

Cyntia Leila Stiz Gessner<sup>1</sup>  
Luciane Peter Grillo<sup>2</sup>  
Juliana Vieira de Araújo Sandri<sup>2</sup>  
Elisete Navas Sanches Próspero<sup>2</sup>  
Aline Brandão Mariath<sup>3</sup>

Quality of life of family  
health strategy team  
workers in the south  
of Brazil

## | Qualidade de vida de trabalhadores de equipes de saúde da família no sul do Brasil

**ABSTRACT | Introduction:** *The quality of life of professionals working on family health is believed to be essential, because the factors which interfere on it can compromise the care delivered to health service users. Objective:* *To assess the quality of life of family health strategy team workers in the city of Timbó, SC, Brazil. Methods:* *WHOQOL-bref questionnaire was used for data collection. It comprises two parts: the first includes data describing the respondents, whilst the second includes questions divided into four domains (physical, psychological, social relations and environment). Moreover, two open questions were included in the end of the instrument: "What is quality of life, in your opinion?" and "How can you improve your quality of life?". The questions were analyzed separately, according to options of the Likert numeric scale.*

**Results:** *Ninety-three subjects participated in this study, of whom 80% assessed their quality of life as good or very good, although 42% reported having health problems (with depression and nervous problems being the most prevalent – 13% and 7,5%, respectively). The domain social relations presented the highest score (75.0±17.4), followed by the domain physical (73.2±16.5), domain psychological (72.0±14.2) and the domain environment (63.2±14.0). The mean of all domains was 71. The answers to open questions were grouped into five categories: basic needs, work, family, payment situation and personal universe.*

**Conclusion:** *These findings confirm the need of a network to support these health professionals, especially with regard to mental health, environmental conditions (including that of work) and wages.*

**Keywords |** *Quality of life; Family Health Program; Health personnel.*

**RESUMO | Introdução:** Entende-se ser fundamental a qualidade de vida do profissional que atua na Saúde da Família, porquanto os fatores que nela interferem podem comprometer o cuidado prestado aos usuários dos serviços de saúde. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Timbó - SC. **Métodos:** Participaram da pesquisa 93 indivíduos. Foi utilizado o instrumento de qualidade de vida denominado WHOQOL-bref, composto por duas partes. A primeira parte contém dados de caracterização dos respondentes e a segunda, questões distribuídas em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Foram incluídas no final do instrumento duas questões abertas: "O que é para você qualidade de vida?" e "Como você pode melhorar a sua qualidade de vida?". As questões foram analisadas separadamente, conforme opções da escala numérica do tipo *Likert*. **Resultados:** Dos 93 indivíduos que participaram da pesquisa, 80% classificaram sua qualidade de vida como boa ou muito boa, embora 42% tenham relatado apresentar problemas de saúde (sendo a depressão e os problemas nervosos os mais prevalentes – 13% e 7,5%, respectivamente). O domínio relações sociais apresentou o maior escore (Média=75,0; Desvio-padrão=17,4), seguido dos domínios físico (Média=73,2; Desvio-padrão=16,5), psicológico (Média=72,0; Desvio-padrão=14,2) e meio ambiente (Média=63,2; Desvio-padrão=14,0). Agruparam-se as respostas às questões abertas em três categorias: necessidades básicas, trabalho e família. **Conclusão:** Esses achados confirmam a necessidade de uma rede de apoio para esses profissionais de saúde, especialmente em saúde mental, e de uma melhoria das condições relativas ao ambiente, nesse incluído o do trabalho, e à remuneração.

**Palavras-chave |** Qualidade de vida; Programa Saúde da Família; Pessoal de Saúde.

<sup>1</sup>Faculdade Metropolitana de Blumenau, Blumenau/SC, Brasil

<sup>2</sup>Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí/SC, Brasil

<sup>3</sup>Câmara dos Deputados, Brasília/DF, Brasil

## INTRODUÇÃO |

O Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), com o principal objetivo de reorganizar a prática da atenção à saúde, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, substituindo assim o modelo tradicional de assistência. Posteriormente, uma vez que a iniciativa apresentava caráter permanente e não programático, o PSF recebeu a denominação Estratégia Saúde da Família (ESF), mais adequada aos efetivos objetivos da proposta<sup>1</sup>.

