

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA SOBRE SEU PROCESSO DE TRABALHO E SUA QUALIDADE DE
VIDA

Taiana Lemos de Souza

São Carlos – SP

2014

TAIANA LEMOS DE SOUZA

PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO E SUA QUALIDADE DE
VIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Carlos como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Niituma Ogata

São Carlos

2014

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

S729pe

Souza, Taiana Lemos de.

Percepções dos enfermeiros da estratégia de saúde da família sobre seu processo de trabalho e sua qualidade de vida / Taiana Lemos de Souza. -- São Carlos : UFSCar, 2014.

121 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Qualidade de vida. 2. Saúde do trabalhador. 3. Saúde da família. I. Título.

CDD: 613.71 (20ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: TAIANA LEMOS DE SOUZA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 24/02/2014
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata
(Orientadora – PPGE_{nf}/UFSCar)

Profa. Dra. Cássia Irene Spinelli Arantes
(D_{Enf}/UFSCar)

Profa. Dra Lislaine Aparecida Fracolli
(EE/USP)

Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Profa. Dra. Priscilla Hortense

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus por me permitir estar neste plano vivendo e aprendendo, e pela proteção que me é dada através de seus anjos.

Aos meus pais, Edvaldo e Abigail, pelo amor incondicional, pela compreensão nos meus momentos de ausência e por sempre me incentivarem nas minhas escolhas. E a meus irmãos, Monaliza, Adriano e Brenda que com todo amor torcem por minha felicidade. Amo muito todos vocês!

Ao meu “noivorido” Luiz Henrique da Silva, por estar ao meu lado em todos os momentos, por me apoiar, por me fazer acreditar que seria possível. Não sei o que seria de mim sem você. A você, meu amor, não somente agradeço, como dedico este trabalho.

Ao “Seu” Paulino e à “Dona” Amália que foram (e ainda são) como pais para mim, cuidando de mim com todo zelo e carinho que somente um pai e uma mãe são capazes de cuidar.

À amiga Zilnay Martins por, mesmo distante, se fazer presente em todos os momentos da minha vida.

À Juliana Baldan, Gabriela Gallego e Valéria Gabassa que são mais que colegas de mestrado, são minhas amigas, agradeço pela amizade. Contem sempre com a baianinha aqui.

À Prof^aDr^a Márcia NítumaOgata, pelos ensinamentos, compreensão e confiança.

Às professoras Dr^a Cássia Irene Spinelli Arantes e Dr^a Lisláine Aparecida Fracollí pelas contribuições que enriqueceram este trabalho.

Ao secretário do PPGEnf Tiago Silva Correa, por sempre ter me ajudado nos momentos que precisei.

Aos enfermeiros que participaram desta pesquisa, contribuindo para a produção do conhecimento.

Aos meus colegas de trabalho da USF Alto do Coqueirinho pela compreensão, torcida e apoio nos momentos em que tive que estar ausente. O apoio de vocês foi crucial para a realização deste trabalho.

Enfim, a todos os meus amigos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

A todos, MUITÍSSIMO Obrigada!

RESUMO

Com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem como objetivo reorientar o modelo de assistência à saúde redefiniu-se a organização do trabalho e a prática do profissional enfermeiro. Este profissional exerce papel crucial para a consolidação da ESF, pois dentre suas ações incluem-se as gerenciais, as assistenciais e as educativas. Desse modo, faz-se importante conhecer a organização do trabalho nas unidades de saúde da família (USF) e suas influências na qualidade de vida (QV) dos enfermeiros. Esta pesquisa tem como objetivos: analisar a percepção do enfermeiro quanto à organização do processo de trabalho; identificar os elementos constitutivos do processo de trabalho percebidos pelos enfermeiros; analisar a percepção dos enfermeiros quanto à influência do processo de trabalho em sua qualidade de vida; identificar ações voltadas para a atenção à saúde dos trabalhadores de saúde. Trata-se de pesquisa quanti-qualitativa, do tipo descritiva analítica, que utilizou duas técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada e aplicação do *WHOQOL-bref* - instrumento de avaliação da QV. Participaram da pesquisa 12 enfermeiros que atuavam na ESF do município de Ilhéus-BA. As entrevistas foram transcritas e a análise lexical foi feita pelo software ALCESTE[®] versão 4.10. Os dados do *WHOQOL-bref* foram tabulados em planilha do Microsoft EXCEL[®], onde foram calculadas as médias e DP dos seus respectivos domínios. A análise estatística inferencial foi realizada no programa estatístico BioEstat[®] 5.3. A partir da interpretação dos dados analisados pelo ALCESTE[®], foi possível denominar 4 classes: 1) As demandas de atendimento do profissional enfermeiro e da equipe de saúde e sua organização no processo de trabalho; 2) A dimensão educativa no processo de trabalho dos enfermeiros; 3) A gestão como dificultadora do processo de trabalho e fator de estresse do enfermeiro e 4) Os elementos do processo de trabalho e a saúde do trabalhador. Os escores do *WHOQOL-bref* evidenciaram que, o domínio relações sociais obteve a maior média (4,1), seguido do domínio físico (3,9), domínio psicológico (3,8) e, por último, o domínio meio ambiente (3,4). Houve diferença significativa apenas do domínio meio ambiente ($p < 0.05$) em relação aos domínios: “físico” e “relações sociais”. Os resultados estatísticos demonstraram não haver correlação significativa entre as variáveis independentes (idade, tempo de experiência e filhos) e os domínios ($p > 0.05$). Os resultados mostraram que apesar dos enfermeiros da presente pesquisa reconhecerem que alguns elementos do processo de trabalho em saúde interferem negativamente em sua QV, os mesmos a avaliaram como satisfatória. Conhecer as percepções dos enfermeiros atuantes na ESF sobre o processo de trabalho e a influência deste na sua QV possibilitou uma aproximação da realidade vivenciada por estes profissionais. Este estudo teve como suas maiores contribuições proporcionar o conhecimento do processo de trabalho dos enfermeiros que atuam na ESF e de que forma sua QV é influenciada por esse processo de trabalho, além de promover a aproximação com as vivências dos enfermeiros nas USF, de modo a fornecer subsídios para implementação de estratégias que visem a mudança de práticas e a melhoria da QV destes profissionais.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, Saúde da Família, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Family Health Strategy (FHS), which has the objective to reorient the assistance health model, redefined both work organization and nurse's professional practice. This health professional has an important role to the consolidation of the FHS, because it must perform managerial, assistance and educational actions. Thus, it is important to understand the organization of working process on Family Health Unit (FHI) and how it affects nurses life quality (LQ). Thereby, this research aims to: identifying the constructive elements of working process which are perceived by nurses; analyzing the nurses' perceptions regarding the influence of work process in their LQ; identifying the actions which have been realized to health promotion of the health of the workers. Twelve nurses who worked in the FHS in Ilhéus – BA – participated in this study as volunteers. This study had a quanti-qualitative approach, and it is classified as analytic descriptive type. Two different methods were utilized to data collection: semi-structure interview and the WHOQOL -brief questionnaire – instrument administered to evaluate the LQ. The data from WHOQOL-brief were tabulated by Microsoft EXCEL[®], where were calculated the averages and SD of the WHOQOL-brief domains. Inferential statistical analysis were performed by BioEstat[®] 5.3. The interviews were transcribed, and the lexical analysis were performed by ALCESTE[®] software 4.10 version. Four classes were identified from ALCESTE's analysis: 1) Service demand, for both nurses and entire health team, as well as its organization on working process; 2) Educational Dimension in the nurses' working process; 3) Management as negative point of the working process and as stress factor to the nurses; and 4) Elements of the working process and the worker's health. Scores from WHOQOL-brief showed that the social relations domain presented the greatest value (4,1), followed by physical domain (3,9), psychological domain (3,8) and, at last, environment domain (3,4). There was significant difference from environment domain ($p < 0.05$) to both physical and social relations domains. There was no significant correlation between the independent variables (age, working time and children) and the WHOQOL-brief domains ($p > 0.05$). The results showed that, even though the nurses recognized that some elements of the health working process affects negatively in their LQ, they evaluated their LQ as satisfactory. Understanding of nurses' perceptions concerning the working process, and its influence on their LQ, enabled an approach to the reality experienced by these health professionals. Most important contributions of this study were to provide better knowledge regarding working process of the nurses on FHS, and how that working process can affect their LQ. Furthermore, immersion into nurses' life work brought up some interesting elements that might be useful to construct new strategies to improve the healthcare on FHS and the LQ of the health professionals there.

Keywords: healthy worker; family health; life quality.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis utilizadas na linha de comando, seus códigos e classificações	37
Quadro 2 – Classificação das respostas pra as escalas de avaliação, capacidade, freqüência e intensidade do WHOQOL-bref.....	41
Quadro 3 – Perfil dos participantes da pesquisa.....	43
Quadro 4 – Temas, classes produzidas pelo ALCESTE e suas respectivas denominações.....	47
Quadro 5 – Palavras representativas da classe 1	48
Quadro 6 – Palavras representativas da classe 2	56
Quadro 7 – Palavras representativas da classe 3	62
Quadro 8 – Palavras representativas da classe 4	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Domínios e facetas do WHOQOL- <i>bref</i>	42
Tabela 2 - Média e DP dos Domínios do questionário WHOQOL – <i>bref</i>	82
Tabela 3 - Médias e DP das facetas da Qualidade de vida Geral	83
Tabela4 - Médias e DP das facetas do Domínio Relações Sociais	84
Tabela5 -: Médias e DP das facetas do Domínio Físico	86
Tabela 6 - Médias e DP das facetas do Domínio Psicológico	87
Tabela 7 - Médias e DP das facetas do Domínio Meio Ambiente	89
Tabela 8 – Resultados da correlação de <i>Spearman</i> para as variáveis analisadas	90

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Repartição (percentual) das UCE dentro das classes45
- Figura 2-** Número de palavras analisáveis por classe46
- Figura 3-** Divisão das classes - Classificação Hierárquica Descendente47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ALCESTE – Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto
ANVAR – Agência Nacional Francesa de Valorização à Pesquisa
APS – Atenção Primária à Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CHA – Classificação Hierárquica Ascendente
CHD – Classificação Hierárquica Descendente
CLT – Consolidação das Leis Trabalhista
CNRS – Centro Nacional Francês de Pesquisa Científica
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DP – Desvio Padrão
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HIV – *Human Immunodeficiency Vírus*
HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF – Programa de Saúde da Família
QV – Qualidade de vida
QVT – Qualidade de vida no trabalho
RAS – Redes de Atenção à Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UCE – Unidade de Contexto Elementar
UCI – Unidade de Contexto Inicial
UFSCAR – Universidade Federal de São Carlos
USF – Unidade de Saúde da Família
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 O processo de trabalho em saúde	19
3.2 Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família	24
3.3 Qualidade de vida	27
4 MÉTODO.....	31
4.1. Tipo de pesquisa	31
4.2. Caracterização do cenário da pesquisa	31
4.3. Participantes da Pesquisa.....	32
4.4. Questões éticas.....	32
4.5. Instrumentos e procedimentos para coleta dos dados.....	33
4.6 Análise dos dados.....	35
4.6.2. Análise dos dados provenientes do WHOQOL- <i>bref</i>	40
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
5.1 Perfil dos participantes do estudo	43
5.2 Descrição das classes: Análise Lexical	45
5.2.1 Tema I- Organização do trabalho dos enfermeiros nas USF	48
5.2.2 Tema II- O processo de trabalho e a saúde do trabalhador de saúde	61
5.3 Avaliação da qualidade de vida – WHOQOL- <i>bref</i>	82
5.4 Discussão dos dados	92
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96

REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICE A.....	110
APÊNDICE B.....	113
ANEXO A	115
ANEXO B	116
ANEXO C	120

1 INTRODUÇÃO

Em março de 1986, foi realizada, no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que representou um marco na redefinição da política de saúde no país, trazendo à discussão o direito dos cidadãos à saúde. Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal - que cria o Sistema Único de Saúde (SUS) – definindo a saúde como:

“[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.91).

No ano de 1990, as disposições constitucionais foram regulamentadas através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de definir os princípios de igualdade, equidade, integralidade, universalidade e participação popular que regem o SUS. Promulgou-se também a Lei 8.142/90 que regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS, através das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

Foram criadas também as Normas Operacionais Básicas (NOB), que consistem em um instrumento jurídico-institucional editado periodicamente pelo Ministério da Saúde (MS) para aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacional; regular as relações entre os seus gestores e normatizar o SUS (ROSA; LABATE, 2005).

Cabe ressaltar que um dos princípios consagrados pela Constituição de 1988, visando a qualidade da atenção à saúde, foi o princípio da integralidade, cujo conceito foi um dos pilares para sustentar a criação do SUS. Para a garantia deste princípio, é necessário dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar e ao relacionamento do profissional de saúde com os usuários (CAMPOS, 2003). Para este autor:

O texto constitucional busca resgatar a enorme dívida do sistema de saúde diante da prevenção das doenças da população brasileira. Assim o fez para dar um sentido de mudança à forma como, historicamente, se desenvolveu a assistência à saúde no Brasil. As organizações do setor sempre dividiram suas ações em médico-assistenciais e preventivas e, por sua vez, tiveram pesos distintos no sistema, e foram oferecidas de maneira desigual. Hoje, busca-se oferecer assistência integral através de uma maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico (CAMPOS, 2003, p. 573)

Desse modo, consiste em desafio para o atendimento integral, a reestruturação da forma com que as diferentes organizações de saúde trabalham. Devendo, portanto, haver mudanças nas práticas tanto em nível institucional, quanto ao nível dos profissionais de saúde, que tem o médico como ator primordial (CAMPOS, 2003).

A integralidade, portanto, expressa uma das bandeiras de luta do movimento sanitário e tem funcionado como uma maneira de indicar características desejáveis do sistema de saúde e das práticas, contrastando-as com as características predominantes (MATTOS, 2004).

A Atenção Básica (AB), também denominada Atenção Primária em Saúde (APS), tem o papel de coordenadora e ordenadora do cuidado. Ela é considerada o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A AB utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e acolhimento a toda a demanda que dela necessitar (BRASIL, 2011). Além do princípio da integralidade, orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Além disso, considera o sujeito em sua singularidade e o contexto sócio-cultural no qual está inserido, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011).

A AB apóia-se em técnicas diagnósticas de menor uso de equipamentos, mas que exigem sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (ROSA; LABATE, 2005).

Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil e que tinha como um dos objetivos ampliar as ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 (BRASIL, 2007). Mas, foi somente entre os anos de 1997 e 1998 que ocorreu a apresentação deste programa como uma alternativa à AB nos moldes clássicos.

Nesse sentido o PSF tem como objetivo geral:

Contribuir para a 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, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997, p.10).

O PSF, apesar de inicialmente rotulado como programa, devido as suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde (MS), por não consistir em uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997). Por isso, passou a ser denominado como Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF difere do modelo hegemônico tradicional, dentre outros aspectos, por sua inserção e vinculação a uma determinada comunidade, pela preocupação com questões sócio-ambientais e familiares importantes para a manutenção da saúde comunitária e pela estimulação da participação local e controle social nos assuntos relacionados à saúde (BRASIL, 2007).

Desse modo, o trabalhador de saúde vem assumindo novas formas de trabalhar: em equipe, com área adscrita e responsabilidade sobre o cuidado e a vigilância de um número fixo de famílias, bem como metas de produção fixadas segundo critérios quantitativos. Essa nova forma de trabalhar coloca os profissionais de saúde diante do desafio de cumprir as metas, participar das reuniões e ao mesmo tempo atender os imprevistos, tais como as demandas espontâneas de usuários e as demandas administrativas (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007).

Nesse sentido, a ESF não consiste em um atendimento simplificado, pelo contrário, é uma expansão da AB em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis (ROSA; LABATE, 2005). Esta aproximação, em determinadas situações, demanda um investimento pessoal e profissional por parte do trabalhador, pois atua em contato direto com a realidade do usuário bem como com seu sofrimento, que somados às características individuais de cada profissional podem lhe causar estresse (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

De acordo com Camelo e Angerami (2004) no trabalho junto às famílias e população do território faz-se necessário que haja desenvolvimento pessoal e profissional dos membros das equipes de saúde, com enfrentamento de diversas realidades, para que promovam a prevenção, a promoção e a reabilitação da saúde dessas famílias.

Por a AB se tratar da porta de entrada preferencial dos serviços de saúde, as equipes que nela atuam se deparam com problemas e necessidades de saúde de diferentes naturezas, provenientes de uma sociedade contemporânea cada vez mais complexa, podendo gerar estresse nestes profissionais.

Outros fatores que podem causar estresse nos profissionais são a falta de infra-estrutura para o desempenho das atividades, dificuldades de comunicação com gestores e com outros membros da equipe, o que pode contribuir para a precarização do processo de trabalho e no adoecimento do profissional (CARVALHO, 2007).

O Programa de Humanização do SUS ressalta que, no processo de trabalho em saúde, as instituições devem se constituir em espaços não somente de produção de bens e serviços para os usuários, mas também devem ser espaços de valorização dos sujeitos que trabalham nessas instituições (BRASIL, 2006).

Os profissionais da AB são a base do sistema de saúde e, embora constituam um enorme contingente de força de trabalho, no contexto do SUS e do país, pouco se sabe sobre suas condições de trabalho e saúde (TOMASI et al., 2008).

Com a ESF na AB, os enfermeiros tiveram maiores oportunidades para o trabalho no âmbito local, que se constituiu em importante mercado de trabalho e novo campo de atuação para estes profissionais (ABRANCHES, 2005; KAWATA et al., 2011; MARQUES; SILVA, 2004).

A ESF propõe uma organização do trabalho na qual o enfermeiro exerce um papel crucial que abrange desde o planejamento das ações até a assistência, diferenciando-se do papel que exercia nas instituições estruturadas no modelo tradicional (ARAÚJO, 2005).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), além das atribuições comuns a todos os membros da equipe, são atribuições específicas do enfermeiro na saúde da família:

I - realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano;

II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

O enfermeiro na AB atua em várias dimensões que se articulam, se integram e se complementam: cuidado, educação, gerência e pesquisa. Contrapondo-se com a indefinição de seu papel em outros cenários de trabalho, que era baseado pelas diferentes atividades, as quais nem sempre eram compatíveis com a sua formação profissional, desprestígio social e falta de autonomia. Na ESF a adoção da co-responsabilidade tem representado uma maior valorização deste profissional cuja atuação vem se consolidando na prática

e na experiência adquirida na saúde coletiva, construindo o SUS ao longo dos anos (ARAÚJO, 2005; MARQUES; SILVA, 2004).

Porém, a enfermagem, assim como outras profissões, sofreu a influência das inovações tecnológicas que culminou na especialização e fragmentação do seu saber, distanciando-a de seu objeto de trabalho, o homem, tanto no âmbito assistencial individual quanto coletivo. No entanto, a conformação do trabalho em equipe multidisciplinar proposto pela ESF proporcionou à enfermagem a oportunidade de recuperar a visão do trabalho coletivo (MARQUES; SILVA, 2004).

A enfermagem pode ser pensada como uma profissão de relação devido à possibilidade que o enfermeiro tem de estar perto e acompanhar cada pessoa, família ou grupo em qualquer campo de atuação, seja no hospital ou no meio comunitário (GONÇALVES, 2008).

Com a instituição da ESF, os profissionais desta área têm passado por situações de desgaste ou de exposição ao desgaste em detrimento dos momentos de fortalecimento (SANTOS et al., 2007). A função de enfermeiro em uma Unidade de Saúde da Família (USF) requer grande responsabilidade devido ao vínculo crescente com a comunidade que aliado às diversas atribuições específicas e às demandas imprevistas relativas à realidade local, aumentam a carga de trabalho (FERNANDES et al., 2012).

Além disso, é possível perceber em diversos estudos que muitos profissionais de saúde enfrentam uma realidade de trabalho com condições precárias, exercendo suas atividades em condições insalubres, com recursos humanos e materiais deficientes, especialmente no que diz respeito a medicamentos, materiais para curativos e de limpeza (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011; MARQUI et al. 2010; TRAD; ROCHA, 2011).

Dados da literatura apontam que as deficiências na infra-estrutura interferem negativamente no planejamento e execução das propostas da ESF, no modo de trabalho dos profissionais e na assistência prestada, gerando, além da desresponsabilização a desmotivação com o trabalho (MATTOS; CACCIA-BRAVA, 2004; RONZANI; SILVA, 2008).

Cotta et al. (2006), em estudo que teve por objetivo delinear o perfil dos profissionais e a organização do trabalho no cotidiano da ESF, revelaram a falta

de transporte, infra-estrutura, equipamentos, medicamentos, apoio dos órgãos responsáveis pela ESF, repasse de verbas da prefeitura e a aplicação indevida das verbas, como sendo as principais dificuldades enfrentadas para realização do trabalho pelos profissionais. Todos estes fatores podem também influenciar na saúde dos profissionais, bem como em sua qualidade de vida.

Ainda são poucos os estudos encontrados na literatura que abordam as influências do trabalho na saúde e na qualidade de vida de enfermeiros na ESF, sendo que a grande maioria das publicações sobre essa temática é voltada para o âmbito hospitalar. Devido à grande importância deste profissional para a consolidação da Saúde da Família e do SUS, fazem-se necessários estudos que abordem sobre as consequências do trabalho em sua saúde.

A partir desta preocupação, a presente pesquisa toma o processo de trabalho e a qualidade de vida dos enfermeiros da ESF como objetos de estudo e pretende responder as seguintes questões: a organização do processo de trabalho na ESF interfere na saúde dos enfermeiros? Os enfermeiros da ESF percebem o processo de trabalho em saúde como fator que interfere na sua qualidade de vida? Existem ações de saúde que sejam voltadas para estes profissionais?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as percepções dos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) acerca da influência do processo de trabalho em sua qualidade de vida.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a percepção do enfermeiro quanto à organização do processo de trabalho e seus elementos constitutivos;

- Analisar a percepção dos enfermeiros quanto à influência do processo de trabalho em sua qualidade de vida;
- Avaliar a qualidade de vida dos enfermeiros.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O processo de trabalho em saúde

O trabalho é uma transformação intencional decorrente de uma necessidade que mobilizou o homem a satisfazê-la. Para tanto, é necessário um gasto de energia, que ao ser utilizada transforma tanto quem realizou a ação, como também quem/o que sofreu a ação (MENDES GONÇALVES, 1992; SÁ et al., 2009).

O trabalho possui duas características: intencionalidade e socialidade. Isso quer dizer que o homem imprime uma vontade, intenção sobre o que quer produzir, imagina o que quer construir, os meios dos quais deverá se utilizar para tal e a finalidade, para que ao final possa realizar trocas com outros homens e seus produtos, que também são frutos de outros trabalhos. (MISHIMA et al., 2003, p. 147).

Para a realização do trabalho, portanto, o homem tem que sentir uma necessidade, mas esta necessidade depende diretamente do sentido que é dado às coisas, por exemplo, ao dar-se a uma fruta ou algum animal o sentido de que eles existem saciar a fome do homem, eles serão usados para essa finalidade: o fruto será colhido da árvore e o animal, caçado (MERHY; FRANCO, 2003).

As nossas necessidades e o sentido que damos às coisas variam com o tempo e conforme a sociedade e os interesses da época. O ato do trabalho mexe com a nossa forma de pensar e agir no mundo (MERHY; FRANCO, 2005). Assim sendo, novas necessidades vão surgindo à medida que as necessidades são satisfeitas, visto que o homem é um ser dotado de necessidades.

O modo como o trabalho é realizado e o que se faz com seus produtos variam conforme a sociedade que estamos analisando. Ao analisarmos as sociedades em seus diversos momentos, tais como: a sociedade da caça; a

sociedade dos senhores de escravos; a sociedade socialista; e a sociedade em que vivemos, a capitalista, podemos verificar diferentes sentidos dados ao trabalho e ao produto deste, como afirmam Merhy e Franco (2005).

[...] Nas sociedades da caça e coleta o trabalho é propriedade de cada um e o produto pertence a quem o faz. Nas sociedades de senhores e escravos, o trabalho do escravo pertence ao senhor. [...] Nas sociedades capitalistas, que vivemos, o produto do trabalho do trabalhador é do patrão ou da empresa que o emprega. Ele só recebe um salário por trabalhar e não pelos produtos que produz. A riqueza da sociedade, se medida pela quantidade de trabalho e de produtos que o trabalho produz, é desigualmente distribuída. Quem trabalha, como regra, é quem recebe da riqueza produzida. [...] Há sociedades modernas, como as socialistas, que defendem que a riqueza é de toda a sociedade e a sua distribuição deve ser feita de acordo com o trabalho e a necessidade de cada um. (MERHY e FRANCO, 2005, p. 1)

Na sociedade capitalista o trabalho se transforma em valor de troca, no qual o homem vende sua força de trabalho para realizar a reprodução social, que consiste em consumir, produzir e reproduzir. O trabalho é alienado, pois o trabalhador não se reconhece naquilo que produz, não conhece nem domina todo o processo de produção. Neste modelo econômico, que visa o lucro e o consumo, faz-se necessário ter mais força de trabalho para que mais lucro e consumo seja produzido.

