

A QUALIDADE DE VIDA (DO) NO TRABALHO DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO TRIÂNGULO MINEIRO

Resumo: Relativamente aos trabalhadores da Atenção Primária em Saúde a obtenção e o aprimoramento dos modos de adquirir Qualidade de Vida no/do Trabalho apresentam desafios. Objetivou-se avaliar a QVT dos profissionais da APS. Trata-se de pesquisa quantitativa, realizada com 25 profissionais da APS em que fora aplicado o questionário TQWL-42 e analisados por meio de escores que vão de 0 a 100. Resultou numa auto avaliação da QVT (escore 76,0) classificada como “muito satisfatória”, embora o resultado geral tenha evidenciado (escore 50,26), classificado como “satisfatório”. Esse escore evoca um conflito quanto à compreensão que os profissionais possuem da sua QVT: aspectos insatisfatórios (tempo de repouso e oportunidade de crescimento) com os satisfatórios (identidade de tarefa e significância de tarefa). Os dados podem fomentar ações em Saúde do Trabalhador que promovam uma auto avaliação da QVT mais elevada. Escores esses que ilustrariam a relevância da APS na promoção da saúde da comunidade.

Descritores: Qualidade de Vida, Ambiente de Trabalho, Atenção Primária à Saúde.

The quality of life (of) the work of the team of professionals in primary health care in the Minas Triangle

Abstract: With regard to Primary Health Care workers, obtaining and improving the ways of acquiring Quality of Life at / from Work presents challenges. The objective was to evaluate the QWL of PHC professionals. This is a quantitative research, carried out with 25 PHC professionals in which the TQWL-42 questionnaire was applied and analyzed by means of scores ranging from 0 to 100. It resulted in a self-assessment of QLW (score 76.0) classified as “very satisfactory”, although the overall result showed (score 50.26), classified as “satisfactory”. This score evokes a conflict regarding the professionals' understanding of their QWL: unsatisfactory aspects (rest time and growth opportunity) with satisfactory aspects (task identity and task significance). The data can foster actions in Occupational Health that promote a higher self-assessment of QLW. Scores that would illustrate the relevance of PHC in promoting community health.

Descriptors: Quality of Life, Desktop, Primary Health Care.

La calidad de vida (de) el trabajo del equipo de profesionales de la atención primaria de salud en el Triángulo de Minas

Resumen: Con respecto a los trabajadores de Atención Primaria de Salud, la obtención y mejora de las formas de adquirir Calidad de Vida en / desde el trabajo presenta desafíos. El objetivo fue evaluar la CV de los profesionales de la APS. Se trata de una investigación cuantitativa, realizada con 25 profesionales de la APS en la que se aplicó y analizó el cuestionario TQWL-42 con puntuaciones que iban de 0 a 100. Resultó en una autoevaluación de la CV (puntuación 76,0) calificada como “muy satisfactoria”, aunque el resultado general mostró (puntuación 50,26), clasificado como “satisfactorio”. Esta puntuación evoca un conflicto en cuanto a la comprensión de los profesionales de su CVP: aspectos insatisfactorios (tiempo de descanso y oportunidad de crecimiento) con aspectos satisfactorios (identidad de la tarea y significado de la tarea). Los datos pueden impulsar acciones en Salud Ocupacional que promuevan una mayor autoevaluación de CVT. Puntuaciones que ilustrarían la relevancia de la APS en la promoción de la salud comunitaria.

Descritores: Calidad de Vida, Ambiente de Trabajo, Primeros Auxilios.

Thays Peres Brandão

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia.
E-mail: thaystpb24@gmail.com

Ailton de Souza Aragão

Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Pós-Doutor em Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
E-mail: as_aragao@hotmail.com

Rosimár Alves Querino

Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Doutora em Sociologia pela UNESP.
E-mail: rosimar.querino@uftm.edu.br

Aline Maria dos Santos Maganhoto

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia.
E-mail: aline.maganhoto@ufu.br

Submissão: 28/04/2021

Aprovação: 07/10/2021

Publicação: 08/12/2021

Como citar este artigo:

Brandão TP, Aragão AS, Querino RA, Maganhoto AMS. A qualidade de vida (do) no trabalho da equipe de profissionais da atenção primária em saúde no triângulo mineiro. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(36):43-53.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.43-53>

Introdução

A Revolução Industrial ocorrida na Inglaterra proporcionou o surgimento da Saúde do Trabalhador (ST) e, já na primeira metade do século XIX, apresentou como sua base a medicina do trabalho. Esta, por sua vez, teve seu primeiro serviço descrito em 1830, quando Robert Dernham, dono de uma fábrica têxtil, contratou um médico para cuidar da saúde de seus trabalhadores. O empresário, ao pedir, ao seu médico particular, o Dr. Robert Backer, uma solução para evitar o adoecimento dos trabalhadores e, conseqüente, a queda da produtividade, obteve a seguinte resposta¹:

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado¹.