Entender a Saúde da Família como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. A ampliação da complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e o aumento dos limites e de suas possibilidades de atuação exigem desses profissionais a obtenção de maiores habilidades<sup>2</sup>. Assim, precisam estimular a comunidade na busca por melhores condições de saúde, desenvolvendo um trabalho de qualidade e ao mesmo tempo de grande responsabilidade<sup>3</sup>. Devem visualizar diversos aspectos, incluindo as condições sociais, econômicas, culturais e psicológicas que envolvem a população. Para que isso ocorra, entende-se ser fundamental a qualidade de vida do trabalhador, tanto do ponto de vista pessoal quanto profissional, considerando que todos os fatores que nela interferem podem comprometer o cuidado prestado aos usuários da ESF<sup>4-6</sup>.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>7</sup>. Ela pode ser medida por meio de instrumentos genéricos e específicos, dependendo dos aspectos que se deseja visualizar e avaliar.

No cenário da saúde e do trabalho, a qualidade de vida é um conceito largamente utilizado. É um paradigma que, além de orientar e determinar condutas e tratamentos específicos, dos mais simples aos mais complexos, define as novas dimensões que os serviços locais devem incorporar e direciona as decisões referentes às boas e más práticas no âmbito dos profissionais da área da saúde<sup>8</sup>.

O conhecimento acerca da qualidade de vida desses trabalhadores da atenção à saúde pode revelar aspectos impor-

taantes para esclarecimentos conceituais e embasar o aperfeiçoamento dos programas com ações educativas para a saúde desses profissionais, que ao estabelecerem como prioridade a busca pelo bem-estar dos outros, podem estar negligenciando a sua própria qualidade de vida. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de trabalhadores das Equipes de Saúde da Família, a partir da identificação dos domínios e das facetas que a representam, e de suas percepções acerca do conceito de qualidade de vida e como ela pode ser melhorada.

## MÉTODOS |

Trata-se de estudo descritivo, com delineamento transversal e com metodologia mista de pesquisa (quantitativa e qualitativa). O espaço geográfico e humano escolhido para a sua realização foi o município de Timbó, situado na região Sul do Brasil, no estado de Santa Catarina. O município tem 36.774 habitantes, sendo que 91% deles se encontram na área urbana e 9% na área rural<sup>9</sup>.

A população convidada a fazer parte deste estudo compreendia todo o quadro funcional de trabalhadores de saúde vinculados às 10 equipes da ESF atuantes no município, num total de 107 integrantes, sendo assim distribuídos: 10 médicos, quatro dentistas, 10 enfermeiros, 21 auxiliares de enfermagem, 57 agentes comunitários de saúde e cinco auxiliares de consultório dentário.

Participaram do estudo 93 profissionais, o equivalente a 86,9% dessa população. Aqueles que não aceitaram participar devolveram seus questionários em branco aos pesquisadores, sem qualquer identificação pessoal, anotando apenas sua categoria profissional.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisas da Universidade do Vale do Itajaí, através do Parecer nº 133/2005.

Para a realização da coleta de dados foi utilizado o instrumento de medida de qualidade de vida denominado WHOQOL-bref, que considera os últimos quinze dias vividos pelos respondentes e é composto por duas partes. A primeira parte é a ficha de informações sobre o respondente, que caracteriza os sujeitos quanto ao sexo; idade; nível educacional; estado civil; situação, diagnóstico, problemas e regime de cuidados de saúde. A segunda parte

contém 26 questões, sendo as duas primeiras referentes à qualidade de vida e à satisfação com a própria saúde. As demais 24 perguntas estão distribuídas em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e suas respectivas facetas<sup>7</sup>.

Considerando-se que alguns autores<sup>10</sup> reforçam a necessidade de complementação da entrevista, foram incluídas ao final do instrumento duas questões abertas: “O que é para você qualidade de vida?” e “Como você pode melhorar a sua qualidade de vida?”. A decisão pela inclusão dessas duas perguntas deveu-se ao fato de que as respostas do WHOQOL-bref estão condicionadas à escolha da pessoa conforme uma escala de respostas do tipo *Likert*, e entende-se que depoimentos podem gerar informações mais completas e possibilitar detalhamento da perspectiva do entrevistado.

