

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

PAULLA THALYTA DOS SANTOS RAMOS FRAGOSO

QUALIDADE DE VIDA DE ENFERMEIROS ATUANTES NAS UNIDADES DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS LIMÍTROFES
AO DISTRITO FEDERAL.

Dissertação apresentada como requisito parcial a obtenção
do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de
Brasília.

Orientadora: Professora Doutora Dirce Guilhem

BRASÍLIA

2013

PAULLA THALYTA DOS SANTOS RAMOS FRAGOSO

QUALIDADE DE VIDA DE ENFERMEIROS ATUANTES NAS UNIDADES
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MUNICÍPIOS GOIANOS
LIMÍTROFES AO DISTRITO FEDERAL.

Dissertação apresentada como requisito parcial a
obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.

Aprovado em 16 de dezembro de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Dirce Guilhem - (presidente)
Universidade de Brasília - UNB

Professor Doutor Pedro Sadi Monteiro
Universidade de Brasília - UNB

Professora Doutora Keila Cristianne Trindade da Cruz
Universidade de Brasília – UNB

Professora Doutora Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Universidade de Brasília – UNB

*Dedico este trabalho aos meus colegas enfermeiros que empenham-se além da sua
jornada de trabalho no cuidar do próximo.*

AGRADECIMENTOS

À Deus e a intercessão de todos os santos e anjos a quem recorri nos momentos de falta de inspiração e desespero intelectual.

À Professora Doutora Dirce, pessoa iluminada, pela orientação segura e competente, que me conduziu com maestria em busca do conhecimento e principalmente por sua paciência e compreensão durante a trajetória de meu trabalho.

Aos meu pais Paulo Roberto e Carmen Verônica que me geraram e me ofereceram carinhosamente as condições e o apoio necessários ao alcance de meus objetivos.

Às minhas vovós Liosa e Celina, matriarcas exemplos vivos de que a vida deve ser vivida com qualidade, amor e bolinhos de chuva.

Ao Cid Fragoso, que do seu jeitinho companheiro contribuiu intelectual e braçalmente, de forma imensurável, para o desenvolvimento deste trabalho em todas as suas etapas.

A Vanderlei e Santinha, Maykon e Cíntia, sempre presentes, mesmo que à 400 quilômetros de distância.

À minha tia Claudia “Téia” que desde o início de minha vida escolar auxiliou-me, e durante a minha vida acadêmica, por diversas vezes, leu e releu minha dissertação em busca de deixá-la mais palatável.

Aos meu tios e primos que por vezes foram privados de minha atenção e companhia, mas não deixaram de me apoiar.

À Lidiana “Lídia” que cuidou de mim e da minha vida para que eu cuidasse desse trabalho.

Aos meus amigos pessoais, enfermeiros e não enfermeiros, especialmente às amigas de todas as horas Carla, Daniela e Karine, que mesmo sem saber, deixaram reflexos muito especiais neste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho do COREN Goiás, especialmente ao Agente Administrativo Rafael, e as Enfermeiras Fiscais Kíssia e Lidiane, que contribuíram através do incentivo e apoio moral inigualáveis.

Aos colegas de disciplinas cursadas durante a realização do Programa de Pós-Graduação que contribuíram com ideias, referências diversas e opiniões tão úteis a boa condução do trabalho.

Aos vários enfermeiros do Programa de Saúde da Família que disponibilizaram um pouco do seu tempo para participar da pesquisa que deu origem a este trabalho.

Pincipalmente à coragem de ir além que tomou conta de mim e me fez superar as dificuldades e intercorrências do caminho e me fizeram uma nova Paulla.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.

Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

O enfermeiro, como cuidador, deve desenvolver a percepção de que antes de cuidar dos outros, necessita direcionar atenção ao cuidado de si próprio, como forma de qualificar a assistência que promove. Visto que a profissão assume diferentes facetas, imprimindo carga física, cognitiva e afetiva, se estes aspectos não forem trabalhados podem levar a um desequilíbrio orgânico amplo. Objetivo: Conhecer a percepção sobre qualidade de vida de enfermeiros atuantes nas unidades do Programa de Saúde da Família de municípios goianos limítrofes ao Distrito Federal (Águas Lindas, Cidade Ocidental, Cristalina, Formosa, Novo Gama, Padre Bernardo, Planaltina de Goiás, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso de Goiás). Métodos: Realizou-se um estudo observacional de corte transversal, com 119 enfermeiros que trabalham nas unidades de PSF dos municípios supracitados, no qual realizou-se entrevistas com a aplicação de dois instrumentos: um para coletar informações sociodemográficas e laborais, e o *WHOQOL-Bref* para se avaliar a qualidade de vida. Resultados: Foram 119 enfermeiros participantes, dos quais cerca de 90% eram do sexo feminino, concentrados na faixa etária de 25 a 30 anos, casados ou vivendo como casados (45,38%) e a maioria não possuíam filhos (52,94%). A média do tempo de formados foi de 4,2 anos. Quanto a escolaridade afirmaram ter realizado curso de curta duração (67,79%), especialização (67,79%) e poucos realizaram mestrado/doutorado (1,69%). O tempo de atuação na unidade de PSF foi por período igual ou menor a dois anos (61%). Entre os fatores que deixavam os enfermeiros mais ansiosos no PSF onde trabalham, destacou-se a instabilidade no emprego (32,47%). Grande parte dos enfermeiros não apresentavam carteira de trabalho assinada (80%). A carga horária mais prevalente é de 40 horas semanais (97,47%). A maior parte dos enfermeiros avaliaram sua própria saúde como boa ou muito boa (81,51%) e alguns mencionaram possuir doença ou acometimento (23,52%). Quanto ao instrumento *WHOQOL-Bref*, a maioria dos entrevistados avaliaram sua qualidade de vida como boa ou muito boa (55,46%) e afirmaram estarem satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua própria saúde (60,5%). Quanto aos domínios, o que atingiu a melhor avaliação foi o de Relações Sociais (68,90), o Psicológico foi o segundo mais bem avaliado (65,37), o Físico ficou em terceiro lugar (57,54) e o Meio Ambiente foi o que recebeu a pior avaliação (52,10). Conclusão:

