadores sobre diferentes aspectos de sua vida: saúde física, vida emocional, relação com amigos e familiares e meio-ambiente, por meio de um questionário auto-aplicado, e em uma única sessão. Para efeito de análise, todos os trabalhadores participantes serão identificados por meio de letras ou números garantindo o anonimato.

Certos de que poderemos contar com sua preciosa colaboração, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Sybelle de Souza Castro Miranzi
Coordenadora da Pesquisa

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE ADULTOS E CRIANÇAS (VELARDE-JURADO; ÁVILA-FIGUEROA, 2002).

INSTRUMENTOS	ENFERMIDADE	POPULAÇÃO	LOCAL	IDIOMA	ANO
The Goldman Specific Activity Scale	Doença coronária	Adultos	EUA	Inglês	1981
The Rose Questionnaire Angina	Doença coronária	Adultos	EUA	Inglês	1994
The Seattle Questionnaire SAQ	Doença coronária	Adultos	EUA	Inglês	1994
The Mild Hypertension Vital Signs Quality of Life Questionnaire: VSQOLQ	Hipertensão arterial	Adultos	EUA	Inglês	2000
The Chronic Venous Insufficiency Questionnaire: CIVIQ	Insuficiência venosa crônica	Adultos	França	Francês	1996
The Diabetes Quality of Life: DQOL	Diabetes Tipo I	Adultos	Alemanha	Inglês	1998
The Diabetes Specific Quality of Life Scale for patients With Type I Diabetes: DSQOLS	Diabetes Tipo I	Adultos	Alemanha	Inglês	1998
Quality of Life Questionnaire for Graves Ophthalmopathy: GO-QOL	Doença de Graves e dano ocular	Adultos	Países Baixos	Inglês	1999
Quality of Life Parkinson's Disease Questionnaire: PDQ-39	Parkinson	Adultos	EUA	Inglês	1999
The Quality of Life Questionnaire for Multiple Sclerosis: QOLQ for MS	Esclerose múltipla	Adultos	EUA	Inglês	1997
The Epilepsy Surgery Inventory-55: ESI-55	Epilepsia	Adultos	EUA	Inglês	1992
The Quality of Life in Epilepsy: QOLIE-10	Epilepsia	Adultos	EUA	Inglês	1996
The Quality of Life in Epilepsy: QOLIE-31	Epilepsia	Adultos	EUA	Inglês	1999
The Quality of Life in Epilepsy: QOLIE-89	Epilepsia	Adultos	EUA	Inglês	2000
The Assessment of Quality of Life in Adults with Growth Hormone deficiency: QoL-AGHDA	Deficiência hormonal de crescimento	Adultos	Suíça	Inglês	1999
The Migraine Disability Assessment Score	Enxaqueca	Adultos	EUA	Inglês	1999
The Oral Health-Related Quality of Life Questionnaire: OHRQOL	Saúde oral	Adultos	Alemanha, Nova Zelândia e Polônia	Língua nativa	2000
The Chronic Ear Survey: CES	Otite média crônica	Adultos	EUA	Inglês	2000
The Chronic Respiratory Disease Questionnaire: CRQ	Doença respiratória crônica	Adultos	EUA	Inglês	1999
The Chronic Respiratory Disease Questionnaire: CRQ	Doença respiratória crônica	Adultos	EUA	Inglês	2000
The Measure Yourself Medical Outcome Profile: MYMOP	Bronquite crônica	Adultos	Reino Unido	Inglês	2000