Os dados da ficha de informações sobre o respondente foram analisados a partir da distribuição percentual. As questões 1 e 2, como não estão incluídas nas equações, foram analisadas separadamente, conforme opções da escala numérica do tipo *Likert*, que pode variar de um a cinco, apresentada para a resposta, a saber: na questão 1: 1.muito ruim; 2.ruim; 3.nem ruim, nem boa; 4.boa; 5.muito boa; e para a questão 2: 1.muito insatisfeito; 2.insatisfeito; 3.nem satisfeito nem insatisfeito; 4.satisfeito; 5.muito satisfeito.

Visando facilitar a compreensão dos dados, optou-se por utilizar uma escala já validada<sup>11</sup>, que também foi adaptada e utilizada por outros autores<sup>12</sup> ao avaliarem a qualidade de vida de estudantes de enfermagem. São considerados os valores entre zero e 40, como “região de fracasso”; de 41 a 70, como “região de indefinição”; e acima de 71, como tendo atingido a “região de sucesso”.

As respostas às questões abertas foram categorizadas e analisadas dentro da perspectiva da análise de conteúdo<sup>13</sup>, utilizando-se a técnica de análise temática. Nessa técnica, o conceito central é o tema que, de acordo com Gomes<sup>14</sup>, “comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado através de palavras, uma frase, um resumo”. Para a referida autora, sua utilização exige uma análise de unidades de registro em busca de significados que definam os dados coletados. Sua operacionalização se dá em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

As falas dos respondentes, selecionadas para ilustrar e complementar a análise de conteúdo, escritas em itálico,

acompanham nomes fictícios, colocados entre parênteses, para garantir o sigilo sobre a identidade dos participantes, conforme preconiza a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS |

Participaram da pesquisa 93 profissionais integrantes das 10 ESF de Timbó - SC, sendo seis médicos (60%), dois dentistas (50%), oito enfermeiros (80%), 19 auxiliares de enfermagem (90,5%), 56 agentes comunitários de saúde (98,2%) e dois auxiliares de consultório dentário (40%). Suas características sociodemográficas estão apresentadas na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais das equipes Estratégia Saúde da Família, segundo dados sociodemográficos. Timbó/SC, Brasil, 2005

	n	%	IC95%
<b>Sexo</b>			
Masculino	9	9,7	6,6-12,8
Feminino	84	90,3	87,2-93,4
<b>Estado civil</b>			
Casados ou vivendo como casados	67	72,0	67,3-76,7
Solteiros	18	19,4	15,3-23,5
Separados/Viúvos	8	8,6	5,7-11,5
<b>Escolaridade</b>			
1º grau incompleto	6	6,5	3,9-9,1
1º grau completo	9	9,7	6,6-12,8
2º grau incompleto	15	16,1	12,3-19,9
2º grau completo	40	43,0	37,9-48,1
3º grau incompleto	04	4,3	2,2-6,4
3º grau completo	08	8,6	5,7-11,5
Pós-graduação	11	11,8	8,5-15,1
<b>Idade</b>			
18—  30	25	26,9	22,3-31,5
31—  40	24	25,8	21,3-30,3
41—  50	29	31,2	26,4-36,0
51—  65	15	16,1	12,3-19,9

Quanto ao questionamento “Quão satisfeito você está com sua saúde?”, os resultados obtidos foram: 58% (n=54) relataram estar satisfeitos com a própria saúde e 18% (n=17) relataram estar muito satisfeitos. Entretanto, 12% (n=11) responderam de forma intermediária: referiram estar nem satisfeitos nem insatisfeitos com a própria saúde. Ao somar

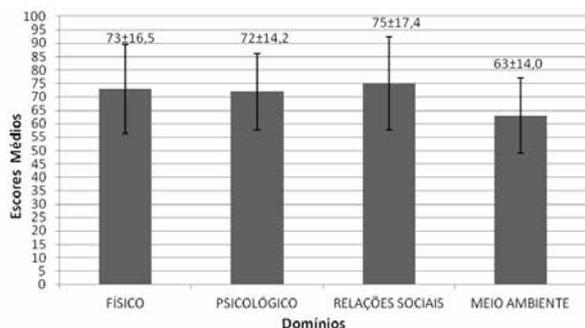
os resultados dos muito insatisfeitos e insatisfeitos com a sua saúde, têm-se 12% de respostas.

Dos entrevistados, 58% (n=54) dos profissionais relataram não ter nenhum problema de saúde que os perturbasse. No entanto, a depressão estava presente em 13% (n=12) dos sujeitos, seguida de problemas nervosos em 7,5% (n=7). Problema de coração, pressão alta e artrite ou reumatismo foram relatados por 4,3% (n=4) dos participantes. Somando as respostas dos sujeitos que possuem pelo menos um problema de saúde, têm-se como resultado 42%.