Paradoxalmente, em um contexto de guerra e pós-guerra, a medicina do trabalho se mostrou ineficaz, já que o adoecimento e morte dos trabalhadores estavam em constante crescimento. Diante disso, surge um novo modelo denominado de Saúde Ocupacional (SO), que se voltava também para o cuidado com o ambiente e condições de trabalho. A este novo modelo foram adicionados, além do médico, outros profissionais de saúde como enfermeiros e técnicos em enfermagem e profissionais

da área de exatas, como engenheiro e técnico de segurança do trabalho¹.

No Brasil, apenas na década de 1930 que o governo fora pressionado para atuar na área social, promovendo, assim, direitos relacionados à Seguridade Social. Institui-se a Previdência Social e a Saúde Ocupacional administradas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, cenário que proporcionou a implementação dos direitos trabalhistas a serem efetivados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e do Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP)².

Nas décadas de 1970 e 1980, diante das pressões do Movimento da Reforma Sanitária e outros atores sociais, várias reivindicações ocorreram em diversos setores, especialmente por melhores condições de vida e trabalho. Um marco desse processo, a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 consistiu na conquista da saúde como direito universal, repercutindo no movimento constituinte, que ao culminar na Constituição Federal do Brasil de 1988, instituiu legalmente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 por meio das leis 8.080 e da 8.142, denominada Lei Orgânica de Saúde, na qual instituiu-se a Saúde do Trabalhador como campo de estudos e práticas.

Portanto, a ST faz parte de um importante espaço da Saúde Coletiva, que objetiva relacionar o trabalho ao processo saúde e doença dos trabalhadores. E, entendendo que grande parte da vida humana ocorre em um ambiente de trabalho, é fundamental a existência de bons sentimentos nesses locais, configurado como um espaço saudável, organizado e positivo³. Perante tal situação, o tema Qualidade de

Vida no Trabalho (QVT) torna-se importante tanto no âmbito público, quanto privado.

A QVT tem sido muito difundida nos últimos anos. Sua origem ocorreu, principalmente, no momento pós-guerra, que com o plano Marshall objetivou a reconstrução de países da Europa. Sendo que sua evolução passa por diferentes focos. Na década de 1960 preocupava-se com os aspectos relacionados às experiências de trabalho e a reação individual do trabalhador. Já na década de 1970, visando maior produtividade e satisfação, atua na melhoria das condições e ambientes de trabalho e ainda nesta década, apresenta como ideais o gerenciamento participativo e democracia. Já nos anos 80, torna-se importante o binômio qualidade total e produtividade. E em 1990 a condição humana no ambiente laboral evidencia que o trabalhador, antes disso, é um ser humano^{4,5,6}.

Esse tema é amplo, se encontra em construção perante as diversas áreas que se aplica, e ainda não há uma definição que abarque todos seus elementos⁷. Diante desses fatores, a QVT carece de precisão conceitual, pois ora se aproxima da qualidade de processos e de produtos e em outros há um conflito entre eles.

Portanto, todos os ambientes de trabalho, públicos ou privados, de todas áreas, requerem estudos a fim de avaliar e, conseqüentemente, aprimorar os processos estruturantes para a QVT dos trabalhadores. Na área da saúde não é diferente, o contato constante com essa área e a desmotivação dos profissionais na Atenção Primária em Saúde (APS), despertaram o interesse em avaliar a QVT desse público.

Sabe-se que atualmente a APS é a porta “preferencial”, diga-se obrigatória, de entrada ao SUS, tendo em vista a presença da baixa densidade tecnológica demandada nos atendimentos⁸. Santos et al.⁹ evidenciaram em seu estudo que os usuários buscam a APS objetivando solução para o sofrimento físico ou manifestando o desejo de “consumir saúde” com consultas, medicamentos, exames e outros serviços oferecidos, e, comumente eles utilizam a queixa clínica a fim de entrar no serviço, quando muitas vezes querem apenas conversar. Assim, nota-se a criação de vínculos entre usuários e trabalhadores.

Além disso, por se tratar de setor público, existe a cobrança social por melhor utilização dos recursos humanos e financeiros para obtenção de melhores resultados bem como pela transparência na utilização dos mesmos¹⁰.

