

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

Carolina Feliciano Bracarense

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

UBERABA

2014

Carolina Feliciano Bracarense

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DA ESTRATÉGIA 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.

Linha de pesquisa: O Trabalho na Saúde e Enfermagem.

Eixo temático: Humanização na saúde.

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

UBERABA

2014

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

B788q Bracarense, Carolina Feliciana
Qualidade de vida no trabalho: discurso dos profissionais de saúde da
Estratégia Saúde da Família / Carolina Feliciano Bracarense. -- 2014.
100 f. : il., fig., graf., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2014
Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Lúcia de Assis Simões

1. Pessoal de saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Trabalho. 4. Qua-
lidade de vida. I. Simões, Ana Lúcia de Assis. II. Universidade Federal do
Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616-083

CAROLINA FELICIANA BRACARENSE

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: discurso dos profissionais de saúde da estratégia
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.

12 de Dezembro de 2014

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Ana Lúcia de Assis Simões – Orientadora

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a Dr^a Fernanda Ludmilla Rossi Rocha

Universidade de São Paulo

Prof^a Dr^a Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dedico esse trabalho à minha mãe Maria Feliciano, pelo amor e apoio incondicional em todos os momentos, ao meu pai Paulo de Tarso, pelo amor e incentivo e ao meu irmão Guilherme, pela confiança e amizade.

Dedico também aos meus avós José Feliciano(in memoriam) e José Vicente (in memoriam) que certamente me abençoaram nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

À Deus por abençoar sempre a minha vida e pela oportunidade de conquistar mais esse sonho.

Aos meus pais Maria Feliciano e Paulo de Tarso, por terem me acompanhado nessa caminhada. Pelas inúmeras idas e vindas às unidades de saúde, as quais vocês me levavam, esperavam e me buscavam, sempre com sorriso no rosto. Enfim, pelo apoio e amor sempre.

Ao meu irmão Guilherme por me socorrer cada vez que a tecnologia me desafiava e eu achava que havia perdido todo o meu trabalho.

À professora Dr^a Ana Lúcia que me inspira desde a graduação, pela oportunidade do aprendizado constante e orientação em todas as etapas desse percurso. Toda minha gratidão e carinho.

À professora Dr^a Divanice Contim por me apresentar a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo utilizada nesse trabalho e pelas experiências compartilhadas.

À professora Dr^a Jurema Gonçalves pelos ensinamentos e contribuições a este estudo.

À professora Dr^a Fernanda Ludmilla Rossi Rocha pela disponibilidade e por ter aceitado participar da banca examinadora.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Gerenciamento na Enfermagem e na Saúde pelas contribuições oferecidas.

Aos colegas Fabiana, Renata, Soraya, Delvane, Maria Beatriz, Nara, Joyce, Daniela e Maria Paula pela colaboração na coleta de dados deste estudo.

À minha amiga-irmã Nara Costa pelo companheirismo, alegria e incentivo em todos os momentos dessa jornada. Hoje compartilho com você o sucesso dessa conquista.

À minha amiga Joyce pela disponibilidade em me auxiliar nesse estudo e incentivo constante.

À minha amiga Lis Ribeiro por ter compartilhado comigo os momentos de estudos e aprendizagem.

À minha amiga Maria Beatriz pelos ensinamentos e disponibilidade em contribuir com este estudo.

À minha amiga Patrícia Afonso pelo incentivo e disposição em me ajudar.

Às minhas colegas de trabalho do CTI Neonatal/Pediátrico- HC-UFTM por acompanharem minha caminhada e torcerem pelo meu sucesso.

Aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família que concordaram em colaborar com este estudo.

A todos os professores e colaboradores da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro por viabilizarem a realização deste trabalho.

A todos que de algum modo contribuíram para que este trabalho se concretizasse, meus sinceros agradecimentos.

“Há um momento para tudo
e um tempo para todo propósito debaixo do céu...
Tempo de plantar e de colher”

Eclesiastes

RESUMO

BRACARENSE, Carolina Feliciano. **Qualidade de vida no trabalho: discurso dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família**. 2014. 100 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014.

O trabalho é uma maneira de elaboração da identidade e subjetividade, um modo de sustento, um artifício para estabelecer relações sociais, pertencer a um grupo, enfim, um recurso para se ter um objetivo de vida e alcançar a realização pessoal. Não há um consenso na literatura sobre a definição de qualidade de vida no trabalho, entretanto há um ponto em comum de que tal termo designa a humanização do trabalho, é uma ferramenta para garantir o bem-estar e a participação dos trabalhadores no ambiente laboral. Esta pesquisa teve como objetivo geral compreender os significados que os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) atribuem à qualidade de vida no trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, com abordagem quali-quantitativa. Realizada nas Unidades de ESF do município de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, com a participação de 123 profissionais de saúde (agentes comunitários, auxiliares de consultório dentário, dentistas, enfermeiros, médicos e técnicos/auxiliares de enfermagem). Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2014, foi aplicado um roteiro de entrevista, elaborado pelo autor, composto por duas partes: a primeira com dados referentes à identificação profissional e, a segunda, composta por perguntas a respeito da percepção sobre qualidade de vida no trabalho, os fatores que a influenciam e levantamento de ações possíveis de serem implementadas no contexto de trabalho. As informações referentes à caracterização dos profissionais entrevistados foram submetidas à análise descritiva, com o cálculo de frequências absolutas e percentuais. Já o material empírico resultante da transcrição das entrevistas foi exposto ao método de análise do Discurso do Sujeito Coletivo, que consiste em uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, com o auxílio do *software* QualiQuantsoft[®]. Os resultados revelaram que 114 (92,68%) dos profissionais estudados eram do sexo feminino, com idade média de 40,41 anos. No que concerne à categoria profissional, os entrevistados foram distribuídos da seguinte maneira: 66 agentes comunitários de saúde (53,66%), 10 auxiliares de consultório dentário (8,13%), nove dentistas (7,32%), 12 enfermeiros (9,76%), 12 médicos (9,76%) e 14 técnicos/auxiliares de enfermagem (11,38%). Perante os resultados encontrados, é possível considerar que os significados conferidos a qualidade de vida no trabalho, perpassam tanto

pelos aspectos subjetivos, do gostar da profissão e sentir-se bem no trabalho, como também pelos quesitos das condições de trabalho e dos relacionamentos oriundos da atividade laboral. Com 121 expressões-chave, as questões referentes às condições de trabalho foram as mais expressivas, seguida pelas relações interpessoais no trabalho, com 72 expressões-chave. Como propostas para atuar na qualidade de vida no trabalho, os profissionais entrevistados levantaram os seguintes temas: acompanhamento psicológico, ginástica laboral/atividade física, melhoria das condições de trabalho, capacitação dos profissionais, estratégias para interação das equipes, intercâmbio de informações entre profissionais/gestores/usuários e valorização dos profissionais. Os resultados permitem concluir que os profissionais conferem significados subjetivos e objetivos à qualidade de vida no trabalho como fundamentais para o alcance de uma qualidade de vida no trabalho satisfatória, além da interferência dessa temática na melhoria da assistência ao usuário.

Descritores: Qualidade de vida. Trabalho. Profissional de Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

BRACARENSE, Carolina Feliciana. **Life quality at work: health professional workers' speech about family health**. 2014. 100 f. Dissertation (Master in Health Care) - Federal University of Minas Triangle , Uberaba (MG), 2014.

Work is a way to create identity and subjectivity, a way of living, a path to establish social relations, belong to a group and in other words, a resource to have a goal in life and achieve personal fulfillment. There's no agreement on life quality at work' definition, however there's little in common about this term defines work humanization, it's a tool to grant well fare and workers interaction at the work environment. This search aimed to understand the meanings which health professional workers at Family Health Strategy give to the life quality at work. It's a qualitative, descriptive with a quantitative approach research, carried at "ESF" units in the city of Uberaba, Minas Gerais, Brazil with 123 health professional (community agents, dental lab assistants, dentists, nurses, doctors and technicians/ nurse assistants). Data was collected from July to September 2014 and it was proceeded an interview script, designed by the author, compound by two parts: the first one with the professional identification data, and, the second one, by questions about the perception of life quality at work, the influencing factors and possible action brainstorming to be implemented in the work context. Information about interviewed staff, was undergone by descriptive analyses, with absolute frequency calculus and percentage. The resulting empiric material from the interviews was exposed through "Collective subject Speech" analyses, which consists in qualitative data organization with assistance of *software* QualiQuantsoft®. The results showed that 114 (92,68%) from the studied professional staff were female with an average age of 40,41 years old. About professional class, the interviewed people were distributed as it follows: 66 community health agents (53,66%), 10 dental lab assistants (8,13%), 09 dentists (7,32%), 12 nurses (9,76%), 12 doctors (9,76%) and 14 technicians/ nurse assistants (11,38%). According to the results, it's possible to consider the definition of life quality at work, from subjective aspects, as enjoy and feel fine with the profession, to the work conditions and relationship resulting from work activities. Along 121 key expressions, the following questions about work conditions were the most expressive ones, followed by work interpersonal relations with 72 key expressions. As an intent to act directly upon life quality at work, the interviewed professionals suggested the following themes: psychological follow up, labor gymnastics/ physical activities, working conditions improvement, professional qualification, team interaction strategies, worker/

managers/ users information exchange and also worker appreciation. The results allow to conclude that professionals entitle subjective and objective meanings to life quality at work as fundamental ones to achieve a decent life quality at work, besides the interference of this issue on the improvement to the user's assistance.

Keywords: Quality of life. Work. Health Practitioner. Family Health Strategy

RESUMÉN

BRACARENSE, Carolina Feliciana. **Calidad de vida en el trabajo: discurso de los profesionales de salud de la estrategia salud de la familia**. 2014.100 f Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – MG, 2014.

El trabajo es una manera de elaboración de la identidad y subjetividad, una manera de sustento, un artificio para establecer relaciones sociales, pertenecer a un grupo, o sea, un recurso para tenerse un objetivo de vida y alcanzar la realización personal. No hay un consenso en la literatura sobre la definición de calidad de vida en el trabajo, sin embargo hay un punto en común de que tal termino designa la humanización del trabajo, es una herramienta para garantizar el bien-estar y la participación de los trabajadores en el ambiente laboral. Esta pesquisa tuvo como objetivo general comprender los significados que los profesionales de salud de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) atribuyen a la calidad de vida en el trabajo. Se trata de una pesquisa cualitativa, descriptiva, con abordaje cualicantitativa. Realizada en las Unidades de ESF del municipio de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, con la participación de 123 profesionales de salud (agentes comunitarios, auxiliares de consultorio dentario, dentistas, enfermeros, médicos y técnicos/auxiliares de enfermería). Los datos fueron colectados en el período de julio a septiembre de 2014, fue aplicado un rutero de entrevista, elaborado por el autor, compuesto por dos partes: la primera con datos referentes a la identificación profesional y, la segunda, compuesta por preguntas al respecto de la percepción sobre calidad de vida en el trabajo, los factores que la influncian y levantamiento de acciones posibles de ser implementadas en el contexto de trabajo. Las informaciones referentes a la caracterización de los profesionales entrevistados fueron sometidas a la analice descriptiva, con el cálculo de frecuencias absolutas y porcentuales. Ya el material empírico resultante de la transcripción de las entrevistas fue expuesto al método de analice del Discurso del Sujeto Colectivo, que consiste en una técnica de tabulación y organización de datos cualitativos, con el auxilio del *software* QualiQuantsoft®. Los resultados revelaron que 114 (92,68%) de los profesionales estudiados eran del sexo femenino, con edad promedio de 40,41 años. En lo que concierne a la categoría profesional, los entrevistados fueron distribuidos de la siguiente manera: 66 agentes comunitarios de salud (53,66), 10 auxiliares de consultorio dentario (8,13%), nueve dentistas (7,32%), 12 enfermeros (9,76%), 12 médicos (9,76%) y 14 técnicos/auxiliares de enfermería (11,38%). A delante de los resultados encontrados, es posible considerar que los significados conferidos a la calidad de vida en el trabajo, per pasan

tanto por los aspectos subjetivos, del gustar de la profesión y sentirse bien en el trabajo, como también por los quesitos de las condiciones de trabajo y de los relacionamientos oriundos de la actividad laboral. Con 121 expresiones-llave, las cuestiones referentes a las condiciones de trabajo fueron las más expresivas, seguida por las relaciones interpersonales en el trabajo, con 72 expresiones-llave. Como propuestas para actuar en la calidad de vida en el trabajo, los profesionales entrevistados levantaron los siguientes temas: acompañamiento psicológico, gimnástica laboral/ actividad física, mejoría de las condiciones de trabajo, capacitación de los profesionales, estrategias para interacción de las equipos, intercambio de informaciones entre profesionales/gestores/usuarios y valoración de los profesionales. Los resultados permitieron concluir que los profesionales confieren significados subjetivos y objetivos a la calidad de vida en el trabajo como fundamentales para el alcance de una calidad de vida e el trabajo satisfactoria, además de la interferencia de esa temática en la mejoría de la asistencia al usuario.

Palabras clave: Calidad de vida. Trabajo. Profesionales de salud. Estrategia Salud de la Familia

LISTA DE SIGLAS

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

ESF – Estratégia Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PSF – Programa Saúde da Família

QVT – Qualidade de Vida no Trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 JUSTIFICATIVA	19
3 APORTE TEÓRICO	20
3.1 O TRABALHO E AS TECNOLOGIAS EM SAÚDE	20
3.2 QUALIDADES DE VIDA NO TRABALHO.....	22
3.2.1 Qualidade de vida no trabalho: retrospecto histórico	22
3.2.2 Qualidade de Vida no Trabalho: Modelos Clássicos	25
3. 2. 2. 1 <i>Modelo de Richard Walton (1973)</i>	25
3. 2. 2. 2 <i>Modelo de William A. Westley (1979)</i>	26
3. 2. 2. 3 <i>Modelo de Davis & Werther (1985)</i>	27
3. 2. 2. 4 <i>Modelo de Nadler e lawler (1983)</i>	27
3. 2. 2. 5 <i>Modelo de Hackaman e Odham (1975)</i>	28
3.2.3 Enfim, o que é Qualidade de Vida no Trabalho?	28
3.3 O TRABALHO EM SAÚDE	32
3.3.1 O Sistema Único de Saúde brasileiro	32
3.3.2 A saúde da família	35
3.3.3 Humanização do trabalho em saúde	37
4 OBJETIVOS	39
4.1 OBJETIVO GERAL.....	39
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
5 PERCURSO METODOLÓGICO	40
5.1 TIPO DO ESTUDO.....	40
5.2 LOCAL DO ESTUDO	40
5.3 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	41
5.3.1 População	41
5.3.2 Amostra	41
5.3.3 Critérios de inclusão	42
5.3.4 Critérios de exclusão	42
5.4 COLETA DE DADOS	42
5.4.1 Instrumento de coleta de dados	42
5.4.2 Coleta das informações	42

5.5 ANÁLISE DOS DADOS	44
5.5.1 Fundamentos teóricos do Discurso do Sujeito Coletivo.....	44
5.5.2 Propriedades quantitativas do Discurso do Sujeito Coletivo	46
5.5.2.1 <i>Intensidade</i>	46
5.5.2.2 <i>Amplitude</i>	46
5.5.3 Figuras metodológicas do discurso do sujeito coletivo	47
5.5.3.1 <i>Expressões-chave</i>	47
5.5.3.2 <i>Ideias Centrais</i>	47
5.5.3.3 <i>Ancoragem</i>	48
5.5.3.4 <i>Discurso do Sujeito Coletivo</i>	48
5.5.4 Software QualiQuantsoft®.....	48
5.5.5 Procedimentos analíticos.....	49
5.5.6 Aspectos éticos	51
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	52
6.2 O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF SOBRE A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO.....	52
6.2.1 Metacategoria: Qualidade de vida no trabalho: a essência do trabalhador ..54	
6.2.1.1 <i>Categoria A: Trabalho: (In) Satisfação</i>	55
6.2.1.2 <i>Categoria B: Saúde e bem-estar no trabalho</i>	56
6.2.2 Metacategoria: Qualidade de vida no trabalho: o contexto organizacional ...58	
6.2.2.1 <i>Categoria C: Condições de trabalho</i>	58
6.2.2.2 <i>Categoria D: Relações interpessoais no trabalho</i>	64
6.3 QUALIDADES DE VIDA NO TRABALHO: PROPOSTAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF.....	68
6.3.1 Categoria A: Acompanhamento psicológico	70
6.3.2 Categoria B: Ginástica laboral/ Atividade física	71
6.3.3 Categoria C: Melhoria das condições de trabalho	73
6.3.4 Categoria D: Capacitação dos profissionais.....	75

6.3.5 Categoria E: Estratégias para interação das equipes.....	76
6.3.6 Categoria F: Intercâmbio de informações entre os profissionais/gestores/usuário	77
6.3.7 Categoria G: Valorização do profissional	80
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICE A	95
APÊNDICE B.....	96
ANEXO A.....	98
ANEXO B	100

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é o ato de transformar a matéria em algum produto específico. Mas, além disso, é uma maneira de elaboração da identidade e subjetividade, um modo de sustento, um artifício para estabelecer relações sociais, pertencer a um grupo, enfim, um recurso para se ter um objetivo de vida e alcançar a realização pessoal (MORIN, 2001; TOLFO; PICCININI, 2007; ARAÚJO; SOARES; HENRIQUES, 2009).

O trabalho em saúde possui suas especificidades, por isso, é denominado de trabalho vivo em ato. O trabalho vivo em ato é aquele de origem relacional, em que o produto confeccionado emerge da relação entre o produtor e o consumidor. Na saúde o usuário incorpora o papel de consumidor e o profissional de saúde exerce a função de produtor (MERHY; FEUERWERKER, 2009; FRANCO; MERHY, 2012).

O cenário atual no qual se desempenha o trabalho em saúde é consequência de sucessivas mudanças sociais e políticas. Pode-se citar a VIII Conferência Nacional de Saúde que foi um marco da Reforma Sanitária e contribuiu enfaticamente para a elaboração da Secção da Saúde na Constituição Federal de 1988, que estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS) e garante ser a saúde um dever do Estado e direito de todos os cidadãos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011).

O SUS é estruturado em princípios de organização (descentralização, regionalização, hierarquização, resolubilidade e complementariedade do setor privado) e princípios doutrinários (integralidade, equidade, universalidade, igualdade e participação social) (BRASIL, 1990).

Esses princípios visam promover a substituição do modelo de atenção à saúde em que a produção de cuidados está centrada nos procedimentos, denominado de modelo flexeneriano, para um modelo pautado em ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (SCHERER; MARINO; RAMON, 2005).

Para auxiliar nesta mudança de modelos de atenção e de consolidação do SUS, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que tem o propósito de superar o modelo biomédico e alcançar um modelo pautado na integralidade e na abrangência do individual, familiar e coletivo das práticas de saúde (SECLLEN; FERNANDES, 2004). Por ter este caráter inovador, o Programa Saúde da Família em 1998 passa a ser compreendido e chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (SILVA-ROOSLI; ATHAYDE, 2011).

É nesta transição que devem ser contextualizadas as reflexões e ações referentes ao processo de humanização das práticas assistenciais. O Ministério da Saúde por intermédio da

Política Nacional de Humanização (PNH) estabeleceu dispositivos e diretrizes com o intuito de reestruturar e reorganizar as relações desenvolvidas no processo de produção do cuidado (BRASIL, 2004). Na PNH ficam pontuadas ações para todos os atores que produzem saúde: usuários, gestores e trabalhadores.

Dos princípios que regem a PNH, destacam-se os que sustentam as modificações necessárias para os trabalhadores, sendo eles: o fortalecimento do trabalho em equipe, o compromisso com a democratização das relações e a valorização dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004).

Deslandes (2004) e Rios (2009) afirmam que as práticas de saúde serão verdadeiramente humanizadas se forem humanizados os produtores de saúde. A humanização do trabalho almeja o suprimento das necessidades humanas e não somente o aumento dos rendimentos e lucros (SAMPAIO, 2012).

Assim sendo o trabalho pode ser compreendido como um determinante de saúde, já que saúde não significa somente a ausência de doença (BRASIL, 1990). Entendido como determinante de saúde, ele é um elemento que exerce influência sobre a qualidade de vida das pessoas, por meio do aumento da jornada de trabalho, acúmulo de vínculos empregatícios e exigências cada vez maiores do mercado (ARAÚJO; SOARES; HENRIQUES; 2009).

Diante do exposto é relevante contextualizar a variável Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Não há um consenso na literatura sobre a definição deste termo, entretanto há um ponto em comum de que QVT é a humanização do trabalho, é uma ferramenta para garantir o bem-estar e a participação dos trabalhadores no ambiente laboral (SANT'ANNA; KILIMNIK; MORAES, 2011).

Destaca-se que o conceito de QVT perpassa pelos campos da motivação, satisfação, saúde e segurança no trabalho (ALVES; 2010). Assim, o caráter subjetivo permeia a designação de qualidade de vida no trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

Na sociedade moderna, o trabalho ocupa espaço significativo na vida das pessoas, consumindo grande parte do seu tempo. Os cenários de trabalho expõem os trabalhadores às mais diversas condições laborais, o que pode influenciar diretamente na qualidade de vida no trabalho. Na perspectiva da Estratégia Saúde da Família, a atuação dos profissionais apresenta especificidades que os colocam cotidianamente diante do desafio de lidar com o imprevisível, ao adentrar a realidade das famílias, além da necessidade de desempenhar tecnicamente suas funções, de criar vínculos humanos e de zelar pela sua preservação.

Decorridos 20 anos da criação do então Programa Saúde da Família, pode-se considerar que este tempo seja ainda pouco para a consolidação de uma estratégia que visa substituir um modelo de atenção à saúde que vigorou por décadas no Brasil, com o predomínio de práticas fragmentadas e curativistas. No âmbito da produção de conhecimentos, estudos e pesquisas buscam explicar e compreender esta nova configuração de processo de trabalho; contudo, dado ao seu tempo de existência, há ainda muito que se pesquisar. Ressalva-se a necessidade de estudos que visem uma abordagem de caráter subjetivo, visto que o trabalho em saúde da família é composto por relações complexas, devido à necessidade de um vínculo não só com o usuário, mas também com toda sua família e com o ambiente social no qual ele está inserido.

Assim, no presente trabalho propôs-se a interpretar a realidade dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família, explorar as experiências vivenciadas e, desta forma, compreender o significado de QVT.

Além disto, os resultados poderão auxiliar no planejamento de intervenções focadas nas principais necessidades dos profissionais e, assim, colaborar para propiciar um contexto que favoreça a qualidade de vida no trabalho. Por conseguinte, esta ação poderá influenciar na melhoria da qualidade da assistência ao usuário dos serviços de saúde.

3 APORTE TEÓRICO

3.1 O TRABALHO E AS TECNOLOGIAS EM SAÚDE

O trabalho pode ser compreendido como o ato de modificar a natureza a fim de suprir as necessidades do ser humano (MARX, 2001). O homem em qualquer atividade de produção e construção de um produto realiza um planejamento do seu trabalho. E é esse projeto mental que diferencia o trabalho humano do animal e dá significado ao trabalho do homem (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Navarro e Padilha (2007) percebem que o trabalho possui características peculiares, como a pluralidade e a polissemia, sendo também uma fonte de experiência psicossocial, especialmente por ocupar na vida das pessoas um papel de destaque. É incontestável que o trabalho absorve parte expressiva do espaço e do tempo da vida humana contemporânea.

Há elementos que são essenciais para o processo de trabalho: o trabalho do homem em si, a matéria prima e as ferramentas/instrumentos. Para a agregação desses elementos é preciso certo grau de sabedoria e capacidade de organização, além de utilizar os saberes tecnológicos para realizar a ação de transformar e obter um produto específico. (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

É denominado de trabalho morto, o trabalho anterior, já realizado, que, está aliado às máquinas e instrumentos. É um trabalho que não irá construir nenhum produto (MARX, 1985). Já o trabalho vivo em ato é o trabalho criador, que permite a fabricação de um novo produto (MERHY; FEUERWERKER, 2009). O homem ao realizar o trabalho vivo em ato possui certa autonomia no processo produtivo, fato esse não encontrado no trabalho morto (FRANCO; MERHY, 2012).

A autonomia pode ser entendida como a ação do trabalho vivo em ato sobre o que é dado como trabalho morto. Destaca-se que a organização do processo de trabalho é feita de modo a limitar essa autonomia, nesses casos entende-se que trabalho vivo em ato é capturado pelo trabalho morto (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Marx por ser anticapitalista aceitava a total captura do trabalho vivo em ato pelo trabalho morto. Já Taylor tinha conhecimento desse processo de captura, e por isso formulou dispositivos de controle, visto que o homem tende sempre a procurar alternativas de exercer sua autonomia, senão, fica desmotivado e desinteressado e não realiza uma boa produção, a não ser que seja controlado (MERHY, 2002).