Apesar de os enfermeiros atuantes nas unidades de PSF apresentarem escores médios condizentes com a zona de indefinição da QV, observou-se um impacto negativo dos componentes dos domínios na avaliação da QV dos enfermeiros, e que estes fatores que interferiram negativamente na QV e outros presentes no questionário sociodemográfico e laboral estavam, quase que em sua totalidade, relacionados ao contexto do trabalho. A redefinição de políticas públicas, o controle das condições de trabalho, a avaliação periódica das necessidades dos enfermeiros e dos outros profissionais para o desempenho com qualidade do trabalho e o manejo adequado dos fatores geradores de QV, são ações que podem contribuir para promover a QV dos enfermeiros.

Palavras-chave: Enfermagem em saúde comunitária; Qualidade de vida; Programa Saúde da Família; Enfermeiras.

ABSTRACT

The nurse as caregiver, must realize that before taking care of others, he needs to direct attention to his own care, in a way to qualify the assistance to the patients. Nursing has different sides, printing physical, cognitive and affective load in every action, and if these issues are not considered, it can lead to a large organic imbalance. Objective: To know the life quality perception of nurses who work in the Family Health Program (PSF) in the counties of Goiás around Distrito Federal (Águas Lindas, Cidade Ocidental, Cristalina, Formosa, Novo Gama, Padre Bernardo, Planaltina de Goiás, Santo Antônio do Descoberto and Valparaíso de Goiás). Methods: Observational cross-sectional study with a sample population of 119 nurses who work in the PSF units located in the nine counties above, in which interviews were performed with through two instruments: the first one to collect sociodemographic and employment informations, and *WHOQOL-Bref* to assess quality of life. Results: 119 nurses participated, around 90% of female, concentrated in the age group 25-30 years old, married or living as married (45.38%) and most of them without children (52.94%). Mean time since the ending of graduation was 4.2 years. In schooling information, 67.79% reported *latu sensu* specialization and very few reported having master or doctor degree (1.69%). The time working in the PSF unit is equal or less than two years (61%). Employment instability is one of the most important anxiety factors between the PSF nurses (reported by 32.47%). Most of them don't have a formal work contract (80%). The most prevalent workload is 40 hours per week (97.47%). Most nurses rated their own health as good or very good (81.51%) and some have mentioned illness or involvement (23.52%). Regarding the *WHOQOL-Bref*, most of respondents rated their life quality as good or very good (55.46%) and said they were satisfied or very satisfied with their own health (60.5%). Regarding the domains, the best rated was the Social Relations (68.90), the Psychological was the second best rated (65.37), the Physical ranked third (57.54) and the Environment received the worst review (52.10). Conclusion: Although nurses who work in the PSF units present mean scores that match the uncertainty zone of QoL, there was a negative impact of the domain components of QoL assessment, and these factors interfered negatively on QoL and other contents of sociodemographic and employment questionnaire, and most of them were related to

working contexts. Are actions that can promote the QoL of nurses: the redefinition of public policies, working conditions control, periodic assessment of the needs of nurses and other professionals to perform quality work and the proper management of QoL generator factors.

Keywords: Community health nursing; Quality of life; Family Health Program; Nurses.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Meta e evolução do número de Equipes de Saúde da Família implantadas – Brasil: 1994 - Agosto 2011.	30
Figura 2 – Mapa da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE/DF – 2007.	41
Figura 3 - Fatores que geram ansiedade na população de enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao DF, entrevistados no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013..	56
Figura 4 – Comparação entre tipo de contrato e a renda da população de enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao DF, entrevistados no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.	56
Figura 5 - Mediana das avaliações dos entrevistados nas facetas do domínio Físico do WHOQOL-Bref dos enfermeiros atuantes no PSF dos municípios goianos limítrofe ao DF entrevistados, no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.	60
Figura 6 - Mediana das avaliações dos entrevistados nas facetas do domínio Psicológico do WHOQOL-Bref dos enfermeiros atuantes no PSF dos municípios goianos limítrofe ao DF entrevistados, no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.	61
Figura 7 - Mediana das avaliações dos entrevistados nas facetas do domínio Relações Sociais do WHOQOL- <i>Bref</i> dos enfermeiros atuantes no PSF dos municípios goianos limítrofe ao DF entrevistados, no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.	61
Figura 8 - Mediana das avaliações dos entrevistados nas facetas do domínio Meio Ambiente do WHOQOL- <i>Bref</i> dos enfermeiros atuantes no PSF dos municípios goianos limítrofe ao DF entrevistados, no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estimativas da população residente nos municípios estudados até 1º de julho de 2012.....	40
Tabela 2 - Data de implantação e quantidade de unidades de PSF implantadas por município.....	44
Tabela 3 – Número de Equipes de Saúde da Família implementadas, por município, até dezembro de 2012 e a proporção de cobertura populacional estimada.....	44
Tabela 4 - Caracterização da população de enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao DF, entrevistados no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.....	53
Tabela 5 - Comparação entre o local de residência e o local de trabalho da população de enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao DF, entrevistados no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.....	54
Tabela 6 - Caracterização dos outros fatores citados como geradores de ansiedade nos enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao DF, entrevistados no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.....	55
Tabela 7 - Medidas de Tendência Central dos Domínios do WHOQOL – <i>Bref</i> dos enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao DF, entrevistados no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.....	58
Tabela 8 - ANOVA – Domínios WHOQOL- <i>Bref</i> – Enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao DF, entrevistados no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.....	58
Tabela 9 - Teste de Tukey - Domínios WHOQOL- <i>Bref</i> - Enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao DF, entrevistados no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