A maioria dos trabalhadores (66%) avaliou a sua qualidade de vida como sendo boa e 14% como sendo muito boa. Têm-se, portanto, um total de 80% de respostas positivas. 14% avaliaram sua qualidade de vida de forma intermediária, respondendo nem ruim, nem boa; apenas 1% avaliou como muito ruim; e 5% como ruim.

A Figura 1 mostra que o melhor desempenho foi obtido pelo domínio relações sociais, seguido dos domínios físico e psicológico; conforme estabelecido, o nível de sucesso foi alcançado nesses domínios. O pior desempenho foi registrado no domínio meio ambiente, não atingindo o nível de sucesso. A média de todas as ESF foi 71.

Figura 1. Média e desvio-padrão do desempenho dos quatro domínios do WHOQOL-bref, incluindo todas as Equipes de Saúde da Família. Timbó/SC, Brasil, 2005



No sentido de ampliar o tema qualidade de vida, questionou-se aos profissionais “O que é para você qualidade de vida?” e “Como você pode melhorar a sua qualidade de vida?”. Na análise temática desses dados observou-se as seguintes categorias:

1- Necessidades básicas: Por necessidades básicas entende-se aquilo que é importante e fundamental para que o ser humano possa levar de forma digna a sua

vida. Foram indicadas como necessidades básicas: ter saúde, amigos, lazer e moradia. “Qualidade de vida é ter boas condições de saúde e moradia, bem-estar físico psicossocial.” (Maria); “Ter amigos e boa saúde.” (Isabel); “É ter uma vida saudável, sem doenças graves, se alimentar bem, divertir-se, morar bem, estar satisfeito consigo mesmo.” (Joana);

2- Trabalho: Os entrevistados destacaram que ter um bom emprego, com horários e remuneração adequados, favorece atividades de lazer, de harmonia consigo mesmo e com as pessoas de suas relações. “Não ter falta de dinheiro, trabalhar menos [...]” (Maria); “Qualidade de vida é ter harmonia no trabalho, viver com alegria e estar bem consigo mesmo.” (Luíza); “Redução da carga horária de trabalho [...] melhor salário.” (Joana);

3. Família: A família foi colocada de forma muito especial na concepção de qualidade de vida. Uma família bem estruturada e organizada aparece como um ponto de apoio e também de estímulo ao trabalhador. “Se soubermos que nossa família está bem amparada, certamente conseguiremos melhor desempenho para cuidar das famílias da comunidade.” (Karla); “Ter uma família saudável e feliz. É estar bem com a família.” (Isabel); “Tendo mais momentos com a família e mais tempo de lazer.” (Karina); “[...] e dispor de mais tempo com minha família.” (Keila).

## DISCUSSÃO |

Este estudo avaliou a qualidade de vida de profissionais que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Timbó - SC e permitiu conhecer a percepção desses trabalhadores sobre seu significado e de que forma ela pode ser melhorada.

A maioria dos profissionais de Saúde da Família participantes desse estudo mostrou-se satisfeita com a própria saúde (76%), corroborando com os achados de estudo representativo da população nacional, no qual 77,3% dos brasileiros e 77,5% dos residentes na região Sul do Brasil autoavaliaram o seu estado de saúde como “muito bom ou bom”<sup>15</sup>. Semelhantemente, em um estudo avaliando a qualidade de vida de 169 agentes comunitários de saúde, sendo a maioria constituída por adultos jovens e mulheres, obtiveram-se 75,1% de respostas “muito boa ou boa”<sup>16</sup>. Em pesquisa avaliando enfermeiros de equipes de Saúde da Família do Triângulo Mineiro, 92% avaliaram sua saúde como boa ou muito boa<sup>17</sup>.