O significado do trabalho é entendido como uma representação social que o serviço realizado tem para o trabalhador seja individual (identificar o seu trabalho no produto final), para o grupo (a sensação de estar em uma classe unida pelo cumprimento de um mesmo trabalho) e social (a sensação de realizar um trabalho que auxilia toda a sociedade). Deste modo, o trabalho é uma maneira de produção da vida de cada um, ao fornecer sustento para estruturação da identidade e subjetividade (PICCINNI; TOLFO; 2007).

Mesmo com as mudanças ocorridas nos dias atuais, no que concerne aos processos de trabalho, as pessoas permanecem por ancorar suas vidas à atividade laboral, independente de possuir ou não um emprego (NAVARRO; PADILHA, 2007).

Em uma pesquisa realizada por Morin (2001) foi evidenciado que a maioria dos participantes, mesmo que apresentassem condições de viver o resto da vida sem trabalhar, continuariam a trabalhar. Isso demonstra que o trabalho está muito além de uma forma de sustento, é um meio de se relacionar, de interagir com um grupo ou sociedade afim, de ter um objetivo de vida.

As situações de angústia e estresse decorrentes do próprio trabalho tem sido objeto de preocupação entre os pesquisadores e profissionais de saúde de diferentes áreas. Visto que nos serviços de saúde ocorre um encontro entre o trabalhador de saúde, que assume o papel de agente produtor, com o usuário, que está no papel de consumidor. Deste modo, o usuário é simultaneamente consumidor e objeto integrante do processo produtivo, já que ele intervém nesta dinâmica. (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Logo, o trabalho em saúde por ser de origem relacional é identificado como trabalho vivo em ato, o produto emerge da relação entre o produtor e consumidor (FRANCO; MERHY, 2012).

Para construir o produto do trabalho em saúde que é o cuidado, os profissionais têm à sua disposição três tipos de tecnologias. A tecnologia dura, que são os equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções clínicas; a tecnologia leve-dura, que é o conhecimento que permite a utilização da tecnologia dura e, por fim, a tecnologia leve, que se refere ao processo de encontro entre o usuário-profissional, a relação que se dá por meio da escuta, respeito e empatia (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

As tecnologias em saúde quando classificadas em leve, leve-dura e dura, facilitam a compreensão dos métodos de captura do trabalho vivo pelo morto, e vice-versa, o qual ocorre nos diversos padrões tecnoassistenciais em saúde. (MERHY, 2007).

Dentro dos processos produtivos de saúde é possível observar uma correlação entre o trabalho vivo e o trabalho morto. Essa correlação é designada como Composição Técnica do

Trabalho, e refere-se a razão entre trabalho morto e trabalho vivo (FRANCO; MERHY, 2012).

Ao analisar a Composição Técnica do Trabalho pode-se observar duas situações: a primeira quando a metodologia de trabalho é rígida, com pouca liberdade, as ações são pautada obrigatoriamente em protocolos e normas de funcionamento, nessa situação a composição técnica do trabalho está favorável ao trabalho morto; a segunda é quando o profissional tem liberdade e criatividade para realizar o trabalho, pode adotar estratégias como o acolhimento, estabelecimento de vínculos e utilização de projetos terapêuticos, diante dessa realidade há a predominância do trabalho vivo em ato (FRANCO; MERHY, 2012).

O modelo assistencial vigente tem o seu processo de produção de saúde centrado no trabalho morto. O estabelecimento de vínculos, acolhimento, corresponsabilização, clínica ampliada são ações capturadas pela lógica instrumental, das tecnologias duras, pela realização de atos prescritivos (FRANCO; MERHY, 2012).

A reestruturação do processo produtivo centrado no trabalho vivo em ato busca produzir, o que o pode ser denominado de transição tecnológica. Isto é, promover alterações no modo de produzir saúde, alterar a correlação das tecnologias existentes e modificar a composição técnica do trabalho (FRANCO; MERHY, 2012). Centralizar a composição técnica do trabalho no trabalho vivo em ato é um indicativo de produção de ações e serviços de saúde voltados para a integralidade da assistência (MERHY; FRANCO; 2003).

Todo trabalho é intercedido por tecnologias e dependendo da maneira como elas se relacionam no processo de trabalho, pode-se ter processos centrados nas relações, ou processos estáticos conectados a instrumentos e máquinas (MERHY; FRANCO; 2006). Essa combinação dos tipos de tecnologias desenham os diferentes modelos de atenção à saúde vigente (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

3.2 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

3.3.1 Qualidade de vida no trabalho: retrospecto histórico

Desde os primórdios da humanidade, o homem tem se preocupado com a temática QVT, independentemente da situação e contexto. O propósito era desenvolver instrumentos e métodos com a intenção de amenizar a insatisfação com o trabalho e os desgastes físicos e psicológicos decorrentes do mesmo (SANT'ANNA; KILIMNIK; MORAES, 2011).

Apesar disso, foi somente com a organização dos sistemas de produção e a Revolução Industrial, no século XVIII e XIX, que a QVT começou a ser estudada de modo científico (SANT'ANNA; KILIMNIK; MORAES 2011).

A aplicação do modelo de Administração científica aos processos de produção acarretou uma exagerada divisão do trabalho, colocando o homem como um acessório trivial ao mecanismo do sistema de produção. Esse método taylorista, de fragmentação do trabalho, ocasionou diversas reações de descontentamento, além de ter estimulado o crescimento da mobilização sindical e ampliado à conscientização dos trabalhadores (SANT'ANNA; KILIMNIK; MORAES, 2011).

Diante de tais reações iniciaram estudos acerca dos assuntos envolvendo o binômio organização-indivíduo. A intenção era compreender e traçar estratégias para conter as consequências negativas desencadeadas pelo rigor dos métodos da administração científica (SANT'ANNA; KILIMNIK; MORAES, 2011).

Destaca-se as pesquisas pioneiras desenvolvidas, na década de 50, pelo estudioso Eric Trist e seus colaboradores do Tavistock Institute, Londres, estas enfocavam a QVT com base em uma composição sociotécnica. Os objetivos eram avaliar e reestruturar os serviços, como também, adotar medidas para aliviar o desgaste demasiado dos trabalhadores (TOLFO; PICCININI, 2001; GOULART; SAMPAIO, 2004).

Trist analisou o absenteísmo, os erros de produção e os conflitos interpessoais ocasionados pela ação mecânica. A realização de tais análises proporcionou o início da democratização dos locais de trabalho. Ele interligou sujeito, organização e trabalho, aspirando pela estruturação do trabalho, satisfação e bem-estar dos funcionários (TOLFO; PICCININI, 2001; GOULART; SAMPAIO, 2004).

Na década de 60 foi que as pesquisas envolvendo a QVT se expandiram e ganharam força no meio científico, em especial nos Estados Unidos. Ocorreu a conscientização de como era relevante procurar novos modos de organização do trabalho, com objetivo de reduzir as repercussões prejudiciais para saúde do trabalhador e obter o seu bem-estar geral (TOLFO; PICCININI, 2001).

Acentua-se que na década de 70, o entusiasmo pelas questões de QVT sofreu um declínio, tal perda de interesse pode ser explicada pela crise energética mundial, denominada também de crise do petróleo, e a crescente inflação. A preocupação com os interesses dos trabalhadores tornou-se marginal quando comparado à urgência de sobrevivência das empresas (TOLFO; PICCININI, 2001; RIBEIRO; CAMPOS, 2009).

Entretanto, nessa mesma década reaparece a inquietude com os problemas relacionados à QVT, isso se deve ao fato do surgimento de teorias japonesas sobre os modelos de administração. As técnicas japonesas de gestão eram inovadoras, idealizavam benefícios governamentais e projetos de contenção dos custos com o trabalho, para preservar as circunstâncias competitivas (TOLFO; PICCININI, 2001; DOURADO; CARVALHO, 2006)

É nesse cenário notório que a QVT se revela como um conceito global, hábil a acolher as crescentes discussões da qualidade total e da produtividade (PIZZOLATO; MOURA; SILVA, 2013).

Surge assim o movimento QVT, estruturado em modelos. Tais modelos são comprometidos em combinar conveniências opostas de patrões e trabalhadores, com o intuito de aumentar a satisfação e aprimorar a performance do trabalhador, auxiliando assim no crescimento dos níveis de produção da empresa (EL-AOUAR; SOUZA, 2003).

Ademais, estudiosos da questão motivacional dos indivíduos como: Herberg, McGregor e Maslow, contribuíram para o progresso do tema QVT. Conforme apreendiam os elementos organizacionais que agiam como excitadores ou controladores da motivação dos trabalhadores, tornava-se possível vincular os fatores trabalhistas e aspectos pessoais à produtividade (RIBEIRO; CAMPOS, 2009; SANT'ANNA; KILIMNIK; MORAES, 2011).

No Brasil as questões envolvendo QVT surgiram mais tardiamente, as preocupações com a temática apareceram em razão de o cenário econômico apresentar maior abertura para a importação de produtos estrangeiros, fato esse que inquietou as empresas para investir em estratégias que garantissem a competitividade. Mesmo sendo considerado um tema relativamente novo no país, algumas pesquisas vêm sendo desenvolvida com a intenção de propor um modelo que contemple a realidade brasileira. (FERNANDEDES, 1996; RIBEIRO; CAMPOS, 2009).

Segundo Medeiros e Oliveira (2011) o estudo pioneiro sobre qualidade de vida no trabalho, no Brasil, foi o de Quirino e Xavier (1987), realizado na Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária. Para os autores, a qualidade de vida do trabalhador pode ser aferida por dois modos. O primeiro modo é o objetivo, no qual seria avaliado os recursos materiais, níveis salariais, ambiente físico, entre outros. O segundo modo, é mensurar a qualidade da atividade laboral através de aspectos subjetivos como os índices de satisfação.

Dando seguimento as pesquisas desenvolvidas no Brasil, Siqueira e Coleta (1989), realizaram pesquisas em Uberlândia- MG, a finalidade do estudo era investigar a dimensionalidade do constructo QVT. Para alcançar tal objetivo os pesquisadores aplicaram um roteiro com cinco perguntas abertas, obtendo como resultados que fatores como, política

de recursos humanos, trabalho, interações pessoais, indivíduo e empresa, são determinantes para a QVT (MEDEIROS; OLIVEIRA, 2011)

Em 1996, Fernandes desenvolveu uma pesquisa com 18 empresas de confecção do estado do Ceará, tal pesquisa teve como sustentação teórico o modelo de Hackman e Oldham (1975). Após a conclusão da pesquisa Fernandes (1996) sugeriu um modelo designado Auditoria Operacional de Recursos Humanos para a Melhoria da Qualidade de Vida no Trabalho, para aferir tal variável foi construído um instrumento de coleta de dados formado por nove dimensões, sendo elas: condições de trabalho, saúde, moral, compensação, participação, comunicação, imagem da empresa, relação chefe-funcionário e organização do trabalho (MEDEIROS; OLIVEIRA, 2011).

Concomitantemente aos estudos desenvolvidos por Fernandes (1996), Limogi-França (1996) também elaborou um modelo para compreender a variável QVT, porém, seu enfoque era na conexão das ações de gestão em prol dos trabalhadores e a reação do mesmo as atividades desenvolvidas. O autor concluiu que é de extrema importância integrar a gestão com a qualidade de vida, incluindo a conceito de unidade e a auto percepção de qualidade de vida no trabalho (MEDEIROS; OLIVEIRA, 2011).

O patamar vigente da qualidade de vida no trabalho procura romper com os muros organizacionais e se apropriar dos pontos de bem estar do trabalhador de maneira holística, em virtude da posição de prestígio que o trabalho vem conquistando no plano psíquico das pessoas (SANT'ANNA; KILIMNIK; MORAES, 2011).

3.2.2 Qualidade de Vida no Trabalho: Modelos Clássicos

Múltiplos modelos foram propostos com a intenção de monitorar e intervir na qualidade de vida no trabalho, destacando-se os modelos de Walton (1973), Westley (1979), Davis & Werther (1985), Nadler e Lawler (1983) e Hackman e Oldham (1975), dentre outros estudiosos do tema, conforme descritos a seguir.

3.2.2.1 Modelo de Richard Walton (1973)

O modelo apresentado por Walton (1973) é pautado em oito dimensões que permitem absorver os pontos referidos pelos trabalhadores como positivos ou negativos ao seu contexto de trabalho. Isso só é possível por essa construção teórica compreender tanto as vontades primordiais dos trabalhadores, como também, contemplar as conjunturas das organizações.

As dimensões elencadas por Walton (1973) são: I) Compensação justa e adequada, na qual se avalia o sistema de recompensas por meio do valor apreendido pelo trabalho e enfatiza a justiça e a equidade; II) Segurança e saúde nas condições de trabalho, foca nas situações de trabalho que podem acarretar riscos a saúde e ao bem-estar dos trabalhadores como, jornada de trabalho, ambiente físico seguro e saudável, materiais, equipamentos e estresse; III) Oportunidade imediata para a utilização e desenvolvimento das capacidades humanas, faz alusão a uma reaproximação entre a realização da tarefa e a ação de planejar; IV) Oportunidade futura para crescimento contínuo e garantia profissional; é ressaltada a importância da instituição prover estratégias para assegurar e incentivar o crescimento do seu profissional; V) Integração social na organização, é estudado se as oportunidades são oferecidas de modo igualitários para todos os prestadores de serviço da instituição. VI) Constitucionalismo, aponta para a importância de se descomplicar a legislação trabalhista e torná-la acessível a todos os trabalhadores; VII) Trabalho e o espaço total da vida, destaca o modo com o trabalho se comporta em relação aos outros níveis da vida do trabalhador, em resumo enfatiza o equilíbrio entre a vida social do trabalhador e a vida no labor. VIII) Relevância Social do trabalho, estuda o desempenho da empresa em relação ao contexto em que ela está inserida.

3.2.2.2 Modelo de William A. Westley (1979)

O modelo elaborado por Westley estuda a qualidade de vida no trabalho à luz de quatro dimensões, essas dimensões designam problemas da modernidade que interferem significativamente na vida dos trabalhadores. Tais problemas foram agrupados nas dimensões: econômica, política, psicológica e sociológica.

No que tange a dimensão econômica, Westley expõe que problemas como carência de equidade salarial, a centralização dos lucros e a opressão dos funcionários procriam o despertar do sentimento de injustiça no trabalhador. Já a dimensão, política, aborda o sentimento de insegurança, sentimento esse que floresce devido ao medo de ser discriminadamente dispensado.

A dimensão psicológica é marcada pela autorrealização do trabalhador, o autor defende a ideia de que a ausência de autorrealização leva a perda do significado do trabalho e isso provoca a alienação do trabalhador. A última dimensão, a sociológica, diz respeito a não participação dos trabalhadores nos processos decisórios da instituição, quando esses forem

referentes ao seu próprio trabalho, segundo Westley a ausência dessa dimensão gera uma sensação de anomia.

3.2.2.3 Modelo de Davis & Werther (1985)

Para estes autores a qualidade de vida no trabalho é “afetada por muitos fatores: supervisão, condições de trabalho, pagamento, benefícios e projetos de cargo. Porém, é a natureza do cargo que envolve mais intimamente o trabalhador” (Davis; Werther 1983, p.71 apud Rodrigues, 1994, p.87). Para eles uma parcela significativa de trabalhadores se sentem satisfeitos diante de cargos interessantes, desafiadores e compensadores.

Segundo Pizzolato, Moura e Silva (2013) o modelo sugerido por Davis e Werther rotula as exigências sobre o projeto de cargo em: organizacionais, ambientais e comportamentais.

O nível organizacional contém elementos voltados para motivação do trabalhador com a intenção de se obter dele os mais altos índices de produção. Faz alusão as estratégias laborais que tendam a diminuir o tempo e o desgaste dos trabalhadores. Os elementos que integram o nível ambiental dizem respeito as percepções e expectativas dos funcionários quanto a sua QVT e que para o alcance dessa qualidade não se deve desconhecer as influências do ambiente externo. O último nível, o comportamental, refere que os atributos comportamentais dos trabalhadores devem ser considerados ao fazer um desenho de cargos.

3.2.2.4 Modelo de Nadler e Lawler (1983)

Nadler e Lawler (1983), por sua vez, defendem a opinião de que será por meio da qualidade de vida no trabalho que as instituições irão alcançar índices de produtividade expressivos, apostam em fatores como a motivação e satisfação dos trabalhadores. Em seu modelo tais autores apontam seis fatores como essenciais para a conquista da QVT.

Esses fatores são: 1) Percepção da necessidade, 2) Foco do problema que é destacado na organização, 3) Estrutura para identificação e solução do problema, teoria/modelo de processo de treinamento e participantes, 4) compensações projetadas, tanto para os processos quanto para os resultados, 5) Sistemas múltiplos afetados, 6) Envolvimento amplo da organização (SANT’ANNA; KILIMNIK; MORAES, 2011).

3.2.2.5 Modelo de Hackman e Odham (1975)

Esse modelo tem como sustentação teórica os estudos de Herzberg, tais estudos consideram que a motivação dos trabalhadores provém da tarefa que eles exercem e do conteúdo dos cargos que eles ocupam. Sampaio (2012) ressalta que o modelo original de Hackman e Odham era composto por três esferas, sendo: variedade de habilidades, significância da tarefa e identidade com a tarefa. Tais esferas se aglutinavam em um indicador denominado de “experiência significativa”, nessa modelo a retroalimentação de informação transformava-se em “conhecimento de resultados” e a autonomia alterava-se para “responsabilidade vivenciada”.

“Quando os três estados estiverem presentes - que é, quando os ocupantes dos cargos considerarem que o trabalho é significativo, sentirem pessoalmente responsáveis pelos resultados e tiverem conhecimento dos resultados de seu trabalho - eles estariam internamente motivados para desempenhar bem” (HACKMAN, OLDHAM 2010, p.464).

Foram incorporados mais dois grupos ao modelo original de Hackman e Odham são elas: “Resultados Pessoais e de Trabalho” e “Satisfação Contextuais”. O primeiro grupo foi acrescentado com a finalidade de reconhecer os sentimentos que emergem nos trabalhadores, quando estes conseguem desenvolver um bom trabalho e gerar resultados como alta qualidade de produção e redução das taxas de absenteísmo e rotatividade. O segundo faz alusão ao bem-estar do labutador, estabelece conexão entre a satisfação do trabalhador com a possibilidade de crescimento, segurança no trabalho, compensação e ambiente social (SANT’ANNA; KILIMNIK; MORAES, 2011).

3.2.3 Enfim, o que é Qualidade de Vida no Trabalho?

Definir o que é QVT é uma tarefa bastante árdua em virtude de sua extensão, sua natureza subjetiva e sua multiplicidade. Uma vez que a QVT sofre influências particulares, as quais alternam de pessoa para pessoa, como o local em que o trabalhador mora, qual o estilo de vida adotado por ele, seus hábitos e suas crenças, ressalta-se que esses fatores não têm relação com as políticas e atitudes praticadas pela organização (RIBEIRO; CAMPOS, 2009).

Medeiros e Oliveira (2011) também expõem que o sentido de QVT não está explicitamente definido na literatura. Esses enfoques distintos são encontrados em virtude dos

diferentes campos de atuação dos pesquisadores, fato esse que ocasiona a percepção do fenômeno, conforme sua corrente de atuação e pensamento.

Diante dessas constatações sobre a diversidade de significados e conceitos atribuídos ao termo QVT, o Quadro 1 exibe uma relação de autores e as definições que desenvolveram.

Quadro 1 - Conceitos em qualidade de vida no trabalho.

Autor	Definição	Ênfase
Trist, 1950	Satisfação e bem-estar do indivíduo, com vistas a um melhor desempenho do mesmo.	Redução dos efeitos negativos do trabalho sobre a saúde física e a satisfação do indivíduo.
Walton, 1973	Atendimento de necessidade e aspirações humanas, calcado na ideia de humanização e responsabilidade social da empresa.	Humanização e responsabilidade social, com foco no poder da empresa.
Davis e Chermes, 1975.	Condições e práticas organizacionais interferindo no bem-estar dos indivíduos.	Eficiência organizacional e a adequação e competência do trabalhador ao sistema organizacional.
Hackman e Suttle, 1977.	Satisfação de necessidades pessoais importantes, por meio de suas experiências de trabalho e de vida na organização.	Dimensões básicas da tarefa.
Lippitt, 1978	Oportunidade para o indivíduo satisfazer a grande variedade de necessidades pessoais.	Trabalho, crescimento pessoal, tarefas completas, sistemas abertos.
Ginzberg et al., 1979.	Experiências de humanização do trabalho sob dois aspectos: reestruturação do emprego e grupos semiautônomos.	Posto individual de trabalho e processo decisório.
Guest, 1979.	Processo pelo qual uma organização tenta revelar o potencial criativo de seu pessoal, envolvendo-os em decisões que afetam suas vidas no trabalho.	Melhoria da produtividade e eficiência, assim como autorrealização e autoengrandecimento.
Westley, 1979	Esforços voltados para a humanização do trabalho, buscando solucionar problemas gerados pela própria natureza das organizações produtivas.	Pessoas, trabalho e organização.
Werther e Davis, 1983.	Esforços para melhorar a qualidade de vida, procurando tornar os cargos mais produtivos e satisfatórios.	Valorização dos cargos, mediante análise de elementos organizacionais, ambientais e comportamentais.
Nadler e Lawler, 1983	Maneira de pensar a respeito das pessoas, participação na resolução de	Visão humanista no ambiente de trabalho.

	problemas, enriquecimento do trabalho, melhoria no ambiente de trabalho.	
Belanger, Bergero e Petit, 1983	Filosofia humanista aplicada por meio da introdução de métodos participativos.	Mudança e participação com foco sociotécnico.
Huse e Cummings, 1985.	Preocupação com o bem-estar do trabalhador e com a eficácia organizacional.	Valorização dos cargos.
Moraes et al., 1989.	Resultante de dimensões básicas da tarefa, capaz de reproduzir determinados estados psicológicos.	Dimensões básicas da tarefa.
Vieira e Hanashiro, 1990	Aspectos voltados para as condições de trabalho, envolvendo variáveis comportamentais, ambientais e organizacionais.	Humanização do trabalho e amenização dos conflitos entre o capital e o trabalho.
Bowditch e Buono, 1992	Satisfação de necessidades pessoais importantes através de sua vivência na organização.	Condições de vida e cargos mais satisfatórios.
Rodrigues, 1994	Satisfação e bem-estar do trabalhador na execução de sua tarefa.	Condições de vida e cargos mais satisfatórios.
Oliveira, 1995.	Excelência da vida que se deseja e deve ser vivida.	Visão humanista.
Kanaane, 1995	Interação entre conjuntos de fatores individuais e situacionais.	Visão holística.
Davis e Newstrom, 1996	Condições favoráveis ou desfavoráveis de um ambiente de trabalho para seus empregados.	Visão humanista no ambiente de trabalho.
Fernandes, 1996	Fatores físicos, tecnológicos e sociopsicológicos que afetam a cultura e renovam o clima organizacional.	Bem-estar do trabalhador e na produtividade das empresas.
Burigo, 1997	Humanização das relações de trabalho na organização, mantendo uma relação estreita com a produtividade e principalmente com a satisfação do trabalhador.	Visão humanista no ambiente de trabalho.
Bom-Sucesso, 1998.	Aspectos culturais nos quais o indivíduo está inserido e também a infraestrutura familiar, relações interpessoais, os conflitos e a autoestima.	Visão holística.
Albuquerque e Limongi-França, 1998.	Conjunto de ações que envolvem diagnóstico e implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais, dentro e fora do ambiente de trabalho, visando propiciar condições plenas de desenvolvimento humano na	Condições de vida e cargos mais satisfatórios.

	realização do seu ofício.	
Goulart e Sampaio, 1998.	Intervenção na organização e no processo de trabalho, e não somente o cumprimento de leis ou discussão de direitos dos trabalhadores. Interferência nos processos mentais e nos padrões culturais das organizações a ponto de transformar a cultura organizacional.	Visão holística.
Dourado e Carvalho, 2005.	Busca da conciliação entre interesses antagônicos de trabalhadores e patrões.	Instrumento de controle dos funcionários.

Fonte: Medeiros, Oliveira (2011).