Diante disso, a saúde do profissional da saúde merece atenção especial, pois muitas vezes, além do contato contínuo com a dor e o sofrimento, eles atuam também com sobrecarga de trabalho, déficit na estrutura física, insatisfação com o salário, escassez de recursos humanos, produzindo sinais e sintomas físicos e emocionais que influem gradativamente no processo saúde-doença¹¹.

E dada a importância destes profissionais, do desempenho satisfatório de suas funções para o sucesso das políticas de saúde centradas na APS e do bem maior da população que será alcançada com ações, principalmente, de prevenção e promoção da saúde, o estudo visa contribuir em aprofundar o conhecimento sobre a saúde do trabalhador acerca da QVT desses profissionais que atuam na APS de uma cidade mineira.

Material e Método

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva quanto aos objetivos; bibliográfica e de campo quanto aos procedimentos^{12,13,14}.

O estudo compreendeu todas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, enquadradas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sob o Parecer nº 3.769.535 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética em Pesquisa (CAAE) sob o nº 25618619.4.0000.5154.

O campo de pesquisa foi uma cidade localizada nas regiões do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. A Unidade Básica de Saúde (UBSF) selecionada para a pesquisa ocorreu segundo os critérios de população adstrita, o número de trabalhadores e variabilidade de profissões. Assim, a UBSF selecionada integra a APS do município, conta com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e profissionais das diversas áreas.

A amostra foi calculada com base em um nível de confiabilidade de 80% e margem de erro de 5%¹⁵ e foi composta por 25 trabalhadores de todas as categorias profissionais que atuavam da UBSF.

Os participantes foram contatados via telefone somente após a aprovação do Comitê de Ética, e ainda, após reunião com a coordenação da UBSF, em janeiro de 2020, a qual havia sido autorizada pela Secretaria de Saúde do município. Essa reunião objetivou conhecer a rotina da UBSF, na qual descobriu-se que a Unidade não apresentava rotina de reuniões. Agendou-se, assim, um horário para aplicação do questionário, feito em 03 de fevereiro de 2020.

Na data e horário agendados esclareceu-se sobre o questionário e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), entregando-os aos trabalhadores para recolhê-los posteriormente. Retornaram 10 de 30 instrumentos entregues, 5 a mais, prevendo perdas. Registrou-se que havia profissionais afastados por algum motivo, e que outros trabalhavam em horário distinto.

A funcionária, a qual a pesquisadora tinha contato, não sabia informar com segurança os profissionais que não estavam trabalhando. Devido a isso e ao baixo retorno de questionários optou-se por pesquisar os trabalhadores da Unidade de estudo integrantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o qual reúne informações acerca das unidades, equipes, profissionais, leitos e tipos de atendimentos prestados. Posteriormente, houve novo contato com a UBSF para uma nova coleta de dados. Desta vez, com a lista dos trabalhadores cadastrados no CNES, conversou com o funcionário que a auxiliava sobre os trabalhadores afastados, tendo assim maior consistência de dados. Quanto aos participantes, foram incluídos na pesquisa todos os trabalhadores da UBSF que consentiram com a mesma e assinaram o TCLE. E foram excluídos os que estavam afastados por férias ou licenças.

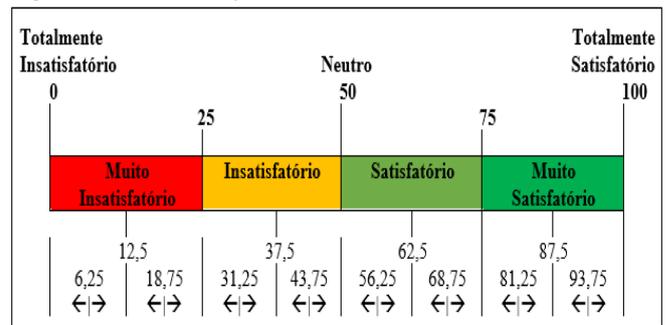
O instrumento de coleta de dados utilizado foi o *Total Quality of Work Life* (TQWL-42). Selecionado por tratar de forma global - sem priorizar um aspecto específico - a qualidade de vida no/do trabalho, que fora inspirado no WHOQOL - cujas propriedades psicométricas são mundialmente aceitas. Este instrumento foi criado e validado no Brasil por Pedroso e Pilatti¹⁶.

Inicialmente, o instrumento permite a obtenção de informações sócio demográficas. Num segundo momento, 42 questões fechadas são subdivididas em cinco esferas: 1- Biológica/Fisiológica, 2- Psicológica/Comportamental, 3- Sociológica/Relacional, 4- Econômica/Política, 5- Ambiental/Organizacional.