DAB – Departamento de Atenção Básica

DF – Distrito Federal

ESF – Equipe de Saúde da Família

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MS – Ministério da Saúde

NOAs – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOBs – Normas Operacionais Básicas

Novacap - Companhia Urbanizadora da Nova Capital

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PIC – Projeto de Iniciação Científica

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF – Programa de Saúde da Família

QV – Qualidade de Vida

RIDE/DF – Rede Integrada de Desenvolvimento de Brasília e Entorno

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UnB – Universidade de Brasília

USF – Unidade de Saúde da Família

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

WHOQOL-100 – World Health Organization Quality of Life – 100

WHOQOL-*Bref* – World Health Organization Quality of Life Instrument *Bref*

SUMÁRIO

1 Introdução	19
2 Referencial teórico	22
2.1 Qualidade de vida.....	22
2.2 Saúde da Família: a inserção do enfermeiro no programa.....	26
2.3 Enfermagem e qualidade de vida.....	33
Objetivos	38
3.1 Objetivo geral.....	38
3.2 Objetivo específico.....	38
4 Métodos	39
4.1 Cenário da pesquisa.....	39
4.2 Caracterização do PSF nos municípios Águas Lindas, Cidade Ocidental, Cristalina, Formosa, Novo Gama, Padre Bernardo, Planaltina de Goiás, Santo Antônio Do Descoberto e Valparaíso de Goiás.....	43
4.3 Seleção dos participantes e amostragem.....	45
4.4 Procedimentos de pesquisa.....	46
4.5 Obtenção do consentimento.....	46
4.6 Coleta de dados.....	47
4.7 Análise estatística dos dados.....	49
4.8 Análise comparativa entre os domínios.....	50
4.9 Aspectos éticos.....	50
5 Resultados	52
5.1 Resultados: instrumento sociodemográfico e laboral.....	52
5.2 Resultados: instrumento WHOQOL-Bref.....	57
6 Discussão	63
7 Conclusão	69
Referências	71
Apêndice A – Questionário Sociodemográfico e laboral	87
Anexo A – Documento de aprovação pelo Comitê de Ética	93
Anexo B – Questionário WHOQOL-Bref	94

PRÓLOGO

Durante a graduação participei de algumas atividades, em caráter de extensão, em uma escola de Brazlândia e em uma escola no Paranoá, que trabalhavam junto à comunidade diversos aspectos sobre qualidade de vida, promoção à saúde e educação em saúde.

Essas atividades extracurriculares encaminharam-me a participar, através do Projeto de Iniciação Científica (PIC) da Universidade de Brasília (UnB), do processo de realização de uma pesquisa sobre qualidade de vida com um segmento interessante da população acadêmica, os graduandos do curso de Farmácia da UnB, com o qual eu ainda não havia trabalhado.

Nesta pesquisa, desenvolvemos, eu e, posteriormente junto a acadêmica Ana Amélia Belmiro, um estudo, sob orientação das Professoras Doutoras Dirce Guilhem e Luciana Bampi, onde foi investigada a qualidade de vida de estudantes de graduação da área de ciências da saúde, utilizando-se a abordagem de qualidade de vida trazida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Fui, então, designada para pesquisar a área da graduação em Farmácia.

Ao terminar a graduação, iniciei, profissionalmente, como Enfermeira Fiscal, no órgão fiscalizador profissional, o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), do Estado de Goiás, onde tive contato com inúmeros profissionais de enfermagem dos variados níveis de atenção à saúde: auxiliares, técnicos e enfermeiros.

Dentre as minhas atribuições como Fiscal, estava a visita às unidades do Programa de Saúde da Família (PSF). Esse encontro com a realidade vivida pelo profissional da enfermagem foi para mim um momento de questionamento e explicitação de minhas inquietações. Pois ver o trabalho, a dimensão que cada enfermeiro dá à sua prática, seja junto à comunidade, ou junto à equipe de saúde, ou mesmo nos seu "fazer diário" na clínica ou coordenação, fez-me perceber o quanto é diferente a ação prática das variadas áreas do conhecimento humano.

Dialogando com cada profissional, com muita clareza, percebi quão, às vezes, as nossas preocupações na Enfermagem, estão voltadas simplesmente para a quantidade e qualidade dos atendimentos prestados à comunidade, independentemente de um contexto mais amplo, como, por exemplo: em que condições se dá, quais são as dificuldades que a equipe de enfermagem enfrenta

em sua rotina e como isso afeta a sua vida e, conseqüentemente, o seu trabalho. Deliberadamente, deixamos, principalmente, em um plano secundário o ser humano que faz esse atendimento. Parecem conteúdos que devem ser tratados por outras ciências.

Começaram, assim, a aparecer as minhas inquietações: devemos considerar esse ser humano, o enfermeiro, pois ele trabalha como alguém que tem muito mais do que mãos que vão à obra; quais são as suas dificuldades e empecilhos? Isso afeta a sua qualidade de vida?

Tinha intenção de integrar conhecimentos e fazer algo que realmente tivesse impacto prático na comunidade de enfermeiros, convergindo para valores que iriam além dos econômicos.

Então, surgiu a possibilidade do mestrado, porque entendo que o motivo da existência de uma universidade pública é oferecer contribuições à sociedade. Imbuída desse propósito fui buscar auxílio com a Professora Doutora Dirce Guilhem, a mesma que me orientou na pesquisa sobre “Percepção sobre qualidade de vida dos estudantes de graduação do curso de Farmácia da Universidade de Brasília”.

Após delimitar minha área de busca, os nove municípios goianos limítrofes ao Distrito Federal – Águas Lindas, Cidade Ocidental, Cristalina, Formosa, Novo Gama, Padre Bernardo, Planaltina de Goiás, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso de Goiás – componentes da Rede Integrada de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal - RIDE/DF, busquei um a um os potenciais participantes da pesquisa para oferecer-lhes participar da mesma, mais tarde percebi que o campo de pesquisa que defini me traria imensas dificuldades.