Vieira e Hanashiro (1990) apresentam um conceito vasto, subjetivo e contingencial, tais autores definem o movimento de QVT como sendo

a melhoria nas condições de trabalho com extensão a todas funções de qualquer natureza ou nível hierárquico em termos das variáveis comportamentais, ambientais e organizacionais que venham, juntamente com os estabelecimentos de Políticas de Recursos Humanos, humanizar o emprego de forma a obter-se resultado satisfatório para o empregado como para organização, com vistas a atenuar o conflito existente entre capital e trabalho (VIEIRA; HANASHIRO, 1990, p.45 apud SANT'ANNA; KILIMNIK;MORAES, 2011, p. 10).

Para Ribeiro e Campos (2009) a QVT é um indicador da qualidade do experimento humana no ambiente de trabalho. Engloba fatores como a satisfação dos trabalhadores pelo trabalho prestado, a presença de um ambiente de trabalho estável e seguro, pautado em atitudes de respeito recíproco e com o incentivo as capacitações e ascensão profissional. Além de todos esses aspectos, eles defendem que uma boa instituição de emprego deve ampliar a visão de qualidade de vida no trabalho para além das políticas organizacionais e valorizar que o trabalhador tenha outros compromissos em sua vida como, família, amigos e lazer.

Kurogi (2008) compreende QVT como a utilização de uma filosofia humanista para direcionar as mudanças do e no trabalho, com o propósito de criar uma situação que favoreça a satisfação dos trabalhadores e conseqüentemente o aumento da produtividade organizacional.

Já Ferreira (2006) entende a QVT por duas óticas interdependentes: a organizacional, expressa por norma e diretrizes que buscam ao bem-estar individual e coletivo; e dos sujeitos, que se relacionam as representações globais que estes edificam sobre o contexto de trabalho no qual estão inseridos.

Observa-se, que não há um consenso na literatura sobre o conceito mais adequado para designar este termo, entretanto Sant'anna, Kilimnik e Moraes (2011, p. 9) entendem que

“A qualidade de vida no trabalho tem sido definida de diferentes formas por diferentes autores. No entanto, praticamente todas as definições guardam entre si, como ponto comum, o entendimento da QVT como um movimento de reação ao rigor dos métodos tayloristas e, conseqüentemente, como um instrumento que tem por objetivo propiciar uma maior humanização do trabalho, o aumento do bem-estar dos trabalhadores e uma maior participação destes nas decisões e problemas do trabalho”.

Schmidt, Dantas e Marziale (2008) sugerem que as pesquisas apontem de maneira clara o que os autores estão considerando como QVT, ou seja, qual definição ou conceito é usado no estudo. Diante disso, fica revelado que a percepção de QVT que norteia a presente pesquisa é de Sant'anna, Kilimnik e Moraes (2011). Tais autores fazem um consolidado do que é comum a diversos modelos e definições, além de abarcarem em seu conceito perspectivas e significados que corroboram com os defendidos pelo pesquisador do presente trabalho.

3.3 O TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho em saúde apresenta peculiaridades importantes, pois, é desempenhado em distintos modos de organização e métodos de produção. O trabalhador da saúde pode exercer sua profissão em clínicas médicas, unidades básicas de saúde, ambulatórios, hospitais, centros de reabilitação, entre outros. Além de estar exposto a múltiplas formas de contratação: autônomos, celetistas, terceirizados, estatutários (MARSIGLIA, 2011). Um cenário de produção que absorve grande parcela dos profissionais de saúde no Brasil é o Sistema Único de Saúde.

3.3.1 O Sistema Único de Saúde brasileiro

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1949, começou a compreender e conceituar saúde, como um “completo estado de bem-estar, físico, mental e social, não apenas ausência de doença”. Contudo, devido aos avanços na área de diagnósticos, equipamentos e o desenvolvimento das especialidades médicas a saúde permanecia fragmentada e as práticas

curativas supervalorizadas quando comparadas com as ações de prevenção e promoção (COSTA; CARBONE, 2009).

Em 1974, o ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde, enfatizou a importância do estilo de vida, da biologia humana e dos fatores ambientais como decisivos para o processo de saúde-doença. Ele também expôs o montante excessivo que era gasto nos serviços de saúde, alertando que esses investimentos direcionados apenas para as instituições de saúde pouco contribuiria para a melhoria da qualidade de vida da população, visto que eles tratavam apenas a doença, e não havia preocupação com a mudança de hábitos e modificação de fatores ambientais. Observava uma diminuição da mortalidade, porém, a morbimortalidade permanecia em inércia (COSTA; CARBONE, 2009).

A Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, em setembro de 1978, estabeleceu um plano mundial de saúde por meio da declaração de Alma-Ata. Esta declaração reitera que a saúde é o propósito mundial mais importante, o qual requer uma ação conjunta de outros setores como, os sociais e econômicos. Aponta que a promoção e proteção da saúde são os caminhos para se alcançar o desenvolvimento social, além de sinalizar a atenção primária como o segredo para os países obterem os mais elevados níveis de saúde (BRASIL, 2002).

Em 1986, foi realizado no Canadá a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, nessa conferência foi elaborado a Carta de Ottawa. Esse documento ressaltou a contribuição das questões socioeconômicas, políticas e culturais para as condições de saúde da população. O termo promoção de saúde foi compreendido como sendo o método que tem por finalidade elaborar estratégias, meios para que as pessoas adquiram a capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde, a fim de melhorá-la.

Os fatores determinantes da saúde foram classificados em três, sendo: I) Educação para a saúde, que se refere a utilização do diálogo pedagógico para promover o ensino em saúde; II) Prevenção da doença, faz alusão as condutas necessárias para se evitar, detectar e tratar precocemente certas doenças e III) Proteção da Saúde, que foca no controle dos fatores de risco.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil em 1986, reafirmou a definição de saúde proposta pela OMS e aceitou alguns fatores determinantes e condicionantes para o processo de saúde-doença, esses fatores foram: idade, sexo, hereditariedade, água, alimentação, moradia, ocupação, renda, oportunidade de acesso aos serviços de saúde.

Tal conferência pode ser vista como o primeiro sinal da Reforma Sanitária Brasileira, pois nela foram discutidos temas como, a modificação da dinâmica do Sistema Nacional de Saúde, o modo de financiamento das ações de saúde e destacado a saúde como dever do estado e direito dos cidadãos. As questões levantadas durante esta conferência influenciaram na elaboração da Secção da Saúde da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2011).

Deste modo, a Constituição Federal vigente estabelece no Capítulo II, da Seguridade Social; Secção II, da Saúde, artigos 196 a 200, o Sistema Único de Saúde (SUS), é estimado como sistema único porque adota os mesmos princípios em todo território nacional, além de englobar os distintos serviços de saúde em uma única rede. (BRASIL, 2002; COSTA, CARBONE, 2009).

A saúde é assegurada na constituição como um direito de todos e dever do estado e incumbe ao Poder Pública a função de regulamentar, fiscalizar e organizar as ações e práticas de assistência à saúde (BRASIL, 2002).

A Lei 8.080, também denominada de Lei Orgânica do SUS, de 1990, institui a base jurídica e constitucional do SUS. Determina o atendimento obrigatório gratuito na área da saúde, dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços que devem ser oferecidos pela união, estados e municípios (BRASIL, 1990).

O SUS é estruturado em princípios de organização, que consiste em: I) Regionalização delimita uma base territorial para os serviços do sistema de saúde, promovendo assim a organização da atenção à saúde; II) Hierarquização, organiza os serviços em níveis de complexidade crescente, com o intuito de garantir a referência e contra referência; III) Resolutividade, estabelece que os serviços são responsáveis e tem autonomia de resolverem os problemas da população até o nível de sua competência; IV) Descentralização, delega aos municípios a execução da maioria das ações de saúde; V) Participação dos cidadãos, faz referência ao controle social, que deverá ser exercido pela população nos conselhos e nas conferências de saúde; VI) Complementaridade do setor privado; caso o setor público não seja capaz de suprir as necessidade de saúde da população, a constituição antevê que é legal a contratação de serviços privados, desde que sejam firmados contratos e convênios com as instituições privadas, com prioridade para aquelas de serviço filantrópico e sem fins lucrativos.

Os princípios doutrinários que regem o SUS são: I) integralidade, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser compreendidas de maneira fragmentada e o indivíduo deve ser visto de maneira holística pelos profissionais de saúde; II)

Equidade, reza que as pessoas mais fragilizadas carecem de cuidados exclusivos para alcançarem condições adequadas de saúde; III) Universalidade, versa sobre o acesso de todas as pessoas aos serviços de saúde, e também aos fatores determinantes e condicionantes da saúde; IV) Igualdade, enfatiza que o acesso à saúde deve ocorrer livre de preconceitos (BRASIL, 1990).

Tais princípios sinalizam para a pretensão e necessidade do rompimento com modelo de atenção à saúde predominantemente curativa, individual e centrada na doença, denominados de modelo flexneriano, para o atual modelo de atenção à saúde que é baseado na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (SCHERER; MARINO; RAMON, 2005).

Observa-se que o trabalho em saúde, como estruturado atualmente, é reflexo de constantes mudanças ideológicas, sociais e políticas. Pode-se dizer que um dos maiores movimentos de inclusão social da História do Brasil foi à criação do Sistema Único de Saúde. Os movimentos sociais e o movimento pela transformação do setor saúde se uniram em função de um objetivo comum, o de reivindicar os direitos civis e sociais dos brasileiros. Esse acontecimento culminou com uma política de comprometimento do Estado para com os direitos dos seus cidadãos (BRASIL, 2007).

Depois de inúmeros progressos e conquistas do SUS no campo legal e jurídico, as discussões atuais têm focado a maneira como os serviços são estruturados e organizados. A finalidade de tais ponderações é encontrar mecanismos duráveis que favoreçam a aproximação dos sujeitos, suas famílias e comunidade, com o sistema de saúde e acima de tudo garantir que esses serviços sejam humanizados e resolutivos (CAMPOS, 2003).

3.3.2 A saúde da família

A Saúde da Família é uma tática adotada pelo Ministério da saúde que tem a intenção de “contribuir para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde” (BRASIL, 1997, p.36).

Tal tática teve seu início em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) a partir da formulação desse programa começou-se a focar as práticas de atenção à saúde nas famílias e não mais somente nos indivíduos.

Em 1994, tem início o Programa Saúde da Família (PSF), o marco que consolidou a formação das primeiras equipes de saúde da família foi o financiamento do PACS ser

integrado a tabela do Sistema de Atendimento Ambulatorial (SANTANA; CARMAGNANI; 2001).

O PSF tem na família e em seu espaço do social os alicerces do atendimento à saúde, em vista disso ele deve ser capaz de oferecer uma assistência integral, contínua e resolutiva, deve intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta, humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de vínculos entre os profissionais e população, ser responsável pela difusão de conhecimentos e organizar a comunidade para que ele reconheça e exerça o seu papel no controle social (BRASIL, 1997).

A implantação do PSF visa promover um novo processo de trabalho que busca a resolubilidade dos problemas de saúde, o comprometimento com a prevenção de agravos e promoção da qualidade de vida da população (SANTANA; CARMAGNANI; 2001).

Mesmo que classificado como um Programa, o PSF não incorpora as características dos demais programas idealizados pelo Ministério da Saúde. O PSF possui um caráter inovador, caracteriza-se como uma estratégia, uma vez que promove a organização das ações em um território definido e tem a intenção de enfrentar e solucionar os problemas identificados. Diante disso, em 1998, o Programa Saúde da Família passou a ser compreendido e chamado como Estratégia Saúde da Família (SILVA-ROOSLI; ATHAYDE, 2011).

Esta ESF tem o propósito de superar o modelo biomédico e alcançar um modelo pautado na integralidade e na abrangência do individual, familiar e coletivo das práticas de saúde (SECLLEN; FERNANDES; 2004).

O primeiro contato do usuário com o serviço de saúde deve ocorrer por meio das equipes de saúde da família, as quais são compostas minimamente por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e entre quatro a seis agentes comunitários de saúde. Demais profissionais como psicólogos, dentistas e fisioterapeutas podem ser incluídos na equipe de acordo com as demandas e distinções de cada área de abrangência (BRASIL, 2006).

Estas equipes desenvolvem atribuições como: identificação dos problemas de saúde prevalentes e situações de risco a que a população está exposta, prestação de assistência integral à demanda organizada ou espontânea, desenvolvimento de atividades de educação em saúde, utilização a referência e contra referência e realização de visita domiciliar (BRASIL, 2006).

Considerando a expansão e transformação do PSF como uma estratégia de abrangência nacional e prioritária para a organização da atenção primária a saúde, foi

aprovado a Política Nacional de Atenção Básica, em 2006. A atenção básica considera a subjetividade e singularidade de cada usuário e sua inserção social para promover as ações de saúde (BRASIL, 2006).

Posto isto, reflete-se que as ações de saúde prestadas no âmbito da atenção básica ultrapassam os procedimentos clínicos relacionados ao caso e penetram no campo das relações humanas e estabelecimento de vínculos. (MERHY, 2002; BRASIL, 2006).

“Utiliza de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância no seu território. É o contato preferencial dos usuários com o Sistema único de Saúde” (BRASIL, 2006, p.12).

Sendo assim, é possível inferir que na atenção primária a saúde as tecnologias leves são o centro da atuação profissional.

3.3.3 Humanização do trabalho em saúde

Começou-se a discutir a temática humanização da assistência diante das sucessivas reclamações dos usuários em relação ao atendimento recebido no SUS, como respostas a estas queixas o Ministério da Saúde propôs em 2004 a implementação de uma Política Nacional de Humanização (PNH) (DESLANDES, 2004). Essa política visa reestruturar e reorganizar as relações interpessoais presentes no processo de prestação do cuidado e pontua ações para os usuários, gestores e trabalhadores (BRASIL, 2004).

A PNH não deve ser compreendida como uma ação pontual, e sim como uma ação de caráter transversal que tem a função de perpassar por todos os níveis de atenção do SUS e promover mudanças de atitudes e a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004).

No que concerne às ações voltadas para o trabalhador em saúde, a humanização pode ser entendida como uma mudança nos modelos de gestão dos processos de trabalho, um incentivo a participação coletiva, um compromisso com a melhoria das condições de trabalho, um estímulo a qualificação profissional e um modo de incitação ao trabalho em equipe (BRASIL, 2004).

Para alcançar ações e práticas de saúde verdadeiramente humanizadas, carece atuar na formação dos profissionais para que esta aconteça nos preceitos da humanização, e principalmente desenvolver ações institucionais que compreendam a complexidade do

trabalho em saúde e busquem agir nas situações laborais que ocasionam sofrimento e estresse (RIOS, 2009). Deslandes (2004, p.13) afirma que “humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência”.

Portanto, a PNH apresenta estratégias para gerir análises e prover mudanças nos ambientes de trabalho, com o intuito de incluir os diferentes atores sociais como corresponsáveis dos modos de fazer e administrar a assistência à saúde. É uma estratégia que convida os gestores e profissionais para serem protagonistas dos processos de trabalho. O propósito é indagar as consequências do trabalho na saúde, haja vista que o labor pode apresentara-se tanto como benéfico ou nocivo à saúde. (BARROS; SANTOS-FILHO, 2011)

Observa-se, que os fundamentos e finalidades das práticas e ações voltadas para a humanização do trabalhador em saúde, retomam os conceitos e modelos apresentados de QVT. Ambos buscam alcançar a satisfação e o bem-estar dos trabalhadores, para então obter resultados de qualidade.

Assim como, os estudos de qualidade de vida no trabalho tiveram seu apogeu quando reagiram ao movimento taylorista, o qual propunha a fragmentação da tarefa e por consequência a alienação dos trabalhadores; a humanização da saúde busca reagir à fragmentação do cuidado, aos aumentos das especialidades e ao menor empoderamento dos profissionais e usuários.

Com a intenção de contribuir com os estudos de QVT e também auxiliar nesse processo de consolidação da Política Nacional de Humanização, no que tange aos trabalhadores, o presente estudo teve como questões norteadoras: que significados os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família atribuem à qualidade de vida no trabalho? Na percepção destes profissionais, que fatores podem influenciar na qualidade de vida no trabalho?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender os significados que os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família atribuem à qualidade de vida no trabalho.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre qualidade de vida no trabalho;
- Identificar os fatores que influenciam na qualidade de vida no trabalho conforme a visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família;
- Identificar, segundo a opinião dos profissionais, ações alternativas possíveis de serem implementadas no contexto de trabalho, com vistas a impactar na qualidade de vida no trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DO ESTUDO

A junção entre teoria e realidade empírica dá origem ao saber científico. O método é o responsável por garantir o acesso a essa realidade, através de questões elaboradas pelo pesquisador. O investigador tem de reconhecer os métodos disponíveis, vislumbrar os problemas, os objetivos e, em face do tipo de dados necessários, definir o a metodologia adequada (MINAYO, 2008).

Diante disso, o delineamento adotado nesse estudo, que busca compreender os significados que os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família atribuem à qualidade de vida no trabalho, foi a pesquisa qualitativa e descritiva, com abordagem quali quantitativa.

As pesquisas qualitativas em saúde visam estudar as “percepções e as opiniões, os produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2008, p.57). Deste modo, o método qualitativo permite a inclusão do significado, da subjetividade e da intencionalidade aos discursos, tornando-os um meio para “analisar o comportamento humano na visão do ator” (SERAPIONI, 2000, p.191; MINAYO, 2008).

O enfoque quali quantitativo permite uma dupla representatividade já que a representatividade qualitativa é evidenciada no formato de discursos, que retomam os argumentos oriundos da opinião social, enquanto que a representatividade quantitativa expressa-se pela quantificação do fenômeno estudado (LEFEVRE; LEFEVRE; 2006).

Dessa forma, o qualitativo e o quantitativo nessa abordagem não são representados como distintos, mas partes, domínios, de um mesmo lado. O termo quali quantitativo expressa ângulos diferentes de um mesmo evento estudado (LEFEVRE; LEFEVRE; 2012).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em Uberaba – MG. Trata-se de um município com população de 295.988 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010a). Para atender as demandas em saúde desta população, a cidade dispõe de 126 instituições de saúde, 36,5% públicas e 56,3 privadas, porém com algum tipo de vínculo com o SUS (IBGE, 2010b).

No que tange à atenção básica, o município contava, no período da coleta de dados com 50 Equipes de Saúde da Família, sendo 46 na zona urbana e quatro na zona rural, integradas a 26 Unidades de Saúde, destas 22 na zona urbana e quatro na zona rural.

5.3 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

5.3.1 População

Participaram da pesquisa os profissionais de saúde vinculados à Estratégia de Saúde da Família, do município de Uberaba-MG. Esses profissionais foram: agentes comunitários de saúde, auxiliares de consultório dentário, dentistas, enfermeiros, médicos e técnicos /auxiliares de enfermagem. A população foi composta por 531 profissionais da ESF.

5.3.2 Amostra

Ressalta-se que esse estudo faz parte de um projeto maior, o qual contempla duas abordagens de pesquisa, quantitativa e qualitativa, sendo esta última a que caracteriza o presente estudo. O processo de seleção de amostragem para o referido estudo consistiu em um cálculo do tamanho amostral considerando um coeficiente de determinação $R^2 = 0,10$ em um modelo de regressão linear múltipla com 7 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,01$ e erro do tipo II de $\beta = 0,1$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 90%. Utilizando-se o aplicativo PASS (Power Analysis and Sample Size), versão de 2002 (NCSS, 2008), introduzindo-se os valores acima descritos, obteve-se um tamanho de amostra mínimo de $n = 285$. Considerando uma perda de amostragem de 20% (recusas em participar), o número final de tentativas de entrevista foi $n = 342$.

Sendo assim, neste estudo, adotou-se a estratégia de utilizar uma amostra complementar, ou seja, foram participantes da presente pesquisa os sujeitos não sorteados para o estudo quantitativo, resultando em um total de 189 profissionais. Essa decisão apoiou-se no fato de oportunizar a participação de toda a população e, ainda, para evitar a influência nas respostas, visto que assim os profissionais entrevistados não foram abordados anteriormente por questões relacionadas a mesma temática.

A opção de estabelecer uma amostra representativa decorreu do fato de a população estudada ser de grande porte e com características conhecidas apenas nos aspectos mais

gerais. A amostra escolhida permitiu qualificar, descrever e classificar as ideias, além de propiciar o estudo da distribuição dessas ideias qualificadas na população pesquisada (LEFEVRE; LEFEVRE; 2012).

5.3.3. Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa os profissionais de saúde (agentes comunitários de saúde, auxiliares de consultório dentário, dentistas, enfermeiros, médicos e técnicos/auxiliares de enfermagem) que atuavam na Estratégia de Saúde da Família no município de Uberaba-MG.

5.3.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa aqueles que estavam em férias, licença saúde ou afastados de suas atividades profissionais por qualquer outro motivo no período destinado a coleta de dados.

5.4 COLETA DE DADOS

5.4.1. Instrumento de coleta de dados

Com o objetivo de compreender os significados que os profissionais de saúde da ESF atribuem à qualidade de vida no trabalho, foi aplicado um roteiro de entrevista, elaborado pelo autor, composto por duas partes: a primeira com dados referentes à identificação profissional e, a segunda, composta por perguntas a respeito da percepção sobre QVT, os fatores que influenciam nessa qualidade e propostas de ações alternativas possíveis de serem implementadas no contexto de trabalho, na opinião dos profissionais da ESF (APÊNDICE A).

5.4.2 Coleta das informações

Após a autorização para o desenvolvimento do projeto pela Prefeitura Municipal de Uberaba (ANEXO A) e a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFTM, sob o protocolo 673.850 (ANEXO B), foi feito um contato inicial com os respectivos profissionais de saúde para o convite e esclarecimentos a respeito da pesquisa,

seus objetivos e procedimentos metodológicos. Para aqueles que aceitaram participar da pesquisa e que atenderam aos critérios de inclusão, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), ficando uma cópia com o pesquisador e outra cópia com o participante.

A coleta de dados foi realizada com 123 profissionais de saúde da ESF. Ressalta-se que por se tratar de uma amostra complementar, aqueles sujeitos que não atenderam aos critérios de inclusão ou se recusaram a participar estudo, não foram repostos. Esses dados foram obtidos no período de Julho à Setembro de 2014.

Para acessar as informações necessárias à pesquisa foram realizadas entrevistas individuais. A entrevista individual apresenta como vantagens a abordagem indivíduo a indivíduo, o que possibilita a observação do comportamento, entonação da voz, além de permitir emergir discursos espontâneos. A desvantagem desse modo de coleta é que ele geralmente demanda um tempo e um custo maior, quando comparado às outras formas, pois, é necessário o deslocamento do entrevistador até o entrevistado (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Com o objetivo de auxiliar na coleta de dados foram treinados dez entrevistadores. No treinamento foram apresentados e explicados os objetivos da pesquisa e o roteiro de entrevistas. Foi exposto que os entrevistadores não poderiam modificar as perguntas e opinar nas respostas, mas, tinham a liberdade de refazer a pergunta e acrescentar colocações como: “Tem algo mais a dizer”, “Como assim?” “Por que” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012). Esse treinamento teve o intuito de padronizar a abordagem utilizada para a obtenção das informações.

O local das entrevistadas variou de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e da estrutura física oferecida pelas unidades de saúde, sendo solicitado somente que o local fosse reservado e resguardasse a privacidade. Em vista disso as entrevistas foram concedidas em consultórios médicos, odontológicos, sala de reunião, sala dos agentes comunitários, sala de vacinas e área de estacionamento.

Os dados foram gravados em formato de áudio e posteriormente transcritos na íntegra para o computador, pelo próprio pesquisador, fato esse que possibilitou uma maior familiarização com os discursos manifestados pelos entrevistados. Os profissionais foram identificados por números, para garantir a confiabilidade e sigilo dos relatos fornecidos.

O tempo médio de duração das entrevistas foi de três minutos. A entrevista mais curta teve duração de um minuto e 25 segundos e a mais longa de 11 minutos.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

As informações referentes à caracterização dos profissionais entrevistados foram submetidas à análise descritiva, com o cálculo de frequências absolutas e percentuais.

Já o material empírico resultante da transcrição das entrevistas foi exposto ao método de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste em uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, elaborado por Lefevre e Lefevre na década de 90.

Trata-se de uma estratégia qualitativa de apresentar os pensamentos de uma coletividade, que reuni em um discurso-síntese, escrito na primeira pessoa do singular, as apreensões semelhantes, emitidas por pessoas distintas. Como metodologia de pesquisa, o DSC torna possível resgatar no contexto social estudado a natureza das contradições e similaridades entre as percepções dos agentes sociais ou sujeitos coletivos (LEFEVRE; LEFEVRE; 2012).

Para tabular e sistematizar as informações acessadas, foi utilizado o *software* QualiQuantsoft[®], que auxilia, agiliza e garante maior validade ao procedimento de análise. Ainda com a intenção de assegurar confiabilidade ao estudo e minimizar a interferência da subjetividade do pesquisador, foi reunido um grupo composto pelo pesquisador principal e dois pesquisadores auxiliares, para então proceder à análise do material.