O percentual de profissionais das ESF de Timbó que referiram algum problema de saúde (42%) apresentou-se superior ao documentado na literatura por Fernandes *et al.*<sup>17</sup> entre enfermeiros de equipes de Saúde da Família do Triângulo Mineiro (33,3%). O perfil de doenças dos participantes da presente pesquisa, no entanto, difere daquele relatado pela população brasileira na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Enquanto neste estudo prevaleceram a depressão (13%) e os problemas nervosos (7,5%), no inquérito nacional foram referidos principalmente hipertensão (14,0%) e doença de coluna ou costas (13,5%)<sup>15</sup>. Esses resultados chamam a atenção para a importância do cuidado em saúde mental dos profissionais que atuam na Saúde da Família. Alguns fatores relatados na literatura como relacionados ao sofrimento psíquico desses trabalhadores incluem o excesso de responsabilidades, a sobrecarga de trabalho, que muitas vezes é pouco valorizado, problemas de relacionamento interpessoal, bem como a aproximação e o envolvimento pessoal com a população atendida<sup>18-21</sup>.

No que diz respeito à qualidade de vida, esta foi avaliada como satisfatória por 80% dos respondentes no presente estudo, sendo que o melhor desempenho foi registrado no domínio relações sociais e o pior no domínio meio ambiente. Resultados semelhantes, obtidos por meio da utilização do mesmo instrumento aplicado neste trabalho, também foram encontrados em um estudo com acadêmicos de enfermagem de nível superior na região Sul do Brasil<sup>12</sup>, no qual o maior escore médio obtido foi para o domínio relações sociais, com 70, e o menor escore foi para o domínio meio ambiente, com 55; em pesquisa com agentes comunitários de saúde<sup>16</sup>, em que o maior escore médio obtido foi para o domínio relações sociais, com média de 75,8 e o menor escore foi para o domínio meio ambiente, com 54,1; e entre egressos de curso de Cuidadores de Idosos<sup>22</sup>, em que o domínio relações sociais apresentou o maior escore médio (75,6) e o domínio meio ambiente o menor (58,6).

Por outro lado, diversos estudos que utilizaram o WHO-QOL-BREF têm apontado maiores escores para o domínio físico e menores escores para o domínio meio ambiente: é o caso de profissionais de enfermagem que trabalham em turnos, em um hospital geral<sup>23</sup>, para os quais o escore médio do domínio físico foi 73,43 e o do meio ambiente foi 55,89; e de cuidadores de pacientes dependentes atendidos pelo PSF<sup>24</sup>, em que o escore médio do domínio físico foi 66,72 e o do domínio meio ambiente, 52,5. Nesse sentido, parece haver na literatura resultados consistentes

de que o domínio meio ambiente precisa receber maior atenção nas ações de promoção de qualidade de vida de trabalhadores da assistência à saúde e cuidadores.

Quando questionados sobre o que significa qualidade de vida, os profissionais comentaram diversas condições relacionadas às necessidades básicas (categoria 1), que incluem uma boa saúde dentro do seu contexto ampliado. Portanto, observa-se que, para eles, saúde não corresponde apenas à ausência de doença, mas sim a um conjunto de condições favoráveis relativas à alimentação, moradia, lazer, bem-estar, habitação, vindo ao encontro do conceito tão discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, conjunto este posteriormente incluído como direitos sociais na Constituição Federal de 1988 e como determinantes e condicionantes da saúde na Lei Orgânica do SUS<sup>25-27</sup>.

Contudo, conforme explicitado na categoria 2, em que emergiram temas relacionados ao trabalho, ficou evidente a importância do trabalho digno para proporcionar uma vida com qualidade, seja na sua própria ambiência, seja na sustentabilidade de si e da família. Chamam a atenção manifestações quanto ao valor do trabalho, que foi destacado como sendo a possibilidade de realização e de crescimento pessoal, ao passo que não havia satisfação financeira, pois faltava uma compensação justa e adequada. O trabalho destaca-se não apenas como forma de sustento de si e de sua família e de um meio de manter-se ativo e reconhecido na sociedade, mas como peça fundamental para a manutenção da qualidade de vida desses profissionais.

Em estudo conduzido por Trindade *et al.*<sup>18</sup>, o salário foi referido como a segunda maior fonte de satisfação entre trabalhadores em Saúde da Família, perdendo apenas para o reconhecimento por parte da comunidade, e os resultados do estudo de Medeiros *et al.*<sup>28</sup> apontam que a remuneração é um dos principais motivos para a rotatividade de médicos e enfermeiros que atuam nesse tipo de atenção. Fernandes *et al.*<sup>29</sup> destacam que os baixos salários, assim como os vínculos empregatícios precários, levam à insegurança e à insatisfação profissional, especialmente em decorrência da elevada carga de responsabilidades, podendo inclusive comprometer a implantação e a consolidação da ESF. Os autores destacam ainda a necessidade de condições salubres de trabalho, incluindo condições materiais e de recursos humanos, para que as atividades laborais possam ser desempenhadas de forma justa e com dignidade. Ademais, o trabalho como fonte de prazer reveste-se de grande relevância na vida do indiví-

duo, pois mantém nele o desejo de continuar produzindo e lhe oferece a oportunidade para sua construção como sujeito psicológico e social. Ao permitir que o trabalhador reconheça a importância de sua existência, o ato de produzir participa da estruturação psíquica do homem<sup>30</sup>.