Neste sentido, ocorre o que se chama de mecanização da produção, devido à expansão da divisão parcelar do trabalho a fim de aumentar a produtividade. Com o aumento do fluxo de trabalho e a aplicação de novos métodos de gerência, o processo é dividido em operações mínimas, e os trabalhadores perdem a compreensão da totalidade do processo de trabalho (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). “A execução do trabalho torna-se uma obrigação, em que a participação ativa e prazerosa acaba por ser substituída por uma ação mecanizada”. (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007, p. 352).

A socialidade do trabalho humano confere vantagens no ato produtivo na perspectiva capitalista. Contudo, retira a humanidade dos homens, que não se reconhecem no trabalho, são tomados apenas como força de trabalho, como recursos e mercadorias. Nessa lógica, o aparelho de RX, a mesa de exame, o computador, os impressos e os homens são considerados como fatores equivalentes na produção. (MISHIMA et al., 2003, p. 147)

O trabalho em saúde, indiscutivelmente, é um trabalho essencial para a vida humana, caracteriza-se por fazer parte da esfera da produção não material se completando no ato de sua realização. O produto do trabalho em saúde é consumido durante o ato do trabalho, caracterizando o “trabalho vivo em ato”, ou seja, a produção e o consumo acontecem simultaneamente, e se dão num encontro simultâneo entre trabalhador, instrumentos e usuário (MERHY; FRANCO, 2003; MISHIMA et al., 2003).

O trabalho não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção, e seu produto não é comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade (PIRES, 2000). Por outro lado, o trabalho “morto” consiste em todos os produtos-meios envolvidos no processo, ou como matéria-prima, ou como ferramenta, ou seja, é o resultado de um trabalho vivo anterior, que está cristalizado. (MERHY, 1997).

De acordo com Mendes Gonçalves (1992), com o surgimento do capitalismo, emergiram novas necessidades sociais, e conseqüentemente, novas necessidades sociais de saúde, pois com esta nova organização da sociedade o corpo humano adquiriu um novo sentido, constituindo-se agora em força de trabalho. Desse modo, a necessidade que emerge é a de cuidar deste corpo, agora tido como instrumento de trabalho, para que não adoeça, ou recuperá-lo de alguma doença que o impediu de trabalhar. Sendo assim, o trabalho em saúde reorganizou-se e desenvolveu-se nas sociedades capitalistas a fim de controlar a doença e recuperar a força de trabalho.

Com este novo olhar em relação à doença, antes tida como fenômeno coletivo agora tida como alteração morfológica e funcional do corpo humano, o processo de trabalho se transformou, voltando-se agora para a doença, caracterizando o modelo clínico, constituindo a Medicina anátomo-clínica individualizante, acompanhando a lógica do capitalismo, que com o princípio da igualdade, individualiza (MENDES GONÇALVES, 1992).

O trabalho em saúde é produto de um processo histórico, sendo influenciado, dentre outros fatores, pela cultura e crenças de seus atores. Os sujeitos que atuam neste processo são influenciados por esta construção e ao mesmo tempo podem influenciá-la (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007, p. 351).

O processo de trabalho é constituído por três principais elementos: o objeto de trabalho, instrumentos e finalidade (SÁ et al., 2009). Pode-se dizer que o processo de trabalho é resultado da combinação destes elementos.

O objeto de trabalho é a matéria-prima que será transformada, sobre a qual incide a ação do trabalhador cujo resultado dependerá do olhar do sujeito que depreenderá energia para a transformação (MENDES GONÇALVES, 1992; MISHIMA et al., 2003). Para o trabalhador de saúde o objeto de trabalho será, ou deverá ser, o usuário e toda complexidade que ele carrega, pois o trabalho dependerá do que se toma por objeto, se o corpo biológico, a família, ou o homem em sua condição de existência (REIS et al., 2007).

Os instrumentos de trabalho são as ferramentas, que podem ser materiais e/ou não materiais, através das quais será impressa a ação sobre o objeto. Os materiais consistem nos equipamentos e os não materiais podem ser representados pelos conhecimentos utilizados para operar a transformação, e/ou atender as necessidades presentes na sociedade. O processo de trabalho em saúde possui, portanto, como principais instrumentos, o trabalhador de saúde (como força de trabalho), seus saberes, materiais e equipamentos (MERHY, 1997; MISHIMA et al., 2003).

A finalidade do trabalho está presente antes e durante o processo. O sujeito faz uma construção mental antes de realizar o trabalho e, de acordo com esta construção, incide sua ação (através dos instrumentos que julgar necessários) sobre o objeto para alcançar a finalidade almejada. Portanto, “no fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador” (MENDES GONÇALVES, 1992, p. 10).

De acordo com Reis et al.(2007, p. 657) “os processos de trabalho respondem a finalidades”. Segundo estes autores, se a saúde for tomada como bem de mercado, sua finalidade será a produção de lucro, mas, se for tomada como direito, sua finalidade será a cidadania e a defesa da vida. A finalidade, portanto, se relaciona com uma necessidade que se deseja satisfazer.

Ao final do processo de trabalho percebe-se que houve não só a transformação do objeto de trabalho, mas sim um leque de transformações que abrangem: o sujeito agente da ação, que terá satisfeito suas necessidades; os

instrumentos utilizados; e a própria necessidade que deu início ao processo, que terá sido modificada pelo ato do consumo.

Mendes Gonçalves (1992) acrescenta que o processo de trabalho pode ser visto como um “ciclo vicioso”, no qual seus resultados podem desaparecer ao serem consumidos para satisfazer determinadas necessidades, ou os mesmos resultados podem também se constituir em instrumentos em outros processos de trabalho, assim como, podem entrar em outros processos de trabalho como objetos.

O trabalho em saúde tem sido realizado aplicando características da divisão parcelar do trabalho, ou seja, é compartimentalizado. Ele tem essa característica, pois sofre influência da linha taylorista traduzida pela acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, guiadas por crenças na possibilidade de controlar e regulamentar o conjunto total do trabalho (RIBEIRO et al., 2004).

Pode-se identificar em diversas publicações (MERHY; FRANCO, 2005; SÁ et al., 2009; BARROS; SÁ, 2010) que o processo de trabalho em saúde é fragmentado, pois segue a lógica da produção, onde cada profissional é responsável por uma parte do processo, não havendo uma comunicação efetiva entre a equipe, nem a aproximação deste profissional com o resultado do seu trabalho.

Segundo Ribeiro et al. (2004), o processo de trabalho em saúde possui as desvantagens que outros setores de serviço possuem como a imprevisibilidade da demanda, do momento de consumo e do tipo de serviço que será necessário. Isto pode acarretar na dificuldade de investimentos tanto financeiros quanto de recursos humanos, levando à precarização do trabalho. De acordo com Martins e Albuquerque (2007, p. 352) “é no trabalho que o homem se realiza como sujeito, expressando sua subjetividade e utilizando suas potencialidades, modificando-se e sendo modificado, desenhando sua história”.

De acordo com Barros e Sá (2010), o fazer dos trabalhadores de saúde está muito mais voltado para procedimentos (consultas, vacinas, curativos, visitas domiciliares, entre outros) do que para o cuidado, isto é, produção de vínculo, acolhimento, autonomia do usuário no cuidado de si, em suma, para as “tecnologias leves”.

Segundo Merhy e Franco (2005), as tecnologias em saúde podem ser assim classificadas: duras, que são as tecnologias inscritas nos instrumentos, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde; leve-duras, que consistem no conhecimento técnico-científico, normas e protocolos; e as leves, que consistem nas relações interseçoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde, que promovem o acolhimento e o vínculo.

A lógica que orienta a atual produção de saúde na rede básica ainda possui algumas características do modelo biomédico hegemônico, nas quais predominam a utilização das tecnologias duras e leve-duras em detrimento das tecnologias leves, o que dificulta a produção de vínculo entre o usuário e o trabalhador ou o serviço.

A ESF, desse modo, constitui-se em estratégia estruturante de um novo modelo assistencial em saúde, visando à mudança das práticas hegemônicas centradas na doença (BRASIL, 1997).

No entanto, para que esta mudança aconteça faz-se necessário que o profissional, protagonista do processo de trabalho, seja considerado em sua subjetividade e não seja visto apenas como uma máquina que opera dentro do processo.

Sabe-se que o processo de trabalho em saúde é constituído de relações que se dão no encontro diário entre os profissionais de saúde e os usuários que são portadores de necessidades traduzidas em problemas de saúde. Outros fatores, porém, como o processo de desgaste psíquico, físico e emocional, bem como o das relações, que ocasionam sofrimento no trabalho, também precisam ser considerados (MARTINS;ALBUQUERQUE, 2007).

3.2 Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família

Sabe-se que a ESF visa dinamizar o SUS e reorientar o modelo assistencial em saúde que segue a lógica biologicista, centrada no indivíduo e na doença. A consolidação dessa estratégia é almejada pelo MS devido à necessidade de operacionalização dos princípios do SUS (FERNANDES, 2009).

Sob a lógica da ESF, o objeto da atenção passa a ser a família, considerada dentro do ambiente em que vive. Este ambiente consiste em um espaço onde se constróem as relações intra e extrafamiliares, não somente uma delimitação geográfica (BRASIL, 1997). Esta compreensão possibilita aos profissionais um entendimento ampliado do processo saúde-doença e conseqüentemente das intervenções mais adequadas que vão além das práticas curativas (BRASIL, 1997; BARBOZA; FRACOLLI, 2005).

A ESF possui como diretrizes operacionais: caráter substitutivo, significando a substituição das práticas convencionais de assistência por uma nova organização do trabalho centrado na vigilância à saúde; integralidade e hierarquização, compreendendo que a USF está no primeiro nível de atenção e deve estar articulada à rede de serviços para a garantia da atenção integral; adscrição da clientela e definição do território de abrangência (territorialização) ; cadastramento das famílias; trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 1997; FRANCO; MERHY, 2003)

De acordo com a Portaria 2488/GM, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), são características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica (compreendendo a ESF):

- I -definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;
- II - programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população (...)
- III - desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;
- IV - realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;
- V - prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;
- VI -realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;
- VII - desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;
- VIII - implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos

solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX - participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X - desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI - apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e

XII - realizar atenção domiciliar (...). (BRASIL, 2011)

Uma equipe de saúde da família deve ser composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser acrescentado a esta composição os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2011).

Cada equipe de saúde da família deverá se responsabilizar por no máximo 4.000 pessoas, considerando-se o grau de vulnerabilidade das famílias, onde quanto maior o grau de vulnerabilidade menor será o número de pessoas cadastradas por equipe (BRASIL, 2011)

As funções dos membros de cada equipe se distribuem entre ações programáticas, atendimentos em consultórios (médico e de enfermagem) e visitas domiciliares, sendo estas apresentadas como o diferencial da estratégia para mudança do modelo de assistência (FRANCO; MERHY, 2003).

Com esta conformação do processo de trabalho os profissionais conseguem ter uma aproximação com as famílias sob sua responsabilidade e perceberem as reais condições sócio-econômicas que estas famílias vivenciam. Desse modo, as intervenções em saúde podem ser direcionadas para as necessidades de saúde da população, fazendo-se importantes as ações de planejamento que incluem: identificar, conhecer e analisar a realidade local e propor ações para nesta realidade interferir (FERNANDES, 2009).

Apesar das conquistas alcançadas com a implantação da ESF, tais como: redução da mortalidade infantil e do número de mortes em decorrência de complicações no parto, aumento de coberturas vacinais e aumento da vigilância à saúde da mulher, criança, adolescente e do adulto (RODRIGUES; ANDERSON, 2011; BRASIL, 2002), há desafios a serem superados, dentre eles está a baixa capacidade das equipes de efetivamente resolverem problemas, devido à

desarticulação da AB e os demais serviços de saúde, às limitações da média complexidade e ao perfil de formação dos profissionais, entre outros (FEUERWEKER, 2005).

3.3 Qualidade de vida

Embora a temática QV seja muito discutida nos meios acadêmicos, ela ainda é recente (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003). O termo QV consiste em uma expressão contemporânea, carregada de significados e cercada de indefinições (RIBEIRO, 2001). Tem sentido polissêmico, pois se relaciona com modo, condições e estilos de vida; inclui ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana e perpassa o campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais (MINAYO et al., 2000).

Apesar do caráter polissêmico, o que se sabe é que o termo QV inclui não apenas aspectos relacionados à saúde e ao bem-estar, mas também a aspectos como trabalho, família e amigos, e tem sido adotado em diversas instâncias do mundo social, na política, nas questões ambientais, comerciais e educação (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; RIBEIRO, 2001). Pode envolver também transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito e que determinam como cada indivíduo vive no mundo (ALMEIDA, 2010).

Muitas vezes a QV é utilizada como sinônimo de saúde, porém ambos são conceitos que possuem especificidades, embora tenham grande relação entre si (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Na área da saúde, por exemplo, existem duas tendências quanto à conceituação do termo, a primeira é QV como um conceito genérico, que abarca uma acepção mais ampla sem referências às disfunções ou agravos, e a segunda que relaciona QV à saúde, na qual é usada com objetivos semelhantes à conceituação geral, mas que está mais relacionada às enfermidades ou intervenções em saúde (SEILD; ZANNON, 2004).

De acordo com Minayo et al. (2000) a aproximação do conceito de saúde com a QV reflete um mal-estar com o reducionismo biomédico, e ressaltam que:

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO et al., 2000, p.8)

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

A noção de QV, que remete ao plano individual, perpassa por três aspectos: histórico, pois em diferentes etapas históricas uma mesma sociedade pode ter concepções diferentes de QV; cultural, porque envolve valores e necessidades dos povos revelando suas tradições; e, as estratificações ou classes sociais, onde as desigualdades sociais quando são muito fortes, fazem com que as concepções de bem-estar sejam também estratificadas (MINAYO et al., 2000).

As principais características do termo QV são a subjetividade, e multidimensionalidade. A subjetividade considera a percepção de cada indivíduo sobre o seu estado de saúde e demais aspectos do seu contexto de vida, ou seja, considera o que cada sujeito acredita que seja bom ou ruim em sua vida, levando em consideração aspectos históricos, sociais, culturais e espirituais. A multidimensionalidade refere-se às diferentes dimensões que compõem o construto, sendo a identificação destas dimensões objeto de diversos estudos (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996; SEILD; ZANNON, 2004).

Uma pesquisa que buscou identificar o significado de QV para as pessoas com doença crônica e verificar a interferência da doença sobre a QV das mesmas pode ser usada como um exemplo que retrata a importância de se considerar a multidimensionalidade do termo QV no momento da assistência de enfermagem. Isto porque neste estudo, os resultados encontrados demonstraram que para as pessoas pesquisadas ao definirem QV a relacionaram com o bem-estar material, bem-estar físico e por último com o bem-estar emocional e que a doença interferiu

na sua QV, pois alterou sua capacidade física, o trabalho, o estudo e as atividades do lar e a auto-estima (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

Mesmo com a tentativa de se ampliar o conceito de QV, ressalta-se que:

O relativismo cultural, no entanto, não nos impede de perceber que um modelo hegemônico está a um passo de adquirir significado planetário. É o preconizado pelo mundo ocidental, urbanizado, rico, polarizado por um certo número de valores, que poderiam ser assim resumidos: conforto, prazer, boa mesa, moda, utilidades domésticas, viagens, carro, televisão, telefone, computador, uso de tecnologias que diminuem o trabalho manual, consumo de arte e cultura, entre outras comodidades e riquezas (MINAYO et al., 2000, p.9).

Ainda segundo os autores supracitados, além dos aspectos que incluem bens materiais, valores não materiais também são incluídos no sentido que as pessoas dão à QV, tais como: amor, felicidade, realização pessoal, liberdade, entre outros.

Para Buss (2000) a QV é sinônimo de condições de vida e relata que esta, assim como a saúde, têm melhorado de forma contínua à medida em que há progressos políticos, econômicos, sociais, ambientais, na saúde pública e na medicina.

Vale ressaltar que diversos instrumentos de avaliação e mensuração da QV das pessoas em geral, ou de grupos específicos, por exemplo, pessoas com HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), doenças crônicas, etc, tem sido criados. Dois exemplos que podem ser citados são: o Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey, que tem sido utilizado em estudos com população em geral, pacientes com artrite reumatóide, diabéticos, doenças pulmonares entre outras, e a Escala de Qualidade vida de Flanagan que se trata de uma escala psicométrica de natureza ordinal em cuja aplicação obtém-se respostas em quinze itens agrupados em cinco dimensões: bem estar físico e material; relações com outras pessoas; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento pessoal e realização; e, recreação (CICONELLI et al., 1999; LENTZ et al., 2000).

Podem ser citados diversos outros instrumentos, mas de acordo com estudo de Campos e David (2007) o mais utilizado para avaliação da QV no trabalho de enfermagem é o WHOQOL, que será utilizado nesta pesquisa.

O presente estudo baseia-se no conceito trazido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que define a QV como “[...]a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994, p.1). O WHOQOL GROUP consiste num grupo de estudiosos em QV da OMS que elaboraram esta definição levando em consideração a complexidade essencial de QV, afirmando a subjetividade e multidimensionalidade como determinantes para a avaliação da QV (FLECK et al., 2000).

Este grupo desenvolveu dois instrumentos de medida de QV, o WHOQOL-100 e o WHOQOL-bref. O WHOQOL-100 é um instrumento que possui 100 questões que abrangem seis domínios (psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade) e o WHOQOL-bref possui 26 questões que cobrem quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) (FLECK et al., 2000)

Paschoa, Zanei e Whitaker (2007) utilizaram o WHOQOL-bref num estudo que buscou avaliar a QV dos técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), dentre os seus resultados encontraram que a QV destes profissionais foi relativamente baixa em todas as dimensões (domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente).

Um outro estudo utilizou o WHOQOL-100 para conhecer os aspectos profissionais relacionados à QV dos enfermeiros das equipes de saúde da família na Macrorregião de Saúde do Triângulo Mineiro, relacionando-os com variáveis sócio-demográficas. Neste estudo a QV geral dos participantes não teve impacto negativo em sua avaliação e os domínios melhores avaliados foram: nível de independência, aspectos espirituais/religião/crenças pessoais e relações sociais (FERNANDES et al, 2010).

4 MÉTODO

4.1. Tipo de pesquisa

A presente pesquisa é do tipo descritivo-analítica, com uma abordagem quanti-qualitativa.

A pesquisa descritiva busca descrever as características de determinadas populações ou fenômenos, utiliza-se de técnicas variadas para obtenção de informações, como entrevistas e questionários, por exemplos (GIL, 2008). Este tipo de pesquisa tem como principal objetivo “[...] descrever, analisar ou verificar as relações entre fatos e fenômenos (variáveis), ou seja, tomar conhecimento do que, com quem, como e qual a intensidade do fenômeno em estudo” (FERNANDES; GOMES, 2003, p. 7).

E a pesquisa analítica envolve avaliação aprofundada das informações disponíveis com o intuito de explicar o contexto do fenômeno (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2007).

4.2. Caracterização do cenário da pesquisa

O local da pesquisa foi o município de Ilhéus, situado na região sul da Bahia, sua extensão territorial é de 1.841 km² e possui 220.144 habitantes (IBGE/PNAD, 2007). Neste município existem 216 estabelecimentos de saúde cadastrados (DATASUS, 2012a), dentre estes, 27 são USF, cuja população cadastrada, em 2011, correspondia a 30,66% da população do município (DATASUS, 2012b).

As USF estão distribuídas em cinco zonas: (1) Norte, com três unidades; (2) Sul, com seis unidades; (3) Centro, com três unidades; (4) Oeste, com seis unidades; e, (5) Rural, com 9 unidades. Na Zona Rural, apesar de existirem 9 USF, vale ressaltar que apenas uma delas está sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família, enquanto as oito USF restantes são distribuídas para quatro equipes, ou seja, cada equipe fica responsável por duas USF diferentes em sistema de revezamento de atendimento entre as unidades. Há, portanto, 5

equipes de saúde da família na Zona Rural, totalizando 23 equipes de saúde da família no município.

4.3. Participantes da Pesquisa.

Objetivou-se realizar o convite para os 23 enfermeiros que atuavam, à época da pesquisa, na ESF do município de Ilhéus – BA. Contudo, foram convidados a participarem da pesquisa 21 deles, pois com 2 não foi possível realizar contato, devido a falta de algumas informações em suas fichas, na secretaria de saúde do município. Dentre os sujeitos convidados, 3 recusaram-se a participar, 2 não se encontravam no município devido a férias e 4 haviam sido demitidos, totalizando 12 participantes na pesquisa. O único critério de exclusão foi a recusa ou impossibilidade do profissional convidado em participar do estudo.

Vale ressaltar que no momento em que a coleta de dados estava sendo realizada, todos os profissionais de saúde do município de Ilhéus-BA encontravam-se em greve. Tal fato consistiu em uma dificuldade para a realização da coleta de dados.

4.4. Questões éticas

Os procedimentos éticos postulados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram adotados, preservando aos participantes a garantia de privacidade, anonimato e completo conhecimento dos objetivos e procedimentos empregados na presente pesquisa. Para tanto, foi confeccionado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento que foi lido e assinado pelos participantes (APÊNDICE A).

Com o objetivo de garantir o cumprimento da Resolução 196/96 do CNS, a presente pesquisa foi encaminhada e aprovada para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), via Plataforma Brasil (Parecer nº 143385). Os procedimentos éticos adotados também tiveram a função de estabelecer um laço de confiança entre pesquisador e participantes.

Por se tratar de uma pesquisa que utiliza técnica de entrevista e aplicação de questionário, torna-se de suma importância que os participantes se sintam como parte importante do processo, que tenham a plena convicção de que seus direitos serão preservados e suas informações serão importantíssimas para a conclusão da pesquisa.

4.5. Instrumentos e procedimentos para coleta dos dados.

Para a coleta de dados optou-se pela realização de uma entrevista semi-estruturada e a aplicação do questionário WHOQOL-*bref*, (que ocorreram de forma concomitante) a fim de contemplar os objetivos específicos da pesquisa.

4.5.1 Entrevista semi-estruturada

O roteiro da entrevista semi-estruturada foi desenvolvido especificamente para a presente pesquisa. Optou-se pela técnica de entrevista semi-estruturada em função da maior flexibilidade durante a coleta, permitindo a reformulação e a adição de perguntas para esclarecer as respostas, visando garantir maior validade dos resultados (THOMAZ et al., 2007). Neste tipo de entrevista, segundo Minayo (2010, p.261) “[...] há uma combinação de perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”.

A confecção do roteiro de entrevista semi-estruturada foi realizada com o intuito de extrair dos entrevistados suas percepções sobre o processo de trabalho, como eles o caracterizam e se há interferência na sua qualidade de vida. Para isso tomou-se como base os objetivos da presente pesquisa. Desse modo, foram elaboradas questões norteadoras, dentre as quais 11 foram abertas, relacionadas à temática da pesquisa e que puderam ser modificadas ao longo das entrevistas, de acordo com as necessidades que surgiram. Além disso, 9 questões fechadas foram elaboradas visando a obtenção de informações de identificação e caracterização do participante, como idade, sexo e nível de especialização, por

exemplo. Obteve-se como resultado desta etapa um roteiro de entrevista semi-estruturada composto por 20 questões (APÊNDICE B).

Foram realizadas entrevistas-piloto num processo de validação das questões norteadoras e como meio de fornecer treinamento e experiência ao pesquisador. Para isto, a entrevista foi aplicada em uma amostra com as mesmas características dos participantes da presente pesquisa, sendo verificado seu grau de clareza, o tempo médio e as dúvidas levantadas pelos entrevistados bem como pelo entrevistador. Com isso identificou-se a necessidade de realizar algumas alterações no instrumento para sua adequação.

Depois de realizada a adaptação necessária no roteiro, procedeu-se o contato com os participantes da pesquisa. A princípio, houve um contato telefônico entre a pesquisadora e a coordenadora do Programa de Saúde da Família do município de Ilhéus. Esta, por sua vez, após receber uma cópia do projeto de pesquisa para verificação, enviou uma carta de autorização (ANEXO A) da realização da pesquisa no campo de estudo proposto.

Somente após estes procedimentos iniciou-se a coleta de dados através do contato com os sujeitos da pesquisa. Esta etapa da ocorreu durante o mês de dezembro de 2012, sendo que as entrevistas foram realizadas individualmente pelo pesquisador após a apresentação dos objetivos da pesquisa e assinatura do TCLE (APÊNDICE A). Todas as entrevistas ocorreram em local escolhido pelos participantes e foram gravadas por meio de um aparelho de áudio digital.