The Marks Asthma Quality of Life Questionnaire: AQLQ	Asma	Adultos	EUA	Inglês	1999
The Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: IBDQ Inglês 2000	Doença intestinal	Adultos	Canadá	Inglês	2000
The Urge-Urinary Distress Inventory: U-UDI	Doença vesical	Adultos	EUA	Inglês	1999
The Urge-Incontinence Impact Questionnaire: U-IIQ	Doença vesical	Adultos	EUA	Inglês	1999
The Dermatology-Specific Quality of Life instrument: DSQL	Doenças de pele	Adultos	EUA	Inglês	1998
The Dermatology Life Quality Index	Acne	Adultos	Reino Unido	Inglês	1999
The quality of Life Measurement for Chronic Skin Disorders: The VQ-Dermato	Doenças crônicas de pele	Adultos	França	Francês	1999
The Psoriasis Disability Index PDI- 15Q	Psoríase	Adultos	Noruega	Inglês	1999
The recurrent Genital Herpes Quality of Life Questionnaire: RGHQoL	Herpes genital	Adultos	França	Francês	1999
The Spanish Version of Skindex-29	Doenças crônicas de pele	Adultos	Espanha	Espanhol	2000
The Arthritis Impact Measurement Scales: AIMS	Doença reumática	Adultos	EUA	Inglês	1989
The Health Assessment Questionnaire Disability Index: HAQ-FDI	Doença reumática	Adultos	Italia	Italiano	1993
Assessment Questionnaire Disability Index:HAQ-DI	Doença reumática	Adultos	México	Espanhol	1993
The Arthritis Impact Measurement Scales: AIMS	Doença reumática	Adultos	México	Espanhol	1994
The Shoulder Disability Questionnaire: SDQ	Doença músculo-esquelética	Adultos	Países Baixos	Inglês	2000
The Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index: SLEADI	Lúpus Eritematoso Sistêmico	Adultos	Canadá	Inglês	1997
The Prostate Cancer Specific Quality of Life Instrument: PROSQOLI	Câncer	Adultos	Canadá	Inglês	1998
The Schwartz Cancer Fatigue Scale: SCFS	Câncer	Adultos	EUA	Inglês	1999
The Patient-Oriented Prostate Utility Scale: PORPUS	Câncer	Adultos	Canadá	Inglês	2000
The Fatigue Severity Scale: FSS	Hepatite C	Adultos	EUA	Inglês	2000
The Medical Outcomes Study (MOS) Short Form Health Survey: MOS-HIV	HIV-SIDA	Adultos	EUA	Inglês	1992
The Self Report HIV- Specific Quality of Life HOPES : HIV-SIDA	HIV-SIDA	Adultos	EUA	Inglês	1996
The HIV- QL31	HIV- SIDA	Adultos	EUA	Inglês	1997
The Mc Gill Quality of Life Questionnaire for HIV: MOQL-HIV	HIV- SIDA	Adultos	EUA	Espanhol	1999
The Medical Outcomes Study HIV Health Survey:MOS - HIV	HIV- SIDA	Adultos	EUA	Inglês	1999
The HIV- AIDS-Targeted Quality of Life: HAT-QoL	HIV- SIDA	Adultos	EUA	Inglês	1999

The Multidimensional Index of Quality of Life: MIQL	HIV- SIDA	Adultos	EUA	Inglês	1999
The Medical Outcomes Study HIV Health Survey: (MOS-HIV-30)	HIV- SIDA	Adultos	Canadá	Inglês	2000
The Severity Classification System for ADIS: SCSAH	HIV-SIDA	Adultos	EUA	Inglês	2000
Calidad de Vida del Niño con Epilepsia: test CAVE	Epilepsia	Crianças	Espanha	Espanhol	1997
The Quality of Life in Epilepsy Inventory for Adolescents:QOLIE-AD-48	Epilepsia	Adolescentes	EUA	Inglês	1999
The quality of Life in Newly Diagnosed Epilepsy Instrument: NEWQOL	Epilepsia	Crianças e adolescentes	Reino Unido	Inglês	2000
The Quality of Life in Pediatric Epilepsy Scale (Child Form)	Epilepsia	Crianças e adolescentes	EUA	Inglês	2000
The Quality of Life in Pediatric Epilepsy Scale (Parent Form)	Epilepsia	Crianças e adolescentes	EUA	Inglês	2000
The Quality of Life in Childhood Epilepsy Questionnaire: QOLCE	Epilepsia	Crianças e adolescentes	Austrália	Inglês	2000
The Oral Health-Related Quality of Life Questionnaire: OHRQOL	Saúde oral	Crianças e adolescentes	Nova Zelândia e Polônia	Língua nativa	2000
The Sinus Symptom Questionnaire: SSQ	Sinusite	Crianças	EUA	Inglês	1999
The Canadian Acute Respiratory Illness and Flu Scale: CARIFS	Infecção respiratória aguda	Crianças	Canadá	Inglês	2000
The Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire: PAQLQ	Asma	Crianças	EUA	Inglês	1996
The Modified and Shortend Version on the Living with Asthma Questionnaire: MS-LWAQ	Asma	Crianças	Canadá	Inglês	1999
The Caregiver Quality of Life-Questionnaire: PACQLQ	Asma	Crianças	Canadá	Inglês	2000
The Juvenile Arthritis Functional Status Index: JASI	Artrite reumatóide juvenil	Crianças e adolescentes	Canadá	Inglês	1996
The Juvenile Arthritis Quality of Life Questionnaire: JAQQ	Artrite reumatóide e Espôndilo-artropatia	Crianças e adolescentes	EUA	Inglês	1997
The Childhood Arthritis Health Profile: CHAP	Doença reumática	Crianças	EUA	Inglês	1999
Escala de Actividades del Niño con Leucemia	Câncer	Crianças e adolescentes	México	Espanhol	1996
The Pediatric Oncology Quality of Life Scale: POQOLS	Câncer	Crianças	EUA	Inglês	1996
The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory: PCQL	Câncer	Crianças	EUA	Inglês	1998
The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory: PCQL-32	Câncer	Crianças	EUA	Inglês	1999

ANEXO B - INSTRUMENTOS GENÉRICOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE ADULTOS E CRIANÇAS (VELARDE-JURADO; ÁVILA-FIGUEROA, 2002).