A família representa um contexto social importante na qualidade de vida dos participantes, conforme evidenciado nos depoimentos agrupados na categoria 3. Correspondendo a um grupo de pessoas com vínculos afetivos de consanguinidade ou de convivência, é nela que comumente se transmitem os valores e costumes que formam a personalidade e a riqueza cultural do indivíduo. As famílias se estruturam de formas diversas em função do lugar, tempo e heranças, e é a partir daí que emergem as funções do grupo familiar<sup>31</sup>. Desse modo, é compreensível sua importância na qualidade de vida das pessoas, porque é no espaço familiar que seus membros buscam apoio quando necessitam. Laços afetivos familiares sólidos representam segurança e bem-estar. Sendo assim, os resultados do presente estudo permitem compreender que a qualidade de vida dos profissionais que atuam na ESF vai além de ter amigos, lazer, moradia, saúde e trabalho, mas, principalmente ter uma família em harmonia, um ambiente familiar saudável, onde todos possam conviver em conformidade, mesmo na adversidade.

Embora a definição de qualidade de vida compreenda a percepção individual de mundo e de suas necessidades atuais, ter saúde, ter trabalho e ter uma família são dimensões importantes para todos os participantes, haja vista que correspondem à proteção e à sobrevivência humana. Ao longo de sua existência, os seres humanos estão sempre em busca de algo mais para sua satisfação e em busca de melhores condições de vida. Como bem colocam Minayo *et al.*<sup>32</sup>, o conceito de qualidade de vida em saúde, em sua forma ampliada, compreende as necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais. Cabe destacar ainda que o fato de os profissionais conseguirem conciliar a vida profissional com seus interesses pessoais é determinante para evitar a rotatividade de emprego, conforme evidenciado no estudo de Medeiros *et al.*<sup>28</sup>, o que conseqüentemente se reflete na qualidade da assistência prestada à população.

Considerando as características das ESF, que desenvolvem a atenção primária à saúde, com a prática do cuidado integral e com o trabalho diretamente envolvido na comunidade adstrita ao programa, vivenciando os seus

múltiplos problemas, pode-se inferir a sobrecarga desses profissionais. De acordo com o Ministério da Saúde<sup>33</sup>, a qualidade das ações e serviços de saúde prestados aos usuários do sistema depende da forma e das condições como são tratados os trabalhadores que nele atuam. Sobre esse aspecto, verifica-se que a obtenção de um melhor salário por parte dos trabalhadores de saúde pode relacionar-se à melhora de sua qualidade de vida e, conseqüentemente, dos usuários da ESF.

Os resultados do presente estudo apontam especialmente que falta equilíbrio entre o tempo dedicado ao trabalho e o tempo dedicado à vida social e familiar dos trabalhadores, o que os impede de melhorar a sua qualidade de vida. Enfim, é preciso que o conceito “qualidade de vida” seja pensado e discutido dentro de um contexto histórico-social, na medida em que as necessidades diferem entre as populações, dependendo do local onde estão inseridas.

## CONCLUSÃO |

A presente pesquisa apontou, entre profissionais atuantes na ESF do município de Timbó - SC, nível de satisfação com a própria saúde semelhante ao da população nacional. No entanto, destacaram-se entre os avaliados os problemas relacionados à saúde mental (depressão e problemas nervosos). A qualidade de vida, avaliada como satisfatória pela maioria dos participantes, foi influenciada positivamente principalmente pelo domínio relações sociais e negativamente pelo domínio meio ambiente. Destaca-se então a necessidade de ações voltadas ao cuidado em saúde mental desses trabalhadores e à melhoria das condições relativas ao ambiente, nesse incluído o do trabalho, e à remuneração.