4.5.2 Instrumento de avaliação da qualidade de vida: WHOQOL-bref

Ao final de cada entrevista e mediante assinatura do TCLE (APÊNDICE A), foi aplicado o WHOQOL-bref (ANEXO B). Conforme orientação da OMS (1998) o questionário foi auto-administrado, assistido pelo entrevistador no local da coleta, cujas respostas se referiram às duas últimas semanas anteriores ao dia da coleta de dados.

O WHOQOL-bref é um instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS, ele foi validado por meio de amplo estudo realizado no Rio Grande do Sul, pelo Professor Marcelo Pio de Almeida Fleck, em 1998. Criado para avaliar a

qualidade de vida, sob uma perspectiva internacional, ele já foi traduzido em 50 idiomas e utilizado em mais de 51 países (CONCEIÇÃO et al., 2012).

WHOQOL-bref é uma abreviação do *WHOQOL-100*, ele é composto por 26 questões, sendo 2 sobre qualidade de vida em geral e 24 representando cada uma das facetas que compõem o instrumento original, relacionadas a quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Suas questões foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert nos aspectos: intensidade, capacidade, frequência e avaliação relacionada aos domínios indicados anteriormente (FLECK, 1998), sendo que a escala de intensidade varia de *nada a extremamente*; a escala de capacidade varia de *nada a completamente*; a escala de avaliação de *muito insatisfeito a muito satisfeito e muito ruim a muito bom* e a escala de frequência de *nunca a sempre*. Todas as facetas possuem uma pontuação de um a cinco (FLECK, 1998).

4.6 Análise dos dados.

4.6.1 Análise dos dados da entrevista semi-estruturada

Para análise dos dados das entrevistas utilizou-se o *software* “Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto” (ALCESTE) versão 4.10, que foi criado na França, em 1979, por Max Reinert, no CNRS (Centro Nacional Francês de Pesquisa Científica) com o apoio da ANVAR (Agência Nacional Francesa de Valorização à Pesquisa). O *software*, apesar de originalmente trabalhar com a língua francesa, possui dicionários em outros idiomas, fato que permite sua utilização com materiais em português (GOMES; OLIVEIRA, 2005). Ele permite realizar a análise de conteúdo de material diverso, podendo ser entrevistas, obras literárias, artigos de revistas, entre outros, com o objetivo de quantificar o texto para extrair as estruturas mais significativas, as quais estão relacionadas com a distribuição de palavras, análise lexical.

O método utilizado pelo ALCESTE é a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) de conteúdo textual, tendo a palavra como unidade,

considerando seus respectivos contextos de ocorrência (GOMES; OLIVEIRA, 2005; VITORIA REGIS, 2011).

O programa toma como base um único arquivo (*corpus*) que deve ser formatado seguindo regras próprias do *software* para que possua homogeneidade na sua apresentação. Para um melhor aproveitamento da análise é essencial o seguimento dessas regras.

Devido à estrutura do programa para o reconhecimento de vocábulos, faz-se necessária a padronização de expressões ou termos, ou até mesmo a união de palavras, através do traço subscrito, o qual também foi utilizado para substituição do hífen em palavras compostas. Foram retirados do texto gírias e/ou vícios de linguagem. Foram corrigidos também os tempos verbais e as falas foram colocadas em uma linguagem mais formal, porém com a preocupação de não alterar o sentido do texto. Vale ressaltar que estas alterações somente foram feitas com o objetivo de adequar o texto transcrito das entrevistas para a análise do software. No entanto, para a apresentação dos resultados, as falas dos participantes são utilizadas na íntegra, exatamente como foram expressas no momento das entrevistas.

A análise do ALCESTE é organizada em quatro fases de operações (A, B, C e D) as quais são desenvolvidas em cinco etapas principais (CAMARGO, 2005; NASCIMENTO; MENANDRO, 2006; SOUSA et al., 2009; VITORIA REGIS, 2011):

1. Identificação das unidades de contexto
2. Pesquisa das formas reduzidas de palavras plenas analisadas
3. Definição dos quadros de dados associados
4. Pesquisa das classes de unidades de contexto
5. Descrição e interpretação das classes

1. Identificação das unidades de contexto

O ALCESTE divide o material a ser analisado em grandes unidades, denominadas Unidades de Contexto Iniciais (UCI), que são as divisões naturais do *corpus*. Elas são os primeiros índices de uma estrutura e são assinaladas pelas chamadas linhas estreladas, podendo consistir em entrevistas de diferentes

sujeitos reunidas em um mesmo *corpus*. Na da presente pesquisa o *corpus* é composto por 12 UCI, onde cada UCI corresponde a uma entrevista.

As linhas estreladas identificam cada UCI e possuem as informações que caracterizam cada entrevistado, através das variáveis escolhidas pelo pesquisador, que no caso deste estudo foram: idade, estado civil, possuir ou não filho, tempo de formação profissional, tempo de experiência na Estratégia Saúde da Família e possuir especialização. O Quadro 1 apresenta estas variáveis com seus respectivos códigos e classificações.

Quadro 1 - Variáveis utilizadas na linha de comando, seus códigos e classificações.

SUJEITOS ENTREVISTADOS	
1º entrevistado ao 12º entrevistado	suj_01 a suj_12
IDADE	
24 a 28 anos	id_1
29 a 33 anos	id_2
34 a 38 anos	id_3
ESTADO CIVIL	
Solteiro	est_solt
Casado	est_cas
Viúvo	est_viu
Divorciado	est_div
união estável	est_estv
POSSUI FILHO	
Sim	fil_s
Não	fil_n
TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL	
<1 a 3 anos	form_1
4 a 8 anos	form_2
9 a 12 anos	form_3
13 a 16 anos	form_4

continua...

...conclusão

TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM ESF	
<1 a 3 anos	tem_1
4 a 8 anos	tem_2
9 a 12 anos	tem_3
POSSUI ESPECIALIZAÇÃO	
Nenhuma	esp_0
Uma	esp_1
Mais de uma	esp_2

Fonte: Dados da pesquisa.

Após reconhecer as UCI o *software* novamente formata e divide o texto em segmentos de algumas linhas, denominadas unidades de contextos elementares (UCE), que correspondem ao material discursivo ou escrito referentes à formação das classes (CAMARGO, 2005).

2. Pesquisa das formas reduzidas de palavras plenas analisadas

Nesta etapa é que ocorre a fase A, do conjunto de operações de análise do *software*: Leitura do texto e Cálculo dos dicionários. O ALCESTE prepara o *corpus*, reconhece as UCI, faz uma primeira segmentação do texto, agrupa as ocorrências das palavras em função de suas raízes e procede ao cálculo da frequência das formas reduzidas destas palavras (VITORIA REGIS, 2011). A fase A possui três sub-fases: A1) Reformatação e divisão do texto em segmentos de tamanho similar ou as chamadas UCE; A2) Pesquisa do vocabulário e redução das palavras com base em suas raízes (formas reduzidas); A3) Criação do dicionário de formas reduzidas.

Convém lembrar que, no processo descrito acima, o *software* pode identificar diferentes conjugações verbais, além de diferenciar palavras que tenham apenas função sintática (pronomes, artigos, advérbios) das com significado (verbos, substantivos, adjetivos), pois ele possui dicionários acoplados, inclusive de português (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). São com as palavras com “significado” que o programa vai trabalhar.

3. Definição e cálculo dos quadros de dados associados.

Neste momento é que se desenvolve a fase B: Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCE. É quando ocorre a seleção das UCE a serem consideradas e o cálculo da matriz (as UCE são classificadas em função dos seus respectivos vocabulários): formas reduzidas x UCE (sub-fase B1); cálculo das matrizes de dados para classificação hierárquica descendente (sub-fase B2) e a CHD propriamente dita (sub-fase B3), obtendo-se uma classificação definitiva. O procedimento é efetuado continuamente até que não resulte em novas classes (GUERREIRO, 2012; SOUSA et al., 2009;). Nesta etapa são construídos três quadros de dados que possibilitarão a segmentação das UCE em subconjuntos de texto até a definição das classes (VITORIA REGIS, 2011).

4. Pesquisa das classes de unidades de contexto

Desenvolve-se nesta etapa a fase C: Descrição das classes de UCE escolhidas. É uma etapa de cálculo que fornece os principais arquivos de resultados. Nestes arquivos ficam as diferentes classes escolhidas, sua dependência mutual, o vocabulário predominante de cada uma delas, as palavras estreladas e as palavras ferramentas características, sobre as quais o pesquisador baseará sua interpretação (VITORIA REGIS, 2011).

A fase C é dividida em três sub-fases: C1 - Comparação de duas classificações e definição das classes escolhidas; C2 - Descrição dos perfis das classes; C3 - Análise Fatorial de Correspondência ou AFC (representação das relações entre as classes num plano fatorial).

O método de classificação utilizado pelo ALCESTE para construção das classes é o de CHD, que permite a divisão do *corpus* de base em um número determinado de grupos de UCE denominados de classes.

5. Descrição das classes e bases para a sua interpretação

A fase D: Cálculos complementares. Última fase do conjunto de operações do *software*, nesse momento ele calcula e fornece as UCE mais características de

cada classe, permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada uma delas. Constitui-se por quatro subfases: D1) Seleção das chaves de contexto e das UCE características de cada classe; D2) Pesquisa das duplas de palavras e dos segmentos repetidos por classe; D3) Classificação Hierárquica Ascendente de cada classe; D4) Seleção das palavras características das classes.

A extração das UCE representativas de cada classe permite apreender o sentido delas com a ajuda de frases reais extraídas do *corpus*. Cada UCE é precedida de seu número de ordem no *corpus* e do respectivo χ^2 (Qui-quadrado: cuja escolha é feita por ordem decrescente) de associação à classe com 1 grau de liberdade (VITORIA REGIS, 2011).

O χ^2 calcula a frequência de aparição da palavra. Quanto maior o χ^2 , mais relevante é a palavra para a construção da classe (GUERREIRO, 2012). O programa considerou as palavras com χ^2 igual ou superior a sete como palavras mais representativas. CHA é realizada “[...] a partir de segmentações sucessivas do *corpus* (UCE) relativo à classe, sempre em duas partes ou dois grupos (divisões binárias), até o esgotamento das possibilidades de diferenciação de χ^2 ” (FORMOZO, 2007, p. 73).

O programa fornece, então, o número de classes resultantes da análise, assim como as formas reduzidas, o contexto semântico e as UCE características de cada uma delas consolidada, as quais serão denominadas e interpretadas pelo pesquisador. As operações mais importantes para a interpretação do *corpus* são: a CHD, a descrição das classes, com radicais mais importantes; e a seleção das UCE mais características de cada classe (SOUSA et al., 2009). Essa sistematização sofre, então, a análise do pesquisador.

4.6.2. Análise dos dados provenientes do WHOQOL-bref

Os dados coletados com o questionário WHOQOL-*bref* foram tabulados e armazenados em planilha Microsoft EXCEL, onde foram realizados os cálculos da média e desvio padrão (DP) dos escores referentes à qualidade de vida geral e aos domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Tais escores

variam de 1 a 5, sendo que melhor será o domínio de qualidade de vida avaliado a medida que maior for o valor de seu escore.

Para o cálculo dos escores foram agrupadas as questões que representam as facetas de cada domínio. A Tabela 1 apresenta a descrição destes agrupamentos. Como dito anteriormente, todas as questões possuem uma pontuação de 1 a 5, porém para as questões de número 3, 4 e 26 os escores são invertidos, ou seja, 1=5; 2=4; 3=3; 4=2 e 5=1 (FLECK, 1998; WHO, 1996). O escore de cada participante da pesquisa é representado pela média aritmética das questões que representam a qualidade de vida geral e os domínios. Do mesmo modo, foi realizado o cálculo da média aritmética para o cálculo do escore que representa o grupo investigado. Mediante o escore, foi possível realizar uma classificação da avaliação da qualidade de vida dos participantes, tanto para qualidade de vida geral quanto para os domínios. Para tanto, levou-se em consideração os níveis de satisfação indicados para os valores da escala Likert do referido instrumento, que possui quatro tipos de escala de respostas: avaliação, capacidade, frequência e intensidade, exemplificado no Quadro 2.

Quadro 2 - Classificação das respostas para as escalas de avaliação, capacidade, frequência e intensidade do WHOQOL –bref.

Opção de resposta/ Escala	1	2	3	4	5
Avaliação	Muito Insatisfeito/ Muito ruim	Insatisfeito/ Ruim	Nem satisfeito, Nem insatisfeito / Nem bom, Nem ruim	Satisfeito/ Bom	Muito Satisfeito/ Muito bom
Capacidade	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Frequência	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
Intensidade	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

Fonte: Adaptado de Miranziet al. (2010).

Com o objetivo de observar possíveis diferenças significativas entre os escores, foi realizada uma Análise de Variância de Friedman, que é um teste não-paramétrico para dados mensurados a nível ordinal. Para verificar a correlação entre os domínios e algumas variáveis independentes dos participantes foi

utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman (r_s). O nível de significância adotado em todas as análises foi de $p < 0.05$. A análise estatística inferencial foi realizada no programa estatístico BioEstat 5.3.

Tabela 1- Domínios e facetas do WHOQOL-*bref*.

Domínios	Facetas
Qualidade de vida geral	1. Percepção da qualidade de vida 2. Satisfação com a saúde
Físico	3. Dor e desconforto 4. Dependência de medicação ou de tratamentos 10. Energia e fadiga 15. Mobilidade 16. Sono e repouso 17. Atividades da vida cotidiana 18. Capacidade de trabalho
Domínios	Facetas
Psicológico	5. Sentimentos positivos 6. Espiritualidade/religião/crenças pessoais 7. Pensar, aprender, memória e concentração 11. Imagem corporal e aparência 19. Auto-estima 26. Sentimentos negativos
Relações Sociais	20. Relações pessoais 21. Atividade sexual 22. Suporte (Apoio) social
Meio Ambiente	8. Segurança física e proteção 9. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 12. Recursos financeiros 13. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 14. Participação/oportunidades de recreação/lazer 23. Ambiente no lar 24. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 25. Transporte

Fonte: Fleck *et al.* (2000).

Depois da análise individual dos dados de cada instrumento, foi realizada uma discussão de forma conjunta a partir das convergências e divergências dos resultados fazendo uma relação entre as informações obtidas visando uma análise holística do fenômeno.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil dos participantes do estudo

Para traçar o perfil dos entrevistados buscou-se identificar as seguintes características: idade, sexo, estado civil, quantidade de filhos, tempo de formação, tempo de atuação em Saúde da Família, se possui alguma especialização e se possui outro emprego. Tais características podem ser visualizadas no Quadro 3.

Quadro 3- Perfil dos participantes da pesquisa.

Sujeito	Idade	Estado Civil	Qtd. de filhos	Tempo de formação	Tempo de atuação em ESF	Especialização	Possui outro emprego
suj 01	38	casado	01	12 anos	12 anos	Não	Não
suj 02	33	solteiro	--	10 anos	10 anos	Saúde Coletiva e Gerontologia Social	Sim
suj 03	26	solteiro	--	3 anos	1 ano e 3 meses	Enfermagem do Trabalho	Não
suj 04	33	divorciado	01	11 anos	7 anos	Saúde Coletiva com ênfase em PSF; Administração Hospitalar e Sistemas de serviço de saúde	Não
suj 05	30	casado	--	8 anos	8 anos	Enfermagem Obstétrica	Não
suj 06	24	solteiro	--	11 meses	3 meses	Emergência e UTI (em conclusão)	Não

continua...

...conclusão

suj 07	38	solteiro	01	16 anos	13 anos	Educação em saúde; Enfermagem do Trabalho; Saúde Coletiva	Não
suj 08	27	solteiro	--	2 anos e 6 meses	2 anos	Emergência e UTI	Não
suj 09	30	solteiro	--	2 anos	1 ano e 9 meses	Saúde Pública	Não
suj 10	27	solteiro	--	2 anos e 9 meses	2 anos	Emergência e UTI	Não
suj 11	24	solteiro	--	2 anos	1 ano e 8 meses	Saúde Pública	Não
suj 12	27	solteiro	--	3 anos	1 ano	Enfermagem do Trabalho	Não

Fonte: Dados da Pesquisa.

Dentre os 12 participantes, 11 são do sexo feminino e apenas 1 do sexo masculino. Corroborando com outros estudos nos quais encontraram-se que a enfermagem é exercida essencialmente por mulheres. Esta característica é histórica e parece estar ligada à essência da profissão, o ato de cuidar, que na qual o cuidar sempre foi associado à figura feminina (ASSUNÇÃO; MIRANZI; COMIN, 2010; BARRIENTOS; SUAZO, 2007; SANTOS; BERESIN, 2009; FERNANDES et al., 2012; SALLES, 2005).

A média das idades é de 29,75 anos, sendo 38 anos a idade mais alta. Desse modo, pode-se considerar que este grupo é jovem. Em relação ao estado civil, 75% dos entrevistados eram solteiros, 16,6% casados, e 8,3% divorciados. Não foram identificados viúvos nem situação de união estável. 75% possuem filhos. Percebe-se predominância dos enfermeiros solteiros, corroborando com os achados de outros estudos (FERNANDES et al., 2010; GIL, 2008). Isto pode estar relacionado com o fato de o grupo ser formado por pessoas jovens.

O tempo de formação variou entre 11 meses a 16 anos, com média de 6,11 anos, demonstrando que a maioria dos entrevistados possui pouco tempo de formação e, conseqüentemente, pouco tempo de experiência no trabalho, com média de 4,93 anos.

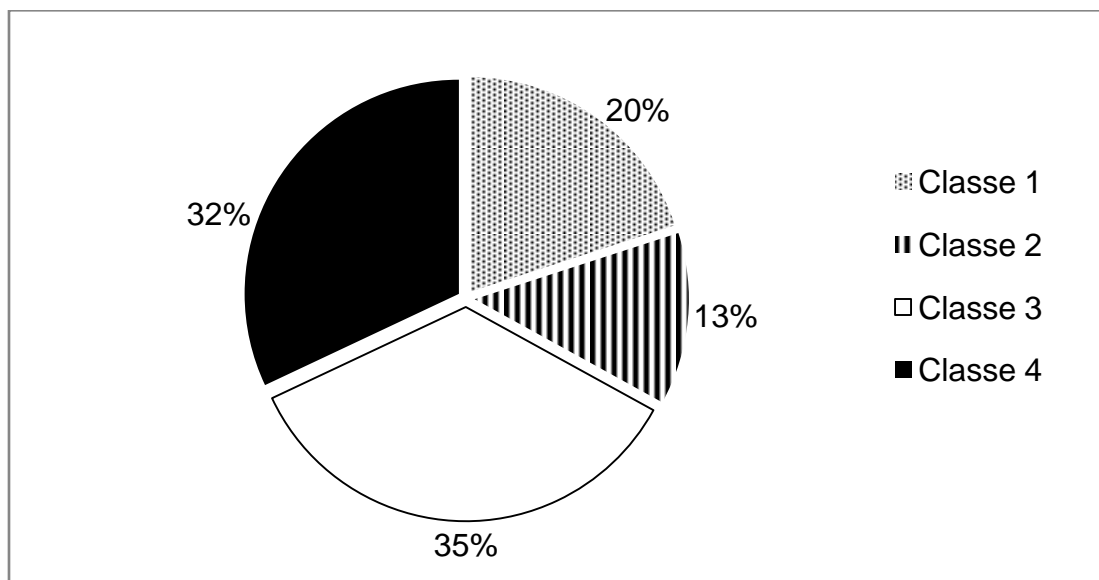
Dos 12 entrevistados apenas 1 não possui nenhum tipo de especialização, 9 possuem algum título de especialização e 2 possuem mais de uma especialização. Dentre os que possuem alguma especialização, 45,4% possuem especialização em Saúde Pública ou Saúde Coletiva.

Apenas 1 dos participantes possui outro emprego, o que pode demonstrar que a carga horária de trabalho em ESF permite que o trabalhador tenha apenas um vínculo empregatício.

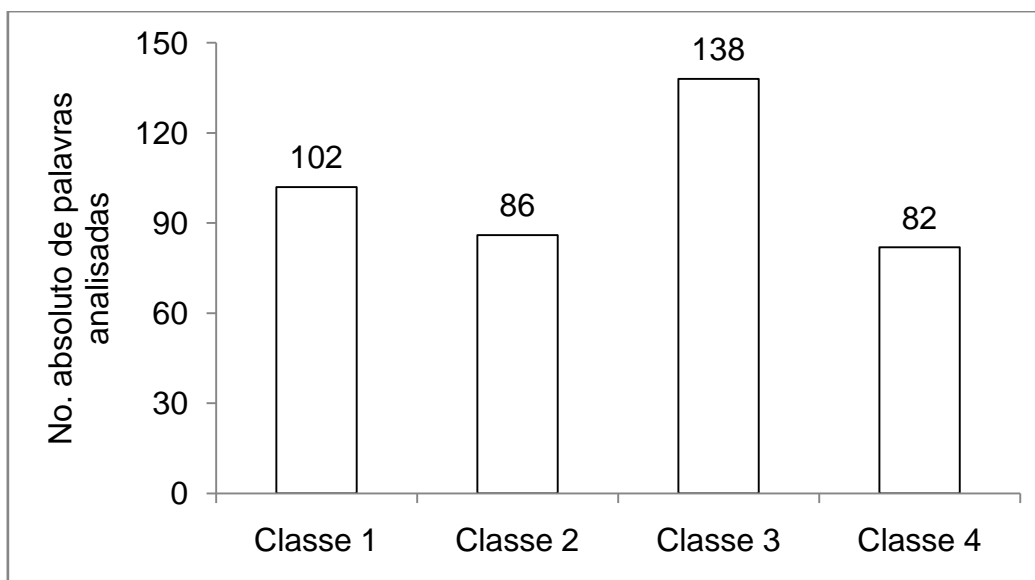
5.2 Descrição das classes: Análise Lexical

O *software* ALCESTE encontrou, nesta pesquisa, 41792 palavras dentro do *corpus*, sendo o número de palavras distintas igual a 4082. O número de palavras incluídas pelo *software* na análise após a redução foi 642. Foram selecionadas 1020 UCE, das quais 663 foram classificadas em quatro classes, representando 63% de aproveitamento do *corpus*. Cada classe é composta por agrupamentos de várias UCE de vocabulário homogêneo. A Classe 1 foi composta por 127 UCE, a Classe 2 por 83, a Classe 3 por 221 e a Classe 4 por 202. A Classe 3 possui o maior número de UCE e maior número de palavras analisáveis. Abaixo as figuras ilustrativas (Figura 1 e Figura 2).

Figura 1- Repartição (percentual) das UCE dentro das classes.



Fonte: Dados da Pesquisa.

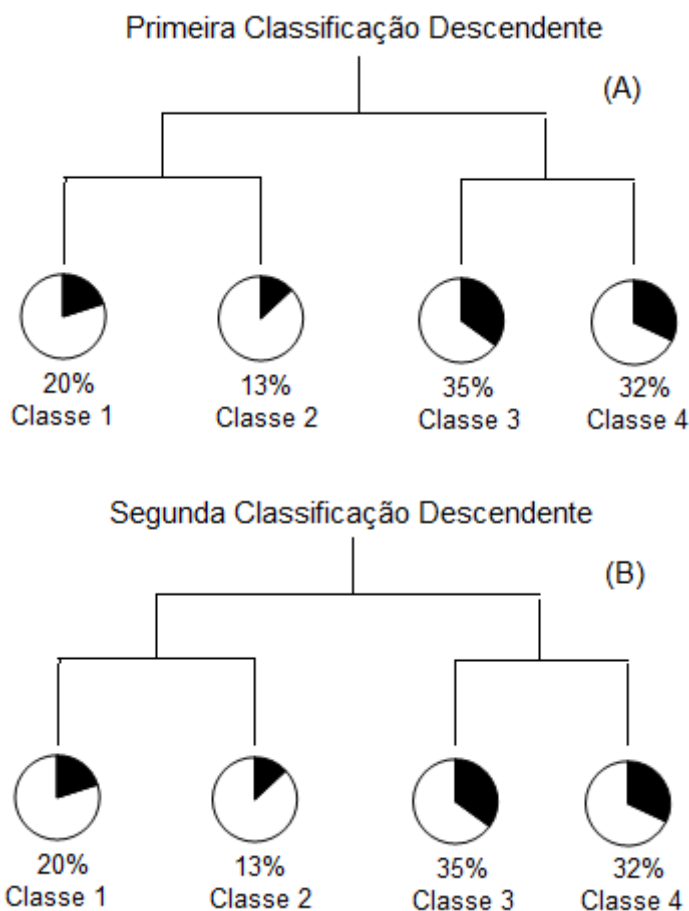
Figura 2-Número de palavras analisáveis por classe.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Em dois momentos o ALCESTE dividiu o *corpus* e, em ambos, obteve-se uma divisão em dois *subcorpus* que originaram, de um lado, as classes 1 e 2 e do outro as classes 3 e 4. As duas análises mantiveram uma estabilidade. A classe 3 representa 35% do *corpus*, por isso é a mais específica. A Figura 3 apresenta a divisão das classes. A análise iniciará pela Classe 1, depois a Classe 2, em seguida a Classe 3 e por último a Classe 4.