Diante dessas, não aceitei me acomodar, e nem concordei passivamente que não é possível fazer nada para mudar a realidade, nem sequer torná-la conhecida, o que significa, para mim, dotá-la de um caráter dogmático e absoluto, perpetuando o *status quo* da imutabilidade. Pelo contrário, esse deve ser o motor propulsor para a mudança. Nesse espírito, encarei este processo como um desafio, pois dificuldades são habituais em todo processo de pesquisa.

Todas essas considerações me encaminharam para a definição da pergunta da pesquisa: qual a percepção desses enfermeiros sobre sua qualidade de vida? Esta surgiu, primeiramente, da minha intenção de articular o estudo acadêmico com a perspectiva prática da Enfermagem com ênfase no enfermeiro, ou seja a ciência

aplicada, com repercussão da práxis na qualidade de vida cotidiana do enfermeiro, que mais do ninguém sabem “*a dor e a delícia de ser o que são*”.

1 INTRODUÇÃO

O processo de profissionalização da enfermagem obedece predominantemente o modelo humanístico, devido à relação que possui com as mais variadas formas de cuidar. Dessa forma, o profissional se caracteriza como portador de espírito altruísta que busca sanar as distintas necessidades do ser humano, com o objetivo de promover o cuidado de forma holística, por meio da oferta do conforto físico, mental, social e espiritual.

O cuidar, na perspectiva bioética, traz consigo a concepção de que o cuidador precisa adquirir mais do que conhecimento técnico-científico, deve possuir habilidades éticas e atitudinais, sobretudo a capacidade de desenvolver empatia pelas pessoas às quais seu cuidado se destina. Isso requer a assunção de responsabilidade no contexto da prática clínica e de competência para colocar-se no lugar do outro (1). Isso significa que em suas atividades cotidianas torna-se necessário transcender a concepção do dever de cuidar, uma concepção fortemente arraigada no ensino tradicional da enfermagem (2).

O cuidador deve desenvolver a percepção de que antes de cuidar dos outros, necessita direcionar atenção ao cuidado de si próprio, como forma de qualificar a assistência que promove. Nesse sentido, a noção de cuidado é progressiva e intencional: parte do indivíduo, alcançando os colegas enfermeiros e a equipe de enfermagem, e direciona-se aos clientes e comunidades (3).

Esse pensamento evidencia a necessidade de uma relação mais humanizadora no trabalho da enfermagem, de modo a oferecer aos profissionais, maiores possibilidades em relação à valorização pessoal, à qualidade de vida e ao cuidado de si, proporcionando, dessa forma, o resgate de sua integridade no processo de cuidar (3).

O conceito de Qualidade de Vida (QV) foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) 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" (4). Ou seja, é uma concepção individual, mas que tem interferência direta na compreensão coletiva das situações vivenciadas.

O interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins e, principalmente seu processo de institucionalização, trouxe como consequência negativa sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de QV refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que ultrapassam o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (4).

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem compõem a equipe de enfermagem, e contabilizam cerca de 1.446.404 profissionais, isso representa cerca de 64,7% dos trabalhadores na saúde no Brasil. Somente os enfermeiros somam aproximadamente 287.119 trabalhadores, o que representa 19,81% do universo da enfermagem, estando inseridos em diferentes níveis de atenção à saúde, dentre eles a Atenção Básica, e distribuídos em distintos campos de atuação, tais como a assistência, o gerenciamento, a docência e a pesquisa (5,6).

A Saúde da Família é uma política pública nacional, e tem se destacado como estratégia de reorganização da atenção básica à vigilância à saúde. Foi implantada no Brasil como importante meio para a reordenação da atenção à saúde, conforme preconizam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). As ações do SUS representam a concepção de saúde centrada na promoção da Qualidade de Vida (QV) por meio dos seus principais objetivos: prevenção, promoção e recuperação da saúde (7).

Dentro as inúmeras ações e frentes de atuação do SUS, há o Programa Saúde na Família, iniciado em 1994, a partir do qual o governo federal, em parceria com as governanças locais e regionais, buscou preencher as lacunas referentes ao atendimento dos serviços de saúde e assistência médica à população.

As Equipes de Saúde da Família (ESF) são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Observando a área de abrangência, cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes e passa a ter corresponsabilidade pelo cuidado à saúde proporcionado àquela população (6).

Nesse contexto, o enfermeiro desenvolve seu trabalho nos seguintes espaços: unidade básica de saúde, junto à equipe de profissionais como supervisor e orientador de alguns membros da mesma; na comunidade, apoiando e

supervisionando o trabalho dos agentes comunitários de saúde, assistindo e orientando as pessoas que necessitam da atenção de enfermagem em suas residências; e dentro do seu nível de competência, desenvolvendo ações de assistência básica, de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao adulto e ao idoso (8).

Essa diversidade de atividades requer do profissional responsabilidade, competência técnica e emocional, que devem ser desenvolvidas também na equipe sob sua supervisão. O trabalho assume diferentes facetas, imprimindo carga física, cognitiva e afetiva. Se estes aspectos não forem trabalhados pessoalmente podem representar um caminho para o desequilíbrio do seu organismo (9). Tais aspectos podem resultar, ainda, em um processo de incorporação de atitudes e aquisição de comportamentos de distanciamento, de naturalização e de banalização do sofrimento, o que leva o profissional à alienação de si e dos outros (10).

Desde a graduação, os enfermeiros são instruídos a valorizar a QV dos pacientes e de seus familiares, porém, não existe uma vertente específica na formação acadêmica que os habilite como lidar com as distintas situações da vida no trabalho e como buscar a promoção de sua QV como elemento determinante para a qualidade dos serviços prestados à população (11).