Com o propósito de compreender a utilização do *software* QualiQuantsoft[®], bem como aprofundar os conhecimentos na metodologia do DSC, os integrantes do grupo de análise realizaram o Curso Teórico Prático de Introdução ao Discurso do Sujeito Coletivo e ao *software* QualiQuantsoft[®], ministrado pelo Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo (IPDSC), com carga horária de 16 horas.

5.5.1 Fundamentos teóricos do Discurso do Sujeito Coletivo

O DSC é uma modalidade de análise baseada na Teoria das Representações Sociais. Tal teoria teve início com a obra *La psychanalyse: son image et son public*, de Serge Moscovici, publicada em 1961, na França. Para estruturação dessa teoria, Moscovici teve a contribuição de estudos anteriores desenvolvidos pelo sociólogo Émile Durkheim.

Na sociologia durkheimiana, o conceito que buscava esclarecer os fenômenos como a religião, os mitos, a ciência, as categorias de tempo e espaço, enfim os conhecimentos intrínsecos à sociedade, era o da Representações Coletivas. Esse termo designava uma

concepção estática, de que o homem era moldado por um universo intelectual e metafórico preexistente, e nada poderia ser feito para modificar os fenômenos sociais que o cercavam (MOSCOVICI, 2003).

Moscovici constatou que o termo representações coletivas se referia a uma classe geral de ideias e crenças. Percebeu, então, que seus pressupostos de renovação e explicação dos eventos sociais não se enquadravam nesse termo, pois, para ele os fenômenos sociais precisavam ser explicados e descritos, estavam relacionados ao modo particular de compreender e de se comunicar, uma maneira de elaborar tanto a realidade como o senso comum. Diante disso, e para enfatizar essas divergências, Moscovici substituiu o termo “coletivas” por “sociais” (MOSCOVICI, 2003).

Tal substituição reforça que para Moscovici representar é um método de geração de conhecimentos, e que seus preceitos iam em direção oposta aos da determinação. Ele acreditava que os sujeitos sociais eram também protagonistas na construção da realidade social (SPINK, 1993).

Conceituar a expressão Representações Sociais não é uma incumbência simples, devido a sua formação polissêmica. A definição dada por Moscovici afirma que as Representações Sociais devem ser entendidas como um modo específico de compreender e comunicar aquilo que já é de conhecimento de todos. O intuito é abstrair o sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, assim reportar o mundo de uma maneira significativa (MOSCOVICI, 2003).

Para Jodelet (1989), o conceito de Representação Social indica um desenho de conhecimento específico, o saber do senso comum, os conteúdos dessa teoria expressam os processos generativos e funcionais socialmente marcados. Mais vastamente, designa uma forma de pensamento social.

As Representações Sociais funcionam como um sistema de interpretação da realidade, advêm da relação entre o sujeito e o objeto-mundo e concomitantemente a recriação da realidade social, o indivíduo também modifica sua relação com o mundo (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009). Tal teoria pode ser compreendida como um esquema sociocognitivo, que é utilizado pelas pessoas para emitirem opiniões e ideias em seu cotidiano (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

Sendo assim, as representações sociais não são idênticas para todos os integrantes da sociedade, pois elas estão acopladas tanto ao conhecimento popular, do senso comum, como ao ambiente sociocultural em que os indivíduos estão inseridos (MOSCOVICI, 2003).

Quando o ator social se vê diante de situações desconhecidas e novas, ele tende a elaborar as representações sociais a partir de um encadeamento lógico. Primeiro ele busca tornar familiar os elementos desconhecidos por meio de um duplo mecanismo chamado de amarração – “amarrar um barco a um porto seguro”, denominação que evoluiu para ancoragem (OLIVEIRA, 2004).

Logo após a realização da ancoragem o agente social inicia o processo de objetivação, esse é o mecanismo pelo qual as pessoas ou grupos conectam figuras reais, palpáveis e acessíveis, retiradas de seu cotidiano, aos novos planos conceituais que se apresentam e com os quais têm que conviver (OLIVEIRA, 2004).

Em suma, as representações sociais são diagramas sociocognitivos que os indivíduos adotam para manifestar, no seu cotidiano, princípios ou ideias (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013). O uso das Representações Sociais como referencial teórico na área das pesquisas em saúde tem contribuído para a identificação de conhecimentos e compreensão de comportamentos e atitudes frente a determinadas situações relacionadas ao processo saúde-doença (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009).

5.5.2 Propriedades quantitativas do Discurso do Sujeito Coletivo

5.5.2.1 Intensidade

Essa propriedade quantitativa pode ser designada também como força; ela faz referência ao número ou percentual de sujeitos da pesquisa que colaboraram com suas expressões-chave para a composição de um dado DSC. Tal característica permite o pesquisador distinguir o grau de compartilhamento das Representações Sociais na população estudada (LEFEVRE; LEFEVRE; 2012).

5.5.2.2 Amplitude

O atributo amplitude faz alusão à mensuração da presença de um pensamento ou representação social analisando o campo estudado. Tem a função de tornar visível ao pesquisador o grau de espalhamento ou propagação de uma ideia no ambiente pesquisado (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

5.5.3 Figuras metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo

5.5.3.1 Expressões-chave

O termo expressões-chave designa os fragmentos, trechos do material coletado, os quais podem ser contínuos ou descontínuos. Esses segmentos são escolhidos pelo pesquisador e devem retratar a essência do discurso do entrevistado. Nesse processo de seleção das expressões-chave, o investigador retira dos discursos tudo aquilo que é irrelevante, acessório, secundário (LEFEVRE; LEFEVRE; 2012).

Na realização desse procedimento, é preciso estar atento para encontrar um equilíbrio entre as intenções extremas de selecionar quase tudo ou quase nada do discurso analisado. Ao eleger quase todo conteúdo do discurso como essencial, o pesquisador pode ter dificuldade em separar as ideias centrais ou ancoragens, pois o que é relevante no discurso ficará permutado ao que é marginal (LEFEVRE; LEFEVRE; 2012).

Quando do discurso é selecionada apenas uma palavra ou pequenos trechos, pode-se ter como consequência a insuficiência de matéria-prima para descrever as ideias centrais ou ancoragens (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012). Ambas situações interferem na análise do material coletado; para minimizar esses artefatos na análise, cabe ao pesquisador realizar uma leitura em profundidade de todos os discursos, com a finalidade de encontrar um modo sensato, prudente e criterioso de identificar as expressões-chave.

5.5.3.2 Ideias Centrais

Ideia central é a denominação ou expressão linguística que expõe de maneira sintética e concisa o significado presente nas respostas analisadas e em cada conjunto homogêneo de expressões-chave. Quando designa a ideia central, esse agrupamento de expressões-chave semelhantes atende também pelo nome de categoria (LEFEVRE; LEFEVRE; 2012).

Basicamente, pode-se dizer que as ideias centrais são as etiquetas semânticas dos discursos, elas são responsáveis por responder a pergunta estudada. Vale ressaltar que em um único discurso é possível ter a presença de mais de uma ideia central, em média os discursos apresentam duas ideias centrais (LEFEVRE; LEFEVRE; 2012).

5.5.3.3 Ancoragem

O artifício de ancoragem, de acordo com o método do Discurso do Sujeito Coletivo, é o aparecimento de uma teoria, ideologia ou crença que os entrevistados adotam e que está cravado nos discursos como se fosse uma declaração qualquer. É uma afirmação universal exposta para integrar uma situação específica (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE; 2009).

Para facilitar o processo de reconhecimento das ancoragens nos discursos é preciso ter conhecimento de algumas regras: a ancoragem precisa ser sempre uma afirmação positiva e carece de ter marcas discursivas de generalização como, “tudo”, “qualquer”, “quem”. É oportuno destacar que nem sempre os discursos analisados irão apresentar ancoragens (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE; 2009; LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

5.5.3.4 Discurso do Sujeito Coletivo

O desfecho da técnica do DSC é a concepção de um discurso-síntese, expresso na primeira pessoa do singular, das expressões-chave que pertencem à mesma ideia central ou ancoragem. A escolha pela primeira pessoa coletiva do singular para proferir o pensamento social indica claramente a ligação desse método com a Teoria das Representações Sociais (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Este sujeito coletivo que proclama o discurso-síntese é um sujeito falando/falado visto que ele sustenta os conteúdos da representação social que ele próprio assume como prática discursiva (falando), assim como, acolhe também as representações sociais de mesmo significado e sentido disponíveis na sociedade e na cultura de seu meio (LEFEVRE, LEFEVRE, 2014). O propósito do discurso do sujeito coletivo é fazer o pensamento coletivo se expressar abertamente (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Deste modo, para cada questão deverá aparecer um painel de discursos do sujeito coletivo que representam as opiniões coletivas viventes sobre o assunto pesquisado na população investigada (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

5.5.4 Software QualiQuantsoft®

O QualiQuantsoft®. é um *software* elaborado por Fernando Lefevre e Ana Maria Lefevre, em colaboração com a Sales & Paschoal Informática. O intuito de tal programa é simplificar a execução de pesquisas qualiquantitativas que optam pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo.

Devido às suas características, o QualiQuantsoft®. representa um progresso no campo das pesquisas sociais, pois, tornou mais ágio e eficaz o processamento de dados e permitiu análises e recortes discursivos que, sem o seu auxílio, o pesquisador não teria como realizar. O *software* também permite relacionar os domínios qualitativo e quantitativo, integrando ideias, crenças, valores, representações sociais, aos atributos objetivos dos sujeitos sociais, tais como sexo, idade, grau de instrução, renda.

Cabe ressaltar que o QualiQuantsoft®.é uma ferramenta facilitadora e que não supre, de maneira alguma, a função do pesquisador. Tal programa faz com que o investigador se dedique aos afazeres da análise dos significados nos depoimentos, enquanto ele acaba por organizar e armazenar todo o procedimento da atividade investigativa.

O *software* é composto pelos seguintes elementos:

- Cadastro: tem a função de arquivar dados referentes aos sujeitos da pesquisa (idade, sexo, renda etc.), informações sobre a pesquisa e as perguntas de pesquisa,
- Análise: componente responsável por auxiliar no processamento dos discursos, ele permite a identificação e agrupamento das expressões-chave, ancoragens e ideias centrais, selecionadas pelo próprio pesquisador
- Ferramentas: permite a exportação e importação de dados e resultados de pesquisas.
- Relatório: organiza e consente a impressão dos resultados fundamentais das pesquisas. Emite relatórios como: lista de descrição dos sujeitos da pesquisa conforme ficha de cadastro, relatórios das análises e categorização por questões, relatórios quantitativos e relatórios dos discursos do sujeito coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

5.5.5 Procedimentos analíticos

Para a elaboração dos discursos coletivos foram seguidas quatro etapas, conforme descrito a seguir:

- ✓ Primeira etapa: organização dos dados

Antes de iniciar o processo de análise propriamente dita do material, foi realizado o cadastro da pesquisa, das três questões, dos dados referentes aos sujeitos (iniciais, sexo, idade) e dos grupos (tempo de serviço, agentes comunitários de saúde, auxiliares de consultório dentário, dentistas, enfermeiros, médicos e técnicos /auxiliares de enfermagem) no programa QualiQuantSoft. A operação de cadastramento dos dados dos profissionais resultou em um

relatório denominado lista de entrevistados. Em seguida, as respostas transcritas, correspondentes a cada questão, foram incluídas no software.

✓ Segunda etapa: seleção das expressões-chave e ideias centrais

Essa etapa consistiu na realização de uma leitura atenciosa e criteriosa dos dados, com o intuito de identificar o que responde de fato a questão de pesquisa. Após isso, foram selecionadas as expressões-chave e essas, etiquetadas com as ideias centrais que as descrevem.

✓ Terceira etapa: Categorização

Os pesquisadores examinaram as ideias centrais que emergiram das expressões-chave, e assim estabeleceram as categorias. No momento que o grupo de análise estava realizando essa etapa, observaram que as ideias centrais que surgiram na questão um, eram semelhantes às ideias centrais encontradas na questão dois.

Tal semelhança de ideias centrais pode ser explicada pelo fato do termo qualidade de vida no trabalho não possuir uma definição precisa, e por isso os profissionais para revelarem suas percepções realizaram associações a experiências vivenciadas e a aspectos que nela interferem. Daubermann e Tonete (2012) obtiveram em seu estudo que a expressão qualidade de vida no trabalho possui um sentido genérico, e relacionado as situações cotidianas de trabalho.

Frente às respostas dos profissionais, os pesquisadores perceberam que haviam dois blocos de ideias centrais, um referente aos fatores intrínsecos dos trabalhadores e outro alusivo aos fatores extrínsecos. Nesse caso, para simplificar o entendimento e propiciar um panorama acessível dos resultados, as categorias e os equivalentes DSC foram agrupados em meta ou supracategorias.

As metacategorias que emergiram dos discursos foram: Qualidade de vida no trabalho: a essência do trabalhador e Qualidade de vida no trabalho: o contexto organizacional.

QVT: a essência do trabalhador abarca os discursos que remetem ao lado subjetivo dos profissionais e o modo como esse lado influencia na qualidade de vida no trabalho. Para melhor compreensão dos discursos, essa meta categoria será representada por dois eixos temáticos, denominados de: Saúde e Bem-estar no trabalho e Gostar e ter satisfação na profissão.

QVT: o contexto organizacional engloba os fatores relacionados às condições externas ao trabalhador. Com o objetivo de apresentar claramente os discursos, tal meta categoria

também foi composta por dois eixos temáticos, sendo: condições de trabalho e as relações interpessoais no trabalho.

No que tange à questão três, que buscou conhecer as propostas que os profissionais apresentam para atuar na qualidade de vida no trabalho, emergiram as seguintes categorias:

- Acompanhamento psicológico
- Ginástica laboral/Atividade física
- Melhoria das condições de trabalho
- Capacitação dos profissionais
- Estratégias para interação das equipes
- Intercâmbio de informações entre profissionais/gestores/usuários
- Valorização dos profissionais

A última fase dessa etapa consistiu em emitir os relatórios referentes à síntese de ideias centrais, ao quadro das expressões-chave e aos resultados quali-quantitativos.

✓ Quarta etapa: Escrevendo o DSC

Com as expressões-chaves de ideias centrais semelhantes foram escritos os DSCs, com número variado de participantes e na primeira pessoa do singular. Após, foram gerados relatórios do DSCs relacionados à cada categoria.

5.5.6 Aspectos éticos

Após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba-MG para o desenvolvimento do estudo, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, para apreciação, sendo iniciada a coleta de dados somente após a aprovação, sob o número de protocolo 673.850. Os princípios éticos para pesquisas envolvendo seres humanos foram respeitados conforme estabelecido na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Foram entrevistados 123 sujeitos, do total de 189 que constituiu a amostra. Vale retomar que, por se tratar de uma amostra complementar, os profissionais de saúde que não concordaram ou que não atenderam aos critérios de inclusão, não foram repostos. Situação essa que ocasionou uma perda de 66 sujeitos.

Assim sendo, do total de 123 (100%) profissionais estudados, 114 (92,68%) eram do sexo feminino e nove (7,32%) do sexo masculino. A predominância do sexo feminino pode ser explicada pela feminilização das profissões da área da saúde e corrobora com outros estudos realizados com os profissionais da ESF (GESSNER et al., 2013; TRINDADE; LAUTERT, 2010).

A idade média foi de 40,41 anos, idade mínima de 22 e máxima de 68 anos. O estudo de Trindade e Lautert (2010), realizado em Santa Maria, Rio Grande do Sul, com 86 profissionais de saúde da ESF, verificou que a idade média do grupo foi de 36,94[±] anos, variando de 20 a 68 anos. Em outro estudo, realizado por Genser et al. (2013), na cidade de Timbó, Santa Catarina, com 93 trabalhadores da equipe saúde da família, constatou que 31,21 % estava na faixa etária de 41 a 50 anos.

No que concerne à categoria profissional, os entrevistados foram distribuídos da seguinte maneira: 66 agentes comunitários de saúde (53,66%), 10 auxiliares de consultório dentário (8,13%), nove dentistas (7,32%), 12 enfermeiros (9,76%), 12 médicos (9,76%) e 14 técnicos/auxiliares de enfermagem (11,38%).

O tempo médio de trabalho na ESF foi de 6,39 anos, o mínimo foi de um mês e o máximo de 225 meses (18 anos e 9 meses). O tempo de serviço encontrado está acima do apresentado no estudo de Trindade e Lautert (2010), que foi de 3,38[±] 1,9 anos, com variação de um mês a 108 meses (9 anos).

6.2 O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF SOBRE A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

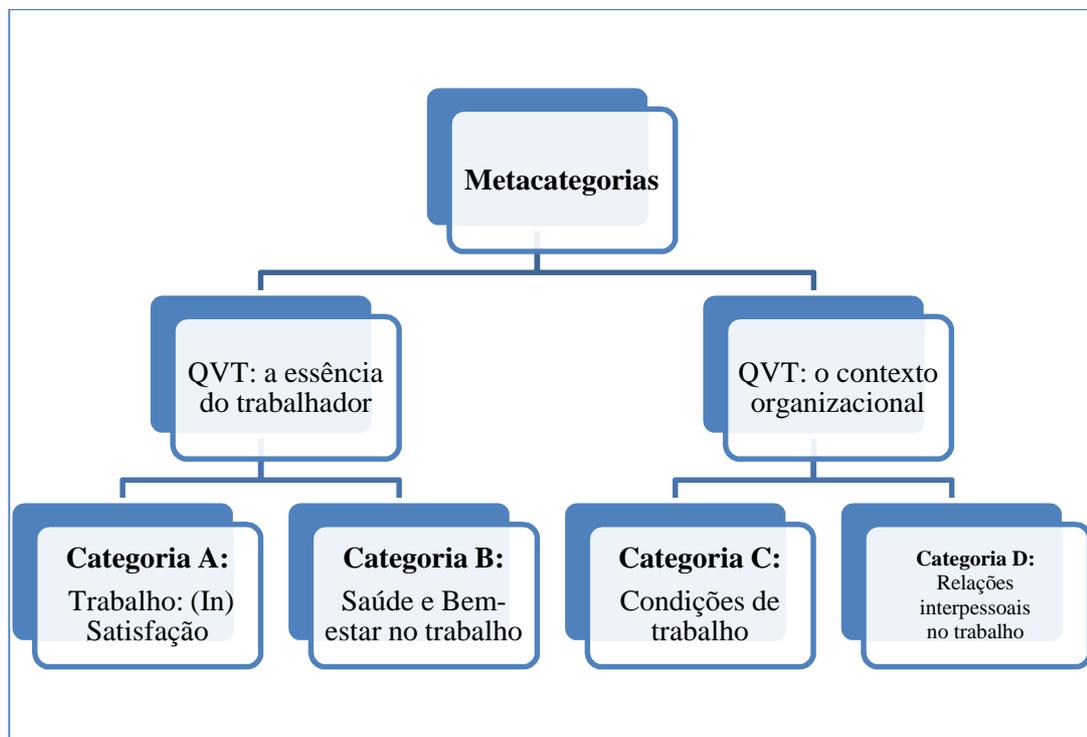
Para alcançar os objetivos de conhecer a percepção dos profissionais da ESF sobre qualidade de vida no trabalho e identificar os fatores que influenciam na qualidade de vida

laboral desses trabalhadores, foram feitos os seguintes questionamentos: Qualidade de vida no trabalho: o que é isso para você? O que influência na sua qualidade de vida no trabalho?

Conforme já elucidado anteriormente as respostas das questões um e dois foram analisadas em conjunto, em virtude da semelhança das ideias centrais. Desse modo, os discursos apresentados remetem tanto à percepção, quanto aos aspectos influentes na qualidade de vida no trabalho.

A figura 1 retrata de forma esquemática as metacategorias e os temas que serão apresentados nos discursos.

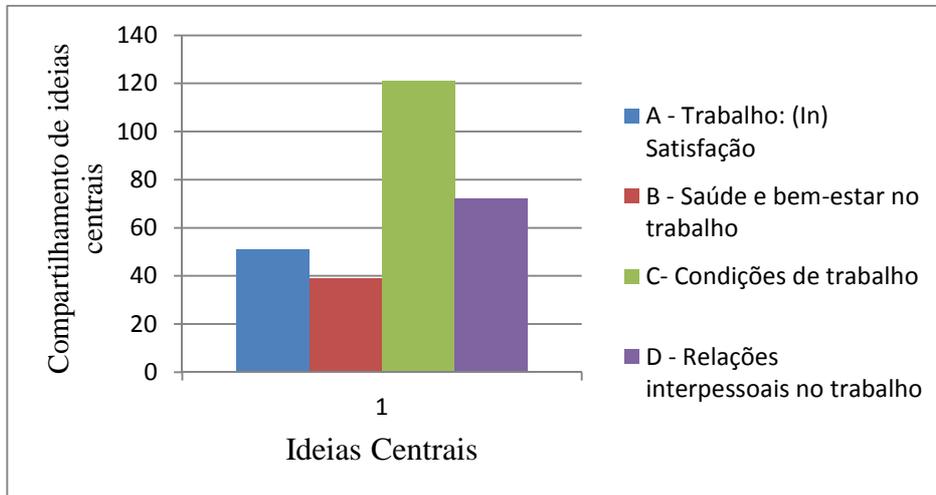
Figura 1- Plano de análise com metacategorias e categorias temática.



Fonte: Os pesquisadores, 2014.

A figura 2 retrata o compartilhamento das ideias centrais alcançadas nos discursos dos 123 profissionais pesquisados nas questões um e dois. É importante lembrar que cada entrevistado pode ter contribuído com mais de uma ideia central para a elaboração do DSC.

Figura 2 - Compartilhamento das ideias centrais, referentes às questões “Qualidade de vida no trabalho: o que é isso para você? O que influencia na sua qualidade de vida no trabalho?” coletadas nos discursos dos profissionais de saúde entrevistados, no município de Uberaba/MG, 2014.



Fonte: Os pesquisadores, 2014.

Tabela 1- Distribuição das ideias centrais, referentes às questões “Qualidade de vida no trabalho: o que é isso para você? O que influencia na sua qualidade de vida no trabalho?”, por categoria profissional, no município de Uberaba/MG, 2014.

Ideias Centrais	Categoria Profissional						Total
	Acs	AcD	Dent	Enf	Med	Téc/Aux Enf	
Trabalho: (In) Satisfação	22	10	3	6	5	5	51
Saúde e bem-estar no trabalho	31	2	2	0	1	3	39
Condições de trabalho	52	8	13	19	17	12	121
Relações interpessoais no trabalho	37	8	5	8	10	4	72

Fonte: Os pesquisadores, 2014.

6.2.1 Metacategoria: Qualidade de vida no trabalho: a essência do trabalhador

Essa metacategoria apresenta os aspectos subjetivos dos profissionais presentes na percepção de QVT. Para sua melhor compreensão optou-se por dividi-la em categorias, sendo: Categoria A: Trabalho: (In) Satisfação e Categoria B: Saúde e Bem-estar no trabalho.

6.2.1 1. Categoria A: Trabalho: (In) Satisfação

Os critérios utilizados para incluir as expressões-chave e ideias centrais nessa categoria foram às respostas nas quais os profissionais descrevem gostar, ter amor e se sentirem realizados na profissão, como também os sentimentos de satisfação e insatisfação com o trabalho. É composta por 51 expressões-chave, tendo todas as categorias profissionais auxiliado na elaboração do discurso-síntese, o qual é apresentado a seguir.

Para mim eu acho que qualidade de vida no trabalho é a gente ter satisfação naquilo que a gente faz, é o nível de satisfação que eu tenho com o que eu escolhi para fazer na minha vida. Se eu estiver fazendo um bom trabalho, eu fico satisfeita, eu fico completa, é minha realização pessoal. Eu tenho que me sentir feliz e satisfeito com o trabalho que realizo, gostar da profissão, conseguir fazer o meu trabalho da melhor forma possível e sair satisfeita dali. Eu costumo dizer que quando a gente gosta do que a gente faz, tem força de vontade e amor a profissão, você faz bem feito e tem um bom rendimento.

Eu gosto muito, eu trabalho com famílias, porém nós vemos muitas coisas, problemas, que não temos condições de resolver, porque o sistema não permite, a gente não está tendo muito apoio do governo em geral. Eu penso que o profissional deveria ser mais valorizado, valorizado nas suas capacitações. Tudo isso faz com que você se sinta mal, desanimada, sente que poderia e deveria fazer mais, se sente frustrado e trabalhando insatisfeito você adocece. (Questão 1: 06-10-19-33-67-73-91-92-97-102-114-127-129-132-166-170-172-179-103-09-018-89-95-109-134-165-168-183-86, Questão 2: 06-10-18-52-59-68-73-106-109-134-168-172-223-210-217-226-04-49-115-169-174).