Cada esfera é formada por quatro aspectos, que possuem duas questões cada: uma que objetiva *diagnosticar o nível* com o qual a variável abordada no aspecto está presente na vida do trabalhador e; a outra *avaliar o nível* de satisfação do funcionário com relação a tal variável. As esferas ainda são acrescidas de duas questões que abordam a auto avaliação da QVT sob o ponto de vista do respondente, totalizando 42 questões¹⁶.

Para análise da classificação da QVT, utilizou-se a escala elaborada por Timossi, Pedroso, Pilatti e Francisco¹⁷, cuja as médias dos escores dos Aspectos e Esferas são convertidos, no software Excel®, em uma escala de 0 a 100, através da fórmula: $COMPUTE X1_{100}=(X1-4)*(100/16)$: em que X significa o valor da resposta referente à pergunta do seu respectivo aspecto. Nesta escala, o ponto central é dado pelo valor 50, caracterizado como nível intermediário da QVT. Os valores abaixo e acima desse ponto central, compreendidos entre 25 e 75, são caracterizados como insatisfação e satisfação, respectivamente. Os valores não compreendidos no intervalo 25-75 apresentam respectivas tendências à insatisfação total e satisfação total. A figura 1 ilustra essa escala.

Figura 1. Classificação da QVT.



Fonte: Timossi et al¹⁵.

As setas indicam o sentido ao qual o resultado apresenta tendência, seja dos aspectos, seja das esferas. Os valores compreendidos dentro de cada seção mostram a tendência para a classificação mais próxima desta. Seguindo este raciocínio, o Quadro 1 mostra as possíveis classificações da QVT.

Quadro 1. Escala de níveis de satisfação da qualidade de vida no trabalho.

INTERVALO	RESULTADO	TENDÊNCIA
0 a 6,25	Muito insatisfatório	Tendência para totalmente insatisfatório
6,26 a 18,75		Tendência neutra
18,76 a 25		Tendência para insatisfatório
25,01 a 31,25	Insatisfatório	Tendência para muito insatisfatório
31,26 a 43,75		Tendência neutra
43,76 a 50		Tendência para neutro/satisfatório
50,01 a 56,25	Satisfatório	Tendência para neutro/insatisfatório
56,26 a 68,75		Tendência neutra
68,76 a 75		Tendência para muito satisfatório
75,01 a 81,25	Muito satisfatório	Tendência para satisfatório
81,26 a 93,75		Tendência neutra
93,76 a 100		Tendência para totalmente satisfatório

Fonte: Timossi et al¹⁷.

Os cálculos do questionário de QVT, que permitiram os escores e estatística descritiva dos resultados, foram realizados por meio da tabulação dos escores das respostas de cada participante que foram lançados no *software* disponibilizado. Para tal,

utilizou-se a ferramenta, disponibilizada no formato Microsoft Office Excel®, cujo acesso pode ser realizado na URL: <http://www.brunopedroso.com.br/tqwl42.html>. E a estratégia fora criada no *software* SPSS® pelo autor do instrumento, no qual se desenvolveu a sintaxe do TQWL-42 embasada nos cinco passos previstos na sintaxe disponibilizada pelo grupo WHOQOL¹⁶. Estes se constituem em: I verificar se os 42 itens foram preenchidos com respostas entre 1 e 5; II: converter as questões invertidas (RECODE A11 A41 B11 C21 D31 D41 E31 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)); III: calcular os escores das esferas e aspectos; IV: transformar os escores para uma escala de 0 a 100; V: excluir os respondentes cujo número de itens não respondidos excedem 20% do total de itens, tais etapas possuem suas fórmulas específicas no programa e que conforme as respostas são lançadas, de acordo com os aspectos e esferas os dados são gerados.

Resultados

Todos/todas os/as participantes do estudo que aceitaram responder o questionário o fizeram de maneira completa, sem perdas e totalizou 25 participantes. Foram excluídos do estudo quatro profissionais que estavam de licença, férias ou folga e onze que recusaram participar.

Em relação aos dados descritivos, obteve-se uma predominância do sexo feminino 23 mulheres (96%) e 2 homens (4%). Em relação ao estado civil, 22 participantes (88%) eram casados, 2 (8%) solteiros e 1 (4%) viúvo. Relacionado ao tempo de atuação 10 (40%) atuam na UBSF em pesquisa há mais de 8 anos, 7 (28%) dos profissionais estão nesta unidade entre cinco e oito anos, 6 (24%) trabalham há mais de um ano e menos de cinco e 2 atuam há menos de um ano. A Tabela 1 mostra os demais dados descritivos do estudo.