O pouco tempo livre dos enfermeiros em seu período de trabalho, a instabilidade no emprego devido aos frágeis contratos de trabalho, os vários vínculos empregatícios que assumem, os baixos salários que recebem, os sentimentos que precisam lidar no cotidiano e a exaustiva carga de trabalho que redundam em reduzidos momentos de lazer e risco de adoecimento, contribuindo para agravar a situação física e emocional destes profissionais. Estes são alguns questionamentos e inquietações que motivaram a realização desse estudo, pois as diferentes dificuldades que esse profissional encontra no seu dia-a-dia podem implicar em manifestações de sobrecarga emocional, física e estresse.

Portanto torna-se importante conhecer e avaliar a percepção sobre QV dos enfermeiros atuantes nas unidades do Programa Saúde da Família (PSF). E em particular ao presente estudo, o recorte ocorrerá no âmbito dos municípios goianos limítrofes ao Distrito Federal, pois os resultados obtidos poderão subsidiar propostas educativas e métodos de enfrentamento que levem esses profissionais a melhorar sua QV e, conseqüentemente, a melhorar a qualidade da assistência prestada.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 QUALIDADE DE VIDA

Historicamente, o conceito de Qualidade de Vida (QV) foi considerado muito amplo e divergente, incluindo fatores como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, saúde, trabalho, família, amigos, e outras circunstâncias do cotidiano (12,13,14).

Há relatos de que a expressão QV foi utilizada pela primeira vez na literatura médica em 1930, por meio de registros efetuados para a realização de estudo sistemático visando a construção da definição de QV (15). No entanto, a difusão do uso desse termo só veio a acontecer nas décadas posteriores, principalmente a partir de meados do século passado.

Desse modo a popularização do termo QV, na década de 1960, ocorreu no contexto socioeconômico de plataformas políticas. Exemplo disto são os registros da citação da QV em um discurso realizado pelo então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, na Universidade de Michigan, em 1964, ao declarar que o bem-estar da população não poderia ser mensurado pelo balanço dos bancos, abordando o interesse das pessoas por uma “vida boa” ou “vida de qualidade” (16). Inicialmente, QV foi associada a melhorias no padrão de vida, vinculando-se, principalmente, a bens materiais adquiridos.

Em meados da década de 1970, Campbell (12) apresentou a seguinte definição para o conceito: “[...] qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é”. Essa citação ilustra a dificuldade de se conceituar o termo QV e, justamente por isso, diferentes autores e organismos internacionais buscaram encontrar definições possíveis de serem apreendidas e utilizadas no contexto do ensino, da pesquisa e das políticas públicas.

A definição global trazida por Andrews: “[...] qualidade de vida é a extensão em que prazer e satisfação têm sido alcançados”, leva em consideração apenas a avaliação da satisfação/insatisfação e felicidade/descontentamento com a vida. Datado de 1974, esse conceito destaca-se como subjetivo e individual (15).

Contudo, o conceito não avançou muito nessas abordagens iniciais, pois em função da sua generalidade conceitual, falam pouco a respeito dos componentes que constituem a QV ou como o conceito pode ser operacionalizado (13).

A ideia de QV compreendida como múltiplas dimensões passa a se configurar a partir dos anos 1980, paralelamente à realização de estudos empíricos para melhor compreensão do construto (15). Na década de 1990, percebeu-se o aumento na quantidade e na qualidade das pesquisas científicas envolvendo a QV e sua relação com questões culturais, biológicas e sociais (14). Nessa mesma época, ocorreu também, um processo de consolidação e consenso relacionados a dois aspectos relevantes do conceito de QV: a subjetividade e a multidimensionalidade.

Quanto à subjetividade, passou-se a considerar a percepção do indivíduo sobre sua QV, ou seja, a avaliação da situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à QV (17). Como consequência, ocorreu uma crescente preocupação com o desenvolvimento de métodos de avaliação e de instrumentos que considerassem a perspectiva dos distintos grupos populacionais e, também, especificamente de pacientes acometidos por distintos agravos à saúde (18,19). Dentro do contexto médico, por exemplo, a mensuração da QV surgiu a fim de se valorizar a percepção do paciente sobre seu desempenho em variadas áreas, como no aspecto físico, psicológico, ocupacional e social, e não apenas para avaliar seu estado de saúde, expectativa de vida ou controle dos sintomas (20).

A multidimensionalidade, por sua vez, refere-se ao fato do construto ser composto por diferentes dimensões, isto é, o termo QV passou a incorporar aspectos como sensação de bem-estar, realização pessoal, qualidade dos relacionamentos, educação, estilo de vida, saúde e lazer, ou seja, aspectos psicológicos, físicos e sociais, além dos econômicos (21). Essas dimensões continuam a ser redefinidas por meio de estudos realizados a partir de distintas metodologias (15).

Em 1991, com o objetivo de promover certa padronização, a OMS criou o seu grupo de Qualidade de Vida (The WHOQOL Group) cujo objetivo era o de desenvolver um conceito e um instrumento transcultural para a avaliação da QV que pudesse ser utilizado internacionalmente e que contemplava três aspectos referentes à QV: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas (20,22,23). O *World Health Organization Quality of Life – 100* (WHOQOL-100) e o *WHOQOL-Bref* foram os instrumentos elaborados de forma

colaborativa e multicêntrica (estudos foram realizados em 15 centros internacionais simultaneamente), buscando avaliar a percepção do indivíduo sobre sua QV.

A definição de QV elaborada pela OMS aponta o seguinte texto: “[...] 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; o que representa uma interpretação ampla desse construto.” (4). Ou seja, é uma concepção individual resultante da evolução histórica e social de cada ser humano, mas que tem interferência direta na compreensão coletiva das situações vivenciadas. Assim, mesmo sendo percebida em nível individual, a QV decorre de uma estrutura articulada na escala macro do contexto social, sendo que as ações individuais alcançam representatividade apenas quando projetadas para o nível coletivo (24).