A interpretação realizada a partir dessa classificação é a de que as classes 1 e 2 possuem significados semelhantes ou suplementares, que representam ou uma relação de aproximação, ou uma relação de oposição e já se configuraram como classes diferentes (33%). Essa lógica também acontece entre as classes 3 e 4 (67%).

Figura 3- Divisão das classes - Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Dados da Pesquisa.

Após todo o procedimento de análise do ALCESTE, que possibilitou a visualização de cada classe e das UCE que as constituem e através da interpretação da pesquisadora, foi possível denominar os temas e as classes que emergiram, o resultado deste processo pode ser percebido no Quadro 4.

Quadro 4- Temas, classes produzidas pelo ALCESTE e suas respectivas denominações.

Temas	Classes	Denominações
Organização do trabalho do enfermeiro nas USF,s	1	As demandas de atendimento do profissional enfermeiro e da equipe de saúde e sua organização no processo de trabalho
	2	A dimensão educativa no processo de trabalho dos enfermeiros

continua...

...conclusão

Temas	Classes	Denominações
O processo de trabalho e a saúde do trabalhador	3	A forma de gestão como dificultadora do processo de trabalho e fator de estresse do enfermeiro
	4	Os elementos do processo de trabalho e a saúde do trabalhador

Fonte: Dados da Pesquisa.

5.2.1 Tema I- Organização do trabalho dos enfermeiros nas USF

5.2.1.1 Classe 1 – As demandas de atendimento do enfermeiro e da equipe de saúde da família e sua organização no processo de trabalho.

A classe 1 tem 20% do total das UCE que constitui o *corpus* de análise, correspondendo a 127 UCE, com 102 palavras analisáveis.

A análise das palavras, a CHA e as UCE desta classe, apontam discursos acerca das principais demandas que a USF oferece e que os usuários procuram e acerca da organização do trabalho dentro das unidades. No Quadro 5 estão elencados os vocábulos que ilustram esta classe, em suas formas reduzidas, com seus respectivos Khi^2 , além das palavras plenas e respectivas frequências dentro da classe.

Quadro 5 - Palavras representativas da classe 1.

Formas Reduzidas	Khi^2	Formas Plenas
Atend	87	atende(10) atendem(1) atender(16) atendia(3) atendo(10)
Atendi	73	atendi(1) atendimento(32) atendimentos(9)
Agend	62	agenda(10) agendada(5) agendado(4) agendando(1) agendar(6) agendasse(1)
Dia	62	dia(60) dias(18)
visita_domiciliar	60	visita_domiciliar(35)
Hora	45	hora(12) horas(11)
demanda_espontanea	43	demanda_espontanea(13)
Turno	43	turno(14)
Agenda	40	agendamento(12) agendamentos(1)

continua...

...conclusão

Folg	32	folga(10) folgado(1) folgas(1)
Seman	32	semana(17) semanal(1) semanas(4)
Demand	31	demanda(18) demandas(1)
Marc	30	marca(4) marcacao(2) marcada(3) marcado(1) marcando(2) marcar(4)
Med	28	medica(9) medico(20) medicos(2)
pre_natal	25	pre_natal(13)
Encaix	24	encaixa(2) encaixado(1) encaixando(2) encaixar(1)
segunda_feira	24	segunda_feira(7)
Tiver	23	tiver(8)
Prontuário	20	prontuario(3) prontuarios(2)
quinta_feira	20	quinta_feira(5)
Atendendo	19	atendendo(6)
Retorn	19	retorna(2) retornar(1) retorno(3)
Normal	17	retorna(2) retornar(1) retorno(3)
Consulta	16	consulta(7) consultas(3)
Horar	16	horaria(1) horario(6)
Avali	15	avaliacao(2) avaliado(1) avaliando(3) avaliar(1)
Program	15	programa(4) programacao(1) programada(1) programando(1) programar(3)
Reuni	15	reuniao(11) reunioes(3)
CD	15	CD(12)
sexta_feira	14	sexta_feira(9)
Organiz	13	organiza(3) organizacao(2) organizada(2) organizado(1) organizando(1)
planejamento_famili	13	planejamento_familiar(9)
Acamado	12	acamado(1) acamados(2)
agenda_compartilhada	12	agenda_compartilhada(4)
Informac	12	informacao(2) informacoes(1)
Mundo	12	munido(12)
Preventiv	12	preventivo(9)
Termin	12	termina(2) terminando(1) terminar(2)
Urgência	12	urgencia(2) urgencias(1)
Emergência	11	emergencia(4)
Esper	11	esperando(3) espero(1)
Fac	9	faca(3) faco(23)
Cadastr	8	cadastrado(1) cadastro(2)
Cronograma	8	cronograma(3) cronogramas(1)
Necessar	8	necessario(4)
Numero	8	numero(3)
Ped	8	pedem(1) pedir(2) pediram(1)
Recepcionista	8	recepcionista(4)
ACS	8	ACS(16)
Necessidade	7	necessidade(9)
HIPERDIA	7	HIPERDIA(9)

Fonte: Dados da Pesquisa.

Baseado nos discursos apresentados pelos sujeitos, a organização do trabalho nas USF é feita de acordo com os atendimentos aos programas preconizados pelo MS: Saúde da Mulher, Saúde da criança, Saúde do Idoso, HIPERDIA, entre outros. Concordando com Franco (2006), este tipo de

organização baseada em ações programáticas, reflete a excessiva normatização das ações de saúde que limita e constrange os trabalhadores de saúde, pois têm o seu trabalho vivo aprisionado, restringindo o cuidado.

“A assistência é baseada nos programas, HIPERDIA, planejamento familiar, puericultura, pré-natal. É... Saúde do homem, também que tá entrando, porque assim, a gente não tem aquela cultura do homem procurar a unidade, mas é... uma coisa que eu deixei preconizado lá.” (suj 04)

“Cada equipe oferta um número de consultas diferentes uma da outra, então, por exemplo, eu tenho dois dias de pré-natal e a outra equipe só tem um turno.” (suj 07)

“Eu, como enfermeira, e a médica trabalha atendendo os programas, né, que são do PSF, programa de saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, imunização.” (suj 05)

Certamente os programas ordenam as práticas de saúde, mas ao mesmo tempo, criam a obrigatoriedade de procedimentos, limitando o repertório de ações dos trabalhadores desconsiderando suas singularidades, além de oferecer poucas tecnologias para o cuidado e para os aspectos subjetivos envolvidos no processo, conformando o cuidado no esquema queixa-conduta, típico do modelo hegemônico (FEUERWEKER, 2005).

As prioridades de atendimento, entre um programa ou outro, dependerão da demanda específica de cada unidade. A organização da demanda depende também das condições de trabalho que são encontradas por cada equipe, por exemplo: equipe completa, acessibilidade, recursos materiais, etc. Segundo Bertoncini, Pires e Scherer (2011) as condições de trabalho se referem não só à força de trabalho, como também à sua divisão, às modalidades de contrato, ao ambiente sociotécnico para realização da atividade, ao conhecimento e ao espaço físico. Desta forma, pelas dificuldades encontradas para a realização das ações, tais quais são prescritas pelo MS, os profissionais priorizam a atenção a determinados grupos, num processo de renormalização de suas atividades (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

Uma das formas de organizar as demandas, de modo que os usuários não enfrentem filas desnecessárias e tenham respostas aos seus problemas de maneira mais rápida, é verificada através de uma divisão entre as demandas em

“demanda espontânea” e “demanda organizada” ou “demanda agendada”. A demanda espontânea consiste no conjunto de usuários que desejam ou precisam ter atendimento sem consulta marcada. A demanda organizada, ou agendada, consiste naquele conjunto de usuários que em um momento anterior marcaram a consulta.

Alguns profissionais relatam que, para tanto, é feita na unidade uma prévia avaliação da situação de saúde do usuário, o qual é encaminhado para o atendimento adequado ao seu caso, que pode ocorrer na mesma hora ou ser agendando para outro momento. Além disso, em alguns casos, os usuários já saem da consulta com o retorno previamente agendado, como uma tentativa de garantir a continuidade do cuidado.

“(…) normalmente tem um recepcionista e dependendo da situação se eles não puderem agendar para o dia o atendimento, se não for necessário, ele encaminha pra mim ou pra qualquer outro profissional que precise... Que faça a triagem, a orientação e depois o agendamento da consulta. A gente não tem fila, tá, pra marcação de nada, é... A pessoa sai da consulta com o retorno agendado (...). A pessoa não precisa vir outro dia pra marcar. Se tiver a vaga a gente já marca no mesmo dia.” (suj 02)

“É uma coisa que você tem que tá preparado, quando você termina de atender a sua demanda que tá organizada e marcada já tem um monte de gente esperando e você tem que atender todo mundo ali, pelo menos pra dar uma orientação e todo mundo sair com uma resposta, nem que a gente consiga fazer depois, mas todo mundo sai com uma resposta da unidade”(suj 09)

“Vai do recepcionista, depois o técnico e vai chegar até a mim pra eu ver se é um caso que é pra eu tá encaixando ali naquele mesmo horário, precisa ir no médico, mas precisa avaliar...” (suj 04)

“O agendamento é feito pela recepcionista de acordo com a demanda espontânea, quem vai chegando ela vai fazendo o agendamento, mas nada de agendamento é... Deixa eu dar um exemplo, você chegar hoje na unidade e só vai conseguir o pré-natal pra daqui a 5 semanas, daqui a dois meses, não! A gente tenta otimizar.” (suj 07)

Pode-se dizer que o acolhimento verificado nas falas dos sujeitos é traduzido em uma triagem na qual há um processo de exclusão social, por consistir em uma prática onde se “escolhem” os usuários que serão atendidos. São ações pontuais em que não há responsabilização nem produção de vínculo (BRASIL, 2004).

O acolhimento pode ser entendido de duas maneiras (não excludentes), como forma de posicionamento diante do usuário e de suas necessidades e como uma etapa do processo de trabalho com o objetivo de atender à demanda espontânea, o que possibilita o acesso aos serviços de saúde e humaniza as ações (TAKEMOTO; SILVA, 2007). Diferencia-se, portanto, da triagem não por se constituir em apenas uma etapa do processo, mas por permear todos os espaços e ações nos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

O acolhimento contribui para a satisfação do usuário, pois possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados (SCHIMITH; LIMA, 2004). Consiste na possibilidade de abrir as portas da unidade a todos que necessitarem, universalizando o acesso, incluindo a escuta qualificada e o compromisso com a resolutividade dos problemas de saúde que se apresentarem, dando respostas positivas e encaminhamentos seguros (FRANCO; MERHY, 2003).

Uma maneira que alguns sujeitos também encontraram para a organização da demanda e visando a complementaridade das ações, foi a adoção da “agenda compartilhada”, na qual diferentes profissionais realizam o atendimento do mesmo programa, no mesmo dia. Desse modo, caso necessário, eles podem discutir sobre o caso no momento da consulta, sem precisar de novo agendamento.

“Quando eu trabalhava com a médica aqui eu trabalhava com agenda compartilhada, então eu no mesmo dia que eu atendia, ela atendia o programa, então eu fazia agenda compartilhada, a gente sentava e via a necessidade dos pacientes e tinha também o dia da demanda espontânea, né.” (suj 10)

“A gente tem demanda organizada, né, por programas que são os programas preconizados pelo ministério, e a minha agenda a gente tentafazer a mesma da médica, né, se segunda-feira eu atendo saúde da criança ela tenta também atender saúde da criança, mas sempre tem uma demanda que é espontânea, né.” (suj 09)

A atividade clínica na ESF depende da interação interdisciplinar das diferentes formas de exercício clínico e o trabalho em equipe propicia isso. Sendo assim, a agenda compartilhada ou combinada faz-se importante, uma vez que os profissionais podem discutir o que vão fazer, quando e como fazer, visando uma melhor utilização de seus trabalhos (PINTO; COELHO, 2008).

A visita domiciliar (VD) também faz parte do processo de trabalho dentro das USF, sendo importantíssima para atender às necessidades da população que tem dificuldade de procurar por atendimento dentro das unidades. Tal demanda é composta por pessoas que têm dificuldade de locomoção, estão acamadas, ou com outros problemas de saúde que as impedem de irem às unidades. As VD também são importantes nos casos de abandono de tratamento, quando as equipes devem fazer as buscas ativas para resgatarem esse usuário.

“Então assim, visita domiciliar comigo é qualquer dia, qualquer hora, mas a gente tem um dia estabelecido, né, na minha agenda, por exemplo, quinta-feira pela manhã, é o dia que eu faço visitas, então se quiser programar uma visita com a enfermeira, visitas programadas é na quinta-feira de manhã.” (suj 04)

“A gente tem reuniões pra gente conseguir fazer uma demanda pra o fisioterapeuta que tá lá uma vez na semana, mas a gente tenta fazer, ‘ah vamos colocar uma hora pra visita pros pacientes acamados’.” (suj 09)

“Acamados, todos, eu visito, sempre, entendeu? Pra tá olhando a glicemia, tá aferindo a PA, e é quando tem assim alguma coisa mesmo que me pedem, né, ‘ ah, alguém tá querendo tirar uma dúvida’ ou porque se sentiu mal, alguma coisa assim aí a gente acaba indo fazer a visita.” (suj 12)

“Fazemos visita semanalmente, tem um dia na semana pra mim tanto pro médico da equipe, e essas visitas são de acordo com a demanda que o agente comunitário traz pra nós, né. Então eles falam se tem alguém que tá precisando de alguma visita por algum motivo e aí a gente agenda e faz essa visita.” (suj 05)

As VD, geralmente, são agendadas e têm um horário específico para esta ação. São os agentes comunitários de saúde (ACS) que, normalmente, trazem esta demanda para a unidade relatando a necessidade para as equipes, constituindo em um papel de destaque destes profissionais (KEBIAN; ACIOLI, 2011). Os ACS, por serem membros da comunidade, possuem um conhecimento da realidade local, o que lhes proporciona um olhar diferenciado durante a VD, a partir da qual são traçados os planos e as estratégias de ação a serem desenvolvidos pela equipe junto à família (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011).

Em contraposição às diretrizes da ESF, pode-se constatar em diversos estudos que, apesar da VD consistir num instrumento de trabalho caracterizado pelo desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde

do indivíduo, família e comunidade, a mesma tem sido realizada tendo como foco apenas o indivíduo que está doente ou com alguma condição crônica. O seu ambiente sócio-cultural não é levado em consideração e a família é tida como auxiliar para a manutenção da terapia (DRULLA et al., 2009; EGRY; FONSECA, 2000; GAÍVA; SIQUEIRA, 2011; KEBIAN; ACIOLI, 2011; SANTOS; MORAIS, 2011).

Os sujeitos apontam também que embora haja um horário específico para a VD, eles se colocam à disposição para realizá-la a qualquer momento, a depender da gravidade do caso.

“Visitas programadas é na quinta-feira de manhã, mas qualquer hora que surgir, qualquer coisa que necessite de minha visita ali de imediato, largo e tento ir pra poder tá avaliando e vendo quais encaminhamentos que serão dados.” (suj 04)

As VD devem ser planejadas de modo que tanto os enfermeiros quanto os médicos saibam o que realmente irão fazer no domicílio. Também devem ser bem direcionadas para os casos que realmente necessitem da presença destes profissionais. Caso contrário, só reforçam a idéia de dependência dos usuários em relação a eles (FRANCO; MERHY, 2003).

Um importante espaço para discussão do processo de trabalho são as reuniões de equipe, onde são realizadas discussões acerca dos atendimentos, das necessidades de VD, de educação em saúde na comunidade, e de troca de informações. Essas reuniões podem ser realizadas semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, dependendo da realidade de cada equipe.

“Hoje a demanda é deles. As minhas demandas eu faço... Eu não espero o mês, né. Eu já faço pontual no serviço com eles e, quando encaixa, né, a necessidade deles com a minha, aí eu faço também um momento com todo mundo.” (suj 02)

“A gente faz a reunião quinzenalmente ou de acordo com a necessidade, quando tem algum problema ou alguma coisa que precisa ser resolvido com urgência, a gente marca a reunião.” (suj 05)

“Sempre que tem um curso eu sempre tô repassando as informações pra eles. Tem um curso de tuberculose, logo em seguida a gente marca uma reunião e eu passo a informação pra todo mundo. É sempre assim. Toda atualização que tem no município, eu passo pra eles em reunião.” (suj 09)

As reuniões de equipe são espaços utilizados também para o fechamento da produção de cada profissional da equipe, o qual apresenta um consolidado das ações realizadas e, a partir desse instrumento, poderão avaliar a continuidade das ações ou a mudança das mesmas, bem como discutir a implementação de outras.

“A gente faz reunião com o agente comunitário, tem a reunião do fechamento do consolidado que é só pra fechar o consolidado, mas as reuniões, elas são feitas também através da demanda do que se tem.”
(suj 10)

Nas reuniões de equipe a interdisciplinaridade pode ser exercida como um instrumento para superar a hierarquia das profissões. Estes encontros servem para propiciar a cada profissional a oportunidade de conhecer o trabalho do outro e todos opinarem sobre o planejamento e a avaliação das ações. Para tanto, a construção de uma comunicação dialética deve ser realizada, valorizando os saberes de cada profissional. De acordo com Cardoso (2004), é através da comunicação que o grupo se torna um grupo de trabalho integrado no qual ocorre a troca de conhecimentos e experiências, deixando de ser apenas um aglomerado de pessoas com pouco ou nenhum vínculo com o processo de trabalho ou com os usuários.

A reunião consiste num momento em que os enfermeiros exercem também a função de supervisão dos ACS e de todo o processo de trabalho, por ser este um espaço também de entrega dos consolidados dos relatórios mensais da produção de cada membro da equipe. Isto permite a visualização e a discussão acerca de alguma alteração ocorrida no processo de trabalho.

Mas, apesar de socializado nas reuniões de equipes, muitas vezes o planejamento das ações é realizado de maneira individualizada por cada profissional de nível superior e, por isso, os momentos de avaliação nem sempre ocorrem (SILVA; TRAD, 2005).

5.2.1.2 Classe 2 – A dimensão educativa no processo de trabalho dos enfermeiros

Esta classe tem 13% do total das UCE que constitui o *corpus* de análise,

correspondendo a 83 UCE, com 86 palavras analisáveis. As palavras que a ilustram representam as atividades educativas do enfermeiro dentro das unidades, sejam elas realizadas em consultas, em grupos específicos ou sala de espera. O Quadro 6 apresenta as palavras representativas desta classe.

Quadro 6 - Palavras representativas da classe 2.

Formas Reduzidas	Khi ²	Formas Plenas
Grupo	83	grupo(29) grupos(4)
Atividade	65	atividade(6) atividades(13)
Tema	61	tema(5) temas(6)
sala_espera	54	sala_espera(14)
NASF	43	NASF(13)
Aluno	40	aluno(3) alunos(5)
Alimento	33	alimentacao(5) alimentar(1)
Gente	32	gente(121)
Idoso	30	idoso(5) idosos(4)
Particip	30	participa(5) participam(4) participamos(1) participassem(1)
Caminh	26	caminhada(6)
Direitinho	21	direitinho(5)
Fez	21	fez(8)
Program	21	programa(4) programacao(1) programada(1) programando(1) programar(3)
Diabete	20	diabetes(2) diabetico(4) diabeticos(2)
Fazend	20	fazendo(12)
Reun	20	reune(3) reunir(1)
PIESC	20	PIESC(3)
HIPERDIA	17	HIPERDIA(9)
Criança	16	crianca(5) crianças(5)
Equipe	16	equipe(6) equipes(2)
Bairro	15	bairro(5)
Data	14	data(4)
DST	14	DST(3)
Dia	13	dia(60) dias(18)
Desenvolv	12	desenvolver(3) desenvolveu(2)
Faz	10	faz(28) fazem(8) fazer(11) fazia(1) faziam(1)
Medic	10	medicacao(1) medicina(5)
Seman	10	semana(17) semanal(1) semanas(4)
CD	10	CD (12)
Hipertens	9	hipertensao(1) hipertenso(5)
planejamento_famili	9	planejamento_familiar(9)
Apoi	8	apoia(1) apoiam(1) apoio(3)
Casos	8	casos(2)
Consolidado	8	consolidado(2)
Costum	8	costuma(2)
Envolve	8	envolve(2)
Estagiar	8	estagiarios(2)
Estagi	8	estagiam(1) estagio(2)
Hipertensos	8	hipertensos(2)
Homem	8	homem(3)

continua...

...conclusão

Palestra	8	palestras(3)
Abord	7	aborda(3) abordar(1) abordou(1)
equipe_famili	7	equipe_familia(36)
Escolh	7	escolha(2) escolheu(1)
Necessidade	7	necessidade(9)
pre_natal	7	pre_natal(13)
ACS	7	ACS(16)

Fonte: Dados da Pesquisa.

Esta classe apresenta a educação em saúde como parte importante do processo de trabalho dos sujeitos, uma vez que estes se apóiam nestas atividades para promoverem a saúde e orientar os usuários quanto à prevenção de doenças e agravos. As ações de educação em saúde são realizadas de acordo com as necessidades dos usuários, as quais são detectadas pela equipe de saúde. Tais ações consistem em palestras e, para realizá-las, os integrantes das equipes se organizam discutindo os temas a serem abordados de acordo com o “público” alvo e são realizadas tanto em salas de espera, quanto em atividades em grupo, podendo haver também rodas de conversa. As salas de espera e as atividades educativas em grupo são realizadas, geralmente, dentro das unidades.

“Observo o quê que é a maior dificuldade deles, dos pacientes, e aí tento entrar a partir daí, então a gente faz uma sala de espera, até individualmente mesmo a gente sempre tá batendo na mesma tecla de... De... Da alimentação dos idosos, as gestantes então a gente sempre tá fazendo a educação, sempre, na consulta.” (suj 06)

“É, geralmente nesses momentos, é. Com a equipe a gente faz sala de espera com algum tema que esteja necessitando de mais esclarecimento, algum tema mais abrangente, alguma doença que esteja prevalecendo no momento a gente sempre tá fazendo atividade educativa.” (suj 05)

“Faço a parte de... Não só da educação permanente, gerência da unidade, da assistência, visita domiciliar e... É... A reunião de grupos que a gente tem, grupo de idosos, grupo de gestantes... Os adolescentes a gente não consegue ainda trazê-los á unidade.” (suj 02)

Os temas das palestras compreendem, basicamente, assuntos referentes aos programas do MS, o que nem sempre reflete as necessidades da população por se tratar de ações prescritas de maneira generalizada. É imprescindível que

os profissionais de saúde se aproximem da realidade dos indivíduos, de suas necessidades, seus interesses e seus conhecimentos prévios, para, a partir daí planejarem ações educativas satisfatórias, que influenciem numa modificação de práticas de saúde pelos usuários (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012).

A configuração de ações educativas na modalidade de palestras remete à pedagogia tradicional, configurada na presença de um “professor” ou alguém que é possuidor do conhecimento, a autoridade máxima, e do “aluno” ou alguém que é desprovido do conhecimento (PEREIRA, 2003). É importantíssimo que este momento seja utilizado para possibilitar a troca de experiências e provocar reflexões sobre os temas que são expostos, considerando os conhecimentos prévios que os usuários possuem. Normalmente isto não acontece, visto que as atividades educativas se mostram voltadas para a imposição ou condução de um agir que os profissionais consideram como corretos.

Nesse sentido, vale ressaltar que as atividades de educação em saúde não devem ser utilizadas como espaços apenas de transmissão de conteúdos, mas devem ser compreendidas como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida (ROECKER et al., 2012). As atividades de educação devem se conformar em uma relação baseada no diálogo constante e na participação ativa dos sujeitos para a solução dos problemas, configurando o modelo dialógico de educação (FIGUEIREDO et al., 2010).

Verifica-se que a expressão “educação em saúde” evoca um tipo de atendimento que é complementar ao atendimento dos agravos de saúde, se caracterizando, portanto, como uma ação ainda fortemente ligada ao modelo biomédico de assistência, pois são ligadas às consultas.

“Alguns grupos a gente mantém os dias fielmente porque são grupos que tão mais lá na unidade que é os hipertensos e diabéticos sempre de ser terça-feira porque já estão acostumados porque terça-feira eles tem que ir lá, pra tomar remédio, pra pegar remédio.” (suj 07)

Algumas atividades, porém, são realizadas fora do espaço físico da unidade. Estes momentos são importantes para uma maior integração e aproximação entre a equipe e a comunidade, que podem utilizar os espaços sociais como igrejas, escolas ou centros comunitários.