Tabela 1. Dados descritivos do estudo. Patrocínio, MG. 2020.

Resultados	n	%
Profissão		
Agente Comunitário de Saúde	11	44
Técnico em Enfermagem	3	12
Enfermeiro	2	8
Fisioterapeuta	2	8
Médico	1	4
Psicólogo	1	4
Assistente Social	1	4
Dentista	1	4
Técnico em Saúde Bucal	1	4
Nutricionista	1	4
Auxiliar de Serviços Gerais	1	4
Faixa Etária		
≤ 30 Anos	2	8
30 — 40 Anos	10	40
40 — 50 Anos	9	36
> 50 Anos	4	16
Escolaridade		
Médio Completo	11	44
Superior Incompleto	2	8
Superior Completo	3	12
Pós-Graduação Completa	9	36

Fonte: Elaborado pelos autores. 2021.

O Quadro 2 mostra as esferas avaliadas pelos trabalhadores e relaciona seus significados, conforme Gerheim e Hildenbrand¹⁸, com os respectivos aspectos.

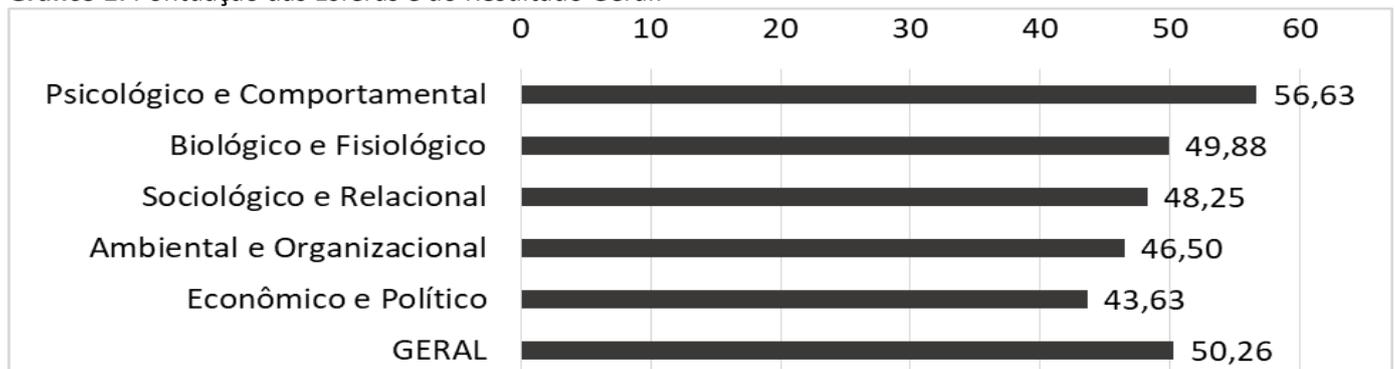
Quadro 2. Esfera, Aspecto, Significado e *Score* dos questionários TQWL-42 respondidos pelos profissionais da UBSF. Patrocínio, MG. 2020.

Esfera	Aspecto	Significado	Pontuação do escore
Biológico/ Fisiológico	Tempo de repouso	Falta de tempo entre uma jornada e outra para descansar ou dormir ¹⁸	27,0
	Serviços de saúde e Assistência social	Ausência de serviços de saúde e assistência ¹⁸	47,5
	Disposição Física e Mental	O tempo para descansar entre uma jornada ¹⁸	62,0
	Capacidade de Trabalho	A capacidade de realizar o que lhe é proposto ¹⁸	63,0
Ambiental/ Organizacional	Oportunidade de crescimento	Perspectiva insuficiente de crescimento pessoal e profissional ¹⁸	28,5
	Variedade de Tarefa	Rotina na execução das tarefas ¹⁸	35,5
	Condições de trabalho	Boas condições de trabalho ¹⁸	44,0
	Identidade de tarefa	Oportunidade de realizar suas tarefas integralmente ¹⁸	78,0
Econômica/ Política	Jornada de Trabalho	Sentimento de exaustão ¹⁸	33,5
	Segurança de Emprego	Medo das demissões, mudanças de unidades, instabilidade no emprego ¹⁸	38,5
	Benefícios extras	Falta de incentivos extras ¹⁸	49,0
	Recursos Financeiros	Disponibilização de recursos financeiros ¹⁸	53,5
Sociológica/ Relacional	Relações interpessoais	O acometimento de desentendimentos no ambiente de trabalho ¹⁸	39,5
	Liberdade de expressão	A liberdade para expressar ideias e opiniões sem acareações ¹⁸	41,5
	Tempo de lazer	Envolve a prática de atividades de lazer Ciência de poder tomar algumas decisões sem a necessidade da consulta prévia aos superiores ¹⁸	52,5
	Autonomia		59,5
Psicológica/ comportamental	Desenvolvimento pessoal e profissional	Oportunidade de crescimento e reconhecimento no ambiente de trabalho ¹⁸	49,0
	Feedback	Compreensão do quão correta são ou não as tarefas executadas e a devolutiva recebida dos níveis hierar-quicamente superiores ¹⁸	51,5
	Autoestima	A satisfação consigo mesmo relacionada ao trabalho ¹⁸	53,0
	Significância de tarefa	Compreende o valor e a importância que atribuem ao seu trabalho ¹⁸	73,0