INSTRUMENTOS	POPULAÇÃO	LOCAL	IDIOMA	ANO
The Sickness Impact Profile: SIP	Adultos	EUA	Inglês	1981
The McMaster Health Index Questionnaire: MHIQ	Adultos	EUA	Inglês	1982
The Sickness Impact Profile: SIP	Adultos	EUA	Inglês - espanhol	1984
The MOS- Short-form General Health Survey	Adultos	EUA	Inglês	1988
The Quality of Life Survey	Adultos	EUA	Inglês	1989
Quality of Life Index: QL-Index	Adultos	EUA	Inglês	1989
The Nottingham health Profile: NHP	Adultos	Reino Unido	Inglês	1987
The Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey: MOS	Adultos	EUA	Inglês	1990
The Dartmouth – COOP	Adultos	EUA	Inglês	1990
The Dartmouth – COOP	Adultos	EUA	Espanhol	1990
The Duke Health Profile: DUKE	Adultos	EUA	Inglês	1990
The Functional Status Index	Adultos	EUA	Inglês	1990
The Karnofsky Performance Scale	Adultos	EUA	Inglês	1991
The General Health Questionnaire: GHQ-28	Adultos	EUA	Inglês	1992
The Health Assessment Questionnaire: HAQ	Adultos	EUA	Inglês	1992
The Medical Outcomes Study (MOS) Short-Form Health Survey: MOS	Adultos	EUA	Inglês	1992
The Sickness Impact Profile: SIP 68 Short Generic Version	Adultos	EUA	Inglês	1994
The Quality of Wellbeing Scale: QWB	Adultos	EUA	Inglês	1994
The MOS-36-item Short-Form Health Survey: SF-36	Adultos	EUA	Inglês	1994
The Sickness Impact Profile: SIP	Adultos	Espanha	Espanhol	1995
The Quality of Life Health Questionnaire: QLHQ	Adultos	EUA	Inglês	1995
Cuestionario Criterio de Calidad de Vida: CCV	Adultos	México	Espanhol	1996
The McGill Pain Questionnaire: MPQ	Adultos	EUA	Espanhol	1996
The European Research and Treatment Quality Life-Questionnaire: EORTC QLQ-C36	Adultos	Suíza	Inglês	1996
The European Research and Treatment Quality Life-Questionnaire: EORTC QLQ-C30	Adultos	Dinamarca	Inglês	1997
The Short form Health Related Quality of Life: HRQL	Adultos	EUA	Inglês	1997
The General Health Perception: GHP	Adultos	Canadá	Inglês	1997
The Wisconsin Quality of Life Index Canadian Version: CaW-QLI	Adultos	Canadá	Inglês	1999
The European Research Questionnaire Quality of Life: EUROQOL 5D	Adultos	Canadá	Inglês	1999
Encuesta: SF-36	Adultos	México	Espanhol	1999
The Modified Health Assessment Questionnaire: M-HAQ	Adultos	EUA	Inglês	1999
The Multidimensional Index of Quality of Life: MIQL	Adultos	EUA	Inglês	1999
The Health Related Quality of Life Short Form: HRQL	Adultos	EUA	Inglês	2000
The RAND 36-Item Health Survey Questionnaire: RAND- SF-	Adultos	EUA	Inglês	2000