O Modelo de QV adotado pelo Centre for Health Promotion adota a visão holística e considera que o conceito de QV é construído a partir da uma contínua interrelação entre o indivíduo e o ambiente/realidade. Isto é, a QV é um acontecimento dinâmico que resulta do equilíbrio entre limitações e oportunidades advindas das possibilidades trazidas pelas escolhas dos indivíduos. Desse modo, QV é “[...] o grau no qual a pessoa desfruta importantes possibilidades em sua vida.” e isso pode ser influenciado pelo grau de importância e de satisfação atribuídos de acordo com a relação entre as dimensões ser (existência humana), pertencer (ajuste pessoa com seu ambiente físico) e tornar-se (ações do indivíduo para galgar suas metas, objetivos, aspirações e esperanças), e a realidade social e simbólica vivenciada pela pessoa (25).

Martim e Stockler definem a QV como a distância entre a expectativa individual e a realidade, e quanto menor essa distância melhor será a QV (14). Já Minayo, Hartz e Buss conceituam QV como uma representação social originada de parâmetros subjetivos como bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal, e objetivos cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e aquelas criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade (13). Essa definição busca superar o reducionismo biomédico e analisa a QV de maneira mais ampla.

Nahas compreende a QV como condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais (hereditariedade e estilo de vida) e socioambientais (moradia, transporte, segurança, assistência médica, condições de trabalho,

educação, opções de lazer e meio ambiente), que podem ser modificados ou não, e que qualificam as condições em que vive o ser humano (14).

Gutierrez e Almeida apontam que o conceito de QV é de difícil compreensão, visto sua complexidade, porém, tem nas relações pessoais, referenciais como: o desenvolvimento econômico, social e tecnológico da sociedade; valores, necessidades e tradições; estratificações, estando a ideia de QV ligada ao bem-estar da camada superior e à passagem de um limiar a outro. Os autores afirmam ainda que esse termo deixou de ser centrado apenas na saúde e passou a apresentar um conceito abrangente em que as condições e estilo de vida constituem aspectos a serem considerados (26).

Gonçalves e Vilartha definem a QV pelo modo como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano, envolvendo pontos como saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões tangentes a si próprio (27).

Como pode ser observado há uma diversidade de definições de QV, demonstrando a variabilidade e a complexidade dos fatores que podem constituí-la, ou seja, os posicionamentos dos autores confluem para um acordo a respeito da multidimensionalidade do conceito, característica esta, visível na múltipla modulação do conceito nestes autores, conforme apresentado.

Como visto anteriormente, diversos instrumentos têm sido construídos na tentativa de mensurar a QV dentro das mais variadas dimensões que esse conceito pode abranger. Os instrumentos variam de acordo com os objetivos do estudo, podendo ser instrumentos genéricos ou específicos. Os genéricos são aqueles que abordam os diferentes aspectos que compõem a QV, portanto multidimensionais, e tem por objetivo avaliar o impacto causado por uma doença na vida da pessoa por meio de vários aspectos (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e emocionais, saúde mental).

As escalas específicas também são multidimensionais e avaliam a percepção geral da QV, embora, neste caso, enfatizem algum aspecto em particular, como sintomas, incapacidades ou limitações relacionados a determinada enfermidade, observando de maneira especial aspectos como dor, capacidade funcional e status emocional (28).

Uma forma tradicional e difundida de se mensurar a QV de uma população é por meio do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) que representa um exemplo de

instrumento que busca avaliar a QV. Os indicadores abordam aspectos como renda [Produto Interno Bruto (PIB) real per capita], saúde (esperança de vida ao nascer) e educação (taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primário, secundário e superior juntos) que são elementos fundamentais da QV de uma população (22).

Apesar da ampla aceitação pelas facilidades na obtenção dos índices que o compõem, garantindo razoável aplicabilidade entre realidades diversas, o IDH não consegue incorporar a essência do conceito central que visa medir, pois definir a QV meramente pautada em indicadores quantitativos pré-estabelecidos mostra-se insuficiente, uma vez que omite dados importantes referentes aos sentimentos, julgamentos e valores que cada um dos indivíduos possui em relação ao termo QV (29).

Os instrumentos desenvolvidos pela OMS foram traduzidos e validados para o Brasil pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e apresentam-se como questionários de base populacional e não especificam patologias ou agravos específicos. O *WHOQOL-Bref* é composto por 26 itens, que medem os seguintes domínios gerais: saúde física, saúde psicológica, relações sociais e meio ambiente. Este é uma versão mais curta do instrumento original, o *WHOQOL-100*, que representa a multidimensionalidade em sua própria estrutura ao avaliar seis domínios diferentes: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais.

A avaliação da QV é uma ferramenta importante para compreender como o estilo de vida atual pode exercer influência sobre a saúde e, conseqüentemente, repercutir na QV dos indivíduos (30).

2.2 SAÚDE DA FAMÍLIA: A INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA

Durante os anos de 1970 e 1980, o Movimento de Reforma Sanitária abarcou diferentes movimentos de reivindicações por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários. Forneceu importante contribuição para a reorientação e construção do modelo de atenção sociopolítico à saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, no ano de 1986, propôs a universalização da saúde, controle social efetivo e reformulação do sistema de saúde existente. O sistema encontrava-se em crise sendo insuficiente, descoordenado, mal distribuído, inadequado, ineficiente, ineficaz e autoritário. Essa conferência, que contou pela primeira vez com a participação da comunidade e dos técnicos de saúde, foi um marco histórico da política brasileira na discussão de uma política setorial (31).

Diante da necessidade de se discutir aspectos relacionados ao financiamento e a operacionalização do novo sistema de saúde, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como base para a construção do SUS. O SUDS deu andamento às estratégias de hierarquização e universalização da rede de saúde e permitiu maior autonomia aos estados na programação das atividades no setor saúde, uma vez que auxiliou o processo de descentralização operacional e orçamentária (31).

O modelo hospitalocêntrico de atendimento à saúde – centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico – estava dando lugar a um novo modelo de assistência à saúde que visa compreender e atender o usuário como sujeito inserido em uma realidade que sofre influência de determinantes sociais (32).