O estudo de Lima et al. (2014a) que teve o objetivo de identificar fontes de satisfação e insatisfação no trabalho dos profissionais da atenção básica à saúde, apontou o “gostar do que faz” como o principal motivo de satisfação desses trabalhadores. Discutem que esse sentimento permite ao profissional perceber-se como integrante do processo de trabalho e não simplesmente reprodutor de tarefas e ordens. Essa afinidade com a profissão, atua de modo favorável ao trabalhador, pois garante que ele realize seu trabalho guiado por um propósito.

O gostar e o amor à atividade laboral foram associados por de Beserra et al. (2010) e Silva et al. (2011) ao sucesso e realização pessoal. O discurso-síntese aborda essa relação entre o estar satisfeito e feliz na profissão, com o desempenho de um bom trabalho e a realização tanto pessoal, quanto profissional.

Leite, Nascimento e Oliveira (2014) destacam a importância do profissional se reconhecer no seu trabalho e de “gostar do que faz”, até perante situações difíceis e complicadas. No discurso dos sujeitos pesquisados também foi encontrado que os

profissionais gostam do trabalho que executam, porém ao se depararem com dificuldades como, não ser capaz de solucionar os problemas dos usuários, expressam sentimentos de desânimo, frustração e insatisfação.

Brand, Antunes e Fontana (2010) relatam em seu estudo, que os agentes comunitários de saúde referem ser a resolução dos problemas das pessoas a principal razão de satisfação no trabalho, pois, quando o trabalho não alcança os resultados esperados, a frustração acomete o profissional.

Ainda que QVT e a qualidade de vida geral possuam conceitos dissemelhantes, elas se induzem de modo recíproco, podendo a insatisfação com o trabalho ocasionar disfunções fora dos contextos laborais, ao passo que a não satisfação no contexto externo ao trabalho pode influenciar negativamente nas atividades laborativas (SAMPAIO, 2004).

Westley aborda em seu modelo de QVT a questão psicológica, representada pela concepção de autorrealização. É exposto nesse modelo, que a ausência da realização no trabalho tem como consequência um processo de alienação, no qual há a perda do significado da tarefa e consiste em despertar no profissional o sentimento de que o trabalho é algo diretamente prejudicial (SANT'ANNA; KILIMNIK; MORAES, 2011). Fato esse que é representado no discurso, quando os profissionais apontam que a insatisfação e a frustração nas atividades laborais podem levar ao adoecimento.

A concepção teórica de Hackman e Oldham é alicerçada na positividade pessoal e no resultado da tarefa, sendo reconhecida em tal modelo a importância das reações afetivas, dos sentimentos que o indivíduo obtém ao desempenhar o trabalho e gerar resultados. Assim, qualidade de vida no trabalho pode ser compreendida como “resultante direta da combinação de dimensões básicas da tarefa, capazes de gerar estados psicológicos que, por sua vez, resultam em motivação e satisfação em diferentes níveis, e em diferentes tipos de atitudes e condutas” (MORAES; KILMNIK, 1994 p.54).

6.2.1 2 Categoria B: Saúde e bem-estar no trabalho

As expressões-chave e ideias centrais encontradas nessa categoria fazem alusão à saúde do profissional, ao seu bem-estar no trabalho, como também aos acontecimentos que interferem nesse estado de tranquilidade. O pensamento coletivo dos sujeitos entrevistados frente a essa temática foi expresso em 39 expressões-chave.

Qualidade de vida para mim é você se sentir bem, estar bem, ter felicidade de trabalhar e de desempenhar bem o seu trabalho, sem ser incomodada. Está relacionado com o bem estar da gente, envolve a nossa autoestima e saúde de maneira geral: a saúde física, mental e emocional. É você ter prazer de sair de sua casa e ir para o local de trabalho, onde você vai se sentir bem a maior parte do dia, pois a gente passa mais tempo no trabalho do que em casa.

No caso do PSF eu acho que a gente não tem bem estar, eu acho que eu estando bem, com saúde e com disposição, posso levar qualidade de vida para o usuário que procura a gente, e também, tenho condição de atender melhor a população. Acho que se nós estivermos bem é mais fácil deixar o próximo bem, porque podemos passar coisas boas...

Qualidade de vida no trabalho é quando seu trabalho não prejudica sua saúde, seu bem-estar. É a gente chegar no final do dia e ainda estar disposta, isso significa que aquele serviço, não alterou a sua vida. Mas a gente escuta muito os problemas dos outros, vê situações que adoce a gente, então a gente acaba carregando um pouco isso, fica tenso, em casa quer desligar do problema, mas não consegue, fica pensando naquilo. Eu acho que as coisas que acontecem aqui no trabalho me influenciam de alguma maneira, se eu levo alguma coisa pra casa, isso interfere no meu bem-estar. (Questão 1: 02-05-08-11-14-15-16-32-56-57-58-59-98-113-115-123-139-177-178-224-06-44-48-226-95-149-153, Questão 2: 05-08-57-60-91-139-177-188-22-49-153-100)

A terminologia, bem-estar no trabalho, tem sido empregada para indicar os efeitos subjetivos da QVT, aqueles que remetem às consequências das condições laborais sobre os modos, emoções e afeições dos trabalhadores (SILVA; FERREIRA, 2013).

O trabalho assume uma posição central na vida das pessoas, a partir disso ele pode tanto estar ligado ao bem-estar e prazer, como também se tornar um causador de aflições e agonias pelos compromissos aceitos e impotências sentida frente aos problemas sociais, políticos, econômicos e ambientais da população (AZAMBUJA et al., 2007).

No discurso exposto, é possível reconhecer essas duas faces das implicações do trabalho no viver dos profissionais, alguns percebem a QVT como o sentir-se bem, não ser incomodado, estar com disposição. Já outros, admitem que há situações no contexto de trabalho que interferem no seu bem-estar, como o não conseguir abstrair-se dos problemas do trabalho, ao chegar em casa.

O estudo de Daubermann e Tonete (2012), que procurou apreender as concepções e experiências de enfermeiros sobre qualidade de vida e QVT na atenção básica à saúde, alcançou como resultados falas que enfocam o sentir bem no trabalho e ser saudável, tendo saúde tanto física quanto psicológica.

O discurso expõe que o bem-estar é ter saúde de modo geral, tanto física quanto mental e emocional. Essa concepção condiz com o proposto na definição de saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), que compreende a saúde não como a inexistência de

doença, e sim de modo abrangente, que envolve o biológico, psicológico, social e ultimamente também o espiritual (FLECK, 2000).

Martellet, Motta e Carpes (2014) apontam que o trabalho é capaz de suscitar repercussões na saúde global, como também na saúde física e emocional. Os profissionais tendem a expandir os sofrimentos oriundos da atividade laboral, para os campos da vida pessoal. Este fato pode ser expresso nas falas apresentadas no estudo desses pesquisadores, nas quais o trabalhador refere ter insônia por se preocupar demais com os problemas do trabalho. Tal ocorrência também é mencionada no discurso dos sujeitos entrevistados na presente pesquisa.

Assunção (2011) afirma que a qualidade da assistência está amarrada a subjetividade dos profissionais no desempenho de suas funções. Desse modo, o autor considera imprescindível a elaboração de políticas que visem resgatar a estima do trabalhador e resguardar a saúde dos atores do sistema de saúde.

6.2.2 Metacategoria: Qualidade de vida no trabalho: o contexto organizacional

Essa metacategoria exhibe o ponto de vista dos profissionais quanto aos fatores externos, aqueles de responsabilidade das instituições e a teia de relações que são estabelecidas nos locais de trabalho. Para o melhor entendimento de tais fatores, preferiu-se por dividir essa meta-categoria em categorias: Categoria C: Condições de trabalho e Categoria D: Relações interpessoais no trabalho.

6.2.2.1 Categoria C: Condições de trabalho

Segundo Pires, Lorenzetti e Gelbeke (2010), condições de trabalho designa os seguintes aspectos: força de trabalho, qualificação, modalidade de contrato, carga horária de trabalho, segurança, materiais adequados em quantidade e qualidade, espaço físico e recursos humanos. Desse modo, a presente categoria abarca as expressões-chave e ideias centrais que dizem respeito a esses itens citados.

O pensamento coletivo dos sujeitos entrevistados frente a essa temática foi expresso em 121 expressões-chave. É importante destacar que tal categoria foi a que apresentou maior amplitude e intensidade, sendo a ideia central que estava mais compartilhada e difundida na população estudada. O discurso elaborado utilizando as expressões-chave obtidas pode ser conferido a seguir.

Para mim a qualidade de vida no trabalho é você ter no seu trabalho as condições favoráveis para o atendimento, isso inclui a estrutura física. Ter um local adequado para fazer o trabalho interno, com infraestrutura, em um ambiente com instalações adequadas para a gente trabalhar, confortável, saudável e limpo. Uma sala de atendimento digna, ventilação, iluminação - pois se não temos uma boa iluminação no local de trabalho limita muito visualizar os diferentes sinais e sintomas que pode referir o paciente - não tem sala de reunião e nem um bom refeitório. Enfim, o local é um pouco precário, está precisando de aumentar, de reformar é preciso ter um local apropriado para trabalhar dentro dos limites, porque se você tem uma boa estrutura você pode oferecer melhor atendimento.

É ter o número de profissionais adequado, a questão de recursos humanos e rotatividade de profissionais. Se a instituição na qual eu trabalho, me dá condições para exercer minhas funções com quantidade de funcionários para trabalhar. Assim, é ter mais equipes para ajudar no trabalho, sempre está faltando equipes, funcionários, médicos, isso sobrecarrega muito né...

A quantidade de funcionários é pouca e acaba que eu tenho que fazer o papel de outras pessoas, porque aí você tem que fazer coisas muito além daquilo que é da sua competência, a gente acaba pegando e exercendo um pouquinho de tudo. O governo lança muitos planos de trabalho, muitos programas e isso tudo vem para o PSF estar desenvolvendo e o PSF está ficando muito sobrecarregado nesse sentido. Acaba que a equipe começa a ficar pequena para a quantidade de atividades que temos que desenvolver, a gente tem que cumprir muitos programas e acaba não sendo de tanta qualidade. A secretaria cobra muito, muitos relatórios todo mês, eles não querem saber se tem profissional ou não, tem que se virar, a gente sempre fica sobrecarregado, tem sobrecarga de trabalho.

Ter materiais e equipamentos necessários para poder trabalhar, ter mais instrumentos de trabalho para a gente estar ajudando os usuários, porque a gente não tem os aparelhos adequados pela demanda, há falta de medicamentos e de instrumentos, tudo que você tem você que tem que comprar, por exemplo, um boné, lápis, caneta, o filtro solar, se a gente tem um certo conforto é tirado do nosso próprio bolso.

Bom, qualidade de vida no trabalho para mim é você chegar no seu trabalho e encontrar material para trabalhar, ter de tudo, ter condições realmente de realizar um trabalho de qualidade. Às vezes não tem o material pra você trabalhar, aí você fica frustrado, ter recurso para trabalhar, ajudaria ter uma qualidade melhor, pois assim a gente pode desempenhar a nossa função, não ficar com frustração porque eu sinto, às vezes, no final do dia a sensação de que eu não fiz tudo. Então a qualidade de vida no trabalho seria eu poder desempenhar tudo o que eu sei com qualidade e tendo material disponível, assim trabalharia mais alegre.

Muita gente está precisando de tratamento e os equipamentos estão estragados, às vezes demora para arrumar: tem dia que falta papel, a máquina de xerox está com defeito, falta tinta para impressora, medicação, enfim, faltam os nossos instrumentos de trabalho. Não têm os recursos para desenvolver o nosso trabalho e você tem que improvisar, não tem rendimento, não dá qualidade no final. Porque existe a cobrança, mas as vezes não existe o material para você fazer, querem que você produza, mas não tem como você produzir, isso é complicado.

A pressão na área de saúde é muito, muita exigência, pouco retorno, é um estresse danado, contínuo. Trabalha demais, muita gente está afastada por conta do estresse, a gente sofre muitas pressões e isso influencia. É ter tempo adequado para fazer todas as atividades, e um ambiente com relativa tranquilidade para desempenhar as funções e não ter aquele estresse do dia a dia.

A gente trabalha com a questão da produção, isso também influencia a nossa qualidade de vida no trabalho, porque são cobranças que a gente sabe que tem que cumprir e a gente percebe que as vezes não está cumprindo com qualidade, fazemos quantidade e as vezes fica pendente a qualidade. Isso para os profissionais responsáveis, que fazem o trabalho de maneira correta, é muito angustiante. Então eu acho que a gente deve realizar um trabalho de qualidade não em cima de produtividade somente.

Acho que isso vem lá dos gestores, quando tudo é bem planejado, bem formulado, o serviço pode ser muito bem feito. Porque o que acaba gerando todo um estresse no profissional é você não ter a quem recorrer. É preciso que as pessoas do nível central saibam inclusive o que cobrar de você, que elas cobrem uma qualidade no trabalho, não só a quantidade.

Às vezes a gente trabalha sem suporte básico e isso acaba gerando um verdadeiro estresse para a nossa profissão. Qualidade de vida no trabalho é poder trabalhar com respaldo, tanto de coordenação quanto de superiores. Saber que a gente vai ser respaldado naquilo que a gente vai fazer, ter a quem recorrer e o suporte básico que toda profissão precisa.

É valorizar coisas como: horário de trabalho, horário de saída, horas de lazer, horário certo de almoço, período de descanso. Igual aqui no PSF a gente faz oito horas né, eu acho oito horas um pouco puxado, a carga horária é extensa. O horário deveria ser menos, eu acho que deveria ser seis horas, ter uma carga de trabalho que não seja tão cansativa.

Trabalhar com segurança, porque a gente trabalha na rua quase o tempo todo, saber que estou segura, porque aqui a gente está à mercê de bandidos, como já fomos assaltados várias vezes. É a gente trabalhar em um ambiente tranquilo, que a gente sinta segurança.

Acho importante ainda a questão da estabilidade, nossa possibilidade de trabalhar sem preocupações com relação à vinculação precária que o serviço oferece atualmente. Se a gente tivesse um plano de carreira, pudesse crescer dentro da profissão.

Você receber um bom salário no final do mês por aquilo que você faz, assim não precisa ser um ótimo salário, mas que seja de acordo com o trabalho que a gente faz. Ter um piso salarial, uma condição financeira que te proporcione boa comida, boa roupa, bom sapato. Às vezes, um funcionário é bem remunerado e os demais não, isso acaba interferindo na qualidade. Eu acho que uma melhor distribuição da renda entre os funcionários ajudaria a pessoa a trabalharem com mais disposição, para você não ter que ficar com dois, três trabalhos; o salário é muito baixo.

Uma coisa que eu acho complicado no trabalho é que os serviços mal estruturados repercutem sobre o trabalho desenvolvido na nossa unidade. Para nós, da zona rural, a gente precisa muito do transporte para ter essa qualidade de vida, no começo a gente não tinha, fazíamos muito a pé ou a cavalo, de carroça, do jeito que dava, isso era desumano. Hoje nós temos um transporte, mas precário, não temos todos os dias, então isso prejudica muito o trabalho, quase não tem transporte, tem umas quatro vezes por mês para fazer as visitas domiciliares e a gente pega as vans muito tarde. Além disso, moro muito longe do local em que trabalho, tenho que pegar dois ônibus para chegar, às vezes o ônibus atrasa e isso atrasa os atendimentos.

Quando você têm melhores condições no trabalho, condições para trabalhar de forma humanizada, a gente atende melhor o público, você desenvolve o seu trabalho com mais vontade, mais feliz, com mais vontade de ajudar as pessoas. Qualidade de vida no trabalho é trabalhar sem riscos, sem prejudicar a saúde da gente e ter organização, programação das nossas atividades, porque se essa parte estiver bem você vai ter um resultado melhor no final. (Questão 1: 01-03-07-20-27-31-43-52-55-60-68-70-72-78-89-90-99-106-108-109-119-130-140-1420-167-168-169-171-174-183-184-189-196-197-217-219-223-225-22-23-39-49-209-35-85-150-153-83-04-18-63-71-92-98-100-113-114-131-172-173-188-222-158-170-09-123, Questão 2: 01-03-04-07-11-15-16-20-27-31-32-55-63-70-71-72-89-92-97-98-99-108-115-129-140-142-167-170-171-174-183-184-196-224-23-39-131-209-127-100-87-85-82-83-149-02-49-59-139-173-217-219-09-90-86)

Bertoncini, Pires e Scherer (2011) afirmam que a insuficiência ou inadequação dos meios de trabalho dificultam, ou até mesmo impedem, o cumprimento dos propósitos da

assistência de Saúde da Família, como a integralidade e promoção da saúde. Observa-se então, que há uma relação diretamente proporcional entre as condições de trabalho e QVT.

Os entrevistados no estudo de Lima et al. (2014a) mencionaram que a estrutura física da unidade encontrava-se precária e que os materiais de trabalho não eram oferecidos em quantidades suficientes. A falta de espaço físico e a escassez de recursos materiais foram apontados como fatores que interferem no cotidiano das ações promovidas pela ESF e, em consequência, impactam de modo negativo na QVT (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014; SILVA et al., 2012; BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010; CAMELO; ANGERAMI; 2007).

Bessa et al. (2010), assinalaram como riscos físicos, os quais os enfermeiros atuantes na ESF estão expostos, a iluminação inadequada e a falta de ventilação nos consultórios, condições essas que atrapalham a realização de certos procedimentos. Resultado que corrobora com o presente estudo, o qual teve evidenciado nos relatos, o impacto da iluminação ineficaz na identificação dos sinais e sintomas referidos pelos pacientes; além disso foi apontado, também, que a ausência de refeitórios apropriados influencia na qualidade de vida no trabalho.

No discurso apresentado é possível verificar claramente que os profissionais não estão satisfeitos com a infraestrutura do local de trabalho, tampouco com recursos materiais disponibilizados para trabalhar. No que concerne aos materiais e equipamentos, é indicada pelos entrevistados a necessidade de bonés e filtro solares, devido à realização de visitas domiciliares, como também a realização de manutenção preventiva nos aparelhos, pois esses encontram-se constantemente estragados. O fato de não ter os recursos disponíveis para realizar o trabalho de maneira adequada, faz emergir uma sensação de que o trabalho poderia ser melhor executado.

Assunção, Jackson Filho (2011) questionam se o sentimento de queda da qualidade do serviço prestado está adoecendo os profissionais, ou se os profissionais adoecidos estão desestimulados para desempenharem seu serviço com qualidade nas unidades de saúde.

Os recursos humanos são expressos como insuficientes para cumprir com a gama de programas que compõem a ESF; os relatos destacam que as equipes, em sua maioria, não estão completas. Tal situação sobrecarrega os profissionais, além de fazer com que a assistência prestada aos usuários, não seja de qualidade. A insuficiência de força de trabalho pode ser considerada um risco psicossocial no qual os profissionais da ESF estão expostos (CAMELO; ANGERAMI, 2007).

Sobre essa circunstância, Assunção, Filho (2011) afirmam que concomitantemente ao aumento da demanda de usuários por procura de atendimento, os profissionais têm que lidar com os entraves que impedem que esse atendimento seja realizado. Essa atividade limitada pode esclarecer tanto o adoecimento dos profissionais, bem como a piora na qualidade da assistência.

O estudo de Bertocini, Pires e Scherer (2011) encontrou como resultado que o quantitativo de profissionais não era suficiente para a realização das atividades designadas à ESF, e evidenciou, também, a questão da rotatividade dos profissionais, considerando-a como um problema que dificulta a consolidação da ESF. O tema rotatividade dos profissionais também foi citado no discurso dos entrevistados.

Outro ponto que afeta de maneira significativa a qualidade de vida no trabalho dos profissionais da ESF diz respeito ao estresse. É expresso que esses trabalhadores atuam em constante pressão, são muito cobrados, tudo tem que ser feito rapidamente, há uma cobrança excessiva por quantidade, tendo como consequência a diminuição da qualidade. Dourado e Carvalho (2006) concluem que no momento em que a quantidade é mais valorizada que a qualidade, o trabalho torna-se uma mercadoria, sendo esse o emblema do trabalho moderno.

Chiodi e Marziale (2006) realizaram um estudo de revisão de literatura focando nos riscos ocupacionais no setor saúde, especificamente nas unidades básicas de saúde. O resultado consistiu em 12 artigos e todos destacavam o estresse e a sobrecarga mental suportada pelos profissionais. Foi encontrado, nessa pesquisa que os trabalhadores avaliavam o local de trabalho como estressante e as tarefas como repetitivas.

Martellet, Motta e Carpes (2014) realizaram uma pesquisa sobre saúde mental dos profissionais de saúde, sendo entrevistados 14 profissionais. Os resultados evidenciaram que 56% dos trabalhadores sentiam-se acometidos pelo clima e funcionamento organizacional dos locais de trabalho, 60 % manifestavam estresse oriundo das pressões no trabalho e 49% dos profissionais demonstrou que se sentiam prejudicados pela infraestrutura das unidades, fato esse que favorecia o aparecimento do estresse ocupacional.

A carga horária de trabalho também foi um fator mencionado como condicionada à qualidade de vida no trabalho. Os entrevistados referem que a carga horária, de oito horas, é muito extensa, que essa deveria ser reduzida para seis horas. Tal temática foi encontrada no estudo de Leite, Nascimento e Oliveira (2014), no qual os profissionais expressaram a vontade de ter uma carga horária de trabalho menor, indicando que essa mudança ocasionaria a melhoria da qualidade de vida no trabalho.

A terminologia segurança foi utilizada pelos entrevistados tanto para fazerem alusão à segurança física, quanto para designar a estabilidade no emprego. No que condiz à segurança física, foi destacado que as unidades estão localizadas em ambientes com altos índices de violência e que ao saírem para as visitas domiciliares, eles acabam por se exporem às situações de perigo iminente.

Fernandes et al. (2012) relatam que os profissionais da ESF estabelecem vínculos estreitos com a população, além de conviverem rotineiramente com desordens sociais e familiares, diante disso, são explicitados a presença da violência urbana, o medo e a insegurança na execução das atividades de trabalho nas áreas marginais da cidade. Chiodi e Marziale (2006) também encontraram em seu estudo relatos de situações perigosas, como agressões e agressividade dos usuários.

Foi expresso o desejo de poder trabalhar sem preocupações com relação aos contratos de serviços. É importante contextualizar que no município em estudo não há profissionais da ESF em regime estatutário; as contratações são temporárias e renovadas a cada um ano, situação essa que gera o sentimento de insegurança no profissional. Como os contratos são provisórios, não há plano de encargos e carreira, o que limita o crescimento do profissional dentro da instituição.

Assunção (2011) aponta que os vínculos empregatícios em saúde através de contrato não regulamentado, por tempo determinado, a terceirização e a subcontratação têm aumentado de modo significativo entre as prefeituras. Tal iniciativa corrobora com a desregulamentação do trabalho no mundo contemporâneo.

Essa precarização dos modos de contrato de trabalho afeta significativamente o estabelecimento de vínculo dos profissionais da ESF com a comunidade, pois, segundo Monteiro, Figueiredo e Machado (2008), essa relação ocorre de forma lenta e gradual.

No que diz respeito aos múltiplos modos de contratação dos profissionais da ESF, Pierantoni, Varella e França (2006) afirmam que isso é um ponto franco, e que deve ser visto como uma barreira a ser superada pelos gestores do SUS.

As falas dos profissionais sinalizam o salário como uma condição que influencia a qualidade de vida no trabalho. A questão da remuneração é abordada de dois modos, sendo referido pelos entrevistados que o salário não precisa ser ótimo, apenas compatível com as funções desempenhadas. Por outro lado, foi expressa também, a necessidade uma melhor distribuição da renda, pois há uma discrepância considerável entre os salários pagos aos profissionais na ESF.

Observa-se que os entrevistados fazem alusão à teoria de Walton e explicam ao seu modo essa necessidade de equiparação de remuneração (SANT'ANNA; KILIMNIK; MORAES, 2011).

O baixo salário constitui o principal motivo apontado pelos profissionais para o estabelecimento de mais de um vínculo empregatício, conforme encontrado também no estudo de Fernandes et al. (2012).

Os trabalhadores de saúde, da zona rural, abordaram em seus discursos que a falta ou a insuficiência de transporte é algo prejudicial a qualidade de vida no trabalho. Destaca-se que como as fazendas são distantes umas das outras, a locomoção rápida e segura torna-se essencial para a execução de um bom trabalho. O quesito transporte foi citado também no diz respeito a morar distante do local de trabalho.