Esses achados confirmam a necessidade de uma rede de apoio para os profissionais de Saúde da Família, cuja qualidade de vida pode estar prejudicada, podendo, conseqüentemente, influenciar a qualidade de vida de sua família, de seus companheiros de trabalho e também dos usuários do sistema. Desse modo, este estudo representa uma importante fonte de informações, uma vez que revelou as reais demandas expressas pelas equipes da ESF e poderá, assim, contribuir com subsídios para a elaboração de propostas de intervenção que melhorem a qualidade de vida desses profissionais e que impactem positivamente nas ações por eles desempenhadas.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 03 abr 2006, seção 1, p.71.
- 2 - Ministério da Saúde. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 3 - Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(Suppl 1):S193-201.
- 4 - Cesar-Vaz MR, Soares JFS, Figueiredo PP, Azambuja EP, Sant'Anna CF, Costa VZ. Percepção do risco no trabalho em saúde da família. Rev Latino-Am Enferm. 2009; 17(6):961-7.
- 5 - Kimura M, Carandina DM. Desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do instrumento para avaliação da qualidade de vida no trabalho de enfermeiros em hospitais. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(Esp):1044-54.
- 6 - Bertoncini JH, Pires DEP, Scherer MDA. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras em saúde da família. Trab Educ Saúde. 2011; 9(Suppl. 1):157-73.
- 7 - Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. Rev Saúde Pública. 2000; 34(2):178-83.
- 8 - Cianciarullo TI, Gualda DMR, Silva GTR, Cunha ICKO. Saúde na família e na comunidade. São Paulo: Robe; 2002.
- 9 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Brasília: IBGE; c2013- [citado 2011 Fev 10]. Cidades@; [cerca de xx telas]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?cod-mun=421820>
- 10 - Saupe R, Broca GS. Indicadores de qualidade de vida como tendência atual de cuidado a pessoa com hemodiálise. Texto & Contexto Enferm. 2004; 13(1):100-6.
- 11 - Spínola MRP, Pereira EM. Avaliação de programa: uma metodologia. Projeção. 1976; 1(7):26-32.
- 12 - Saupe R, Nietche EA, Cestari ME, Giorgi MDM, Krahl M. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. Rev Latino-Am Enferm. 2004; 12(4):636-42.
- 13 - Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
- 14 - Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R, editores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis: Vozes; 2010. p. 86.
- 15 - Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Coordenação de Trabalho e Rendimento Brasil. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- 16 - Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM, Santos CB, Kluthcovsky FA. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. Rev Psiquiatr Rio Gd. Sul. 2007; 29(2):176-83.
- 17 - Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Tavares DMS, Santos CB. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. Texto & Contexto Enferm. 2010; 19(3):434-42.
- 18 - Trindade LL, Lautert L, Beck CLC, Amestoy SC, Pires DEP. Estresse e síndrome de *burnout* entre trabalhadores da equipe de saúde da família. Acta Paul Enferm. 2010; 23(5):684-9.
- 19 - Kanno NP, Bellodi PL, Tess BH. Profissionais da estratégia saúde da família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. Saúde Soc. 2012; 12(4):884-94.
- 20 - Filgueiras AS, Silva ALA. Agente comunitário de saúde: um novo ator no cenário da saúde no Brasil. Physis. 2011; 21(3): 899-915.
- 21 - Costa EM, Ferreira DLA. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. Trab Educ Saúde. 2012; 9(3):461-78.

22 - Bittar AM, Grillo LP, Mariath AB, Próspero ENS, Sandri JVA. Qualidade de vida de egressos de curso de Cuidadores de Idosos. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(6):921-5.

23 - Martins MM. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos 2002 [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

24 - Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm.* 2008; 7(2):266-72.

25 - Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1987.

26 - Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

27 - Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 set 1990, seção 1, p. 1-5.

28 - Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15(Suppl 1):1521-31.

29 - Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Tavares DMS, Santos CB. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes saúde da família. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(2):404-12.

30 - Mendes AM, Morrone CF. Vivências e prazer: sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: Mendes AM, Borges LO, Ferreira MC. Trabalho em transição, saúde em risco. Brasília: UNB; 2002. p. 27-42.

31 - Elsen I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2004. p. 19-28.

32 - Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Colet.* 2000; 5(1):7-18.

33 - Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Luciane Peter Grillo**  
Rua Uruguai, 458, Setor F6  
Itajaí – SC  
Cep.: 88302-202  
Tel.: (47) 9975-3101  
E-mail: grillo@univali.br

Recebido em: 15-5-2013

Aceito em: 11-8-2013