“A gente também costuma tá fazendo é... Aquelas atividades mais extra, né, fora da unidade, né. A gente faz multirão, a gente consegue tá fazendo sempre atividades pras crianças, né, funciona direitinho.” (suj 11)

“As escolas, às vezes, solicitam atividades. A gente participa é... A gente lá no bairro, a gente tem o PET, né, da educação que trabalha com adolescentes. Então a gente sempre tá fazendo trabalho com alunos do PET, relacionados com gravidez na adolescência, a gente tem muito no bairro relacionado a DST, HIV, né, então a gente sempre tem que tá fazendo essa... Essa ponte com o que a gente tem na comunidade, de acordo com o que, né, dê pra gente fazer. Se nós fomos convidados, a gente participa. E a gente tem um grupo que a gente conseguiu montar no bairro que é um grupo de idosos, de caminhada.” (suj 07)

Devido aos programas de integração ensino-serviço, PIESC – *Programa de Integração Ensino-Serviço-Comunidade* e PET Saúde – *Programa de Ensino pelo Trabalho para a Saúde*, é muito comum encontrar estudantes de enfermagem, medicina, entre outros, nas unidades de saúde. Estes acabam fazendo parte do processo de trabalho dentro da unidade. Eles tornam-se importantes no desenvolvimento de algumas atividades, em especial, nas ações educativas, principalmente quando as equipes são incompletas e, por isso, sobrecarregadas, o que dificulta a realização destas atividades por parte de seus membros.

“Que a gente recebe muito aluno, seja aluno de enfermagem, de nutrição, de medicina. Os alunos de medicina mesmo eles têm desde o primeiro até o quarto ano eles têm vivência na unidade de saúde, então a gente tem essa ajuda pra... A parte de... De palestras, eles sempre tão realizando palestras.” (suj 07)

“A gente sempre recebe também estagiários, a gente tem sempre o pessoal da medicina, que faz estágio lá, pessoal da enfermagem que faz estágio lá, a gente acompanha o PET que é um programa mesmo com o pessoal de medicina e enfermagem integrado. (...)Esses dias agora, eles fizeram um PTSde...de hipertenso e de criança de baixo peso, então assim, eles fazem esse atendimento, fazem o projeto terapêutico singular também, mas assim, é mais eles do que...assim...que a equipe, acaba deixando pra eles estarem fazendo essa mobilização, assim como muita atividade educativa, eles fazem, a gente também faz, mas assim eles fazem bastante atividades educativas até mesmo pelo sentido mesmo que o PIESC tem, né” (suj 07)

A falta de profissionais nas unidades de saúde faz com que aqueles existentes direcionem as ações para o atendimento à demanda, priorizando a

assistência. Lembrando que uma equipe incompleta em sua constituição tem reduzido potencial de cuidado da maneira como é preconizado pelo SUS.

As atividades educativas, desse modo, se restringem às orientações dadas durante as consultas individuais, ficando as atividades coletivas a cargo dos estudantes, quando estes se encontram na unidade. Salvando-se os momentos em que as escolas e demais equipamentos sociais, representando grupos específicos da comunidade, solicitam a presença das equipes de saúde para determinadas atividades. Isso, porém, demonstra que esta aproximação das equipes com a comunidade reflete mais uma questão de satisfação de uma necessidade pontual do que de uma preocupação em estar mais próximo de sua realidade.

Além do apoio dos estudantes, as equipes contam com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes núcleos, além de incentivarem as equipes a realizarem as atividades, as preparam e também participam do planejamento e implementação das ações. Também são responsáveis pela orientação aos profissionais, bem como aos usuários. Além disso, complementam as ações das equipes, principalmente quando estas precisam abordar temas que abrangem especialidades como: psicologia, educação física, fisioterapia e nutrição.

O NASF foi criado em 2008, pelo Ministério da Saúde (BRASIL 2008), para atuar de forma compartilhada e integrada com as equipes, visando a quebra da lógica fragmentada do modelo hegemônico que ainda existe.

O NASF possui como áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2008).

Este núcleo tem como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes da atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2010).

“O núcleo é como se ele tivesse assim, é... Meio que... Que... Dando o incentivo pra que a equipe faça, então com esse grupo a gente tem planejamento, a gente fez planejamento em junho, pra que a gente

tentasse desenvolver atividades de prevenção durante o resto do ano.”
(suj 07)

“Eu vou ter que diminuir minha... Meus horários pra poder ficar um tempo livre pra tá programando essas atividades. A gente conta também com o apoio do NASF que é que me ajuda quando chega ‘ah gente, vamos programar o que a gente vai fazer pra essa data’.”(suj 09)

“A gente trabalha também junto com o NASF, que é um núcleo de apoio a saúde da família, que tá sempre realizando atividades educativas, atividades em grupo com... Principalmente com grupos de caminhada, é... O HIPERDIA, idosos, então a gente tem bastante atividades educativas também relacionadas a isso.” (suj 04)

Observa-se, com a análise dos dados da presente pesquisa que as práticas educativas são voltadas para a abordagem dos programas verticais do Ministério da Saúde, primam pela prevenção de doenças e estão baseadas em transmissão de conhecimento com o intuito de mudança de comportamento do usuário, sem dar-lhe a oportunidade de ser sujeito ativo neste processo.

É importante ressaltar que a educação em saúde por si só não tem o poder de garantir a prevenção das doenças, pois estas envolvem também questões econômicas, políticas e sociais.

5.2.2 Tema II- O processo de trabalho e a saúde do trabalhador de saúde

5.2.2.1 Classe 3 – A forma de gestão como dificultadora do processo de trabalho e fator de estresse do enfermeiro

Esta classe possui 221 UCE, correspondendo a 35% do total de UCE que compõe o *corpus* e é constituída por 138 palavras analisáveis. São estas palavras que, primeiramente, nos estabelecem uma idéia geral do conteúdo da classe, que analisadas em conjunto com a CHA e as UCE, apontam para a relação da gestão no processo de trabalho com o estresse e desgaste sentidos pelos enfermeiros. No Quadro 7 se encontram as palavras representativas desta classe.

Quadro 7- Palavras representativas da classe 3.

Forma Reduzida	Khi ²	Forma Plena
Casa	26	casa(20) casas(1)
situac+	26	situacao(14) situacoes(10)
cois+	23	coisa(45) coisas(24)
estress+	20	estressa(1) estressada(2) estressado(1) estressante(1) estressantes(1)
problema_saude	18	problema_saude(17)
confus+	15	confusao(7) confuso(1)
ment+	15	mentais(1) mental(4) mentem(1) mentir(2)
resolv+	15	resolver(29) resolveu(1) resolvia(1) resolvo(1)
Poder	14	poder(12) poderem(1) poderia(8) poderiam(1)
municip+	13	municipal(2) municipio(15) municipios(3)
Vida	12	vida(7) vidas(1)
desgast+	11	desgasta(1) desgastando(1) desgastante(1) desgaste(3)
deu+	11	deu(6) Deus(10)
Lugar	11	lugar(8) lugares(1)
Cab	10	cabe(2) cabeca(7)
recurso_material	10	recurso_material(13)
Ansiedade	9	ansiedade(5)
Dinheiro	9	dinheiro(7)
Salário	9	salario(11)
Acab	8	acaba(22) acabava(2) acabo(1) acabou(3)
Angusti	8	angustia(4) angustiada(1) angustiado(1)
Atendid	8	atendida(1) atendidas(1) atendido(4)
Culp	8	culpa(3) culpado(1)
Curativ	8	curativista(1) curativo(6)
Dorm	8	dorme(3) dormir(1)
Grande	8	grande(14)
Mao	8	mao(5) maos(1)
Prejudic	8	prejudica(2) prejudicada(1) prejudicado(1)
Pres	8	preso(1) pressao(4)
problema_social	8	problema_social(4)
Problem	8	problema(23) problemas(9)
Rea	8	reacao(1) reais(3)
Tratamento	8	tratamento(3) tratamentos(1)
Acolhimento	7	acolhimento(9)
Usuário	7	usuário(48) usuários(5)
Quer	7	quer(12) querem(4) querer(2) quero(5)
Sint	7	sinto(11)

Fonte: Dados da Pesquisa.

Os discursos dos sujeitos nesta classe estão voltados para as dificuldades que encontram para a realização do seu trabalho. Estas se referem a questões da forma de gestão e coordenação do sistema de saúde dentro do município em que atuam, abrangendo desde questões de comunicação até a falta de recursos materiais.

“Essa falta de material, de medicação, meu Deus! Sofro com isso! Porque eles não têm como comprar, é uma coisa que a gente sabe que é disponibilizado pelo SUS e não... Não é passado, não vai pro posto. Todo mês é feito lista de medicação, pedido de material, mas não vai. Aí eu ligo cobrando pros setores: farmácia, almoxarifado, aí diz ‘não tem, não tem’ às vezes não vai nem papel higiênico pra você ter uma idéia. Fiquei cinco meses sem água. A questão, tipo assim, é de coordenação, hierarquia mesmo” (suj 03)

“Me estressa bastante, acho que é por estresse. Porque às vezes eu chego em casa irritada por situações que não são inerentes, assim, do usuário mas da gestão, entendeu? Como por exemplo, também, falta material que impede de você tá realizando determinados procedimentos...” (suj 04)

“Com a gestão. E ter uma resolução mesmo, ‘é, tá bom, a gente vai resolver’, pegar e resolver. E não só dizer que vai resolver e não resolver. Então, isso fica um pouco difícil.” (suj 06)

Segundo Silva (2011), apesar do aumento da cobertura assistencial no SUS, ao longo dos anos, principalmente na área ambulatorial, a oferta de recursos ainda é insuficiente para atender às necessidades da população.

A falta de recursos materiais, bem como sua baixa disponibilidade, causa inúmeros problemas para o trabalhador, tais como desorganização, interrupções constantes do trabalho, exposição a riscos (para o profissional e para o usuário), ansiedade e sensação de trabalho incompleto (DAVID et al., 2009).

Os sujeitos relatam que suas atividades dependem não só da sua mão de obra, mas do funcionamento do sistema em rede, no qual as diferentes instâncias estabelecem relações definidas para a garantia da qualidade do atendimento e do seguimento do cuidado.

“É uma rede, né, é...é...é uma corrente que vai passando de um pra outro e, eu dependo da gestão, a gestão depende de mim, o usuário depende de mim, e a gente vai tentando fazer ali, ligar, conectar, pra poder ver se a gente consegue.” (suj 04)

Segundo Lavras (2011) as RAS buscam a integralidade do cuidado, pois consistem em arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde devem ser desenvolvidos procedimentos, de diferentes densidades tecnológicas, integrados através de sistemas de apoio e de gestão. A disponibilidade ou a escassez de recursos é

também um fator importante para o desenvolvimento das redes de atenção em saúde (MENDES, 2006).

A falta de organização das RAS gera angústia, ansiedade e estresse nos enfermeiros, sintomas que são agravados com a questão salarial, quando estes profissionais se vêem por vários meses com seus salários atrasados e até sem o recebimento dos mesmos. Somado a isso existe a questão do vínculo através de contratos ou terceirizações que fazem com que os profissionais sintam-se impotentes acreditando que podem perder o emprego caso tentem lutar pelos seus direitos.

“Porque é difícil, a gente tá trabalhando ali com carisma, com educação e tudo, passando por determinado problema que não é pra tá passando, não tinha essa necessidade, né, salário, condições de trabalho, né, material, tudo isso é difícil” (suj 11)

“Tive muitas situações aqui estressantes e problema financeiro, que o salário atrasa, eu sou contratada no município e você tem que ir trabalhar de qualquer jeito porque senão vai pra rua.” (suj 10)

“A gente sempre teve pagamento em atraso, mas nunca ficou sem dinheiro e agora tá sem o dinheiro e a questão financeira é uma questão que influencia muito. Então, assim, no processo de trabalho você trabalhar e não tá recebendo, isso te gera uma certa angústia, uma certa ansiedade, a gente sabe que isso vai me trazer problemas é... De saúde, né, em determinado momento, então um dia você não dorme, acorda no meio da noite preocupado, então isso já prejudica” (suj 04)

A gestão de recursos humanos vem sendo considerada a questão mais complexa e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no país. A precariedade do trabalho está ligada a um tipo de desproteção sócio-legal que possui aspectos excludentes do processo de desenvolvimento econômico e que forçam o trabalhador a aceitar a relação contratual precária, pois a outra opção seria o desemprego, socialmente mais excludente (JUNQUEIRA et al., 2010).

Estudos comprovaram que ainda são predominantes as formas de contratação temporárias e terceirizadas, que desconsideram os direitos trabalhistas e ameaçam a continuidade da prestação de serviços de qualidade (GIRARDI; CARVALHO, 2003; JUNQUEIRA et al., 2010). Além disso, a falta de

segurança relacionada à estabilidade ou permanência no emprego consiste em fator de estresse entre os enfermeiros (CARVALHO, 2007).

Os profissionais sentem-se desmotivados, mas ao mesmo tempo, tomam para si toda a responsabilidade para a resolução dos casos que a eles se apresentam, apesar de, em alguns momentos, repetirem para si mesmos que a responsabilidade não é somente deles e que fazem o que podem.

“O estresse de eu me estressar por isso, eu saio como se eu não tivesse cumprindo com uma coisa, que na verdade, outra pessoa que não tá cumprindo.”(suj 12)

“Você saber que pode fazer mas não tá conseguindo, isso vai é... É... Deixando uma angústia, uma...uma...um estado depressivo, vamos dizer assim, não é depressão, mas, um estado depressivo, uma ansiedade grande no profissional e isso sobrecarrega com certeza.” (suj 04)

“Acaba que você deixa algumas coisas a desejar, porque é seu papel fazer e você não faz, mas assim a questão do atendimento de poder fazer o que eu posso aqui, de ligar de correr atrás, de dizer ‘ó, vou mandar usuário pra tal lugar’ acho que eu fiz minha parte sim.” (suj 10)

Bertoncine, Pires e Scherer (2011), em seu estudo, identificaram que as enfermeiras, quando deparadas com situações que as impedem de realizar a assistência adequada devido a problemas de gestão, acabam realizando estas ações por conta própria. Um exemplo disso é o fato de utilizarem carro próprio para buscar vacinas e demais materiais necessários para uma campanha de vacinação, pois os gestores não os disponibilizaram veículo para esta ação. Os autores citados acima afirmam ainda que as enfermeiras tomam esta atitude devido aos valores adquiridos de promoção da saúde/proteção específica e de integralidade.

Segundo alguns sujeitos, determinadas dificuldades encontradas para a realização do trabalho poderiam ser evitadas. Eles afirmam também que procedimentos mínimos não são feitos devidos a problemas de gestão. Exames de rotina são de difícil acesso, procedimentos como curativos não são realizados por falta de material e diversos problemas como estes poderiam ser solucionados de forma mais eficiente. Além disso, os profissionais ficam desacreditados, pois perdem a credibilidade junto aos usuários. Diante desta situação, a angústia parece inevitável e o sentimento de impotência é perceptível.

“A gente tenta resolver aquilo, tem impasse e isso que deixa, isso que deixa, isso que me deixa assim... bem... Bem chateada, a gente não conseguir resolver um problema de saúde por conta de burocracia, né, de coisas que a gente sabe que poderiam ser resolvidas” (suj 09)

“Quer dizer, se fosse pro usuário realmente ir a óbito ele ia. Às vezes é uma tomografia, é... Até uma ressonância... É uma ultrassonografia que é mais simples, a gente sabe a dificuldade que tem uma ressonância e uma tomografia ser marcada é complicado, mas uma ultrassonografia?! Entendeu?” (suj 03)

“E sem contar que você perde credibilidade com o usuário, né. É um curativo que você não faz, é um preventivo que você deixa de fazer, acaba você perdendo credibilidade” (suj 03)

Essas situações enfrentadas pelos profissionais acabam ultrapassando os muros do local de trabalho e os perseguem mesmo quando não estão em atividade. As preocupações surgem em seus pensamentos mesmo contra a vontade, quando estão com seus familiares, em ambiente de lazer ou até mesmo quando estão realizando tarefas domésticas, chegando a ter o sono prejudicado. Pode-se perceber nas falas, no entanto, a tentativa de não levar questões do trabalho para casa.

“Como eu sou responsável, eu fico com a consciência, entendeu? Eu acabo levando isso pra minha casa, essa preocupação vai comigo, entendeu?” (suj 12)

“Por questão de estresse. Por isso que eu mudei muita coisa na minha vida, porque às vezes você chega estressada em casa, vai descontar em cima de todo mundo, às vezes você não dorme direito, você tá preocupada com uma coisa que você não consegue resolver” (suj 07)

“Outra coisa é quando às vezes você tá em casa com sua filha e você lembra de um determinado usuário e você não conseguiu resolver aquilo, ‘nossa será que vai...’ Então sua cabeça ela não fica firmada naquilo que você tá fazendo naquele momento com sua família, ou naquele momento com os seus amigos, de repente aparece na sua cabeça o problema que você tá tendo lá e que você não conseguiu dar solução.” suj (04)

“Até um usuário falou ‘Não fica assim. Você fica tentando resolver tudo, você não é Deus pra tentar resolver tudo. Tenha calma e tal’. É que eu me sinto incomodada quando eu vejo determinadas situações acontecerem e que não tem necessidade, que uma simples situação ali resolvia, entendeu? E eu procuro tá tentando resolver isso, então tem dias que eu me sinto tão mal, eu saio daqui realmente fragilizada, mas eu procuro não tá levando nada pra minha casa, né” (suj 11)

Vale ressaltar que o trabalho do profissional de enfermagem o coloca em situação de total doação, muitas vezes esquecendo-se do cuidado de si. Consiste num trabalho que exige um estado de alerta constante e consome tanto as energias física e mental quanto a emocional (FERNANDES, 2009).

Os problemas de gestão, a falta de condições de trabalho e a falta de recursos humanos e físicos foram relatados como fatores de estresse dos sujeitos da pesquisa. Estressor, de acordo com Fernandes, Medeiros e Ribeiro(2008) consiste em experiências que causem tensão, ansiedade, depressão, medo ou ameaça, podendo ser de origem interna ou externa.

Em seu estudo, Fernandes et al. (2008) elencaram as atividades relacionadas à administração de pessoal; a burocracia e a dependência de outros setores; condições de trabalho; jornada de trabalho, trabalho em turnos e sobrecarga de trabalho; pressões e cobranças, como os fatores de estresse mais relatados pelas enfermeiras. Estes autores referiram também que é muito comum a existência de conflitos e sofrimentos no ambiente familiar advindos do estresse no trabalho. As enfermeiras são marcadas pela irritação, cansaço, sono acumulado, desânimo e diminuição das defesas imunológicas.

5.2.2.2 Classe 4 – Os elementos do processo de trabalho e a saúde do trabalhador

A Classe 4 tem 32% do total de UCE que compõe o *corpus*, consistindo um total de 202 UCE, com 82 palavras analisáveis. Estas palavras, juntamente com a CHA e as UCE correspondentes, demonstram que os sujeitos discursam acerca dos elementos constitutivos do processo de trabalho: objeto, instrumentos e finalidade, e expressam as suas percepções quanto à interferência do processo de trabalho em sua qualidade de vida.

Os entrevistados verbalizam também, acerca das ações que deveriam ser adotadas voltadas para a saúde do trabalhador (de saúde). O Quadro 8 traz as palavras representativas desta classe.

Quadro 8- Palavras representativas da classe 4.

Formas reduzidas	Khi²	Formas Plenas
Ach	76	acha(1) acham(2) ache(1) achei(1) acho(88)
Trabalh	42	trabalha(12) trabalhado(2) trabalham(2) trabalhando(5) trabalhar(25)
Instrumento	31	instrumento(18) instrumentos(3)
Positiv	31	positiva(3) positivo(12)
Cuid	26	cuida(1) cuidado(14) cuidando(1) cuidar(1)
Boa	22	boa(13)
qualidade_vida	21	qualidade_vida(15)
Relac	21	relacao(19) relacoes(2)
Dever	20	deveres(1) deveria(10) deveriam(1)
Form	20	forma(15) formada(1) formado(1) formal(1) formei(1)
Comunidade	18	comunidade(33)
Preven	18	prevencao(14) prevenir(2)
saude_trabalhador	18	saude_trabalhador(10)
Conhecimento	17	conhecimento(11) conhecimentos(1)
Gost	17	gostava(1) gostei(1) gosto(23)
Integr	17	integra(1) integracao(3) integrada(4) integral(3)
promocao_saude	17	promocao_saude(9)
Pens	16	pensa(1)pensam(2) pensando(3) pensar(3) pense(1) pensei(5) penso(1)
Princip	15	principais(1) principal(7) principio(1) principios(1)
Justamente	14	justamente(9)
Lid	14	lida(2) lidando(2) lidar(5)
equipe_famili	13	equipe_familia(35)
Profissional	12	profissional(8)
Critico	11	critico(4) criticos(1)
Determinados	11	determinados(5)
Satisfação	11	satisfacao(5)
Tipo	11	tipo(5) tipos(1)
Vontade	11	vontade(6)
Acao	9	acao(4)
Adoro	9	adoro(4)
atencao_basica	9	atencao_basica(4)
Conhec	9	conhece(2) conhecer(3) conheco(3)
Dispost	9	dispostas(2) disposto(2)
Doença	9	doenca(7) doencas(2)
Estrutur	9	estrutura(5)
Interfer	9	interfere(4) interferencia(1) interferir(1) interferiu(2)
Profissão	9	profissao(5)
Satisfeit	9	satisfeita(10) satisfeito(1)
Separar	9	separar(4)
Importante	7	importante(7) importantissimo(1)
Oriente	7	orientacao(8) orientado(1) orientar(2)
Popul	7	populacao(7)
profissional_saude	7	profissional_saude(22)

Fonte: Dados da Pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa descrevem o processo de trabalho, em seus principais elementos, começando pelos seus objetos de trabalho. Nesse sentido, a prevenção de doenças, a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida

dos indivíduos e a redução da morbimortalidade são relatadas pelos sujeitos como sendo seus objetos de trabalho, ou seja, é a estes elementos que referem aplicar os seus trabalhos.

“Eu acho assim que o objeto, o objetivo é a redução da morbimortalidade materno-infantil e aumento da sobrevivência da qualidade de vida do diabético, hipertenso e idoso, entendeu?” (suj 01)

“Trabalho no caso, a promoção e a prevenção de doenças, né, que no caso, esse trabalho de atenção básica é mais pra gente prevenir, né, qualquer tipo de doença e fazer a promoção e prevenção e dar uma orientação exatamente pra isso não acontecer, né.” (suj 12)

“Isso, melhoria da qualidade de vida desse usuário.” (suj 07)

“Eu acho que é a comunidade. Como a gente é da estratégia de saúde da família, eu trabalho muito...a gente tem que pensar mais na prevenção, né, do que qualquer outro tipo de coisa, e a gente não tem que pensar só num paciente individual, a gente tem que ver a comunidade, aquilo que cerca ela.” (suj 04)

O momento da assistência também é elencado como sendo objeto de trabalho dos sujeitos, que se baseiam no conceito de saúde da OMS para defini-lo. Eles demonstram uma percepção de que o objeto de trabalho consiste na assistência/cuidado com a saúde mental e física do usuário, bem como a melhoria de sua qualidade de vida.

“Eu trabalho voltado pra isso, não só a saúde física, mas também a saúde como um todo né, que hoje a gente tem um conceito bem amplo de saúde, então eu trabalho com esse conceito todo... Psicossocial... Todos esses conceitos que a gente tem hoje de saúde, então eu trabalho voltada pra isso, pra o indivíduo... Tanto a coletividade como individual.” (suj 06)

“Eu trabalho... Sempre trabalho pensando nisso, a qualidade de vida da comunidade, porque eu acho que PSF é isso, eu gosto de trabalhar na comunidade, eu gosto de lidar com as pessoas, eu gosto de conversar” (suj 10)

“É o cuidado. Pra mim, é o cuidado. Minha idéia de ser enfermeiro é, é fazer tudo isso que eu faço mas pensando no cuidado do indivíduo.” (suj 02)

O próprio usuário também é identificado como sendo objeto do trabalho de alguns dos sujeitos da pesquisa.

“O meu objeto é o meu paciente, né.” (suj 11)

“(...) isso, melhoria da qualidade de vida desse usuário.” (suj 07)

Apesar de destacado separadamente, nota-se que o usuário está no contexto de todas as falas, mesmo que implicitamente. Isso mostra que o discurso destes profissionais está voltado para a perspectiva do usuário, seja somente no momento da assistência, seja em todas as outras ações voltadas para a prevenção, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

Percebe-se, portanto, nas falas a presença do discurso preventivista que advém da Medicina preventiva. Segundo Arouca (1975), a Medicina preventiva associa dois conceitos, o de prevenção da ocorrência de doenças e o de prevenção da evolução. Este autor traz em seu estudo que o movimento preventivista se opõe a Medicina curativa cuja prática médica se resume em diagnóstico e terapêutica colocando a prevenção e a reabilitação em segundo plano.

A Medicina curativa tem seu espaço na assistência à saúde, mas como única forma de atenção torna-se ineficiente, pois a sua prática não abrange as necessidades de atenção das comunidades, permanecendo apenas no plano individual. Portanto, para Arouca (1975) fazia-se necessário constituir uma nova prática profissional para a qual a formação deveria ocorrer tanto no âmbito da medicina curativa, quanto no da preventiva.