Enfim, diante do exposto, é possível constatar que as circunstâncias nas quais processos de trabalho na ESF são desenvolvidos, não condizem com as reformas sanitárias propostas, que sugerem atender as demandas de usuários. Pois, não há materiais em quantidade e qualidade suficientes, a força de trabalho está defasada, dentre os demais aspectos já abordados. Infere-se assim, a imagem do cenário das condições de trabalho do setor saúde, o qual é decisivo para a diminuição da qualidade do cuidado prestado e insatisfação dos trabalhadores (ASSUNÇÃO, 2011)

6.2.2.2 Categoria D: Relações interpessoais no trabalho

Nessa categoria serão apresentadas as expressões-chave e ideias centrais que fazem menção às relações interpessoais no trabalho. Barros e Santos-Filho (2011) enfatizam que “trabalhar não é apenas poder agir, mas conviver, estar junto”. Pensamento que é corroborado pelos achados desse estudo.

Optou-se por apresentar essa categoria em três discursos, devido as falas dos entrevistados indicarem que as relações presentes na ESF, acontecem entre profissionais/profissionais; profissionais/usuários e profissionais/gestores. Os atores sociais entrevistados expressaram 72 ideias centrais, as quais foram agrupadas e organizadas nos discursos a seguir.

Profissional x Profissional

Eu entendo que qualidade de vida no trabalho é você ter um bom relacionamento profissional com as pessoas que trabalham com você, ter um bom convívio no ambiente de trabalho. Isto é, chegar no trabalho e ter quase uma extensão da sua casa, ter um ambiente acolhedor, tranquilo, harmonioso, com

peças bem humoradas e união da equipe. Não precisa necessariamente todo mundo gostar de todo mundo, porque às vezes o santo não bate, como dizem, mas tem que ter respeito mútuo.

É muito ruim você vir para um lugar desarmonioso, porque a gente faz uma carga horária grande, a gente fica aqui o dia inteiro, se a gente não tem um bom relacionamento entre os colegas de trabalho e a equipe não se dá bem, isso vai desgastando, você vai ficando desestimulado, estressado e vai gerando um ambiente que a gente não suporta. Aqui tem conversa demais, aí isso estressa, tem muita gente afastada por conta de conversinha, pessoas preocupando com sua vida.

Eu acho que os colegas de trabalho influenciam muito, porque se você não dá certo com os seus colegas conseqüentemente o trabalho não vai pra frente, porque aqui é uma equipe, todo mundo precisa de todo mundo para poder fazer um trabalho bem feito, todo mundo conseguir trabalhar junto sem nenhum problema e pensando no usuário em primeiro lugar. Para mim isso é qualidade de vida no trabalho: trabalhar bem em equipe, ter boa convivência com os colegas, ser respeitado, ter cooperação, onde um ajuda o outro, onde um colabora com o outro e diálogo entre a equipe toda.

O relacionamento interpessoal, a interação através do diálogo, embasada na amizade, cumplicidade, dentro das equipes de saúde da família favorecem a realização de um trabalho cooperativo e afetuoso (AZAMBUJA et al., 2007). Os profissionais entrevistados acrescentam o respeito e o bom humor, para a conquista de um local de trabalho harmonioso. O trabalho em equipe é considerado um fator necessário para alcançar uma qualidade de vida no trabalho aceitável (DAUBERMANN; TONETE, 2012).

Brand, Antunes e Fontana (2010) salientam que os agentes comunitários de saúde consideram as relações firmadas dentro da equipe, como fundamentais para execução de um bom trabalho, principalmente no que diz respeito à resolução de problemas da comunidade. O discurso expressa isso, quando diz, ser preciso a união de todos os profissionais, para desempenhar um trabalho bem feito, tendo como finalidade a melhor assistência ao usuário, pois a ESF concretiza-se com a integração do trabalho dos diversos profissionais que nela atuam.

É destacado que um local de trabalho, no qual os colegas não convivem bem, desencadeia o desgaste dos profissionais, levando ao estresse e podendo ser fator preditor para licenças de saúde e absenteísmo. Segundo, Sant'anna, Kilimnik e Moraes (2011), Walton indica que o bom relacionamento, o respeito e o apoio recíproco compõem os principais preceitos para a conquista da satisfação dos profissionais, no que tange a integração social no trabalho.

Dentre as causas interpessoais que interferem na qualidade de vida no trabalho, a relação da população usuária dos serviços de saúde com os profissionais, foi apontada como relevante, fato esse descrito no discurso a seguir.

Profissional x Usuário do serviço de saúde

Eu acho que a qualidade de vida no trabalho passa pelos relacionamentos com a comunidade. É você ter uma boa convivência com os usuários, uma boa recepção dos moradores e ser acolhido pela população. Entretanto, é observado uma falta de humanização das pessoas, as pessoas não respeitam mais os pacientes, eles chegam tão carentes e os próprios atendentes estão com falta de educação.

Outro problema é quando tem falta de materiais, e você tem que lidar com o paciente, bater de frente, ele discute, não entende que nós estamos passando por de falta de material, o equipamento está estragado. O paciente não quer entender isso, ele simplesmente quer chegar e ser atendido, ele não entende que não é que a gente não quer atender, é porque não tem o material para fazer, aí acaba brigando, discutindo.

Aqui tem muito disso, do paciente chegar e a gente ter que justificar que não tem material para trabalhar. Isso aí atrapalha um pouco a qualidade de vida, porque a gente estressa, o usuário chega, ofende a gente e ainda liga na ouvidoria e fala que a gente que ofendeu e eles já ligam e passam para gerência. Enfim, para mim qualidade de vida no trabalho é trabalhar em um ambiente tranquilo, sem brigas, sem atrito, ter uma boa relação com os usuários, com as pessoas que frequentam a unidade.

No contexto da ESF, o relacionamento entre profissional-usuário é complexo e circundado por questões éticas. Esse relacionamento não é limitado as práticas curativas, porque o encontro entre tais atores sociais ocorre também durante atividades de educação em saúde. Os aspectos éticos presentes nas relações da ESF exibem interconexões com a sociedade, família e a própria equipe (LIMA et al., 2014b)

Lima et al. (2014b) afirmam que a existência de um relacionamento efetivo entre profissional-usuário, acarretará em impactos positivos tanto para os usuários como também para os profissionais. Conforme explícito nos resultados de Lima et al. (2014a) a insatisfação dos usuários quanto aos serviços prestados, ocasiona a insatisfação dos próprios trabalhadores.

O discurso exemplifica essa situação, uma vez que os profissionais expressam que a ausência de condições adequadas para exercer o trabalho com qualidade e resolutividade é um fator de tensão na relação com os usuários. Pelo discurso, os entrevistados acreditam que há uma incompreensão dos usuários de que o atendimento não está sendo feito por falta de condições, essa conjuntura desestabiliza o relacionamento entre os trabalhadores de saúde e a comunidade.

O serviço de ouvidoria também aparece no discurso dos profissionais. A ouvidoria é um instrumento essencial de gestão, que opera na inspeção do funcionamento do sistema de saúde e sua atuação consiste em um progresso da gestão democrática (SILVA; PEDROSO; ZUCCHI, 2014).

Entretanto, os entrevistados apontam que a ouvidoria pode desencadear situações de estresse tanto para os profissionais quanto para os usuários. É referido que alguns usuários contatam a ouvidoria e fazem reclamações infundadas, e de acordo com os sujeitos da pesquisa, essas reclamações não são averiguadas, sendo transferidas diretamente para as gerências das unidades, circunstância essa que contribui para o declínio das relações interpessoais entre usuários/profissionais.

Silva, Pedroso e Zucchi (2014) destacam que muitos obstáculos ainda precisam ser ultrapassados para que as ouvidorias exerçam a sua função com propriedade. Os autores assinalam que é preciso proporcionar subsídios, por meio de notificações gerenciais, com o intuito de monitorar a resolução dos problemas elencados, assim como promover a associação com os conselhos de saúde para informar a população sobre o funcionamento do serviço de ouvidoria e, também conscientizar que não basta apenas elencar as irregularidades do sistema, é preciso inspecionar se as mudanças estão ocorrendo.

Profissional x Gestor

Eu entendo que o acolhimento da secretária de saúde, dos gestores, contribui com a minha qualidade de vida no trabalho, porque muitas vezes o gestor não procura saber a necessidade do profissional, a gente fica bastante isolado, geralmente não existe um contato, uma aproximação maior. A gente fica recebendo as ordens e temos a impressão de que essas pessoas não tem uma noção clara do que acontece aqui. Eles se preocupam muito mais com os usuários do que com os profissionais. Mas, se o profissional não tem uma qualidade de vida boa, como é que vai ficar o usuário que é a finalidade disso tudo. Então, a gestão muitas vezes ela não colabora com a gente, a gente se sente bastante desvalorizado quanto profissional. (Questão 1: 19-33-67-88-102-113-119-123-01-144-169-173-178-179-189-198-225-48-138-95-150-151-09-02-18-23-27-39-70-82-85-89-97-153-158-90, Questão 2: 19-33-67-88-102-113-119-123-01-144-169-173-178-179-189-198-225-48-138-95-150-151-09-02-18-23-27-39-70-82-85-89-97-153-158-90).

O respaldo da gestão é apontado por Assunção (2011) como um aspecto essencial para a execução das tarefas no setor saúde, um fator que desencadeia o sentimento de satisfação no profissional. A ausência de um relacionamento efetivo entre os profissionais e os gestores gera a frustração do trabalhador, pois o gestor cobra por resultados sem saber se há ou não condições para desenvolver o que foi pedido.

Assunção e Jackson Filho (2011) declaram que a carência de retorno, por parte dos gestores, aos profissionais pelos resultados alcançados no serviço, é um obstáculo encontrado por eles para participarem dos processos de tomada de decisão, além de comprometer a relação de cooperação que deve haver entre esse binômio gestores/trabalhadores

No modelo de qualidade de vida no trabalho, proposto por Westley, o aspecto sociológico é destacado como um fator que interfere na qualidade de vida do trabalhador, pois a não participação ativa dos profissionais na elaboração do modo como a tarefa será executada leva ao sentimento de anomia. (SANT'ANNA; KILIMNIK; MORAES, 2011).

6.3 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: PROPOSTAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF

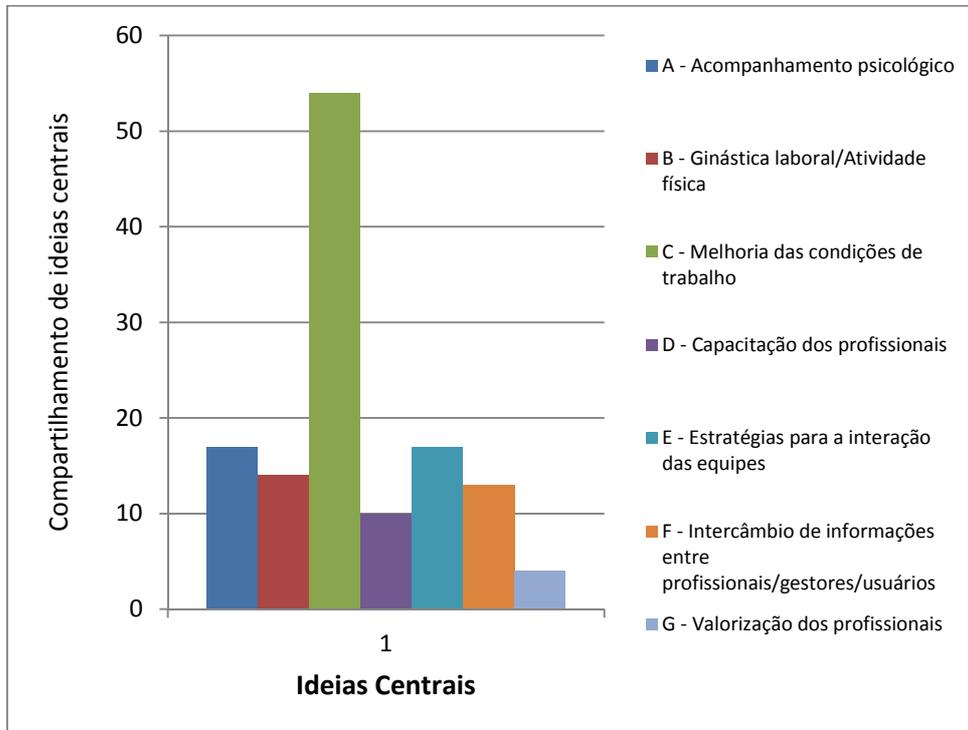
Para atingir o objetivo de identificar, segundo a opinião dos profissionais, ações alternativas possíveis de serem implementadas no contexto laboral, com vistas a impactar na qualidade de vida no trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, foi elaborada a seguinte questão: Você foi convidado a integrar um grupo cuja finalidade é elaborar um projeto para atuar na qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Nesta situação, o que você propõe?

Os profissionais indicaram várias possíveis medidas para atuar na qualidade de vida no trabalho, totalizando 134 expressões-chave como resposta. Com a intenção de facilitar a compreensão e apresentação das propostas, essas expressões foram classificadas em sete categorias, sendo:

- A. Acompanhamento psicológico
- B. Ginástica laboral/ Atividade física
- C. Melhoria das condições de trabalho
- D. Capacitação dos profissionais
- E. Estratégias para interação das equipes
- F. Intercâmbio de informações entre profissionais/gestores/usuários
- G. Valorização dos profissionais

A figura 3 ilustra o compartilhamento das ideias centrais obtidas nos discursos dos profissionais de saúde entrevistados. É importante lembrar que um entrevistado pode contribuir com mais de uma expressão-chave.

Figura 3 - Compartilhamento das ideias centrais referente às propostas obtidas nos discursos dos profissionais de saúde entrevistados, no município de Uberaba/MG, 2014.



Fonte: Os pesquisadores, 2014.

Observa-se que a proposta que apresentou maior compartilhamento foi a da melhoria das condições de trabalho, fato esse que reafirma os resultados obtidos nas questões um e dois, as quais elucidaram a percepção e os aspectos que interferem na qualidade de vida no trabalho, que apontou com 42,75% das ideias centrais as condições de trabalho.

Tabela 2 - Distribuição das ideias centrais referentes às propostas obtidas no discurso dos profissionais de saúde entrevistados, por categoria profissional, no município de Uberaba/MG, 2014.

Ideias Centrais	Categoria Profissional						Total
	Acs	Acd	Dent	Enf	Med	Téc/Aux Enf	
Acompanhamento psicológico	10	1	1	4	0	1	17
Ginástica laboral/ Atividade física	4	2	1	3	1	2	14
Melhoria das condições de trabalho	25	5	4	7	6	11	54
Capacitação dos profissionais	4	0	1	2	1	2	10
Estratégias para interação das equipes	9	2	1	0	4	1	17
Intercâmbio de informações entre profissionais/gestores/usuários	5	0	3	1	4	0	13
Valorização dos profissionais	2	0	0	2	0	0	4

Fonte: Os pesquisadores, 2014.

6.3 1 Categoria A: Acompanhamento psicológico

A proposta apresentada nessa categoria faz referência à necessidade dos profissionais de saúde da ESF de receberem uma atenção psicológica. O intuito é tentar minimizar os efeitos deletérios das atividades laborais na saúde mental dos profissionais. Integram essa categoria 17 expressões-chave.

Eu proponho que a gente tenha um acompanhamento psicológico, isso não existe na estratégia saúde da família. Acho que faz falta, porque a gente lida com saúde, com doença, com as dificuldades da população, e nem tudo a gente consegue resolver, muita coisa fica pendente, você precisa dá uma posição para comunidade, então acaba que você leva isso para casa, vai ficando com aquilo, pensando, angustiada, aí vem a depressão. Além disso, muitas vezes a gente vem trabalhar com problemas, sabemos que quando chega ao trabalho temos que desvincular, mas, tem certos problemas que eles acabam influenciando.

Nós acompanhamos as pessoas e não tem ninguém que acompanha a nossa saúde, eu acho que um apoio psicológico para os profissionais da equipe seria ideal, para a gente expor os nossos problemas, tentar resolver os nossos conflitos, desabafar, lavar a roupa suja, tirar aquele estresse do dia a dia e depois ter um ambiente tranquilo.

Os funcionários estão ficando doentes com falta de paciência, agressivos na fala com os usuários e colegas de trabalho, isso gera conflitos no local de trabalho. Acredito que se tivesse esse tratamento psicológico, não teria tanta gente afastada, ajudaria muito tanto no físico quanto no mental, porque se você estiver bem você trabalha bem. (08-18-56-59-88-119-177-184-222-224-131-150-07-11-20-70-27).

Para que seja prestado um serviço de qualidade aos usuários da ESF, pautado na relação horizontal, com acolhimento, resolutividade, integralidade e humanização do atendimento, faz-se necessário discutir e atuar na saúde mental dos profissionais de saúde. A essência do serviço ofertado é um reflexo direto da organização do processo de trabalho e da possibilidade do profissional poder falar sobre o seu trabalho, ser ouvido, e almejar a mudança das condições nocivas à sua saúde mental (KATSURAYAMA, 2013).

Merece destaque, a preocupação com males advindos do trabalho, entre os quais salienta-se o estresse e a síndrome de *Burnout*, que de acordo com Sala e Pereira (2011) acometem na atualidade uma porção expressiva da população mundial trabalhadora.

A síndrome de *Burnout* é resultado da exposição constante dos profissionais ao estresse, sendo descrito em três dimensões: exaustão emocional, diminuição da realização pessoal no trabalho e despersonalização (SALA; PEREIRA; 2011).

Na fala dos entrevistados ficou caracterizado que os profissionais estão se tornando cada vez mais agressivos e impacientes, tanto com os usuários como com os colegas de trabalho. Tal fala retrata a dimensão despersonalização da Síndrome de *Burnout*, que discorre sobre a insensibilidade emocional dos trabalhadores, refletida na ‘coisificação’ das relações interpessoais no trabalho. O que se observa é o aniquilamento do convívio afetivo com os outros e com trabalho (SALA; PEREIRA; 2011)

Considera-se, diante do exposto, que é de extrema relevância a proposta feita pelos profissionais entrevistados, de que eles necessitam de um acompanhamento psicológico já que, além dos prejuízos à saúde mental do trabalhador, as instituições também sofrem prejuízos financeiros, devido às altas taxas de absenteísmo.

Reitera-se que não foram encontrados na literatura resultados de pesquisas sobre os efeitos do acompanhamento psicológico para a saúde mental dos trabalhadores da ESF. Entretanto, Martellet, Motta e Carpes (2014, p. 651) concluíram em seu estudo a necessidade de “cuidar da saúde de quem cuida”, propondo a elaboração de métodos coletivos ou individuais que se moldem as realidades dos profissionais.

6.3.2 Categoria B: Ginástica laboral/Atividade física

Os profissionais de saúde entrevistados sugeriram que fossem realizadas com as equipes de saúde da família, ações como ginástica laboral, atividades físicas e lazer, com o objetivo de estabelecer um ambiente saudável, harmonioso para o desenvolvimento do trabalho cotidiano, além de contribuir para a saúde física dos profissionais.

O que eu proponho é uma ginástica laboral com fisioterapeuta, uma atividade física, de relaxamento, alongamento, ações de lazer, um ambiente com mais liberdade de convivência. Enfim, desenvolver algo com os profissionais, nem que seja 15 minutos, para movimentar o corpo, descansar um pouquinho e depois você volta para suas atividades normais. A gente fala muito para os pacientes, para eles fazerem uma atividade física e os profissionais de saúde não estão fazendo.

A própria instituição poderia oferecer para os profissionais no início da manhã um relaxamento, alongamento, uma caminhada para fluir bem o dia todo. Porque ficar oito horas em pé, andando, não é fácil, a gente tem muito problema de coluna, varizes, tem que buscar um meio de ficar melhor. (07-11-27-70-179-44-49-138-09-131-224-03-90)

O aumento considerável das doenças relacionadas ao exercício das atividades de trabalho faz com que a ginástica laboral se apresente como um instrumento fundamental na prevenção de distúrbios osteomoleculares associados ao trabalho, como também oferece benefícios psicológicos, sociais, financeiros e organizacionais (MEDEIROS, NOGUEIRA, VILLAR; 2014).

A ginástica laboral pretende conseguir corpo e mente saudáveis, o intuito é proporcionar saúde aos trabalhadores, e assim obter reflexos positivos na qualidade de vida deles. A meta é diminuir e prevenir dores, o absenteísmo, acidentes de trabalho e o cansaço mental (RODRIGUES et al., 2009)

No que tange aos benefícios psicológicos, Medeiros, Nogueira e Villar (2014) apontam: motivação pelo cotidiano de trabalho, progressos no que diz respeito à autoestima e autoimagem, melhor percepção do corpo, prevenção da ansiedade e do estresse, além de aumentar a capacidade de concentração para o desempenho das atividades laborais.

Os profissionais entrevistados propõem a realização de ginástica laboral, atividade física e de relaxamento para alcançarem o bem-estar físico, no que concerne a melhoria das dores musculares, bem como, atingir benefícios sociais, referentes a uma convivência com mais liberdade entre os profissionais da equipe. A esse respeito, Oliveira (2007) afirma que a ginástica laboral exerce influência precisa e eficaz no relacionamento interpessoal dos trabalhadores.

Outro dado importante, é que os benefícios da atividade física laboral não se restringem apenas aos trabalhadores, as empresas também são beneficiadas. Já que, ocorre uma diminuição dos gastos financeiros com assistência médica e acidentes de trabalho, além de ter a produtividade aumentada (OLIVEIRA, 2007).

Diante do exposto, considera-se relevante que essa proposta feita pelos profissionais seja estudada e analisada, para então ser implantada em todas as unidades de ESF, pois

evidencia-se que a ginástica laboral pode ser compreendida como um dispositivo terapêutico para atuar na qualidade de vida do trabalhador.

6.3.3. Categoria C: Melhoria das condições de trabalho

Como esperado, a presente categoria foi a que apresentou maior amplitude e intensidade, sendo composta por 54 expressões-chave, o que corresponde a 40,30% das ideias centrais compartilhadas pelos atores sociais entrevistados.

Tal resultado é condizente com os discursos exibidos anteriormente, pois, os profissionais entrevistados indicaram as condições de trabalho como sendo a principal percepção de qualidade de vida no trabalho e, também, o fator mais influente. Confira a seguir as propostas de melhorias das condições de trabalho elencadas pelos sujeitos coletivos.

Eu proponho melhorar as condições de trabalho. Nossa infraestrutura não é adequada, é precária, o espaço físico é pequeno, quente e falta ventilação, além de não ter lugar para fazer reuniões. Acho que se tivesse um espaço físico maior, o serviço seria mais bem feito. Sugiro, reformar as unidades, ter um ventilador, um lugar para descansar, um local destinado as refeições, uma cozinha com fogão, geladeira e ter também uma biblioteca, onde o profissional possa consultar material de estudo, quando tiver alguma dúvida.

Penso que não deveria faltar profissionais, que o quadro de recursos humanos deveria ser completo. Faria um diagnóstico para saber mais ou menos quantos profissionais precisariam para atender a demanda e depois, contrataria. Pois, está faltando agente de saúde, técnico, é preciso completar as equipes para não sobrecarregar a gente, porque aí, nós iríamos dividir as responsabilidades. Dispor também, de recursos materiais, que não falte nada para a gente trabalhar, ir em busca desses materiais que faltam. Ter equipamentos sofisticados e informatizar o serviço.

A gente precisa de mais transporte para fazer as visitas, porque aqui na zona rural, uma fazenda é longe uma da outra, as estradas podem melhorar também, muita trepidação, buraco, poeira. Proponho uma vigilância maior, quanto a animais soltos, é um dos maiores desafios nossos.

Proponho uma remuneração digna, que seja respeitado o nosso piso salarial. A maioria dos trabalhadores do PSF tem que viver de plantão, 12 horas, depois mais 8 horas, é muito cansativo. O que motiva trabalhador é salário, não adianta falar que não, salário faz com que os funcionários tenham vontade de trabalhar, é um incentivo, um estímulo, uma motivação.

Acho que tinha que ter mais organização, fiscalizar se os projetos estão sendo executados, se as verbas estão sendo utilizadas. Hoje o PSF é visto como um cabide de emprego, tudo quanto é programa, que gera verba para o município, são jogados no PSF, acaba que o PSF não funciona adequadamente, te dando uma frustração muito grande. Precisa das verbas, mas não precisa sobrecarregar, fazem você fazer um monte de serviço e o retorno nunca vem, tudo é pedido em cima da hora, quando a gente precisa recadastrar, é pra ontem, você tem que fazer tudo correndo, isso é o estresse do profissional hoje

Atualmente, seria imprescindível a elaboração de planos de carreira, para que os profissionais pudessem trabalhar com segurança em termos de contratação. Porque todo ano, tem aquela tensão de que o contrato vai vencer, a gente vive instável. Então, seria bom ter uma perspectiva de plano de carreira, encargos e salários, oferecer mais oportunidade para o profissional, ter concurso, estabilidade.