Fonte: Elaborado pela pesquisadora. 2021.

O Gráfico 1 apresenta os desempenhos das esferas e o resultado geral da avaliação de QVT dos profissionais que participaram do estudo.

Gráfico 1. Pontuação das Esferas e do Resultado Geral.



Fonte: Elaborado pela sintaxe do TQWL-42 com os dados da pesquisa. 2021.

A esfera que apresentou melhor desempenho foi a Psicológico/Comportamental e a pior foi a Econômico/Político, a qual foi a única classificada como insatisfatória com tendência neutra. As esferas Ambiental/Organizacional; Sociológica/Relacional; Biológico/Fisiológico se mostraram insatisfatórias, cuja tendência inclinou-se para neutro/satisfatória. Já a Psicológico/Comportamental se enquadrou como satisfatória com tendência neutra.

Discussão

A atuação das mulheres tem predominado na APS, pois comumente têm-se atribuído a elas o desempenho das atividades com papel de cuidadoras e, sobretudo, como uma estratégia para se manterem no mercado de trabalho¹⁹. A predominância feminina do trabalho na área da saúde evidencia-se em decorrência do aumento do nível de escolaridade e instrução e da redução da taxa de fecundidade desse gênero.

Cenário oriundo das bruscas mudanças econômicas e políticas que proporcionaram um mercado de trabalho aberto às mulheres, embora nem sempre valorado, evidenciado, por exemplo, pela disparidade nos salários ou mesmo nos planos de carreira²⁰, sendo esses fatores impactantes nas esferas econômica e psicológica, considerando assim um elemento que interfere na QVT.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, estabelece que a composição mínima de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é composta por enfermeiro, médico, auxiliar ou técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde²¹.

Pesquisa de revisão integrativa da literatura identificou que os trabalhadores de saúde da APS estão esgotados devido às inadequadas condições de trabalho, caracterizadas por escassez de recursos humanos e físicos, que levam a sobrecarga de trabalho, violência no ambiente de trabalho e dificuldade no trabalho em equipe²². Demonstrou, ainda, que o ambiente de trabalho possui mais profissionais que o exigido pela PNAB, fato que melhora a quantidade de recursos humanos, contribuindo para uma avaliação satisfatória da QVT. No entanto, observamos que o Aspecto Condições de Trabalho apresentou (escore 44,0), logo, classificado como “insatisfatório com tendência para neutro/satisfatório”. Justifica-se, assim, a necessidade de um aprofundamento com esses profissionais e compreendendo o que eles consideram por QVT.

Em relação aos Aspectos da QVT observou-se os dois piores escores: Tempo de Repouso (escore 27,0) e Oportunidade de crescimento (escore 28,5). Ambos apresentaram escores classificados como “insatisfatórios com tendência a muito insatisfatório,

conforme o Quadro 1. Os escores indicam a extenuante carga horária no trabalho na APS e que se prolonga no ambiente doméstico. Da mulher contemporânea exige-se que contribua com a renda familiar, obtida do trabalho e que também desenvolva as atividades domésticas. Cenário que produz esgotamento da saúde e reduz significativamente as oportunidades de cuidar de si. Nessa direção Moraes²⁴ mostra que essa situação implica em estresse, podendo comprometer a saúde mental das mulheres. Embora a liberdade financeira e profissional seja algo almejado cada vez mais pelo gênero feminino, a jornada de trabalho extensa deve alvo de intervenção pelas gestões públicas com a finalidade de promover a saúde da trabalhadora.