Sabe-se que a ESF pretende uma mudança do modelo de atenção, visando uma lógica de trabalho que substitua a centralidade do indivíduo e tenha uma abordagem focalizada na família, na comunidade e na prevenção. Porém, tal mudança é complexa, pois requer um processo de trabalho multiprofissional com novas tecnologias de trabalho, sendo necessárias mudanças nas práticas e a redefinição dos seus objetos e dos instrumentos utilizados (ASSIS et al., 2011).

Não se pode negar que a Saúde da Família contribuiu e incorporou novas práticas que visam a integralidade do cuidado. No entanto, apesar do discurso preventivista, percebe-se em diversos estudos que entre os trabalhadores da saúde a prática curativa ainda é predominante (BARROS; SÁ, 2010; DAVID et al.,

2009; ERMEL; FRACOLLI, 2006; FARIAS et al., 2010;).

Tendo em vista os objetos de trabalho elencados pelos sujeitos, observa-se, nas leituras das UCE, que o trabalho é voltado para as relações entre os sujeitos, se estruturando através dos conhecimentos técnico-científicos adquiridos durante a sua formação e período de experiência profissional. As UCE indicam que as tecnologias leve-duras ocupam lugar de destaque na organização do processo de trabalho destes profissionais.

“O principal instrumento acho que é a questão do meu conhecimento, que sempre ele tá se aprimorando, né, então isso eu acho que é um instrumento importante porque sem o conhecimento eu não vou conseguir muito me desenvolver no meu trabalho, então sempre é uma coisa pra gente tá sempre se aprimorando porque nunca a gente sabe tudo, as coisas vão se modificando, então eu acho que o instrumento melhor eu acho que é o conhecimento mesmo.” (suj 07)

“(...) Assim, eu não sei se isso seria um instrumento, mas essa questão do... Do trabalho em grupo da equipe acho que seria também um bom instrumento” (suj 07)

“Bom, eu acho que inicialmente é o meu conhecimento. É... Não sei especificamente definir o que é o instrumento, até porque se a gente for falar de material e equipamento a gente tem pouquíssimos materiais, né, principalmente agora nesse período em que a gente se encontra” (suj 02)

“Principalmente a questão da anamnese, né, investigar a história daquele paciente, é... O exame físico, fundamental. São instrumentos... É a clínica, na verdade, o instrumento principal.” (suj 03)

As chamadas tecnologias leves também merecem atenção, pois há uma preocupação dos sujeitos de estabelecerem uma comunicação efetiva com os usuários, tendo em vista a complexidade que envolve as questões de saúde. Eles percebem que para atender ao usuário de forma integral e completa, é preciso ouvi-lo, conhecê-lo, conhecer a comunidade onde vive e estabelecer uma relação de confiança e respeito, para que consigam dar respostas às suas necessidades.

“A maneira de você verbalizar, de tá tentando transmitir pro paciente que eu acho que é um instrumento, então assim a conversa, a comunicação..essa comunicação ele é o principal instrumento que a gente tem, porque o paciente quando ele chega na unidade...o paciente quando chega na unidade, na sua grande maioria, o que a gente percebe é que ele precisa de orientação, às vezes, o paciente foi mal orientado” (suj 04)

“Acho que são os problemas de saúde que fazem com que a gente... Acho que é um instrumento de trabalho, você ter os principais problemas de saúde que a gente... Eu sempre faço isso ‘o que tem na minha área?’ E eu vou tentar fazer com esses pacientes pra gente poder prestar assistência pra eles.” (suj 09)

“Mas às vezes a maneira como foi falado, né, é que vai ter o entendimento...então eu acho que esse é o principal instrumento que a gente deve usar, é a comunicação, é a linguagem que a gente vai usar de acordo com a comunidade que a gente trabalha.” (suj 04)

“Relação interpessoal entre eu e o paciente. Acho que isso aí é o básico de tudo.” (suj 05)

Ferri et al. (2007) em seu estudo acerca da satisfação dos usuários com base no uso das tecnologias leves, afirmam que eles demonstraram satisfação pelo uso das mesmas, que são “[...] geradoras de satisfação quando voltadas à prática do cuidado em saúde” (FERRI et al., 2007, p.527).

Para Merhy (1998), somente com a adequada conformação das relações entre as três tecnologias (duras, leve-duras e leves), com predominância das tecnologias leves, é que se pode produzir resultados de saúde com qualidade. Este autor também considera de suma importância a associação dos conhecimentos de cada profissional em seu núcleo de competência específico à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém.

O núcleo compreende uma área de saber conformando a prática específica de cada profissional. Por outro lado, o campo consiste nos saberes e práticas de todos os profissionais, onde cada disciplina e profissão buscariam em outras o apoio para o cumprimento de suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000).

Os trabalhadores precisam construir uma relação de interação entre si, onde haja troca de conhecimentos e articulação do “campo de produção do cuidado” conformando o verdadeiro trabalho em equipe (FRANCO; MERHY, 2003). Essa troca visando a organização da prática dos trabalhadores deve acontecer considerando os núcleos e campos de saberes.

A boa relação entre os profissionais da equipe também é percebida, nos discursos dos sujeitos da pesquisa, como um importante instrumento de trabalho, refletindo no reconhecimento da necessidade do outro para a complementaridade das ações e da necessidade de trocas de experiências e conhecimentos.

“Eu não sei se isso seria um instrumento, mas essa questão do... Do trabalho em grupo da equipe acho que seria também um bom instrumento” (suj 07)

“Por exemplo, hoje o que eu vejo de instrumento do meu trabalho, eu acho que é essa... Esse vínculo comunidade – PSF, o agente comunitário é um instrumento de trabalho muito importante, a gente não pode deixar de valorizar porque ele que tem o contato com a comunidade, o instrumento” (suj 10)

A finalidade do trabalho expressada pelos sujeitos retoma ao compromisso firmado por estes com a garantia da qualidade de vida dos usuários e a resolutividade dos casos. Os sujeitos da pesquisa revelam uma vontade de fazer com que se cumpra o objetivo da APS de impedir que surjam problemas de saúde preveníveis, assim como de promover a saúde da população, para que não adoeça, diminuindo o fluxo de usuários nas instâncias de média e alta complexidade.

“A finalidade do meu trabalho sem dúvida é a qualidade de vida pra comunidade, que eu acho. Eu que a gente, é...é... A gente alcançar isso é muito difícil, mas eu acho que é, que a finalidade é essa, eu tenho que levar pra aquela comunidade que eu sou responsável saúde e qualidade de vida.” (suj 04)

“A finalidade é fazer com que a satisfação realmente do usuário aconteça, né, é fazer com que aquilo que a gente propõe, né, que é tá trabalhando com a promoção, prevenção, realmente aconteça pra se diminuir, né e desafogar os hospitais como andam por aí, e fazer com que realmente a atenção primária ela seja eficaz.” (suj 11)

“A finalidade do meu trabalho... Ih, você me pegou... É... Não sei... Acho que é isso, prestar essa assistência de qualidade ao paciente, é tentar ajudar.” (suj 10)

“Então quando a gente trabalha com alguns grupos prioritários que a gente tem, é justamente você tá ofertando essa melhor qualidade de vida. (...)Isso, a gente trabalha muito com prevenção e promoção de saúde. Seria mais esse o objetivo.” (suj7)

A preocupação com a co-responsabilização do usuário no cuidado de si também é um ponto revelado pelos entrevistados. Uma nova maneira de assistir

as pessoas está vinculada a uma nova determinação da relação entre os sujeitos, fugindo do padrão tradicional onde o profissional de saúde é o ator no processo e o usuário, o objeto.

“Educar a comunidade para que ela tenha auto-cuidado e possa se tornar multiplicadores daquele conhecimento, daquelas práticas benéficas à saúde que elas estão aprendendo e tão participando ali no PSF.” (suj 01)

“Acho que é justamente isso. (...) Que ele melhore sua qualidade de vida, que ele adquira os conhecimentos necessários pra que evite que chegue, né... no estágio mais crônico de determinadas doenças” (suj 07)

A construção de uma nova subjetividade em cada profissional e no usuário também está ligada ao modo de assistência na qual tanto um quanto outro podem ser produtores de saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

Houve relato que revelou a percepção do enfermeiro ter conseguido atingir a finalidade proposta quando o usuário retorna ao seu serviço, numa demonstração de confiança gerada pela relação entre ele e a equipe.

“Fazer com que as pessoas que procuram o meu trabalho, que procuram a unidade como um todo se sintam acolhidas, sintam que seu problema tem resolutividade, que eles possam voltar... Estar sempre voltando, pra que eles sintam segurança no nosso trabalho, e... É isso, basicamente isso. Sempre a gente tá buscando retorno positivo, né.” (suj 06)

Convém lembrar, porém, que o retorno do usuário à unidade, por si só, não implica necessariamente em produção de vínculo. A definição de vínculo entre o profissional e o usuário, conforme explicitado na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre eles, estabelecendo um processo de corresponsabilização, onde ambos são atores no processo terapêutico. O vínculo produz a cidadania e a autonomia do usuário, para isso ele precisa ser considerado como um sujeito que fala, julga e deseja (SCHIMITH; LIMA, 2004).

O vínculo tem sido utilizado como uma ferramenta de organização da relação entre os profissionais das equipes de saúde e os usuários, porém age sobre a arquitetura do programa e não no modo de produzir o cuidado, não sendo capaz, portanto, de mudar o perfil dos serviços de saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

A vinculação com o usuário deve ser um projeto de toda a equipe de saúde para que se concretize em um trabalho vivo em ato. Sua noção implica em conhecer as pessoas e seus problemas (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Os sujeitos da pesquisa apresentam também aquilo que consideram pontos positivos e pontos negativos ou dificultadores do processo de trabalho.

Alguns relatos incluíram a própria comunidade como ponto positivo, porém colocando-a em uma posição de passividade diante do que a equipe lhe propõe. Pode-se dizer, diante disso, que há certo distanciamento entre a equipe e a comunidade, quando aquela se coloca numa posição de detentora do saber enquanto esta é vista como receptora deste saber.

“A comunidade também que aceita tudo que a gente faz, todas as propostas e comparecem, é positivo.” (suj 08)

A relação na qual a comunidade aceita tudo que é dito pela equipe de saúde, demonstra que suas necessidades e até mesmo seus desejos, valores e crenças, ou seja, sua subjetividade, não está sendo considerada no momento da assistência. Ao considerar tal relação como positiva corre-se o risco de contrariar o direito do usuário de opinar ou decidir sobre a sua terapêutica, repetindo o modelo biomédico de assistência.

Isso ilustra a reflexão que Franco e Merhy (2003) fazem sobre a suficiência do Programa de Saúde da Família, o qual afirma que apenas a modificação do modelo de assistência não garante a modificação das relações que os profissionais estabelecem com os usuários. Para que haja tal mudança é necessário que se mude também os modos de ver o objeto e a finalidade do cuidado. Nesse sentido, a lógica da produção do cuidado passa a ser centrada nas relações, sendo acrescentados os processos de subjetivação (MERHY; FRANCO, 2005).

Desse modo, intensifica-se a relação entre os profissionais e usuários, considerando que ambos são agentes que podem modificar a forma como o trabalho em saúde está instituído e reproduzido (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007).

A boa integração da equipe é percebida pelos sujeitos da pesquisa como principal ponto positivo. Sabe-se que a realização do trabalho de qualidade só é

possível quando a equipe tem uma relação saudável, que possibilite o diálogo entre os diferentes sujeitos, para o planejamento e implementação de ações adequadas a cada caso.

“O ponto positivo do impacto é que a gente tem também, é, essa integração... A integração da equipe, ela tem um reflexo na comunidade porque eles nos vêem como referência mesmo da saúde.” (suj 02)

“A maioria dos profissionais, né, elas estão assim, tem boa vontade de tá realizando as atividades, então isso eu acho que é um ponto positivo (...) Isso. Em tudo. Essa integração da equipe acho que facilita bastante nosso trabalho.” (suj 07)

“Ponto positivo é a equipe que é unida, que trabalha junto, que faz tudo junto” (suj 08)

Por outro lado, apontam como principal ponto negativo do processo de trabalho a falta de profissionais médicos nas unidades, ou quando, havendo a presença destes, a carga horária não é integralmente cumprida.

“Já pensou em fazer isso já, trabalhar de forma integrada, mas é difícil, justamente por causa dessa coisa da carga horária dos profissionais que não batem (...). Então um dos nós críticos que eu acho é esse, o principal” (suj 07)

“Porque eu enfermeira sozinha não vou conseguir dar integralidade da assistência ao paciente como um todo. Não consigo. Preciso de um profissional médico, principalmente. E acho que é essa questão.” (suj 10)

“Eu sou uma pessoa que o paciente sofre, eu sofro junto também, então vou mudar. Mas aí eu gosto da área de saúde, só acho também a questão das desvantagens que tem, né, do profissional médico” (suj 03)

Este fato dificulta a organização da demanda para este profissional, além de gerar uma sobrecarga de trabalho para o enfermeiro e dificultar sua integração no trabalho em equipe. Os usuários se deparam com a dificuldade em encontrar vagas para o agendamento de consultas, ficando, algumas vezes, sem atendimento.

“Quando o fluxo aumenta, a recepcionista entra em contato comigo e eu aumento o número de consultas, justamente pra não ficar uma coisa muito distante. É... Os atendimentos médicos é que são um problema porque lá o médico não cumpre 40 horas, a carga horária.” (suj 07)

“Porque a gente tinha um problema muito grande de fila, né, e muita queixa, muita queixa mesmo do usu... Da comunidade, porque não conseguia... Demanda reprimida porque não conseguia atendimento, principalmente pro médico, porque eu fico o dia todo e a médica ficava só um turno.” (suj 09)

“Já tem umas duas semanas agora que quando começa o médico, aí quando passou o numero de fichas que ele não atende mais, vem todo mundo pra mim, então, quer dizer, fica aquela coisa meio pesada, porque ele não acolhe sou eu que tenho que acolher.” (suj 03)

Sabe-se que um dos objetivos da ESF é a abordagem mais integral e resolutive das necessidades de saúde da população, para isso é destacado o papel vital da conformação do trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

O trabalho em equipe pode ser considerado a principal condição para a reorganização do processo de trabalho. Porém, para que isto seja possível, é necessário que haja verdadeira integração entre seus componentes, caso contrário, repete-se o modelo de atenção fragmentado, desumanizado, centrado na recuperação biológica individual (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

As diferentes categorias profissionais devem trabalhar de maneira conjunta, de modo que seus saberes específicos se complementem. O trabalho em equipe depende da compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade da atenção primária.

A interação entre os trabalhadores deve ocorrer “[...] com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes, bem como maior integração da equipe” (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p. 150).

A integração da equipe permite que os profissionais se reconstruam em sua prática, na relação entre si, sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Além disso, a soma dos esforços facilita o alcance dos objetivos almejados e o atendimento às exigências do processo de produção moderno (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Desse modo, concordando com Silva e Trad (2005), o trabalho em equipe consiste na relação entre trabalho e interação dos diferentes profissionais.

Pressupõe relação recíproca de comunicação e interação, na busca de consenso para a construção de uma atenção de qualidade (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

As dificuldades de se estabelecer mudanças nas micropolíticas do processo de trabalho, no campo das relações, são ainda mais agravadas quando nos deparamos com a existência de equipes de saúde incompletas, faltando principalmente a figura do médico, o que impossibilita a garantia da assistência integral ao usuário.

A falta do profissional médico e/ou sua alta rotatividade na ESF ocorre em diversos municípios brasileiros e consiste numa fragilidade para a consolidação da ESF, comprometendo sua efetividade (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011; CAMPOS; MALIK, 2008; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005). O trabalho em equipe fica prejudicado, pois não há uma interação efetiva entre seus membros, que atuam individualmente sem a discussão/identificação dos problemas de saúde da população em sua área de abrangência. Os atendimentos não são organizados de maneira a atender os que mais precisam naquele momento, mas àqueles que conseguiram a vaga primeiro.

Diante das dificuldades que encontram para a realização/organização do trabalho nas USF, os sujeitos relatam acerca da interferência deste em sua qualidade de vida. Verbalizam que, de modo geral, a organização do processo de trabalho interfere negativamente, pois há situações em que ficam afetados tanto emocional quanto fisicamente, chegando a interferir em seus momentos de lazer e em suas relações sociais.

Por outro lado, referem que as dificuldades levam ao aprendizado e conseqüentemente ao crescimento pessoal e profissional, pois lidam com situações diversas em seu cotidiano, convivendo com histórias e experiências de vida diferentes.

“Agora, no geral se você for pensar de que forma que interfere, é... A sobrecarga realmente interfere, é... Em relação à interferência positiva eu tenho um crescimento... O meu crescimento pessoal e profissional porque a equipe é coesa, a gente consegue trocar bastante experiência, a gente consegue conhecer muita coisa também com o vínculo que a gente tem com a comunidade.” (suj 02)

Há momentos, relatados por alguns sujeitos, de envolvimento mais intenso com o trabalho em que acabam tendo dificuldade em separar o que é seu daquilo

que é do usuário, e percebem que terão uma melhor qualidade de vida quando tiverem a real compreensão disso, pois tomam para si as dificuldades encontradas pelos usuários.

“Você não tá lidando com saúde, né (risos) você lida com a doença e às vezes até com a miséria mesmo, com a falta de perspectiva de vida, então... Isso foi importante pra mim pra ter qualidade, realmente, de vida, saber separar e saber influenciar positivamente na vida das pessoas que eu to cuidando. Se não saber separar nem é cuidado nem cuida.” (suj 02)

Alguns profissionais, no entanto, relatam não haver interferência negativa do seu trabalho em sua qualidade de vida e afirmam que isso se deve ao prazer em realizá-lo.

“Eu não acho que... Que... Assim, eu não acho que chega a interferir na minha qualidade de vida não.” (suj 05)

“Não, até que não. Na minha qualidade de vida, não. É... Eu gosto de trabalhar, gosto do que faço. Esse tempo agora que to parada eu to agoniada pra voltar, porque é um tempo que me ocupa né, ocupa meu tempo, e aí... Mas não... Não mudou minha qualidade de vida, não interferiu tanto assim.” (suj 06)

“Ó, interfere... É... Mas assim, o que eu acho pior não é nem o atendimento assim que digo, porque eu adoro o que eu faço.” (suj 07)

Nesse sentido, os sentimentos de satisfação e insatisfação com o trabalho se confundem. Sentem-se satisfeitos quando refletem sobre o seu trabalho na perspectiva de sua mão de obra, pois fazem tudo o que planejaram, na medida do possível. Além de terem prazer de estarem trabalhando com a profissão que escolheram.

“Eu posso ser mais satisfeita, mas isso tá mais relacionado ao meu emprego do que a minha escolha enquanto profissão. Sou realizada principalmente quando eu to no cuidado ali em si, né. Na minha relação com o meu... Com a minha equipe e com os meus pacientes, eu não tenho dúvida nenhuma de que é isso que eu gosto de fazer.” (suj 02)

“Feliz, satisfeita, recompensada. Às vezes é difícil... Gosto muito do que faço. Às vezes a gente acha que é desvalorizado, que deveria ter uma valorização maior pelo trabalho que a gente faz, mas eu... Eu... Faço

com carinho, faço com amor, então eu... Eu... To muito bem, gosto muito.” (suj 05)

“E dentro de todos os problemas, eu sou feliz com o que eu sou. Hoje eu trabalho feliz com minha profissão, porque o que eu posso fazer eu faço, independente dos colegas, né, não aceitem, mas eu sou feliz enquanto pessoa, enquanto profissional.” (suj 11)

Este sentimento muda quando os enfermeiros refletem sob a perspectiva dos fatores que envolvem o processo de trabalho: equipe completa e integrada, gestão, recursos humanos e materiais, entre outros. Nesta perspectiva, sentem-se frustrados e/ou insatisfeitos com o trabalho.

“Eu sou grata e eu sou muito satisfeita com a escolha que eu fiz, talvez, é... no ano que vem a minha escolha seja diferente em relação a emprego (risos). Em relação ao meu trabalho enquanto enfermeira eu não tenho dúvida nenhuma que é isso que eu quero, né”(suj 02)

“Primeiro que eu gosto muito da atenção básica e gosto muito da unidade de saúde da família. Satisfeita não tô não com o trabalho, por conta dos impasses e do município que tá com um problema muito sério, né. (...) Mas se... Eu acho que se tivesse assim, todos os materiais, né, se a equipe fosse bem integrada, se a gente tivesse educação permanente pra todo mundo, né, eu acho que eu... Se o município fosse organizado, acho que eu estaria satisfeita.” (suj 09)

“100% satisfeita, não. eu sinto frustrada, um pouco frustrada porque às vezes a gente quer resolver um problema de um paciente, de uma determinada pessoa, e a gente não tem todas as ferramentas que a gente necessita, entendeu?”(suj 06)

Percebe-se um olhar diferenciado dos profissionais entrevistados, quanto às concepções de “ser enfermeiro” e “trabalhar em saúde”. Esta dissociação desconsidera as dimensões que existem no trabalho deste profissional, que envolvem assistência, gerência e educação. Retoma à idéia de doação da profissão e atribui-se às finalidades elencadas: melhorar qualidade de vida do usuário, evitar que fiquem doentes, entre outras.

Os enfermeiros entrevistados demonstram serem felizes com o que fazem, pois estão proporcionando saúde e bem-estar, oferecendo amor e atenção aos que precisam, estão se doando. Desse modo, refletem uma visão idealizada do ser enfermeiro e isso lhes proporciona prazer e satisfação.

Batista et al. (2005) elencaram as dificuldades enfrentadas no trabalho relacionados à integração da equipe, condições de trabalho, problemas de

comunicação, além de questões salariais e instabilidade no emprego como fatores de insatisfação com o trabalho dos enfermeiros pesquisados. Mas, mesmo diante de tais dificuldades, os enfermeiros elencaram o “gostar do que faz” como fator de motivação e satisfação no trabalho, que estão ligadas à saúde destes trabalhadores.

No município de Ilhéus não existem ações específicas voltadas para a saúde do trabalhador de saúde, fato que é observado nas falas de todos os sujeitos da pesquisa, os quais sentem a falta destes tipos de ação. Eles referem que deveriam existir ações de educação quanto aos riscos no trabalho, prevenção de acidentes, além de haver uma equipe voltada para a avaliação de questões de ergonomia e segurança no trabalho.

“Não. Nada. Acho que deveria ter. É... Deveria um profissional formado em saúde do trabalhador ir à unidade verificar essa questão de... De... Ergonomia, temperatura, conforto, LER-DORT, ser verificados na unidade EPI's, outras coisas assim, e não tem isso.” (suj 01)

“Assim com relação à saúde do trabalhador lá é bem carente assim.” (suj 08)

“Olha, eu sei que na secretaria tem um setor voltado pra saúde do trabalhador, mas assim tipo, eu nunca... Nunca... Vi nenhuma ação nem visita, nem nada. Acho que deveria ter sim, até porque é... A gente trabalha em unidades muito precárias, então existem riscos diários de cair uma porta de... É, acontecer alguma coisa com o funcionário.” (suj 09)

“Eu pessoalmente sei que existe a vigilância à saúde do trabalhador, mas nenhuma ação que eu saiba, preventiva assim, que vá trabalhar com promoção mesmo de saúde do trabalhador, então a questão assim do acompanhamento do trabalho e tudo, mas ações preventivas mesmo.” (suj 04)

Apontam também a valorização do profissional de saúde como importante ação de saúde do trabalhador.

“Eu acho que o profissional de saúde ele tinha que ter um trabalho é... Voltado pra questão de saúde do trabalhador, assim na questão de prevenção, na questão de valorização desse profissional, eu acho que, é.. A humanização na saúde ela não é só voltada ao paciente, ela tem que ser voltada também pra o profissional de saúde.” (suj 04)

Desse modo, percebe-se que as ações voltadas para a saúde do trabalhador, das quais se referem os sujeitos da pesquisa, não são aquelas voltadas para a Medicina do Trabalho, que prioriza a atuação de especialistas e são voltadas para exames admissionais, periódicos e demissionais dos trabalhadores (EVANGELISTA et al., 2011). Eles se referem a ações voltadas para a prevenção de acidentes, vigilância dos riscos a que estão expostos, sejam eles de ordem biológica, física ou química, ou referentes às condições (precárias) das estruturas do ambiente de trabalho.

Além disso, destaca-se a valorização do profissional de saúde como importante ação de saúde do trabalhador, demonstrando a necessidade do deste de ser valorizado e reconhecido pelo desempenho de suas funções e reivindicam a humanização nas relações entre os profissionais e os gestores.

Concordando com Cunha e Magajewski (2012) a humanização deve ser vista como uma política que visa uma mudança qualitativa não somente nas relações entre usuários, mas também entre trabalhadores e gestores do SUS.