36				
The Perceived Quality of Life Scale: PQoL	Adultos	EUA	Inglês	2000
The World Health Organization Quality of Life:WHOQOL Instrument	Adultos	EUA	Inglês	2000
The Index of Wellbeing: IWB	Adultos	EUA	Inglês	2000
Quality of Life: QOL	Adultos	EUA	Inglês	2000
The World Health Organization Quality of Life: WHOQOL – 100	Adultos	EUA	Inglês	2000
The Health and Activities Limitations Index: HALEX	Adultos	EUA	Inglês	2000
The Medical Outcomes Study Short-form Health Survey: MOS 6A	Adultos	Reino Unido	Inglês	2000
The QL-Index, LASA Scales	Adultos	Canadá	Inglês	2000
Play Performance Scale for Children: PPSC	Crianças e adolescentes	EUA	Inglês	1985
The Functional Status Measure of Child Health: FSII	Crianças	EUA	Inglês	1990
The Physical Health Status Instrument	Crianças e adolescentes	EUA	Inglês	1991
The Quality of Wellbeing Scale: QWB	Crianças e adolescentes	EUA	Inglês	1994
The Dartmouth – COOP	Crianças e adolescentes	México	Espanhol	1996
The Childhood Health Questionnaire: CHAQ	Crianças	Brasil	Português	1994
The Childhood Health Childhood Assessment Questionnaire: CHAQ	Crianças	EUA	Inglês	1997
The Childhood Health Childhood Assessment Questionnaire: CHAQ	Crianças	México	Espanhol	1997
The CostaRica Childhood Health-Assessment Questionnaire:CR- CHAQ	Crianças	Costa Rica	Espanhol	1997
The Short form Health Related Quality of Life: HRQL	Crianças	EUA	Inglês	1997
The Pediatric Quality of Life Inventory: PedsQL	Crianças	EUA	Inglês	1999
The Health Related Quality of Life: HRQOL	Crianças	EUA	Inglês	2000
The Childhood Health Childhood Assessment Questionnaire Disability Index: CHAQ-DI	Crianças	Canadá	Inglês	2000
The “How are you” questionnaire: HAY	Crianças	Países Baixos	Inglês	2000
The Activities Scale for Kids Questionnaire: ASK	Crianças	Canadá	Inglês	2000

ANEXO C – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL, SEGUNDO O NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COBERTURA POPULACIONAL.

	Município	Número de equipes	ACS	População	Cobertura (%)
1	Água Comprida	1	4	2.152	100
2	Araxá	5	29	80.909	27,80
3	Campo Florido	1	8	5.498	62,75
4	Campos Altos	3	18	13.178	91,06
5	Carneirinho	3	17	8.722	100
6	Comendador Gomes	1	6	2.816	100
7	Conceição das Alagoas	5	30	17.809	100
8	Conquista	2	14	5.902	100
9	Delta	1	10	-	-
10	Fronteira	3	19	9.260	100
11	Frutal	7	49	47.648	47,20
12	Ibiá	6	41	21.618	95,75
13	Itapagipe	2	12	11.964	75,22
14	Iturama	6	35	29.679	69,75
15	Limeira do Oeste	1	8	5.977	57,72
16	Pedrinópolis	1	5	3.144	100
17	Perdizes	4	24	12.707	100
18	Pirajuba	1	6	2.471	100
19	Planura	2	12	8.505	100
20	Pratinha	1	4	2.963	100
21	Sacramento	6	38	21.529	100
22	Santa Juliana	2	12	8.132	100
23	São Francisco de Sales	1	6	5.344	64,56
24	Tapira	1	8	3.401	100
25	Uberaba	45	238	261.457	54,10
26	União de Minas	1	9	4.751	72,62
27	Veríssimo	1	5	2.835	100
Total		113	667	—	—

Fonte: Gerência Regional de Saúde/Uberaba-MG, Março de 2007.

ANEXO D – INSTRUMENTO GENÉRICO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA, WHOQOL-100.

WHOQOL-100

Versão em português
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre- RS - Brasil

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 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 a 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 **às duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

<i>Quanto você se preocupa com sua saúde?</i>				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou "nada" com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda.

As questões seguintes são sobre *o quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas "*extremamente*", coloque um círculo no número abaixo de "*extremamente*". Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*extremamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.4 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

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.1 O quanto você se valoriza?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.2 Você se sente inibido(a) por sua aparência?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.2 Quão preocupado(a) você se sente?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 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

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.2 Você tem dificuldades financeiras?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

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. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de "*completamente*". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*completamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.1 Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a), feliz ou bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

G2 Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?

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

G3 Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?

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

G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

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

F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?

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

F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

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

F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?

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

F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

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

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

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

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?

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

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?

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

F10.3 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

F13.3 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

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

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

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

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

F14.4 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

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

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

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

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

F17.3 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

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

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

F19.3 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

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

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

F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

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

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

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

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

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

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

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

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

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

F23.3 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

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito infeliz	infeliz	nem feliz nem infeliz	feliz	muito feliz
1	2	3	4	5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a "*com que frequência*" você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se às **duas últimas semanas**.

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer *"trabalho"* que você faça. *Trabalho* aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se **às últimas duas semanas**.

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

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

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *"quão bem você é capaz de se locomover"* referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

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

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

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

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas**.

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

ANEXO E – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.



6/6

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: PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: QUALIDADE DE VIDA DOS TRABALHADORES
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Sybelle de Souza Castro Miranzi
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 13-09-2006
PROTOCOLO CEP/UFTM: 791

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:

20-10-2006

João Batista Ribeiro
Coordenador