Os aspectos Oportunidade de crescimento (escore 28,5), Desenvolvimento pessoal e profissional (escore 49,0) e Benefícios extras (escore 49,0), mostraram-se insatisfatórios. Esses escores se justificam pela ausência de um plano de carreira, registrado durante a pesquisa de campo na UBSF pesquisada. Ausência que desmotiva o desenvolvimento pessoal e profissional, como exposto por Pedroso; Pilatti; Gutierrez e Picinin²⁵. Estes aplicaram um instrumento piloto em 26 profissionais de uma multinacional, o qual ficou claro que o reconhecimento dos trabalhadores faz com que eles se sintam recompensados pelo seu trabalho.

Relacionado ao desenvolvimento das atividades, Lino et al²³, em seu estudo, realizado com Agentes comunitários de Saúde em Florianópolis em 2007, com o objetivo de caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos mesmos, evidenciou que estes apresentam facilidade nas atividades básicas de suas áreas. Concordando, assim, com os resultados

da pesquisa, já que os Aspectos identidade de tarefa (escore 78,0) e Significância de tarefa (escore 73,0) classificaram-se como satisfatório e muito satisfatório.

Assim, percebemos que os profissionais da APS reconhecem a importância do seu trabalho. Também se encontram realizados frente às avaliações de seus serviços. Porém não se sentem incitados a aperfeiçoar conhecimento como probabilidade de crescimento pessoal e/ou profissional.

Ao cotejarmos as esferas “mais satisfatórias” às “mais insatisfatórias” com os respectivos “aspectos” que integram essa classificação, nota-se uma contradição: como negação dos aspectos entre si, mas que evocam uma relação de complementariedade. Situação visualizada ao compararmos o aspecto “mais insatisfatório” (tempo de descanso) com o “mais satisfatório” (identidade de tarefa). Nessa relação, os profissionais compreendem a importância das suas tarefas e a execução completa das mesmas, contudo, submetidos à extenuante carga horária e ao acúmulo de tarefas na APS. Situação observada nas respectivas esferas: Biológica/Fisiológico e Ambiental/Organizacional. Estas contrapõem, dialeticamente, força e fragilidade: necessidade de disposição física, emocional e social para executar as tarefas demandas pela APS, paradoxalmente às dificuldades que encontram para executá-las.

Cenário corroborado com o estudo de Gerheim¹⁸ que, por meio do TQWL-42 avaliou a QVT de professores de língua inglesa e demonstrou como menor desempenho a esfera Econômica/Política e a melhor esfera, a Psicológica/Comportamental. A qual se aproximou do presente estudo ao demonstrar como melhor esfera a Psicológica/Comportamental e a pior Econômica/Política. Constata-se que as áreas da

saúde e educação são profissões fundamentais para o bom andamento social, que oferecem satisfação psicológica, paradoxalmente desvalorizadas, o que impacta na QVT.

A Auto avaliação da QVT (escore 76,0) foi classificada como “muito satisfatória, com tendência à satisfatória”. O resultado geral do estudo obteve escore de 50,26 sendo classificado como “satisfatório com tendência neutra”. Resultado que evoca um conflito referente à compreensão que os profissionais da APS possuem acerca da sua QVT, com aspectos que são *insatisfatórios*, como tempo de repouso e oportunidade de crescimento, com os *satisfatórios* como a identidade de tarefa e significância de tarefa.

Esse resultado foi de encontro ao trabalho de Gerheim¹⁸, o qual mostrou a similaridade entre a Auto avaliação (escore 55,83) e o Resultado geral (escore 53,35).

Conclusão

A QVT é um conceito multidimensional e revela, por meio das muitas influências cotidianas, os elementos da subjetividade dos participantes construídas em intensa relação com o meio onde vivem. O instrumento validado expôs que a Auto avaliação da QVT pode estimar importantes aspectos que balizam a vida do trabalhador na APS, sem pretender esgotar a totalidade dos fatores e variáveis que compõem a QVT.

A contradição observada entre a Auto avaliação da QVT e as esferas que compõem o cotidiano de trabalho, como reconhecimento da importância das ações realizadas em prol da comunidade adstrita na APS, demonstraram a urgência de ações equitativas das esferas da QVT entre si, como forma de promoção integral da Saúde do Trabalhador. Para sua efetivação,

o Brasil possui duas políticas públicas: a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), criada em 2011, e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT), criada em 2012. Ambas se referem à Segurança e Saúde do Trabalhador em sua integralidade, evocam a interdisciplinaridade. Contudo, cada qual guarda seu *modus operandi*, seus objetivos, fazendo com que sua compreensão seja subjetiva.