5.3 Avaliação da qualidade de vida – WHOQOL-bref.

Os resultados referentes à avaliação da QV dos enfermeiros entrevistados estão expostos na Tabela 2, que apresenta a média e o DP das variáveis investigadas por meio do instrumento WHOQOL-bref (qualidade de vida geral e domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). O intervalo entre as médias é de 1 a 5, sendo 1 a pior avaliação e 5 a melhor.

Tabela 2- Média e DP dos Domínios do questionário WHOQOL –*bref*.

Sujeitos	Qualidade de Vida Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Média	4,0	3,9	3,8	4,1	3,4
DP	0,5	0,4	0,3	0,5	0,3

Fonte: Dados da Pesquisa.

Levando em consideração o menor (3,4) e o maior (4,1) escore apresentado, identifica-se uma amplitude de 0,7, isso significa que houve baixa variabilidade dos escores, numa demonstração de certa homogeneidade nas respostas dos participantes.

De acordo com os resultados encontrados na Tabela 2, o domínio relações sociais obteve a maior média (4,1), seguido do domínio físico (3,9), domínio psicológico (3,8) e, por último, o domínio meio ambiente (3,4). Desse modo, pode-se afirmar que os aspectos de relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual trouxeram mais satisfação aos enfermeiros do que os aspectos da segurança física e proteção, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de lazer e transporte.

Com exceção do domínio meio ambiente, que apresentou o menor escore, a amplitude entre os outros domínios foi de apenas 0,3, o que fortalece o argumento de uma percepção homogênea entre os domínios por parte dos entrevistados. A homogeneidade das percepções foi reforçada pelos resultados estatísticos, os quais demonstraram haver diferença significativa apenas do domínio meio ambiente ($p < 0.05$) em relação aos domínios: “físico” e “relações sociais”.

A QV geral apresenta as questões gerais do instrumento WHOQOL-bref e não apresentou diferença estatística em relação aos outros domínios ($p > 0.05$). Obteve-se um escore médio = 4,0 (Tabela 2) indicando satisfação dos participantes. Os valores dos escores médios e DP das facetas que o compõe estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Médias e DP das facetas da Qualidade de vida Geral.

FACETAS	MÉDIA	DP
1.Como você avaliaria sua qualidade de vida?	4	0,4
2.Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	3,9	0,8

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 3, os enfermeiros da ESF do município de Ilhéus-BA avaliaram como “boa” a QV e estão “satisfeitos” com a sua saúde. Este dado difere de outros estudos, nos quais os profissionais de saúde participantes

avaliaram sua QV e satisfação com a saúde com médias próximas ao ponto de neutralidade da escala, e indicaram estarem “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” (SALLES, 2005; SEVERO, 2012).

O Domínio Relações Sociais foi o melhor entre os que foram avaliados (Tabela 2). Um estudo que buscou analisar os fatores associados com a QV de enfermeiras contratadas num hospital público de alta complexidade de uma região do Chile, também obteve neste domínio o maior escore. Os autores realizaram a transformação dos dados brutos do WHOQOL para uma escala de 0 a 100, sendo a média encontrada no valor de 77,38 (BARRIENTOS; SUAZO, 2007). De acordo com o quadro apresentado por Miranzi et al. (2010), este valor indica “satisfação”, corroborando com o escore encontrado no presente estudo.

Do mesmo modo, em uma pesquisa que buscou avaliar a QV de enfermeiros em centro cirúrgico, cujos dados foram apresentados numa escala de 0 a 100, o escore médio (94,03) deste domínio indicou “satisfação” dos sujeitos da pesquisa, sendo este, porém, o segundo domínio melhor avaliado (SANTOS; BERESIN, 2009).

A Tabela 4 apresenta os escores das facetas que integram este domínio.

Tabela 4 - Médias e DP das facetas do Domínio Relações Sociais.

FACETAS	MÉDIA	DP
20.Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	4,3	0,8
21.Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	3,8	1,0
22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe se seus amigos?	4,2	0,6

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com os escores encontrados na Tabela 4, os enfermeiros da ESF do município de Ilhéus-BA perceberam que estavam: “satisfeitos” com as relações pessoais, “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com a atividade sexual e “satisfeitos” com o apoio social. Nota-se pouca diferença entre os escores apresentados.

Pode-se inferir que os sujeitos da presente pesquisa valorizam as relações pessoais, seja no âmbito do trabalho ou da família. Sem dúvida é um aspecto

positivo, visto que os trabalhadores de saúde dependem da boa relação entre as pessoas para a realização de suas ações. A boa convivência e integração entre os membros da equipe favorecem os sentimentos de motivação e acolhimento (MATOS, 1999).

O Domínio Físico apresentou uma classificação mediana. Apesar da tendência à valoração positiva (próxima da média 4,0) tratou-se do terceiro domínio melhor avaliado (Tabela 2).

Uma pesquisa que buscou avaliar a QV de auxiliares e técnicos de enfermagem em unidades de terapia intensiva (UTI) obteve neste domínio o segundo pior escore (13,55) (SALLES, 2005). Este escore equivale ao apresentado neste estudo, pois ambos encontram-se pouco acima da faixa de neutralidade. Cabe ressaltar que no referido estudo, por ter se utilizado do instrumento na versão WHOQOL-OLD, onde cada faceta corresponde a 4 questões, o escore dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20, desde que todas as questões sejam respondidas (WHO, 2008).

No referido estudo, indicou-se que a faceta relacionada à dor e desconforto contribuiu para diminuir o escore (SALES, 2005). Como pode ser observado na Tabela 4, esta faceta foi uma das melhores avaliadas no presente estudo, ou seja, não influenciou negativamente na avaliação da QV neste domínio.

O estudo de Fernandes (2009) com enfermeiros das equipes de saúde da família de 27 municípios da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, em Minas Gerais, que também utilizou o questionário na versão "OLD", obteve neste domínio escore médio igual a 14,1, indicando classificação mediana deste domínio, assim como o presente estudo. Apesar de este escore indicar pouco impacto negativo do domínio físico na QV, foi o menor apresentado no referido estudo. Essa pesquisadora enfatizou que, por ser a população estudada formada em sua maioria por mulheres, assim como o presente estudo, isto poderia indicar que a avaliação deste domínio foi influenciada pela sobrecarga advinda dos papéis sociais que as mulheres assumem atualmente: mãe, esposa, profissional e dona de casa.

Essas justificativas também foram utilizadas no estudo com enfermeiras de um hospital chileno para explicar o baixo escore deste domínio (54,56, numa

escala de 0 a 100) indicando insatisfação das mesmas (BARRIENTOS; SUAZO, 2007).

Para melhor visualização dos aspectos que influenciaram na avaliação deste domínio, a Tabela 5 apresenta os escores de cada faceta que o integra.

Tabela 5 - Médias e DP das facetas do Domínio Físico.

FACETAS	MÉDIA	DP
3.Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	4,3	0,9
4.O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	4,2	0,7
10.Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3,5	0,5
15.Quão bem você é capaz de se locomover?	4,3	0,6
16.Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	3,8	0,7
17.Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3,8	1,1
18.Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	3,8	1,0

Fonte: Dados da Pesquisa.

As menores médias apresentadas pela Tabela 5 referem-se à percepção da quantidade de energia que os enfermeiros possuem para as atividades cotidianas, da satisfação com o sono, da capacidade de desempenhar as atividades e da capacidade para o trabalho. Portanto, pode-se dizer que foram estas facetas que influenciaram negativamente na avaliação deste domínio. Estas médias indicam que estes enfermeiros estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com estes aspectos.

Quanto aos demais aspectos, a percepção foi que: a dor física impede “muito pouco” a realização das atividades diárias, precisam “muito pouco” de tratamento médico e a capacidade de locomoção é “boa”. Avaliações que influenciaram positivamente este domínio.

Nota-se que as facetas 3 e 4 se complementam e seus escores indicam que os profissionais pesquisados não possuem problemas de saúde que os

impedem de exercer suas atividades. O que corrobora com a avaliação das facetas da QV Geral (Tabela 3).

O Domínio Psicológico apresentou neutralidade nas respostas, pois obteve escore mediano dentre os domínios (Tabela 2). Divergindo dos achados em outros estudos nos quais a percepção da QV neste aspecto foi boa, sendo em todos eles o segundo domínio melhor avaliado, indicando “satisfação” ou “muita satisfação” de seus participantes (ASSUNÇÃO; MIRANZI; COMIN, 2008; FERNANDES, 2009; SALLES, 2005). O escore deste domínio não apresentou diferenças estatísticas para os demais ($p>0.05$).

No entanto, há estudos com enfermeiros que atuam em hospitais que apontam baixos escores para esse domínio. Fato que pode estar relacionado com as longas jornadas de trabalho na forma de plantões, com inexistência ou escassas pausas para o descanso, pressão repressora e autoritária, fragmentação de tarefas e desqualificação do trabalho realizado (BARRIENTOS; SUAZO, 2007; SANTOS; BERESIN, 2009). Alguns desses fatores não são encontrados na ESF, como por exemplo, regime de plantão e longas jornadas de trabalho, fato que pode influenciar positivamente o domínio. Na Tabela 6 encontram-se as médias e DP das facetas deste domínio.

Tabela 6 - Médias e DP das facetas do Domínio Psicológico.

FACETAS	MÉDIA	DP
5.O quanto você aproveita a vida?	3,7	0,5
6.Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	4,3	0,5
7.O quanto você consegue se concentrar?	3,7	0,5
11.Você é capaz de aceitar sua aparência física?	3,9	0,7
19.Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	3,8	0,7
26.Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	3,7	0,8

Fonte: Dados da pesquisa

Verifica-se, através dos escores apresentados na Tabela 6, que a percepção da QV dos participantes em cada faceta é: aproveitam a vida “mais ou menos”, sua vida tem “bastante” sentido, suas capacidades de concentração são

“mais ou menos”, a auto-estima é “média”, porém com tendência a “muita”, e “frequentemente” apresentam sentimentos negativos.

Em relação ao valor mais alto das facetas na Tabela 6, este se refere aos aspectos relacionados com as crenças pessoais, espiritualidade e religião dos participantes da pesquisa. Este dado corrobora com o escore (4,6) encontrado no estudo que avaliou a QV de trabalhadores de enfermagem no turno noturno em um hospital universitário do Rio Grande, se constituindo também no maior escore encontrado dentre as facetas deste domínio (SEVERO, 2012). De acordo com esta pesquisadora, o homem é um ser capaz de interagir com outros sistemas vivos e não-vivos, estabelece trocas de energias, influencia e é influenciado por outros sistemas, de modo a viabilizar resultados que fornecem o sentido da vida. Desse modo, considerou que os participantes de sua pesquisa, ao referenciarem que estão bastante satisfeitos com o sentido de suas vidas, estão promovendo sua qualidade de vida, o que pode ser consequência tanto do sentimento de ser útil para outro ser humano, por exercer a arte de cuidar, como pelas interrelações que vivenciam em seu mundo.

Chama atenção a avaliação da faceta relacionada aos sentimentos negativos (3,7) que pode estar influenciando na capacidade de concentração (3,7) e no quanto aproveitam a vida (3,7). Em comparação com o estudo de Fernandes (2009) esta faceta também teve o menor escore (9,9, numa escala de 4 a 20) isso indica que “muito frequentemente” seus participantes apresentam sentimentos negativos. Na presente pesquisa este escore pode estar relacionado às dificuldades encontradas para a realização do trabalho: equipes incompletas, falta de recursos materiais e humanos, condições inadequadas de trabalho.

O domínio meio ambiente apresentou a pior avaliação (Tabela 2) e apresentou diferenças estatísticas ($p < 0.05$) em relação ao Domínio Físico e ao Domínio Relações Sociais.

Apesar de sua última colocação no presente estudo, seu escore não indica avaliação negativa, mas uma avaliação neutra na qual os enfermeiros estudados referem, de modo geral, que estão “mais ou menos” satisfeitos.

Em estudo que avaliou a QV de enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas este domínio também foi o pior avaliado. Recebeu os menores escores de todas as categorias, respectivamente 58,29, 65,63 e 65,85 (numa

escala de 0 a 100). Estes escores conformaram uma avaliação negativa dos enfermeiros em relação a este domínio e neutra dos nutricionistas e fisioterapeutas. No referido estudo os aspectos de remuneração, condições de trabalho e ambiente harmonioso foram aqueles que influenciaram os baixos escores na satisfação dos entrevistados (SPILLER; DYNIEWICZ; SLOMP, 2008).

No estudo de Salles (2005) este também foi o domínio com pior escore, que foi influenciado, segundo a pesquisadora, pela insatisfação dos participantes com a situação financeira, segurança física e meios de transporte. Porém, os participantes demonstraram estarem satisfeitos com o ambiente do lar e oportunidades de adquirir novas habilidades e informações.

Na Tabela 7 pode ser verificada as médias e DP apresentadas por cada faceta deste domínio.

Tabela 7 - Médias e DP das facetas do Domínio Meio Ambiente.

FACETAS	MÉDIA	DP
8.Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	3,6	0,5
9.Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	2,9	0,3
12.Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	2,4	0,7
13.Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	3,6	0,8
14.Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	3,5	0,9
23.Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	4,2	0,6
24.Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	3,3	1,1
25.Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	3,5	0,7

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com os dados da Tabela 7, verifica-se que os participantes da presente pesquisa consideram que: se sentem “mais ou menos” seguros, seus ambientes físicos são “muito pouco” saudáveis, seus recursos financeiros são “muito poucos”, têm “médias” oportunidades de adquirir novas informações e

habilidades, têm “médias” oportunidades de lazer, estão “satisfeitos” com o local onde moram e com seus meios de transporte.

Percebe-se, através dos valores apresentados na Tabela 7, que as facetas que mais influenciaram negativamente a avaliação deste domínio foram as relacionadas com os recursos financeiros e ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) dos entrevistados. Ao passo que a faceta que obteve melhor escore, influenciando positivamente o domínio, foi a relacionada ao local onde moram.

Com o intuito de investigar a influência de certas condições sociodemográficas na QV dos participantes de alguns estudos, os pesquisadores têm procurado associar os resultados do WHOQOL, tanto da versão “bref” quanto da versão “old”, com variáveis independentes como idade, sexo, estado civil e quantidade de empregos, por exemplo (ASSUNÇÃO; MIRANZI; COMIN, 2008; BARRIENTOS; SUAZO, 2007; FERNANDES et al., 2010; PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007; SALLES, 2005).

Neste sentido, foi realizada na presente pesquisa uma análise de correlação entre os domínios do WHOQOL-bref com as seguintes variáveis independentes: idade, número de filhos e tempo de experiência em ESF. Os resultados estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8—Resultados da correlação de *Spearman* para as variáveis analisadas.

	Qualidade de Vida Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Idade	$r_s = -0.10$	$r_s = -0.21$	$r_s = -0.21$	$r_s = -0.40$	$r_s = -0.31$
Tempo de Experiência	$r_s = -0.13$	$r_s = 0.16$	$r_s = -0.27$	$r_s = -0.26$	$r_s = 0.07$
Filhos	$r_s = -0.35$	$r_s = -0.03$	$r_s = -0.37$	$r_s = -0.34$	$r_s = -0.25$

Fonte: Dados da Pesquisa.

Os resultados estatísticos demonstraram não haver correlação significativa em nenhum dos pares analisados ($p > 0.05$). Uma hipótese para tais resultados teria uma explicação metodológica, uma vez que o tamanho da amostra pode

influenciar a força de correlação entre as variáveis analisadas (CALLEGARI-JACQUES, 2004).

Tal argumentação ganha força quando encontramos em outros estudos correlações significativas entre estas variáveis e alguns domínios. Por exemplo, Paschoa, Zanei e Whitaker (2007) em estudo com 126 trabalhadores de enfermagem de UTI, encontraram correlação significativa ($p = 0,012$) e positiva ($r_s = 0,229$), mesmo que com magnitude de fraca intensidade, entre a idade e o domínio físico, significando que no referido estudo quanto maior a idade dos profissionais melhor é a avaliação do domínio físico.

Uma possível relação entre idade e a percepção da qualidade de vida do domínio físico também foi observada no estudo de Barrientos e Suazo (2007). Os autores distribuíram as 100 enfermeiras participantes do estudo em quatro diferentes grupos de idade, os quais apresentaram os seguintes escores para o domínio físico dentro de uma escala de 0 a 100: G1) 20-30 anos = 50.53; G2) 31-40 anos = 52.12; G3) 41—50 anos = 56.77; e G4) 51 ou + anos = 61.82. Os resultados demonstram um aumento gradativo do valor médio dos escores em função do aumento da idade dos grupos. Baseado nestes resultados, os autores sugerem uma tendência deste domínio a ser melhor avaliado pelos participantes com maior idade. Contudo, tais resultados precisam ser analisados com cautela, uma vez que tais tendências não foram comprovadas por análises estatísticas.

Fernandes (2009), em seu estudo, não encontrou correlações estatisticamente significativas entre os escores médios dos domínios de QV com a variável faixa etária, devido ao número reduzido de pessoas contidas nos subgrupos formados pelas categorias desta variável e ao baixo poder estatístico associado ao teste.

No estudo de Barrientos e Suazo (2007), a variável “número de crianças a seu cuidado”, que inclui quantidade de filhos e/ou netos, não apresentou correlação significativa com nenhum domínio. Na presente pesquisa também não foi apresentada correlação significativa entre a variável “número de filhos” e os domínios. Contudo, apesar do “p” não significativo, o que pode ser atribuído ao baixo número do “n”, os resultados da correlação indicados na Tabela 8 mostram uma tendência de correlação considerada regular e inversamente proporcional (TRITSCHLER, 2003) entre esta variável independente com os domínios

qualidade de vida geral, psicológico e relações sociais. Isso pode sugerir que, para os enfermeiros pesquisados, quanto maior o número de filhos pior será a avaliação da QV nestes respectivos domínios. Entretanto, tais reflexões precisam ser confirmadas por um resultado estatístico mais robusto.

Os resultados apresentados na Tabela 8 demonstraram não haver correlação significativa entre o tempo de experiência de trabalho e os domínios do WHOQOL-bref. Tais resultados também foram encontrados por Severo (2012), cujo estudo não indicou correlação estatisticamente significativa ($p > 0.05$) entre a QV e o tempo de trabalho noturno.

A produção científica acerca da temática QV dos profissionais de enfermagem, sobretudo os que atuam na AB, ainda é reduzida. Contudo, pesquisas que abordam esta temática são de suma importância, pois a QV destes profissionais influenciam diretamente na qualidade da assistência (CAMPOS; DAVID, 2007). Além da necessidade de aprofundamento acerca da temática, a escassez de estudos se configura em uma limitação para a discussão dos resultados, uma vez que as pesquisas avaliam características sócio-demográficas diferentes e possuem populações e procedimentos metodológicos distintos, o que dificulta a comparação dos resultados entre os estudos.

5.4 Discussão dos dados

Com o intuito de aprofundar a análise sobre a relação do processo de trabalho na QV dos enfermeiros, procedeu-se o cruzamento dos dados provenientes de ambos os instrumentos para identificar os possíveis pontos convergentes e divergentes entre os relatos provenientes das entrevistas e os dados apresentados pelo instrumento WHOQOL-bref.

De modo geral, levando em consideração o escore médio apresentado para a QV geral do instrumento WHOQOL-bref, os participantes indicaram estarem satisfeitos com a QV. Todavia, a análise das entrevistas identificou relatos nos quais os enfermeiros descreveram situações que os afetaram, física e emocionalmente, de maneira a interferir nos seus momentos de lazer e nas relações sociais.

Embora os fatos acima descritos possam ser vistos como uma divergência entre os resultados encontrados, alguns participantes revelaram que estas mesmas situações negativas serviram de oportunidades de aprendizado para melhor lidarem com as adversidades que enfrentam no processo de trabalho. Além disso, eles afirmam que tais adversidades não geram interferência negativa do processo de trabalho na QV. Tal fato foi evidenciado na avaliação da QV geral no instrumento WHOQOL-bref, cujas facetas obtiveram escores que indicaram “satisfação” tanto com a saúde, quanto com a QV, consistindo, portanto, em um ponto de convergência entre os resultados do referido questionário e os relatos das entrevistas.

Ainda assim, faz-se importante destacar que alguns relatos apresentados nas entrevistas apontaram a existência de elementos inerentes ao processo de trabalho e que os entrevistados consideraram interferir negativamente em sua QV. Alguns desses elementos se referem às inadequadas condições de trabalho, aos problemas relacionados com a gestão, à deficiência de recursos materiais e às ausências do profissional médico. Estes fatores dificultam a organização do processo de trabalho, conseqüentemente a realização do atendimento de qualidade, gerando angústia e ansiedade no profissional.

Apesar da percepção positiva da QV por parte dos sujeitos da pesquisa através do instrumento WHOQOL-bref, os domínios meio ambiente e psicológico apresentaram facetas negativamente avaliadas, as quais podem possuir relação com os fatores supracitados que interferem negativamente na QV de vida dos enfermeiros, são elas: “quão saudável é o seu ambiente físico?”, “quão disponíveis pra você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?” e “com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?”.

No que se refere à avaliação do “ambiente físico” no questionário WHOQOL-bref, no qual os enfermeiros responderam que este é “muito pouco” saudável, pôde-se inferir que estes profissionais o associaram ao ambiente de trabalho, visto que na faceta “quão satisfeitos você está com as condições do local onde mora?” demonstraram estarem “satisfeitos”.

Quanto às “oportunidades de adquirir novas informações e habilidades”, estas também podem ter sido associadas ao processo de trabalho, pois alguns

relatos apresentados nas entrevistas mencionaram problemas de comunicação como dificultadores da obtenção de informações e das tomadas de decisão.

Por outro lado, vale ressaltar que mesmo os entrevistados tendo elencado as dificuldades de comunicação entre eles e os membros da equipe, os gestores e até mesmo entre eles e os usuários, quando perguntados no questionário WHOQOL-bref acerca da satisfação com as relações pessoais, as quais abrangem não somente os amigos e familiares, mas também colegas de trabalho, os mesmos responderam estarem “satisfeitos”. Neste aspecto, que abrange o domínio relações sociais, duas perspectivas merecem ser consideradas: a da conformação das relações no ambiente de trabalho, e a conformação das relações fora dele.

No que diz respeito ao ambiente de trabalho observou-se, nos relatos, que em algumas USF a conformação efetiva do trabalho em equipe é prejudicada tanto pela falta de alguns profissionais, quanto pelas dificuldades de comunicação entre os profissionais existentes, interferindo nas relações interpessoais entre os membros da equipe. Lembrando que o trabalho em equipe consiste em um dos elementos essenciais para a reorganização do processo de trabalho com a finalidade de garantir a assistência integral ao usuário.

No que se refere às relações pessoais fora do ambiente de trabalho, estas ficam prejudicadas devido ao estresse a que os profissionais são submetidos, tanto que, em alguns discursos, os enfermeiros sinalizaram a necessidade de mudança nos seus hábitos de vida como uma maneira de resgatar os laços familiares e de amizade que foram perdidos ou afetados pelos problemas que vivenciam nas USF.

A relação do trabalho dos enfermeiros com seu sono foi outro motivo que levou à percepção da necessidade de mudança de hábitos. Eles tinham o sono prejudicado à medida que as expectativas dos enfermeiros para a resolução dos problemas da comunidade não eram correspondidas, gerando frustrações, preocupações e sentimentos de impotência. Pode-se afirmar que isto refletiu na avaliação da faceta do Domínio Físico, no WHOQOL-bref, relacionada ao grau de satisfação dos pesquisados com o seu sono, na qual revelaram estarem “nem satisfeitos, nem insatisfeitos”, indicando neutralidade nesta avaliação quando se esperaria uma avaliação negativa neste aspecto. Podendo-se concluir, portanto,

que este se conformou em um ponto de divergência entre as respostas do questionário e da entrevista.

A insatisfação com o salário relatada pelos sujeitos da pesquisa também se constituiu em gerador de angústia, primeiro porque não corresponde às responsabilidades que lhes são atribuídas, segundo porque não é suficiente para a satisfação de suas necessidades. Isto foi facilmente visualizado através da avaliação deste aspecto no instrumento WHOQOL-bref cuja faceta “você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?” (Tabela 7) obteve o menor escore dentre todas as facetas do instrumento, indicando que os recursos financeiros de que dispõem são “muito poucos”. Consistindo assim em um outro ponto de convergência entre os resultados provenientes da entrevista e do WHOQOL-bref.

Um fato curioso que surgiu nos discursos das entrevistas foi a dissociação que os enfermeiros fizeram entre o “processo de trabalho” nas USF e o “trabalho de enfermagem”, como se este não fizesse parte daquele. Tal dissociação foi identificada quando, ao serem perguntados sobre a sua satisfação com o trabalho e interferência deste na QV, os mesmos responderam que o “trabalho enquanto enfermeiro” não lhes trazia insatisfação e não interferia em sua QV, eles descreveram sentimentos de prazer e satisfação por estarem exercendo a profissão que escolheram.