Eu proponho também, desvincular o trabalho dos profissionais de saúde a metas de produtividade, e sim valorizar a qualidade do serviço prestado.

Outra questão, que acredito, é o exame periódico. Os profissionais de saúde não têm feito exames de rotina, muitos estão adoecidos e não estão sabendo, e é algo que nós cobramos dos pacientes, e não fazemos. Se tivesse uma política, um programa, de que no mês do aniversário fosse feito esses exames, ajudaria muito. (01-03-04-15-16-31-32-43-52-55-60-71-72-89-91-99-101-108-113-114-133-140-162-165-166-167-169-171-196-197-219-39-48-127-100-103-217-35-85-95-82-148-151-19-49-56-87-109-168-170-174-158-27-86).

Foram abordadas sugestões que dizem respeito à reestruturação dos recursos humanos e materiais, à melhoria da remuneração e à estabilidade no serviço. Tais propostas são relevantes tendo em vistas as discussões de que a precarização da atividade laboral repercute negativamente na saúde do trabalhador, já abordadas anteriormente.

Segundo Machado e Koster (2011), a Organização Internacional do Trabalho conceitua trabalho precário como sendo a falta de proteção social ao trabalhador e a insegurança do vínculo empregatício. Tal definição está associada à instabilidade social do profissional.

O trabalho decente é sustentado por quatro pilares: o incentivo ao emprego; o emprego com apropriado amparo social; respeito, por parte da instituição, às normas fundamentais e aos direitos dos trabalhadores; e que seja pautado na autonomia para promoção do diálogo social (MACHADO; KOSTER, 2011).

Percebe-se que as propostas elucidadas pelos profissionais entrevistados são voltadas para transformar a atual configuração de trabalho precário, no qual estão inseridos, em um trabalho conceituado como decente.

Outra questão que deve ser considerada ao se discutir a precarização do trabalho, diz respeito às normas de gestão que são alicerçadas na produtividade ou na competitividade, as quais atuam como fontes de angústia e estresse nos trabalhadores de saúde (ASSUNÇÃO; JACKSON FILHO, 2011). Essa temática foi levantada como proposta pelos entrevistados, ao sugerirem desvincular o trabalho e a remuneração das metas de produtividade, pois eles consideram que, ao atrelar a produtividade aos incentivos salariais, a assistência ao usuário fica prejudicada, tendo vista que diante dessa situação o profissional irá dispor de meios para atender um maior número de usuários em menos tempo, observa-se uma tentativa de retomar os métodos tayloristas de produção.

De acordo com os entrevistados, é preciso também dispor de planos de salários, encargos e carreiras, para alcançar a plenitude do trabalho digno. A baixa remuneração é

indicada como a principal razão para os profissionais buscarem por outros vínculos empregatícios.

Para além da precariedade nas condições de atendimento, os profissionais também expressaram sugestões com relação ao planejamento e fiscalização das ações na ESF. Tais recomendações buscam evitar o desempenho das funções sempre às pressas e sobre alta pressão dos gestores, fatores fontes do estresse ocupacional.

No que concerne à infraestrutura das unidades, destaca-se a proposta de se ter bibliotecas nos locais de trabalho. Tal sugestão é relevante, por serem as atividades da ESF pautadas na educação continuada e permanente, e tais locais tendem a contribuir para a consolidação desse processo de aprendizagem no trabalho.

Katsurayama et al. (2013) abordam em seu estudo que os profissionais devem lançar mão de estratégias inovadoras, que superem os vazios existentes nas organizações e as condições de trabalho oferecidas para, assim, responderem a demanda de usuários, tornando o serviço resolutivo.

Como visto o trabalho em saúde somente alcançará sua meta, de prestar uma assistência de qualidade, quando começar a ter iniciativas governamentais, institucional de novos planos e, principalmente investimentos responsáveis nos serviços de saúde (SILVA et al., 2012).

6.3.4 Categoria D: Capacitação dos profissionais

Com 10 expressões-chave, essa categoria indica as propostas referentes à qualificação dos trabalhadores da ESF.

Eu proponho o seguinte, trabalhar a capacitação dos profissionais, para crescer na profissão e a população ser melhor atendida, ficar mais satisfeita. Realizar treinamentos, educações continuadas, educação permanente, sobre: saúde mental, respeito ao paciente, falar de assuntos diferentes, assuntos raros, que não seja gripe, pressão alta, para aumentar o nosso conhecimento. (06-10-20-168-178-23-133-101-103-217)

Camelo e Angerami (2007) constataram em seu estudo, que os profissionais de saúde consideram a formação, fator fundamental para prestar uma assistência de qualidade ao usuário; além disso, reforçam que a capacitação na ESF deve ser contínua.

Os enfermeiros que participaram da pesquisa de Daubermann e Tonete (2012) indicaram como uma intervenção de destaque para melhoria da qualidade de vida no trabalho, a questão da educação permanente em saúde.

Educação permanente em saúde consiste em uma estratégia de aprendizagem significativa. Para que esse processo de ensino seja eficaz, é preciso haver uma reflexão-ação-reflexão das atividades do cotidiano, com o objetivo é evidenciar as necessidades dos profissionais (FIUZA et al., 2012)

Observa-se, que os profissionais manifestaram que os temas abordados nas capacitações são repetitivos, voltadas sempre para os mesmos assuntos. É destacada no discurso a necessidade de abordar tópicos diferentes e atuais para tornar mais atrativos tais momentos de construção de conhecimento.

A literatura indica a educação permanente como o principal modo de melhorar a ESF, uma vez que, ao modificar os processos educativos, os profissionais são instrumentalizados para promover a saúde integral da população (FIUZA et al., 2012). A PNH também apoia as ações de formação nos locais de trabalho, embasado na metodologia do “aprender fazendo com e no próprio trabalho” (BARROS, SANTOS-FILHO, 2011 p. 132).

Assim, a PNH propõe o Programa de Formação em Saúde e Trabalho, que tem o objetivo de proporcionar espaços de ensino alicerçados no diálogo constante entre os múltiplos trabalhadores de saúde. Tal programa pretende fomentar no SUS um trabalho mais sadio, já que esses encontros coletivos oportunizam a reflexão frente às situações que angustiam e adoecem os trabalhadores (BRASIL, 2011).

6.3.5. Categoria E: Estratégias para interação das equipes

São agrupadas na presente categoria, as ideias centrais que enfocam o estabelecimento de táticas para integrar as equipes de saúde da família.

O que eu proponho, é trabalhar em equipe, a união, o respeito da equipe é muito importante, não adianta você ter tudo no lugar, se você não tem uma equipe boa. Uma melhor interação da equipe, todo mundo participar das atividades, que as equipes façam reuniões apontem quais são os problemas, ter um momento só nosso para a conversar, discutir e propor alternativas. Pois, aqui, é cada um por si, é um querendo tomar conta da vida do outro, muita fofoca, problemas de relacionamento, e se tiver algum problema, algum desentendimento, não funciona, o resultado no final não é o melhor.

É isso fazer um grupo sem ter essa de área, não deveria existir divisões, porque na estratégia de saúde da família sempre tem, equipe tal, equipe tal, deveria ser uma só, para tentar fazer o máximo para o usuário, independentemente de área, é unir os bairros, não separar os bairros. Cada um saber a sua função dentro da equipe, para não ter conflitos, isso melhoraria muito o atendimento para o usuário (02-19-63-73-78-129-130-173-188-225-209-210-131-149-102-178-219)

Silva, Peixoto e Nóbrega (2013) relatam em seu estudo a experiência vivenciada na realização de “grupos de encontros” com os trabalhadores da ESF. Esses “grupos de

encontros” consistem em um espaço, no qual uma vez ao mês os profissionais tem a oportunidade de compartilhar suas práticas, dificuldades encontradas no trabalho, bem como assuntos da vida de forma global.

O grupo feito por esses estudiosos foi intitulado de “Cuidado do Trabalhador em Saúde”, os resultados alcançados foram positivos. Foi observado que a criação dos “grupos de encontros” contribuiu para vencer os múltiplos conflitos experimentados no processo de trabalho em saúde, para diminuir os sofrimentos oriundos das relações de trabalho e atuar na promoção da saúde dos profissionais (SILVA, PEIXOTO, NÓBREGA; 2013).

A proposta apresentada pelos profissionais entrevistados corrobora com Silva, Peixoto, Nóbrega (2013) ao buscar por meio do diálogo uma melhor interação de todos os integrantes da equipe.

Marsiglia (2011) afirma que as tecnologias leves são fundamentais para o trabalho em saúde, entretanto exigem dos profissionais a inclusão da sua subjetividade, fato que pode ser nocivo para a saúde mental dos trabalhadores, tendo em vista que na ESF é preciso trabalhar coletivamente. Por isso, é de suma importância considerar a proposta apontada pelos sujeitos entrevistados, de se criar espaços e estratégias que incitem as relações sadias de trabalho, com o intuito de minimizar os efeitos deletérios que essas podem desencadear nos trabalhadores.

Um ponto controverso que é apontado nesse discurso é a questão de se unificar o atendimento ao usuário independente da área de abrangência da ESF. Os profissionais expressam que a divisão por bairros, em algumas situações, geram ocasiões indesejadas aos usuários, pois quando o usuário procura atendimento, e a equipe correspondente a sua área está ocupada ou não se encontra no local, não há por parte das demais equipes uma preocupação em acolher e tentar solucionar o problema do usuário.

Os pesquisadores desse estudo compreendem que não é a divisão por áreas que ocasiona essa circunstância, mas sim, a falta de comprometimento e responsabilidade de alguns profissionais para que o serviço se configure de modo integral. Tendo em vista que ESF é pautada nos princípios de universalidade e integralidade para à assistência ao usuário.

6.3.6 Categoria F: Intercâmbio de informações entre os profissionais/gestores/usuário

As expressões-chave encontradas nesse discurso enfocam as propostas, que tem o objetivo de estabelecer relações de corresponsabilidade entre os protagonistas dos processos de saúde.

A proposta que tenho é desenvolver um intercâmbio melhor entre o funcionário, a própria secretária e o usuário, porque fica assim o usuário aqui, o profissional ali, a gestão ali, tudo separado teria que funcionar como uma rede.

Dar voz ao profissional, saber o que ele precisa, nós profissionais também temos que ser acolhidos. Hoje tem projetos do tipo roda de conversa, colegiado gestor, onde cada unidade participa do planejamento das ações, existe um termo que diz, planeja quem executa, quem está na ponta é que tem condições de saber o que necessita, então eu proponho que seja feita essa coparticipação. Uma gestão plena da unidade, sair do município e ter um gestor da unidade, responsável por organizar o serviço de acordo com as nossas necessidades, identificar os pontos críticos, nossas metas, tudo baseado em uma pesquisa de campo.

Às vezes, a gente se sente isolado, não tem uma visita, uma orientação, a gente se sente meio longe do pessoal que comanda, se sente como se diz, jogado a deus dará. Eu acho que uma coisa fundamental seria uma maior aproximação do pessoal da secretária de saúde com seus funcionários. O trabalhador envolvido no planejamento vai ter uma melhor qualidade de vida, ele não vai receber simplesmente ordens de cima para baixo.

Além disso, ter um projeto de conscientização e divulgação do que é o programa saúde da família para população. Muitos usuários não entendem que o PSF não é um pronto atendimento, eles acham que o atendimento tem que ser naquela hora, naquele minuto, mas não é assim. Proponho reunir mais os profissionais de saúde com a comunidade, convidar mais a população a participar das atividades, isso ajudaria muito divulgar o nosso trabalho. Convidar os usuários para os conselhos locais de saúde, discutir as questões de saúde, a população ainda participa muito pouco, por mais que a gente convida eles não participam. Eles também não têm estímulo, para participar, porque eles pensam: -Vai lá fala, fala e não acontece nada. (68-97-98-123-134-142-144—174-189-198-226-19-217).

Santos-Filho (2007) afirma que a informação deve ser valorizada e embasada no seu potencial de incitar os sujeitos para objetivos comuns, além de reprimir a alienação dos profissionais, conforme propicia a reflexão do seu processo de trabalho, sendo adotada como rumo para ponderar as ações e resultados do trabalho. Desse modo, o acesso à informação tem a capacidade de impulsionar a autonomia e o protagonismo dos atores sociais, sendo fundamental a efetiva comunicação entre trabalhadores, gestores e usuários.

A proposta apresentada pelos profissionais entrevistados corrobora com os princípios assinalados na PNH, que traça um método de trabalho que intima os gestores e trabalhadores na direção da formação de autonomia e da corresponsabilidade, com a intenção de estimular novos modos de conceber e coordenar o trabalho em saúde (BARROS; SANTOS-FILHO, 2011).

A PNH propõe um modelo de gestão aglutinado no trabalho em equipe, na edificação coletiva das ações de saúde e em colegiados que assegurem as decisões e avaliações comunitárias (BRASIL, 2009). O exposto na fala dos profissionais de que “*planeja quem executa*” é encontrado tal qual no texto Brasil (2009) que aborda as questões referentes à gestão participativa, fato que reforça que essa ideia é compartilhada pelos atores sociais da saúde.

O tema colegiado gestor é abordado pelos profissionais entrevistados, os colegiados consistem em ambientes coletivos, nos quais gestores, profissionais e usuários arquitetam discussões e sustentam decisões relacionadas ao seu cotidiano de trabalho (BRASIL, 2009).

Segundo, Brasil (2009) o colegiado gestor das unidades de saúde tem as funções de operar no processo de trabalho da unidade; incumbir os envolvidos; recepcionar e conduzir as demandas dos usuários; criar e avaliar os indicadores; sugerir e elaborar propostas; e produzir estratégias para a inclusão de todos os componentes e equipes do serviço. Esse colegiado é formado por representantes das equipes de atenção básica/saúde da família, considerando trabalhadores dos níveis superior, médio e básica.

O conteúdo roda de conversa, também é manifestado no discurso dos sujeitos entrevistados. Para Campos (2000), o método Paidéia ou da Roda é um modo de confirmar a cogestão nos serviços de saúde, de “ampliar a capacidade de direção dos grupos aumentando sua capacidade de analisar e operar sobre o mundo. O método apoia, de modo simultâneo, a elaboração e implementação de projetos e a construção de sujeitos e de coletivos organizados” (p.185).

Além das propostas relacionadas às inovações para modo de gestão dos serviços, como colegiado gestor e roda de conversar, os profissionais também levantaram o problema de que os usuários dos serviços não conhecem claramente quais as funções da ESF. É sugerido então, um projeto de conscientização e divulgação do que de fato são as atividades desenvolvidas na ESF.

Os resultados encontrados no estudo de Lima et al. (2014a) apontam que a falta de entendimento da população, quanto aos serviços oferecidos pela ESF, contribui para a insatisfação dos profissionais.

Outro assunto debatido pelos entrevistados, diz respeito à participação da população nos conselhos locais de saúde, essa é apontada como sendo fraca e de pouca representatividade. Os fatores indicados pelos profissionais para essa ausência nos conselhos são: a falta de estímulo e sensação de que a participação não ocasionará mudanças na realidade vivenciada.

Entretanto, o estudo de Bezerra, Costa e Oliveira (2014) constatou uma falta de entusiasmo por parte dos profissionais em participar do conselho local de saúde, fato que não foi observado no segmento de representantes da sociedade civil, estes exprimiram uma motivação pessoal, demonstravam estar satisfeitos em poder representar a comunidade nos espaços de tomada de decisões.

Para incitar a participação da população nos conselhos locais, foram apontadas as seguintes estratégias: divulgação do local e datas dos encontros, agendar reuniões extraordinárias para abordar assuntos levantados pela comunidade, abordar temas de interesse e relevância, procurar solucionar os problemas salientados pela população e tornar visível as atividades desempenhadas pelos conselhos (BEZERRA; COSTA; OLIVEIRA; 2014).

6.3.7 Categoria G: Valorização do profissional

Brand, Antunes e Fontana (2010) destacam que todo trabalhador, independente da área de atuação, aspira pela valorização do seu trabalho, seja por parte dos profissionais, gestores ou usuários do serviço. Referem que esse reconhecimento contribui de modo significativo para a qualidade da assistência, bem como a desvalorização gera a insatisfação com o trabalho.

Elaborado a partir de quatro expressões-chave, o discurso a seguir sugere a valorização dos profissionais, como uma ação que irá contribuir para melhorar a qualidade de vida no trabalho dos trabalhadores em saúde.

Na minha opinião, a proposta seria valorizar, respeitar e reconhecer os profissionais pelo trabalho prestado. Nós somos muito maltratados, desvalorizados, desrespeitados, muito cobrados, só cobrança, a gente não tem tanto valor, isso faz com que a gente fique desanimado. Hoje em dia a maioria dos profissionais estão indo para o psicólogo, psiquiatra, porque a questão financeira ajuda, mas precisa da valorização. (102-109-223-04).

Barros e Santos-Filho (2011) afirmam que os trabalhadores almejam por recompensas, não somente financeiras, eles buscam consideração, o admirar do outro ao seu serviço é fundamental para a obtenção de saúde no trabalho.

É importante, que haja também, o reconhecimento do trabalho dentro da própria equipe, porque são essas pessoas que compartilham os problemas cotidianos advindos do processo de trabalho, as peculiaridades e as necessidades da comunidade. (MARTELLET; MOTTA; CARPES, 2014).

A PNH se sustenta em alguns princípios, como a corresponsabilização nos processos de trabalho, autonomia e protagonismo dos atores sociais. Com base nesses princípios foram estabelecidas diretrizes para enfatizar que, os locais de produção de saúde devem ser ambientes de valorização dos trabalhadores (BARROS, SANTOS-FILHO, 2011).

Para difundir essa estratégia de valorizar os profissionais de saúde, a PNH sinaliza que é necessário inclui-los nos processos de discussão e tomada de decisão, bem como motivá-los e estimular o autodesenvolvimento e ascensão profissional (BRASIL, 2004).

As expressões-chave encontradas evidenciam a necessidade que os trabalhadores têm de se sentirem importantes para instituição na qual trabalham. Destacam que é supervalorizado as cobranças e exigências, porém os elogios e a retroalimentação do serviço prestado ocorrem de modo precário.

É possível observar também que tal temática atuou de modo transversal nas categorias apresentadas, pois o reconhecimento do trabalhador em saúde perpassa pelos campos da satisfação, bem-estar, condições de trabalho e relações interpessoais. A organização harmônica desses campos irá refletir no trabalho dos profissionais, assegurar sua valorização e proporcionar uma assistência de qualidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a percepção dos profissionais sobre qualidade de vida no trabalho, foi possível perceber que eles não conseguiram expressar uma definição concreta. E diante dessa dificuldade de conceituação, os entrevistados adotaram como estratégia de resposta, elucidar as experiências vivenciadas no ambiente laboral e os fatores que influenciam na qualidade de vida no trabalho.

Tal contratempo para alcançar a percepção dos profissionais pode ser embasado no fato da própria literatura científica não expor um consenso de significado ao termo em destaque.

Perante os resultados encontrados, é possível considerar que os significados conferidos a qualidade de vida no trabalho, pelos profissionais de saúde da ESF, perpassam tanto pelos aspectos subjetivos, do gostar da profissão e sentir-se bem no trabalho, como também pelos quesitos das condições de trabalho e dos relacionamentos oriundos da atividade laboral.

Os discursos que abordam as questões referentes à essência dos trabalhadores, enfocam que exercer a profissão com amor, dedicação e comprometimento são aspectos que favorecem satisfação no trabalho. É frisado também, que a saúde física, mental e emocional, associado ao bem-estar no ambiente laboral, contribui de modo significativo para a completa qualidade de vida do trabalhador.

Os sentimentos de frustração, frente a não resolubilidade dos problemas da comunidade, assim como, a resistência em desprender-se dos acontecimentos vividos no cotidiano de trabalho, foram revelados pelos profissionais da ESF como fatores que desencadeiam consequências negativas em sua qualidade de vida no trabalho.

Cabe destacar que a representação social que estava mais compartilhada no cenário estudado, diz respeito à percepção de qualidade de vida no trabalho relacionada ao contexto organizacional. Com 121 expressões-chave, as questões referentes às condições de trabalho foram as mais expressivas, seguida pelas relações interpessoais no trabalho, com 72 expressões-chave.

Condições de trabalho abarcam: estrutura física inadequada, recursos humanos e materiais insuficientes, excesso de demanda, estresse ocupacional, jornada de trabalho extensa, baixa remuneração, contratos precários de trabalho, segurança no trabalho e ausência/ insuficiência de transporte.

Sobre a infraestrutura das unidades de ESF, os profissionais relataram que essa era imprópria para o trabalho. Elucidaram que a iluminação e ventilação eram insuficientes para

prestar um atendimento preciso, foi indicado também à ausência de sala de reuniões, ou que essas eram pequenas para acomodar os profissionais e usuários para a realização dos grupos.

Foi assinalado que os recursos humanos disponíveis não estão sendo suficientes para atender a demanda das unidades, e que diante de tal circunstância os profissionais estão ficando sobrecarregados, como também, frustrados por não terem condições de oferecer uma assistência de qualidade.

O déficit de recursos materiais e os equipamentos com defeito foi outra barreira levantada pelos entrevistados que ocasiona repercussões negativas para os usuários, bem como, gera o desgaste dos profissionais.

Diante desse cenário de condições oferecidas, os profissionais não conseguem suprir a necessidade de atendimento requerida pelos usuários. Soma-se a essa situação, as pressões advindas da gestão, no que concerne a produtividade, ao se fazer muitas tarefas em menos tempo. Essa junção de cobranças tem desencadeado o estresse nos sujeitos entrevistados.

Esse estresse é agravado pela longa jornada de trabalho, que na ESF é de oito horas. Porém, foi apontado que os profissionais realizam plantões de 12 horas, para complementar o salário. Essa combinação favorece ao adoecimento do trabalhador, além de facilitar a ocorrência de acidentes de trabalho e eventos adversos.

Os contratados de trabalho foram definidos como precários. Os profissionais se sentem vulneráveis, pois não possuem estabilidade no emprego. Relatam que todo ano afloram os sentimentos de incerteza e insegurança, no que concerne continuar ou não no trabalho, e que tais sentimentos prejudicam o alcance da qualidade de vida no trabalho satisfatória e o investimento em qualificações para a profissão.

Foi feita alusão à segurança dos profissionais durante a realização das visitas domiciliares, salientado que no exercício dessa função os trabalhadores ficam expostos a situações de violência e agressividade.

Como os profissionais da zona rural também contribuíram com expressões-chave para elaboração dos discursos, a questão da ausência ou inadequação dos meios de transporte foram abordados. Cabe destacar essa circunstância prejudica o funcionamento efetivo das equipes de saúde da família, tendo em vista que as visitas domiciliares são feitas com menos frequência nessas áreas.

Os achados sinalizam que a relações firmadas nos espaços de trabalho, operam de modo considerável nos indicadores de qualidade de vida no trabalho. Perante isso, foi identificado nos relatos dos entrevistados que essas relações se desenvolvem entre: profissional/profissional, profissional/usuários, profissional/gestor.

No diz respeito às relações profissional/profissional, foi destacado a importância do bom relacionamento entre a equipe para o sucesso das ações no trabalho. A falta de harmonia entre os colegas de trabalho é responsável por desestimular os profissionais, além de ser indicado como um preditor para o estresse ocupacional e afastamentos.

A acolhida dos profissionais pela população é sinalizada como fundamental para se ter uma boa qualidade de vida no trabalho, entretanto as condições de trabalho insuficientes as quais os profissionais atuam, tencionam essa relação. É referido que os usuários não compreendem que o profissional, às vezes, tem limitações para desempenhar seu trabalho, e diante de circunstâncias assim, o usuário torna-se agressivo e faz reclamações na ouvidora.

Reconhece-se o papel importante da ouvidora para a o monitoramento dos serviços de saúde, porém os profissionais mencionam que há reclamações infundadas e que essas não são averiguadas e logo transferidas para gerência, fato esse que intervém na qualidade de vida no trabalho.

Já o relacionamento com os gestores é apontado como distante, sendo observado na fala dos profissionais o desejo para que a gestão conheça a realidade das unidades, o modo como trabalho é executado, para então avaliar o serviço. Essa falta de respaldo restringe a autonomia do profissional, fato que leva a insatisfação e frustração.