Nesse contexto, caracterizado pela busca para se redemocratizar o país foi promulgada, em 1988, a nova Constituição Federal Brasileira que consolidou as bases legais para a criação do SUS.

Neste contexto, a fim de operacionalizar o recém criado sistema de atenção à saúde, duas leis foram criadas, a nº 8.080/90 e a nº 8.142/90. As quais, respectivamente, determinaram a subordinação ao SUS de todos os prestadores de serviços à saúde, seja da iniciativa privada ou pertença à gestão do Estado, juntamente com seus princípios norteadores, e as diretrizes para funcionamento e organização do processo de trabalho; refere-se ao financiamento e à participação social (33,34).

Em sequência a estas normatizações, surgem as Normas Operacionais Básicas (NOBs) que definiam diretrizes, objetivos e normas, gerindo o SUS. A fim de se promover uma melhor organização pautada na qualificação da Atenção Básica e melhorar a resolutividade da atenção à saúde, criam-se as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAs) que definiam estratégias essenciais, relacionadas a questões como saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da

hipertensão, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, entre outros (35,36).

Guiado pelos princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, acessibilidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social, esse novo sistema de atenção à saúde busca garantir o acesso ordenado e organizado de todos os indivíduos às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde oferecidos pelo próprio SUS, de forma que esse acesso seja realizado prioritariamente pelos Serviços de Atenção Básica (36,37).

A atenção básica é caracterizada pelo Pacto pela Saúde, ao definir a Política Nacional, como “[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (38). Esta visa a reversão do modelo assistencial vigente e a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças nos hospitais.

No cenário da Política Nacional de Atenção Básica, a Saúde da Família representa o meio para consolidação e expansão da atenção básica (39). No Brasil, dois fatores foram essenciais para o desenvolvimento do PSF: a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde, no Ceará em 1991 e a institucionalização do médico da família, de forma pioneira, em 1992, em Niterói – RJ (40-42).

A implantação do PACS proporcionou a redução da mortalidade materna e infantil no nordeste do País, além de aumentar a cobertura dos serviços de saúde, por meio de visitas domiciliares realizadas nas áreas mais pobres e desamparadas. É importante ressaltar, que essas visitas eram orientadas e supervisionadas pelos enfermeiros (40-42).

Dessa forma, e seguindo os princípios do SUS, a Saúde da Família, implementada no Brasil, é uma estratégia do Ministério da Saúde para a reorientação do modelo assistencial, visando a valorização da prestação de serviços públicos de saúde articulada junto à própria comunidade, desenvolve em especial, além de ações curativas, ações que incidem sobre determinantes de saúde e a promoção de saúde (43).

Seu funcionamento ocorre por meio da implantação de equipes multiprofissionais em Unidades de Saúde da Família (USF) que são responsáveis

pelo acompanhamento de determinado número de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada (território), e que inclui no máximo quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes (44). Diante desse fato, é perceptível que a Saúde da Família surge também como meio para operacionalizar a formação de recursos humanos para e pelo SUS, competência trazida pela Reforma Sanitária e que foi confirmada na Constituição Federal de 1988 (45).

Nos municípios em que já está adequadamente implantado, o que inclui profissional capacitado e integração ao sistema municipal de saúde, o PSF tem condições de fornecer solução efetiva a mais de 85% dos casos de saúde da população atendida. Isso resulta, entre outros aspectos, na diminuição do número de mortes de crianças por causas evitáveis, no aumento da quantidade de gestantes que chegam saudáveis e bem-informadas ao parto, na melhora da QV dos idosos, na melhora dos índices de vacinação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos diabéticos e hipertensos, na localização e tratamento dos casos de tuberculose e hanseníase (46).

Essa estratégia influencia na diminuição das filas para atendimentos hospitalares da rede pública de saúde, de internações por patologias, como o acidente vascular encefálico (AVE) e a insuficiência cardíaca congestiva (ICC) na população com 40 anos ou mais, por exemplo. Sempre que houver necessidade, as ESF podem prestar o atendimento no próprio domicílio. Casos excepcionais que necessitem de profissionais especializados e equipamentos mais avançados devem ser encaminhados para as unidades de atendimento de diferentes complexidades do SUS, o que demonstra que, a Atenção Básica representa a porta de entrada preferencial para o SUS (47).

Em 1994, contava-se com 55 municípios cobertos pelo programa e 300 ESF, combinação que resultou em uma cobertura populacional de 1.100.000 habitantes. Dados mais atuais disponibilizados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e pelo Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) mostram que houve crescimento significativo nesses números, ou seja, a população coberta em agosto de 2011 era de 101.300.000 habitantes, em 5.284 municípios e com 32.000 ESF em atuação, conforme demonstrado na Figura 1.