Urge, conforme exposto pelo estudo, a estruturação de um processo comunicacional congruente entre os atores sociais em cena, que resulte na Segurança e na Saúde do trabalhador/trabalhadora ao efetivar, por exemplo, tempo de repouso, oportunidade de capacitação, crescimento profissional e jornada de trabalho que permita qualidade no sono, repouso e atividades de lazer. Saúde que pode ser promovida com o aumento do quadro de trabalhadores ou reavaliação nas escalas de trabalho.

O incremento na Auto avaliação da QVT pode ser promovida quando alinhada à compreensão dos gestores da política pública de saúde dos municípios acerca da importância da atividade que os profissionais da APS exercem. Reconhecimento que pode repercutir nos demais aspectos da QVT.

Referências

1. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev Saúde Pública. 1991; 25(5):341-49.
2. Monteiro JS. A saúde do trabalhador na América Latina: Argentina e Chile (1940 e 1960): entre a indução externa e as condições do mundo do trabalho fabril/industrial. Projeto História. 2018; 63(1):401-17.
3. Sturza JM, Marques, AD. A Importância do Trabalho para a consolidação da dignidade do homem: apontamentos sob a perspectiva dos direitos sociais. Soc Estado. 2017; 50(1):109-25.

4. Fernandes C. Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade. 1996.
5. Rodrigues MCV. Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial. Fortaleza: Fundação Edson Queirós. 1991.
6. Limongi-França AC. Qualidade de vida no trabalho - QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. 2. ed. São Paulo: Atlas. 2008.
7. Klein LL, Pereira BAD, Lemos RB. Qualidade de vida no trabalho: parâmetros e avaliação no serviço público. Rev Adm Mackenzie. 2019; 20(3).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da União 22 jul 2017. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&dat a=22/09/2017&pagina=68.pdf>.
9. Santos D de S, Mishima SM, Merhy E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. Ciênc. saúde coletiva. 2018; 23(3):861-70.
10. Klein LL, Pereira BAD, Lemos RB. Qualidade de vida no trabalho: parâmetros e avaliação no serviço público. RAM. Rev Adm Mackenzie. 2019; 20(3).
11. Pinto LF, Rocha CM, Lapão LV, Pisco LC. Sistemas Comparados de Saúde: Atenção Primária à Saúde nas cidades de Lisboa e do Rio de Janeiro. Ciênc Saúde Coletiva. 2017; 22(3):676-77.
12. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed. 2007.
13. Andrade MM. Introdução a metodologia do trabalho científico. São Paulo: Atlas. 2009.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec. 2007.
15. Agranonik M, Hirkata VN. Cálculo de tamanho de amostra: proporções. Rev Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2011; 31(3).
16. Pedroso B, Pilatti, LA. Guia de avaliação da qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho. Ponta Grossa: Editora UEPG. 2012.
17. Timossi LS, Pedroso B, Pilatti LA, Francisco A C. Adaptação do modelo de Walton para avaliação da qualidade de vida no trabalho. Rev Educação Física. 2009; 20(3):395-405.
18. Gerheim MS, Hildenbrand, L. Qualidade de vida no trabalho: reflexões e contribuições de um estudo avaliativo com professores de Língua Inglesa. Rio de Janeiro: Multifoco. 2018.
19. Dias ACB, Chaveiro N, Porto CC. Qualidade de vida no trabalho de fisioterapeutas docentes no município de Goiânia, Goiás, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2018; 23(9):3021-30.
20. Borges TMB, Detoni PP. Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar. Cad Psicologia Social Trabalho. 2017; 20(2):143-57.
21. Ministério da Saúde. (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da União 22 set 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/KujrwtZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031.pdf.
22. Garcia GPA, Marziale MHP. Indicators of burnout in Primary Health Care workers. Rev Bras Enferm. 2018; 71(supl5):2334-42.
23. Lino MM, Lanzoni GMM, Albuquerque GL, Schweitzer MC. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. Cogitare Enferm. 2012; 17(1):57-64.
24. Moraes RF. Prevenindo conflitos sociais violentos em tempos de pandemia: garantia da renda, manutenção da saúde mental e comunicação efetiva. Ipea: Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. 2020, nota Técnica 27. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9836/1/NT_27_Diest_Prevenindo%20Conflitos%20Sociais%20Violentos%20em%20Tempos%20de%20Pandemia.pdf
25. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Picinin CT. Construção e validação do TQWL-42: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. Rev Saúde Pública. 2014; 16(6):885-896.
26. Costa D, Lacaz FAC, Filho JMJ, Vilela RAG. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. Rev Bras Saúde Ocupacional. 2013; 38(127):11-30.