Em suma, os profissionais entrevistados reconhecem a influência tanto dos fatores intrínsecos como dos fatores extrínsecos a qualidade de vida no trabalho. Mas, é interesse ressaltar que os discursos com maior amplitude e intensidade fazem alusão ao contexto organizacional.

Tal resultado sinaliza a necessidade das instituições avaliarem as condições de trabalho que estão ofertando, tendo vista que investimentos com a intenção de melhorar a qualidade de vida no trabalho dos profissionais refletirão na qualidade da assistência, na satisfação do usuário, como também irá diminuir o absenteísmo, os casos de acidente de trabalho e de eventos adversos.

Indagados sobre propostas para atuar na qualidade de vida no trabalho, os profissionais entrevistados levantaram os seguintes temas: Acompanhamento psicológico, ginástica laboral/atividade física, melhoria das condições de trabalho, capacitação dos profissionais, estratégias para interação das equipes, não apresentaram propostas, intercâmbio de informações entre profissionais/gestores/usuários e valorizar os profissionais.

Observa-se que os profissionais estão preocupados com sua saúde mental, levantaram a necessidade de serem acompanhados por psicólogos. Referem que precisam aprender a lidar

com os problemas do trabalho, para não adoecerem. São visíveis no discurso dos entrevistados alguns sinais de exaustão e despersonalização.

A ginástica laboral foi apontada como o caminho para aliviar as tensões e permitir momentos de relaxamento na conjuntura estressante do trabalho. Além oferecer benefícios físicos, os profissionais indicaram que tais momentos podem favorecer as relações interpessoais firmadas no ambiente laboral.

Conforme esperado, a categoria que apresentou maior amplitude e intensidade nessa questão foi às propostas referentes às melhorias das condições de trabalho, com 54 expressões-chave. Foram elencados novamente os temas: recursos materiais e humanos, infraestrutura, carga horária, remuneração, planos de carreira e ações de planejamento.

Destacam-se as seguintes sugestões: as unidades comportarem um ambiente destinado ao estudo, como exemplo ter uma biblioteca no local de trabalho, que os projetos implantados na ESF sejam fiscalizados, que haja uma equidade salarial condizente com o trabalho exercido para diminuir a necessidade de longas jornadas de trabalho, que sejam fornecidos os materiais necessários ao atendimento, como também profissionais em quantitativo adequado.

A qualificação dos profissionais é uma ação considerada como crucial para uma assistência segura e de qualidade. Dispositivos como a educação permanente e continuada foram assinalados, entretendo os sujeitos entrevistados recomendaram que fossem discutidos temas novos, pois, o que se vê na prática é que sempre os mesmos temas são abordados, fato que desestimula a participação da equipe nesses momentos de formação de conhecimentos.

Foi salientada a necessidade de dispor de estratégias para garantir a melhor interação das equipes. A proposta versa sobre a criação de grupos, nos quais possam ser discutidos os assuntos referentes ao processo de trabalho, exposto as dificuldades e em conjunto elaborados soluções.

A questão da regionalização foi apontada como prejudicial ao atendimento do usuário. Entretanto, ao inferir sobre o discurso emergiu o fato de que não é a divisão por áreas que afeta a integralidade da assistência, é a ausência de comprometido e responsabilização de alguns profissionais para com os preceitos da ESF, de integralidade e universalização.

Um intercâmbio de informações entre profissionais, usuários e gestores é uma sugestão que tem a intenção estabelecer relações horizontais entre os protagonistas do setor saúde. Foi levantado os benefícios da cogestão e dos colegiados gestores para o desenvolver pleno do trabalho, bem como destacado a importância dos conselhos locais e ausência de participação da população nesse espaço de controle social.

Conscientizar a população sobre quais serviços são oferecidos pela ESF, irá contribuir para que a rede de saúde funcione de modo, mas eficaz, assim como, valorizará as atividades de promoção e prevenção executadas na atenção básica.

A valorização do profissional, no que tange oferecer retroalimentações positivas às ações feitas, foi indicada como essencial para uma qualidade de vida no trabalho satisfatória.

Ao conhecer as propostas dos profissionais entrevistados é possível observar que a maioria são sugestões possíveis de ser atendido. O que indica que para melhorar a qualidade de vida do trabalhador não são necessários investimentos financeiros estrondosos, pequenas mudanças de atitude e instalação de tecnologias leve e leve dura adequadas, ocasionariam bons resultados tanto para instituição como para os profissionais e usuários.

Diante da realização dessa pesquisa, é possível perceber que qualidade de vida no trabalho é algo subjetivo, que engloba a essência de cada um, o modo como cada sujeito absorve e transmite as experiências vividas no ambiente laboral, é influenciada de modo significativo pela trama política das instituições, e tem o poder de afetar os objetivos organizacionais e a qualidade do atendimento.

Como limitações desse estudo, pode-se apontar o fato das entrevistas terem sido feitas nos locais de trabalho, pois é sabido que tal situação pode vir a coibir o surgimento de temáticas polêmicas. Outra limitação versa sobre a delimitação da população somente ao município estudado, circunstância que não permite generalizações.

Enfim, para avançar nos conhecimentos referentes à qualidade de vida no trabalho dos profissionais é preciso investir em pesquisas que tenham como objetivo alcançar o íntimo dos trabalhadores, no intuito de absorver o que eles assimilam da temática. Recomenda-se também dispor de investigações que tenham a intenção de conhecer o que os usuários compreendem por qualidade de vida no trabalho do profissional de saúde, tal abordagem seria interessante pelo fato dos profissionais terem referido que os usuários, às vezes, não compreendem a face, e dificuldades vividas pelos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Everton Fernando. Qualidade de vida no trabalho: indicadores e instrumentos e medida. **Diálogos e Saberes**. v.6, n. 1, p. 77-87, 2010.
- ARAÚJO, Gisélia Alves; SOARES, Maria Julia Guimarães Oliveira; HENRIQUES, Maria Emília Romero de Miranda. Qualidade de vida: percepção de enfermeiros numa abordagem qualitativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 11, n.3, p. 635-641, 2009.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. In: GOMEZ, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. 1 Ed. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2011. cap.21, p. 453-478.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila; FILHO, José Marçal Jackson. Transformações do Trabalho no Setor Saúde e Condições para Cuidar. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara. **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. 22. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. cap. 2, p. 45-66.
- AZAMBUJA, Eliana et al. Significado do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2007.
- BARROS, Maria Elizabeth Barros de; SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa de. O Trabalho em Saúde nos Referenciais da Política Nacional de Humanização: construindo uma metodologia de análise e intervenção. In: GOMEZ, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. 1 Ed. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2011. cap.5, p. 123-142.
- BERTOCINI, Judite Hennemann; PIRES, Denise Elvira Pires de; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Condições de Trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.157-173, 2011.
- BESERRA, Francisca de Melo et al. Significado do trabalho para profissionais de enfermagem no hospital geral. **Avances em Enfermería**, v. 28, n.2, p. 31-39, 2010.
- BESSA, Maria Eliana Peixoto et al. Riscos ocupacionais do enfermeiro atuante na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 644-649, 2010.
- BEZERRA, Lidice Salles Correia; COSTA, Francisca Bertilia Chaves; OLIVEIRA, Célida Juliana de. Participação Popular: a visão do conselho local de saúde do Centro de Saúde da Família Carlos Ribeiro. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.19, n. 2, p.236-213, 2013.
- BRAND, Cátia Inácia; ANTUNES, Raquel Martins; FONTANA, Rosane Teresinha. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 40-47, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal; Título VIII. Da Ordem Social. Seção II. Da Saúde. Art. 196-200, 2002.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília (DF), p. 018055, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas de Promoção da Saúde**. Brasília: Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde, 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Gestão participativa e Cogestão**. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Programa de formação em saúde do trabalhador**. Brasília. Ministério da Saúde, 2011.

CAMELO, Silvia Helena Henriques, ANGERAMI, Emília Luigi Saporiti. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.502-507, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: Hucitec, São Paulo, 2000.

CHIODI, Mônica Bonagamba; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Revisão Bibliográfica. **Acta Paul. Enferm.**, v.19, n.2, p.212-217, 2006.

COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences** (2nd Edition). Lawrence Earlbaum Associates, 1988.

COSTA, Elisa Maria Amorim; CARNOBE, Maria Herminda. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**: Editora Rubio, 2009.

DAUBERMANN, Daiane Corrêa; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. **Acta Paulista Enferm.** v.25, n.2, p. 277-83, 2012.

DESLANDES, Suely F.. Análise dos discursos oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DOURADO, Débora Coutinho Paschoal; CARVALHO, Cristina Amélia. Controle do homem no trabalho ou qualidade de vida no trabalho? **Cadernos EBAPE. BR**, v.4, n. 4, p.1-15, 2006.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; MAMEDE, Marli Villela; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. Opções Teórico-Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde Soc.**, v. 18, n. 4, p. 620-626, 2009.

EL- AGUIAR, Walid Abbas; SOUZA, Washington José de. Com Músicos, com Qualidade e com Vida: Contribuições Teórico-Metodológicas aos Estudos em Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).In: **Enanpad.Anais_Atibaia:Anpad**, 2003.

FERNANDES, Eda Conte. **Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar**. 2 ed. Salvador: Casa da qualidade, 1996.

FERNANDES, Janielle Silva et al. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.2, p. 404-412, 2012.

FERREIRA, Rodrigo et al. Concepção e implantação de um programa de qualidade de vida no trabalho no setor público: o papel estratégico dos gestores. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo**. v.44, n.2, p.147-157, 2006.

FIGUEIREDO, Marília Z. A.; CHIARI, Brasília M.; GOULART, Bárbara N. G.. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrb Comun.**, v. 25, n. 1, p. 129-136, 2013.

FIUZA, Tatiana Monteiro et al. Necessidades educacionais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF): possibilidades de educação em saúde no município de Fortaleza (CE). **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Florianópolis, v. 24, n. 7, p. 139-146.

FLECK, M. P. A.; LOUSADA ,S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da Qualidade de vida WHOQOL-BREF. **Rev Saúde Pública**, v. 34, p. 178-83, 2000.
FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n.2, p. 151-163, 2012.

GESSNER, Cyntia Leila Stiz et al. Qualidade de vida de equipes de saúde da família no sul do Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 15, n.3, p. 30-37, 2013.

GOULART, Iris Barbosa; SAMAPAI, Jäder dos Reis. Qualidade de vida no trabalho: uma análise da experiência de empresas brasileiras. In: SAMPAIO, Jäder dos Reis. **Qualidade de vida no trabalho e psicologia social**. 2 ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004. cap. 1.

HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. R, Future of job redesign research. **Journal of organizational behavior**, v. 31,p. 463-479, 2010.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Assistência Médica Sanitária 2009:** População. IBGE: Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2009:** População. IBGE: Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

JODELET, Denise. Les Représentations Sociales. Presses Universitaires de France, 1989 apud SPINK, Mary Jane. **O conhecimento no cotidiano. As representações sociais na perspectiva da psicologia social.** Editora Brasiliense, 1993.

JUNIOR, Annor da Silva et.al. Qualidade de vida no trabalho e níveis hierárquicos. **PRETEXTO**, v. 13, n.1, p. 154-178, 2012.

KATSURAYAMA, Marilise et al. Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.21, n. 4, p. 414-419, 2013.

KUROGI, Marcia Sumire. Qualidade de vida no trabalho e suas diversas abordagens. **Revista de Ciências Gerenciais.** v.12, n.16, p. 49-62, 2008.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. Discurso do Sujeito Coletivo: Representações Sociais e Intervenções Comunicativas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 2, p. 502-507, 2014.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria. **Pesquisa de Representação Social: Um enfoque qualiquantitativo.** 2 Ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2012, 224 p.

LEITE, Denise Fernandes; NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campo. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 507-525, 2014.

LEVEFRE, Fernando; LEVEFRE, Ana Maria Cavalcanti. O sujeito coletivo que fala. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n. 20, p. 517-524, 2006.

LIMA, Cássio de Almeida et al. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. Bioét.**, v. 22, n. 1, p. 152-160, 2014b.

LIMA, Letícia de et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p.17-24, 2014 a.

MACHADO, Maria Helena; KOSTER, Isabella. Emprego e Trabalho em Saúde no Brasil: as políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara. **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.** 22. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, cap. 9, p.195-213.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Prefácio. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara. **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. 22. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, p.9-13.

MARTELLET, Eloísa Cerutti; MOTTA, Roberta Fin; CARPES, Adriana Dornelles. A saúde mental dos profissionais de saúde e o programa de educação pelo trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p. 637-354, 2014.

MARX, Karl. **O capital – Livro: Civilização Brasileira**, Rio de Janeiro, v. 1, 2001.

MEDEIROS, Jássio Pereira de; OLIVEIRA, José Arimatés de. Qualidade de Vida no Trabalho: proposta de um instrumento síntese de medida. In: SANT'ANNA, Anderson de Souza; KILIMNIK, Zélia Miranda. (Orgs.) **Qualidade de vida no trabalho: abordagens e fundamentos**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. Cap.7, p. 113-139.

MEDEIROS, Maíra Lima; NOGUEIRA, Mariane Santos; VILLAR, Acácia de Castro. Benefícios da aplicação de um programa de ginástica laboral à saúde de trabalhadores. **Revista Faculdade Montes Belos**, v.7, n. 1, p.1-15, 2014.

MERHY, Emerson Elias, FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação do Profissional em Saúde**. p. 276-282, 2006.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**: Hucitec, São Paulo, 2002.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWEKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, Ana Cristina Souza; GOMBERG, Estélio. **Leituras de novas tecnologias e saúde**. 1. Ed. Bahia: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde e Debate**. v.27, n. 65, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 Ed. São Paulo: Hucitec, 2008, 407 p.

MORAES, Lúcia Flávio Renaut de; KILIMNIK, Zélia Miranda. **Comprometimento organizacional, qualidade de vida e stress no trabalho: uma abordagem de diagnóstico comparativo**. Belo Horizonte: UFMG, 1994.

MORIN, Estelle M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**. v.41, n. 3, p. 8-19, 2001.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, M. S. B. S. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 19, n. 55, p. 180-6, 2004

NAVARRO, Vera Lucia; PADILHA, Valquíria. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**. v. 19, n. 1, p. 14-20, 2007.

OLIVEIRA, João Ricardo Gabriel de. A importância da Ginástica Laboral na prevenção de doenças ocupacionais. **Revista de Educação Física**, n.139, p. 40-49, 2007.

PAULA, Regiane de et al . Por que os pacientes de tuberculose procuram as unidades de urgência e emergência para serem diagnosticados: um estudo de representação social. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 17, n. 3, 2014 .

PIRES, Denise Elvira Pires de; LORENZETTI, Jorge; GELBEKE, Francine Lima. Enfermagem: condições de trabalho para um fazer responsável. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM 62°. **Anais - Cben**, Florianópolis, 2010.

PIZZOLATO, Bruna Pinarello; MOURA, Gilnei Luiz de; SILVA, Andressa Hennig. Qualidade de vida no trabalho: uma discussão sobre os modelos teóricos. **Contribuciones a la Economía**, 2013. Disponível em: <www.eumed.net/ce/2013/qualidade-vida-trabalho.htm> Acesso em: 22 set. 2014.

RIBEIRO, Cibele Arrieiro de Oliveira; CAMPOS, Leonor Natividade de Medeiros. Qualidade de vida no trabalho. **Revista Tecer**, v. 2, n. 2, p. 28-39, 2009.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n.2, p.253-261, 2009.

RODRIGUES, Fernando Sambugari et al. Análise da eficácia de um programa de cinesioterapia/ginástica labora. **Revista Fapciência**, Paraná, v.3, n.5, p. 53-64, 2009.

SALA, Arnaldo; PEREIRA, Stella Maris de Castro Pipinis. O Trabalho no Setor hospitalar: adoecimentos e afastamentos por motivos de saúde. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara. **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. 22. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. cap. 7, p. 151-172.

SAMPAIO, Jáder dos Reis. **Qualidade de vida no trabalho e psicologia social**. 2 ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.

SAMPAIO, Jáder dos Reis. Qualidade de vida no trabalho: perspectivas e desafios atuais. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v.12, n. 1, p. 121-136, 2012.

SANT'ANNA, Anderson de Souza; KILIMNIK, Zélia Miranda; MORAES, Lúcio Flávio Renault de. Antecedentes, origens e evolução do movimento em torno da Qualidade de Vida no Trabalho. In: SANT'ANNA, Anderson de Souza; KILIMNIK, Zélia Miranda. (Orgs.) **Qualidade de vida no trabalho: abordagens e fundamentos**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. Cap.1, p. 3-30.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**. v.10, n.1, p.33-53, 2001.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Indicadores de valorização do trabalho e trabalhadores da saúde: construindo o conceito de valorização a partir de uma perspectiva analítica. In: SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007, p.143-71.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface- Comunic., Saúde, Educa.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66, 2005.

SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Qualidade de vida no trabalho: avaliação da produção científica na enfermagem brasileira. **Acta Paul. Enferm.**, v. 21, n.2, p. 330-337, 2008.

SECLLEN, Juan; FERNANDES, Afra Suassuna. Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. **Organização Pan- Americana da Saúde**, p. 1-122, 2004.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA, Cleide Aparecida; FERREIRA, Maria Cristina. Dimensões e indicadores da qualidade de vida e do bem-estar no trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.29, n. 3, p. 331-339, 2013.

SILVA, Lucilane Maria Sales da et al. Trabalho interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família: Enfoque nas Ações de cuidado e gerência. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 784-788, 2012.

SILVA, Maíssia Oliveira da Silva; PEIXOTO, Daniele Alves; NÓBREGA, Talina Bandeira Tavares de. Grupos de encontro na estratégia saúde da família: uma atenção ao trabalhador de saúde. **Rev. APS**, v. 16, n. 2, p. 197-201, 2013.

SILVA, Rita de Cássia Costa da; PEDROSO, Marcelo Caldeira; ZUCCHI, Paola. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, 2014.

SILVA, Rosângela Marion da et al. Sentido do trabalho para enfermeiros noturnos de um hospital universitário: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal Nurse**, v.10, n.3, 2011. Disponível em: < <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3433/1009>>. Acesso em: 15 de out. 2014.

SILVA-ROOSLI, Ana Cláudia Barbosa da; ATHAYDE, Milton. Gestão, Trabalho e Psicodinâmica do Reconhecimento no Cotidiano da Estratégia Saúde da Família. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara. **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. 22. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. cap. 3, p. 29-74

SPINK, Mary Jane. **O conhecimento no cotidiano. As representações sociais na perspectiva da psicologia social.** Editora Brasiliense, 1993.

TOLFO, Suzana da Rosa; PICCININI, Valmíria Carolina. As melhores empresas para trabalhar no Brasil e a qualidade de vida no trabalho: Disjunções entre a teoria e a prática. **Rev. Adm. Contemp.**, v. 5, n. 1, p. 165-193, 2001.

TOLFO, Suzana da Rosa; PICCININI, Valmíria. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicologia e Sociedade.** v.19, n. 1, p.38-46, 2007.

TRINDADE, Letícia de Lima; LAUTERT, Liana. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p.274-279, 2010.

VIEIRA, Débora Feijó V B; HANASHIRO, Darcy Mitiko M. Visão introdutória de qualidade de vida no trabalho. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 11, n.2, p. 41-46, 1990 apud SANT'ANNA, Anderson de Souza; KILIMNIK, Zélia Miranda. (Orgs.) **Qualidade de vida no trabalho: abordagens e fundamentos.** 3. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. cap.1, p. 3-30.

WALTON, R. Quality of working life: What is it? **Sloan Management Review**, v. 18, n.1, p. 11-21, 1973.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Parte 1

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Profissão:

- () Agentes comunitário de saúde
- () Auxiliar de consultório dentário
- () Dentista
- () Enfermeiro
- () Médico
- () Técnicos e/ou auxiliar de enfermagem

Formação complementar:

() especialização () mestrado () doutorado Outros: _____

Tempo de atuação: _____

Parte 2

- 1) Qualidade de vida no trabalho: o que é isto para você?
- 2) O que influencia a sua qualidade de vida no trabalho?
- 3) Você foi convidado a integrar um grupo cuja finalidade é elaborar um projeto para atuar na qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Nesta situação, o que você propõe?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, por ser profissional de saúde da Estratégia Saúde da Família. Os avanços na área das ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é Compreender os significados que os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família atribuem à qualidade de vida no trabalho e caso você participe, será necessário responder a uma entrevista individual. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Uberaba ____ de _____ de 2014

Assinatura do Voluntário

RG:

Enf(a) Carolina F. Bracarense
Pesquisador Responsável

Prof(a) Dr(a) Ana Lúcia Assis Simões
Pesquisador Orientador

Telefones de contato dos pesquisadores: (34) 3318- 5004 e (34)92172517

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.

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Ana Lúcia de Assis Simões

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27693714.9.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 673.850

Data da Relatoria: 25/04/2014

Apresentação do Projeto:

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo e observacional de cunho qualitativo. Pontua-se que as pesquisas qualitativas em saúde visam estudar as percepções e as opiniões, os produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008, p.57). Deste modo, o método qualitativo permite a inclusão do significado, da subjetividade e da intencionalidade aos discursos, tornando-os um meio para analisar o comportamento humano na visão do ator. (texto do autor).

Objetivo da Pesquisa:

Compreender os significados que os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família atribuem à qualidade de vida no trabalho;

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo e observacional de cunho qualitativo. Pontua-se que as pesquisas qualitativas em saúde visam estudar as percepções e as opiniões, os produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008, p.57). Deste modo, o método qualitativo permite a inclusão do significado, da subjetividade e da intencionalidade aos discursos, tornando-os um meio para analisar o comportamento humano na visão do ator. (texto do autor).

Objetivo da Pesquisa:

Compreender os significados que os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família atribuem à qualidade de vida no trabalho;

Conhecer a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre qualidade de vida no trabalho;

Identificar os fatores que influenciam na qualidade de vida no trabalho conforme a visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família; Identificar, segundo a opinião dos

profissionais, ações alternativas possíveis de serem implementadas no contexto de trabalho, com vistas a impactar na qualidade de vida no trabalho

dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



Continuação do Parecer: 673.850

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O único risco seria a perda de confidencialidade, porém este será contornado mediante a identificação dos entrevistados por códigos.

Acredita-se que os benefícios advindos do conhecimento proporcionado pela pesquisa irão auxiliar no planejamento de intervenções focadas nas principais necessidades dos profissionais e assim colaborar para propiciar um contexto de trabalho que favoreça a qualidade de vida no trabalho.

Por conseguinte, esta ação poderá influenciar na melhoria da qualidade de assistência ao usuário dos serviços de saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto possui relevância social e científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termos estão adequados.

Recomendações:

O projeto atende aos princípios da Resolução 466/2012

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não possui inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acatou o parecer do relator.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



Continuação do Parecer: 673.850

UBERABA, 04 de Junho de 2014

Assinado por:
ANA PALMIRA SOARES DOS SANTOS
(Coordenador)

ANEXO B



INFORMAÇÃO Nº 004/2014

Uberaba, 10 de março de 2014.

Senhor Secretário,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização de pesquisa:

Instituição de ensino: UFTM.

Curso: Enfermagem.

Título: "Qualidade de vida no trabalho: discurso dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família".

Local de realização: Estratégia da Saúde da Família.

Objetivo: Compreender os significados que os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família atribuem à qualidade de vida no trabalho.

Justificativa: No presente trabalho propõe-se interpretar a realidade dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde, explorar as experiências vivenciadas e desta forma compreender o significado de qualidade de vida no trabalho. Além disso, os resultados poderão auxiliar no planejamento de intervenções focadas nas principais necessidades dos profissionais e assim colaborar para propiciar um contexto de trabalho que favoreça a qualidade de vida no trabalho.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo e observacional de cunho qualitativo. Participarão da pesquisa os profissionais de saúde vinculados a Estratégia de Saúde da Família que atuam na ESF há pelo menos quatro meses. Os dados serão coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas.

Comitê de Ética em pesquisa: A ser encaminhado ao CEP. Após conclusão da pesquisa o solicitante se responsabiliza pelo encaminhamento de uma cópia e apresentação da mesma para a equipe técnica desta Secretaria.

Às considerações do Secretário Municipal de Saúde.

Cheysa Alves Mendonça
Cheysa Alves Mendonça
Coordenadora do Centro de Educação em Saúde

Gustavo dos Reis Milhorin Silva
Gustavo dos Reis Milhorin Silva
Diretor do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Deferido
 Indeferido

Ciente do solicitante: *Ana Lucia de Assis Simões*
Ana Lucia de Assis Simões – CPF755. 154.406-25
Data: *10/03/2014*.

Av. Guilherme Ferreira, 1539 – CEP 38022-200 – (34) 3331-2732 – www.uberaba.mg.gov.br