Por outro lado, revelaram que aspectos relacionados ao processo de trabalho lhes traziam insatisfação, desmotivação e até sentimentos de depressão, sendo manifestado inclusive o desejo de mudança de emprego. Este dado corrobora com o achado no WHOQOL-bref e permite inferir que, diante da faceta relacionada com a capacidade para o trabalho, os mesmos avaliaram estarem “nem satisfeitos, nem insatisfeitos”, pois a associaram com os aspectos do processo de trabalho e não do “trabalho em enfermagem”.

Diante do exposto, verifica-se que os relatos provenientes da entrevista trouxeram algumas características da percepção da QV dos enfermeiros entrevistados que não foram possíveis serem detectadas no instrumento WHOQOL-bref, no entanto, as informações de um complementou e explicou as informações do outro .

E pode-se observar que, apesar dos sujeitos da presente pesquisa reconhecerem alguns aspectos relacionados ao processo de trabalho influenciando na sua QV, os mesmos apresentaram percepção positiva em relação a ela.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer as percepções dos enfermeiros atuantes na ESF sobre o processo de trabalho e a influência deste na sua QV possibilitou uma aproximação da realidade vivenciada por estes profissionais que são de suma importância para a consolidação da ESF.

Nota-se a importância de se oportunizar condições adequadas de trabalho e espaços para que os profissionais de saúde compreendam o processo de trabalho e seus elementos: objeto, instrumentos e finalidades. Percebeu-se que o trabalho é fragmentado, altamente normatizado, baseado nas prescrições do MS.

Torna-se necessário que o trabalho na Saúde da Família propicie aos profissionais a reflexão acerca de suas práticas, de modo que se sintam responsáveis pela construção de uma nova maneira de prestar o cuidado. Este é um dos importantes passos para que as mudanças do modelo de atenção propostas pela ESF saiam do campo da intencionalidade.

Contudo, não basta somente os enfermeiros repensarem suas práticas e suas responsabilidades na ESF, é preciso que todos os profissionais de saúde (incluindo aí os gestores) e os usuários se envolvam na discussão/reflexão sobre processo de mudanças, propiciando uma nova maneira de organizar o processo de trabalho. Caso contrário, será impossível o alcance dos objetivos da ESF, além de serem geradas frustrações devido às expectativas criadas pelos profissionais em relação à melhoria do processo de trabalho em saúde, e conseqüentemente, melhoria da assistência.

Cabe ressaltar que os maiores entraves para a consolidação de ações efetivas na resolutividade dos problemas, tanto de saúde da comunidade quanto administrativos dentro da unidade, de acordo com este estudo, encontraram-se nos gestores e em como eles lidam com tais problemas. Somado a isso está a

elevada carga de trabalho que acompanha os enfermeiros, devida não somente às muitas atribuições que lhe são dadas, mas também à falta de recursos humanos, em especial o médico, que é encontrada nas unidades. Além da pouca valorização e pouco reconhecimento que recebem por seu trabalho.

Estes fatores são desencadeadores de insatisfação e desmotivação com o trabalho, bem como, de situações de desgaste físico e mental, que podem influenciar diretamente na QV destes enfermeiros.

Desse modo, a avaliação da QV através de Domínios do WHOQOL-bref mostrou-se importante para conhecer e determinar os aspectos da vida (pessoal e profissional), dos sujeitos pesquisados e que precisam ser mantidos ou melhorados.

Neste estudo, pôde-se observar que, apesar dos enfermeiros apresentarem percepção negativa da QV em algumas facetas do referido instrumento, isto não afetou a percepção da QV geral. Constatou-se também que tais facetas podem estar relacionadas ao processo de trabalho.

Cabe ressaltar que estes profissionais fazem uma dissociação entre o “trabalho em saúde” e o “trabalho de enfermagem”, retratando a imagem idealizada do trabalho de enfermagem na qual o enfermeiro é um agente que proporciona a saúde e o bem-estar, num processo de doação de si, o que lhe dá sensação de prazer.

Ressalta-se que no município estudado não há ações voltadas para a saúde destes profissionais o que é imprescindível para que os mesmos se mantenham capazes de realizar suas atividades. O cuidador demonstra a necessidade de ser e sentir-se cuidado e de ser escutado em suas necessidades. Se assim for, poderá compreender e oferecer um cuidado mais humanizado, no qual escutará mais o outro, seja profissional ou usuário e os envolverão no processo de cuidar.

Acredita-se no potencial de mudança de práticas que o enfermeiro possui, visto que é considerado elemento central no processo de trabalho na ESF. Mas, para tanto, faz-se necessário dar a devida importância para a realidade vivenciada por ele e nas consequências que esta realidade pode trazer à sua vida.

Este estudo, portanto, teve como suas maiores contribuições proporcionar o conhecimento do processo de trabalho dos enfermeiros que atuam na ESF e de que forma sua QV é influenciada por esse processo de trabalho, além de promover a aproximação com as vivências dos enfermeiros nas USF, de modo a fornecer subsídios para implementação de estratégias que visem a mudança de práticas e a melhoria da QV destes profissionais.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, S.S. **A situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde**. 2005. 216 p. Tese. (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.5, n.9, Ago, 2001.
- ALMEIDA, R.S. **Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva de um hospital de grande porte do município de dourados-MS**. 2010. 67f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Enfermagem). Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, Dourados, 2010.
- ARAÚJO, M. F. S. O enfermeiro no Programa de Saúde da Família: prática profissional e construção de identidade. **Rev. Conceitos**, v.11, n.12, p.39-43, 2005.
- ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, 455-464, 2007.
- AROUCA, A.S.S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. 197f. Tese (Doutorado em Medicina). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.
- ASSIS et al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev.Bras.Enferm.**, Brasília, v.64, n.1, 38-46, 2011.
- ASSUNÇÃO, H.B.; MIRANZI, S.S.C.; COMIN, F.S. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem das unidades de pronto-socorro de um hospital universitário. In: SEMINARIO DE SAUDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 7., 2008, Franca. **Anais...** Franca: 2010, Unesp Franca, Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000112010000100012&lng=en&nrm=abn>. Acessado em: 09 de Fevereiro de 2014.
- BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 1036-1044, 2005.
- BARRIENTOS, L.A.; SUAZO, S.V. Fatores associados a qualidade de vida de enfermeiras hospitalares chilenas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.3, p.480-6, Maio-Jun, 2007.
- BARROS, D.M.; SÁ, M.C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos

no serviço de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, 2473-2482, 2010.

BATISTA, A.A.V.B.et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.39, n.1, 85-91, 2005.

BERTONCINI, J.H.; PIRES, D.E.P.; SCHERER, M.D.A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trab.Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 157-173, 2011.

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

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 8080, 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, 20 set 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (2007). **Atenção Básica e a Saúde da Família** [Online]. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/> Acesso em 27/03/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde –(Série B. **Textos Básicos de Saúde**) - Brasília: Ministério da Saúde,48f., 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Oficina de qualificação do NASF / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – (Série C. **Projetos Programas e Relatórios**) – Brasília, Ministério da Saúde,86f., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008. **Diário Oficial da União**, [n. 18], 25 Jan 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família(ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).**Diário Oficial da União**, 22 out 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 36f.,1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2006). **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde**. (2ª ed.). Brasília: Editora do Ministério da Saúde– 2006.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-77, 2000.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CAMARGO, B.V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A.S; CAMARGO, B. V; JESUINO, J. C.; NOBREGA, S. M. (Orgs.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária – UFPB, 2005, p. 511-539.

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

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.569-584, 2003.

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

CAMPOS, J.F., DAVID, H.M.S.L. Abordagens e mensuração da qualidade de vida no trabalho de enfermagem: produção científica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.584-9, 2007.

CAMPOS, G. W.Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 5, n. 2, 2000 .

CARDOSO, C. L. Relações Interpessoais Na Equipe do Programa de Saúde da Família. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v.7, n.1, Jan./Jun., 2004.

CARVALHO, L. **Atenção básica: stress e estressores ocupacionais em médicos e enfermeiros de Paracambi / RJ**. 2007. 118. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol**, v. 39, n. 3, Mai/Jun., 1999.

CONCEIÇÃO, M.R. *et al.* Qualidade de vida do enfermeiro no trabalho docente: estudo com o WHOQOL-bref. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, jun., 2012.

COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica em Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.15, n.3, p.7-18, 2006.

CUNHA, P.F.; MAGAJEWSKI, F. Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde Soc**, São Paulo, v.21, supl.1, p.71-79, 2012.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p.532-8, Aug., 2003.

DATASUS (a). **Estabelecimentos cadastrados no Estado da Bahia**. Disponível em:
http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=29&NomeEstado=BAHIAAcesso em: 09/08/2012

DATASUS (b). **Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família**. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e IBGE. Disponível em www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/ST-.xls Acesso em: 09/08/2012.

DAVID, H. M. S. L. et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-214, abr./jun., 2009.

DRULLA, A.G. et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enferm**, v.14, n.4, p.667-74, Out/Dez; 2009.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev. Esc. Enf.USP**, São Paulo, v.34, n.3, p. 233-9, set., 2000.

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

EVANGELISTA, A.I.B.; PONTES, A.G.V.; SILVA, J.V.; SARAIVA, A.K.M. A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.12, n. especial, p. 1011-1020, 2011.

FARIAS, et al. O processo de trabalho em saúde da família no contexto do interior da amazônia. **Cogitare Enferm.**, v.15, n.2, p.231-7, Abr/Jun, 2010.

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

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

FERNANDES, J.S.; MIRANZI, S.S.C.; IWAMOTO, H.H.I.; TAVARES, D.M.S.; SANTOS, C.B. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n.3, p.434-42, jul-set, 2010.

FERNANDES, L. A.; GOMES, J. M. N. Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação. **Contexto**, Porto Alegre, v. 3, n. 4, 1º semestre, 2003.

FERNANDES, S.M.B.A.; MEDEIROS, S.M; RIBEIRO, L.M. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**. v.10, n.2, p.414-427, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a13.htm>>

FERRI, S.M.N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.515-29, set/dez, 2007.

FEUERWEKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.489-506, set/dez, 2005.

FIGUEIREDO et al. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.63, n.1, p.117-21, jan-fev, 2010.

FLECK, M.P.A. Projeto desenvolvido no Brasil pelo grupo de estudos em qualidade de vida. **Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul– 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOL.html>> Acesso em: 07/08/2012.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.2, p.178-83, 2000.

FORMOZO, G. A. **As representações sociais do cuidado de enfermagem prestado à pessoa que vive com AIDS/SIDA na perspectiva da equipe de enfermagem**. 2007. 211f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R.; Mattos, R. A. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde**: olhando e experimentando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. 69f.

GAÍVA, M.A.M.; SIQUEIRA V.C.A. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família. **Cienc. Cuid. Saude**, v.10, n.4, p.697-704, 2011.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRARDI, S.N; CARVALHO, C.L. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.157-190.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.13, n.6, p.1011-8, novembro-dezembro, 2005.

GONÇALVES, J. D. A. **Percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros**. 2008. 111f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Faro, 2008.

GUERREIRO, E. M. **Representações sociais de puérperas sobre a educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal**. 2012. 111f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

IBGE/PNAD. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2007**. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf>
Acesso em: 10/08/2012.

JUNQUEIRA, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p.918-928, mai., 2010.

KAWATA, L.S. et al. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.2, p.349-55, 2011.

KEBIAN, L.V.A.; ACIOLI, S. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. **Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.403-9, jul/set, 2011.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LENTZ, R.A; COSTENARO, R.G.S.; GONÇALVES, L.H.T.; NASSAR, S.N. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 7-14, agosto 2000

MARQUES, D; SILVA, E.M. A ENFERMAGEM E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: uma parceria de sucesso? **Ver. BrasEnferm**, Brasília, v.57, n.5, p.545-50, set/out, 2004.

MARQUI, A.B.T.; JAHN, A.C.; RESTA, D.G.; COLOMÉ, I.C.S.; ROSA, N.; ZANON, T. Caracterização das equipes da saúde da família e de seu processo de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.4, p.956-61, 2010.

MARTINS, J.J; ALBUQUERQUE, G.L. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. **Ciência, cuidado e saúde**, v.6, n.3, p.351-356, jul.-set., 2007.

MARTINS, L.M.; FRANÇA, A.P.D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev Latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, dezembro, 1996.

MATOS, E. Refletindo sobre a qualidade de vida no trabalho da enfermagem no Hospital Universitário. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.8, n.3, p. 27-43, 1999.

MATTOS, A.T.R.; CACCIA-BAVA, M.C.G. Repercussões da implantação do Programa Saúde da Família no município de Araraquara: impactos e perspectivas. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.1, n.1, p.36-45, 2004.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, set-out, 2004.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde: Processos de trabalho e necessidades**. Cadernos CEFOR, Textos – São Paulo: CEFOR, 1992.

MENDES, E. V. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/PSF/Textos/oficina_atencao_saude/A%20MODELAGEM%20DAS%20REDES%20DE%20ATEN%C3%87%C3%83O%20%C3%80%20SA%C3%9ADE.pdf> Acesso em junho de 2012.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte** – reescrevendo o público; XAMÃ, V.M. Ed: Belo Horizonte, 1998.

MERHY, E.E.;FRANCO, T.L. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves.**Saúde Debate**, v.27, n.65, p.316-23, 2003.

MERHY, E.E.;FRANCO, T.L. **Trabalho em saúde**.2005. Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy

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

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MIRANZI, S.S.C.et al. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.20, n.2, p.189-197, 2010.

MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**.Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.137-5.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.72-88, 2006.

NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, abr./jun. 2005.

Organização Mundial de Saúde – OMS. **WHOQOL, abreviado, versão em português**. 1998. Disponível em:<www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL> Acesso em: 07/08/2012.

PASCHOA, S.; ZANEI, S.S.V.; WHITAKER, I.Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm.**, v.30, n.3, p.305-10, 2007.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1527-1534, set-out, 2003.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun., 2012.

PINTO, C. A. G.; COELHO, I. B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GERRERO, A. V. P (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. p. 323-345.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev. Baiana Enfermagem**, Salvador, v.13, n.1/2, p. 83-92, 2000.

REIS, M.A.S.; FORTUNA, C.M.; OLIVEIRA, C.T.; DURANTE, M.C. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, Dec., 2007.

RIBEIRO, E. M. - Qualidade de vida na estratégia de Saúde da Família: Refletindo sobre os significados. **Fam. Saúde Desenv.** Curitiba, v.3, n.2, p.109-115,jul/dez, 2001.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. Teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.438-446, mar- abr, 2004.

RODRIGUES, R. D.; ANDERSON, M. I. P. Saúde da Família: uma estratégia necessária. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 6(18): 21-24.

ROECKER, S.; BUDÓ, M.L.D.; MARCON, S.S. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.3, p.641-9, 2012.

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

ROSA,W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.6, p.1027-34; novembro-dezembro, 2005.

SÁ, E.T.; PEREIRA, M.J.B.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M. O processo de trabalho na recepção de uma Unidade Básica de Saúde: ótica do trabalhador. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.30, n.3, p.461-467, set., 2009.

SALLES, E. P. **Qualidade de vida do auxiliar e técnico de enfermagem em UTIs**. 2005. 123 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

SANTOS, E.M; MORAIS, S.H.G. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. **Cogitare Enferm.**, v.16, n.3, p.492-7, Jul/Set, 2011.

SANTOS, R.M.A. dos; BERESIN, R. A qualidade de vida dos enfermeiros do centro cirúrgico. **Einstein**, v.7, n.2, p.152-158, 2009. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1214-Einsteinv7n2p152-8.pdf>>

SANTOS, V.C.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.41, n. especial, p.777-81, 2007.

SCHIMITH, M.D; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, nov-dez, 2004.

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

SEVERO, D.F. **Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem do turno noturno do HU/FURG-RS: na perspectiva ecossistêmica**. 2012. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola da Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.25-38, 2005.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2753-2762, 2011.

SOUSA, E. S.; RODRIGUES, M.A.S.; ROCHA, F.E.C.; MARTINS, C.R. **Guia de utilização do software ALCESTE: uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura**. Planaltina: Embrapa Cerrados, 2009.

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

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo e trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.331-340, fev, 2007.

THOMAZ, J.R.; NELSON, J.K.; SILVERMAN, S. **Métodos em pesquisa em atividade física**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TOMASI, E. *et al.* Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, Sup 1, S193-S201, 2008.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A.R.M.. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, Mar. 2011 .

TRITSCHLER, K.A. **Medida e Avaliação em Educação Física e Esportes de Barrow & McGee**. São Paulo:Manole, 2003.

VITORIA REGIS, L.F.L. **Satisfação no trabalho da Enfermagem: pela construção de um conceito**. 2011. 175f. Tese (Doutorado em Enfermagem).Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO.**WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment**.FieldTrialVersion 1996. Disponível em: www.who.int/mental_health?media?en?76.pdfAcessado em 07/08/2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO (2008).**Manual WHOQOL-OLD – Versãoportuguês**. Organização Mundial de Saúde Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf> Acessado em:abril de 2013.

WHOQOL GROUP. The development of the WorldHealth Organization quality of life assessment instrument(the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W.(Ed.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Paris: Springer Verlag, 1994.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Entrevista semi-estruturada e *WHOQOL-bref*)

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa “ Percepção dos enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família acerca da relação trabalho-saúde”.

2. O enfermeiro é tido como o responsável da coordenação das USF's, assumindo papel tanto administrativo como assistencial. Assumindo, portanto, diversas responsabilidades que o expõe a diferentes riscos: psicossociais, físicos, químicos, biológicos, além de ergonômicos. Sua carga de trabalho torna-se pesada e difícil de suportar, além de muitas vezes exercer suas funções em mais de um emprego, o que aumenta a exposição a riscos, assim como pode se tornar em fator de desmotivação do profissional, influenciando negativamente no desempenho de suas funções. Diante deste quadro vivenciado pelos enfermeiros das ESF, justifica-se a preocupação com a relação da sua atividade profissional com sua saúde e com o atendimento ao usuário, pois os enfermeiros devem estar atentos á sua saúde física e mental para que possam garantir a qualidade no desempenho de suas atividades. Neste contexto, a identificação dos elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde através dos enfermeiros, e o melhor entendimento de como estes profissionais percebem as interferências do processo de trabalho em sua própria saúde e a relação destas com a assistência prestada à população, consistem em importantes passos para a análise de ações desenvolvidas nesta temática no âmbito da atenção primária, em especial na ESF, e possibilitará melhor compreensão da organização do trabalho em saúde bem como sua caracterização.

- a. Você foi selecionado por fazer parte de uma equipe de saúde da família e sua participação não é obrigatória.
- b. O objetivo geral desta pesquisa é analisar as percepções dos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) acerca da relação trabalho-saúde e os objetivos específicos são: Identificar os elementos constitutivos do processo de trabalho nas ESF; Analisar as concepções dos enfermeiros quanto à influência do processo de trabalho em saúde no cuidado à saúde; Analisar a percepção dos enfermeiros das ESF quanto à

influência do trabalho em sua saúde; Identificar ações voltadas para a atenção à saúde dos trabalhadores de saúde.

- c. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário de avaliação da qualidade de vida (*WOOQL-bref*) e conceder uma entrevista ao pesquisador que lhe indagará sobre o seu processo de trabalho e os elementos dos quais você se utiliza para a realização das suas funções e suas percepções quanto à influência do trabalho em saúde na sua qualidade de vida e na qualidade do cuidado prestado à população. Ao participar, você estará contribuindo para a compreensão da relação do trabalho em saúde com a qualidade de vida dos profissionais de saúde bem como, com a formulação de estratégias que possam colaborar com a qualidade de vida no trabalho

3. Ao participar desta pesquisa, os riscos possíveis são de cansaço e a ocorrência de algum constrangimento. Os benefícios esperados são indiretos, consistindo na construção do conhecimento que possibilite caracterizar o processo de trabalho em saúde e minimizar os riscos à saúde dos profissionais de saúde, bem como melhorar a qualidade da assistência.

- a. A participação nesta pesquisa não trará riscos à sua saúde nem ao desenvolvimento do seu trabalho. Caso haja cansaço ou algum constrangimento durante a aplicação do questionário e/ou da entrevista semi-estruturada, os mesmos poderão ser SUSPENSOS e remarcados para outra data de seu desejo.

4. Não há métodos alternativos.

5. A pesquisa será acompanhada pela pesquisadora responsável pela coleta e análise dos dados: Taiana Lemos de Souza.

6. Em qualquer momento da pesquisa você poderá solicitar esclarecimentos e tirar suas dúvidas entrando em contato com a pesquisadora responsável, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos-SP, através do telefone (16) 3351-8110.

7. Em qualquer momento da pesquisa você poderá recusar a participar e retirar seu consentimento sem penalização alguma e sem prejuízo à sua relação com o pesquisador nem com a instituição.

8. É expressamente assegurado, ao participante desta pesquisa, o sigilo das informações obtidas assegurando sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos.

- a. “As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.”
 - b. “Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.”
Aos participantes da pesquisa serão designados nomes fictícios de maneira a não serem identificados.
9. Não haverá despesas decorrentes da participação na pesquisa, ou da sua ausência
10. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Taiana Lemos de Souza
End: Rua 10 A, nº 746, Vila Nova, Rio Claro-SP
(19) 8201-0013

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data:

Sujeito da pesquisa *

APÊNDICE B

ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Nome fictício: _____		Idade: _____
Sexo: ()Fem. ()Masc.	Estado civil: ()solteiro ()casado ()divorciado () viúvo()união estável	
Possui Filho: ()Não ()Sim: Quantos? _____		
Tempo de formado: _____	Tempo na ESF: _____	
Possui especialização: ()Não () Sim : Quantas? _____ Especifique: _____		
Possui outro emprego: () Não () Sim: Quantos? _____ Onde: _____ Por quê? _____		
1. Como você organiza seu trabalho na USF?		
2. Descreva a organização do trabalho em saúde.		
3. Em sua opinião o processo de trabalho em saúde interfere na sua qualidade de vida? Se sim, de que maneira?		
4. Quais fortalezas e dificuldades você identifica na organização do trabalho em saúde? a) Como isso impacta na sua vida e no cuidado à população?		
5. Existem ações voltadas para a saúde dos trabalhadores de saúde? Se sim, quais? E o que você acha dessas ações? Se não, você acha que deveria ter? Como deveriam ser essas ações?		
6. O que você reconhece como objeto do seu trabalho na ESF?		
7. Quais instrumentos você utiliza para realização do seu trabalho na ESF?		
8. Qual a finalidade do seu trabalho na ESF?		
9. De acordo com sua experiência na ESF, de que maneira você acha que o		

processo de trabalho influencia no cuidado prestado à população?

10. Você se sente satisfeito com o seu trabalho?

ANEXO A

Ilhéus, 17 de Setembro de 2012.

Ao:

Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos
Universidade Federal de São Carlos

Senhor(a) Coordenador(a) do CEP-UFSCAR

Eu, Emília Maria de Araújo Silva, responsável pela Coordenação do Programa Saúde da Família na cidade de Ilhéus-BA, conheço o Projeto de Pesquisa intitulado "Percepção dos enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família acerca da relação trabalho-saúde", desenvolvido pela pesquisadora Taiana Lemos de Souza, e concordo com sua realização após a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente preenchido e assinado pelas partes.

O início desta pesquisa neste Serviço só poderá ocorrer, a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCAR.

Atenciosamente,

Emília Maria de Araújo Silva
Emília M^a de Araújo Silv
Coord. PSF
Unidade de Saúde de Ilhéus

(Assinatura e carimbo com o nome do responsável institucional)

ANEXO B

WHOQOL – ABREVIADO

Versão em Português

**PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DA
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE –
GENEBRA**

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

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

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

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

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

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

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE

Pesquisador: TAIANA LEMOS DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 07756212.2.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 143.385

Data da Relatoria: 13/11/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva analítica com abordagem quali-quantitativa, constituindo-se de observação direta da atividade e também de entrevistas semiestruturadas de enfermeiros de Unidades de Saúde da Família (USFs) no município de Ilhéus-BA.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos apresentados foram os seguintes:

- Analisar as percepções dos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) acerca da relação trabalho-saúde.
- Analisar as concepções dos enfermeiros quanto à influência do processo de trabalho em saúde no cuidado à saúde da população e em relação à sua saúde;
- Identificar as características do trabalho dos enfermeiros através dos elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde;
- Identificar ações voltadas para a atenção à saúde dos trabalhadores de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No Protocolo de Pesquisa e no TCLE estão descritos os riscos (cansaço e possível constrangimento) durante a entrevista. Os benefícios apontados são apenas indiretos e tal informação está exposta no TCLE também.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa apresenta relevância para a área em questão. Cronograma apresentado

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



informa início da coleta de dados para 2013.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatória (Folha de Rosto e TCLE) estão de acordo com as exigências. Foram apresentados dois TCLEs, um voltado para quem responderá a entrevista e o outro para aquele que será observado durante a pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado.

SAO CARLOS, 10 de Novembro de 2012

Assinador por:
Daniel Ventrúscolo
(Coordenador)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa apresenta relevância para a área em questão. Cronograma apresentado

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br