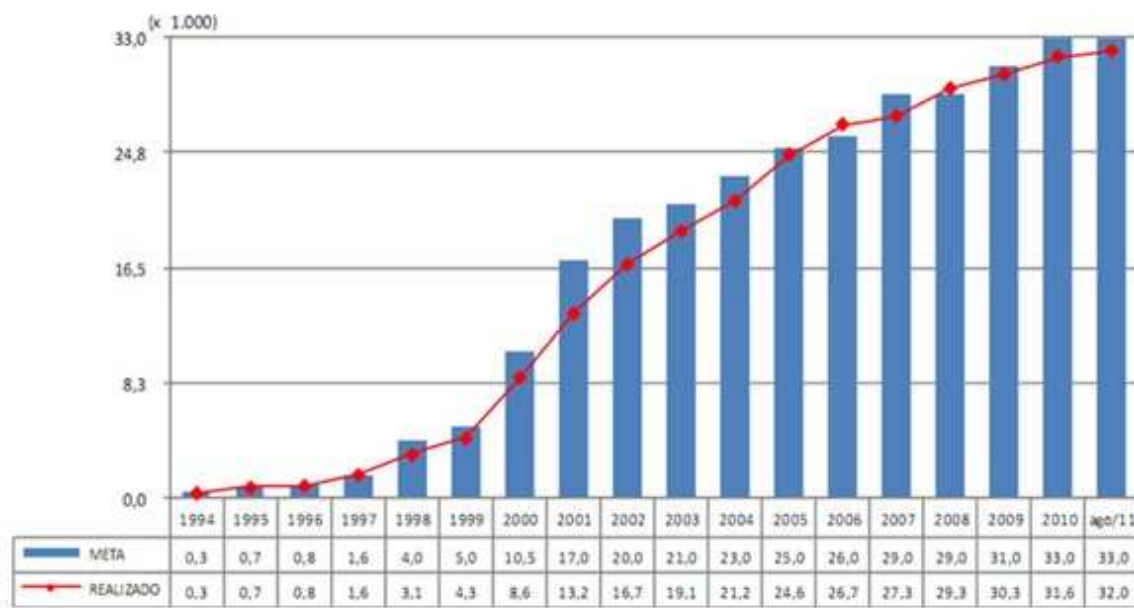


Figura 9 - Meta e evolução do número de Equipes de Saúde da Família implantadas – Brasil: 1994 - Agosto 2011.

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SAB), 2013

É possível observar também na Figura 1 que, por vezes, a consolidação do PSF não consegue atingir a meta esperada para determinado ano, o que pode interferir na potencialidade que se credita ao alcance do programa.

Segundo as “Disposições gerais sobre a atenção básica dos princípios e diretrizes gerais da atenção básica”, são especificidades da ESF: a existência de uma equipe multiprofissional (Equipe de Saúde da Família); o número de ACS deve ser o suficiente para cobrir totalmente a população cadastrada, não ultrapassando 750 pessoas por ACS e nem 12 ACS por equipe; cada profissional, com exceção do médico, deverá atuar somente em uma ESF com carga horária de 40 horas semanais (39).

O crescimento do número de ESF permitiu uma ampliação no campo de atuação e oportunidade de mais empregos para os profissionais da saúde, além dos benefícios direcionados à população (41).

As equipes são compostas, no mínimo, por um médico (generalista ou especialista em saúde da família, ou de família e comunidade), um enfermeiro (generalista ou especialista em saúde da família), um auxiliar de enfermagem e seis ACS. Em sua formação ampliada tem-se ainda: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental. A atuação dessas equipes ocorre principalmente nas unidades, nas residências e na mobilização da

comunidade, e se dá por meio de ações que envolvem a promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde desta comunidade (44).

O enfermeiro da ESF possui atribuições de atenção à saúde e de gestão, atividades comuns a qualquer enfermeiro da atenção básica. Deve ainda planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e facilitar a relação entre os profissionais da ESF e os ACS propiciando a organização da atenção à saúde, a qualificação do acesso, o acolhimento e vínculos ao longo do desenvolvimento cuidado. Isso implica na orientação em função das prioridades equanimemente definidas conforme a necessidade de saúde, vulnerabilidade e risco (39).

Em observância às “Disposições gerais sobre a atenção básica dos princípios e diretrizes gerais da atenção básica” incluídas na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o enfermeiro tem ainda como atribuições específicas:

- I. realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- 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 Unidade Básica de Saúde(UBS) (39).

A fim de desempenhar essas atividades, o enfermeiro necessita desenvolver competência gerencial, liderança e ser capaz de reconhecer e intervir sobre problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, em especial os da sua região de atuação. Para isso, deve ser capaz de identificar as dimensões biopsicossociais dos determinantes sociais e de saúde, aspectos enfatizados, hoje, pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Essas competências requerem do profissional compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (41,48).

Se por um lado as instituições detêm o monopólio dos objetos e dos recursos institucionais, definindo o significado objetivo sobre o papel do profissional, por

outro, o enfermeiro precisa utilizar seu conhecimento e subjetividade para o desenvolvimento de suas ações nos cenários da unidade do PSF. Essa postura tem como objetivo evitar que a rotina seja imposta como um fim para suas atividades, sem a necessidade de reflexão crítica em cada contexto de atuação. O enfrentamento das situações vivenciadas no cotidiano dos serviços fornece subsídios que contribuem para o processo de recriação e renovação de conhecimentos e práticas (49). O PSF caracteriza-se como espaço que contribui para a construção da autonomia do enfermeiro, por meio da incorporação de novas competências e tecnologias, e maior interação e horizontalização das relações profissionais e interinstitucionais (50).

Esse processo vai ao encontro do preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, onde está indicado que o enfermeiro deve ser preparado durante sua formação para atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, assegurando uma atenção integral, de qualidade e articulada com todos os níveis de atenção à saúde, e um atendimento humanizado, com o objetivo de dotar os profissionais dos conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para competências diversas, como:

- I - promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- II - usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;
- III - atuar nos diferentes cenários da prática profissional considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico; identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;
- IV - intervir no processo de saúde-doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;
- V - prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;
- VI - compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;
- VII - integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
- VIII - gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;
- IX - planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;
- X - planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;
- XI - desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;

- XII - respeitar o código ético, os valores políticos e os atos normativos da profissão;
- XIII - interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- XIV - utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;
- XV - participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;
- XVI - reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde (48).

A partir da exposição destas diretrizes, e com o acréscimo da importância e alcance do PSF executado pelos SUS, verifica-se que papel do enfermeiro tem o impacto das transformações que ocorrem na história da humanidade, requerendo que o profissional desta área se adapte às tendências e inovações que passam a ser incorporadas no trabalho por meio de novas maneiras de ser, pensar, fazer e transformar, para que suas competências sejam desenvolvidas com qualidade e estejam voltadas para a complexidade das realidades locais e da sociedade (51).

O comprometimento do enfermeiro com a identificação das necessidades de saúde individuais, coletivas e sociais, com o planejamento e a efetivação de ações de saúde e de educação em saúde com ênfase na prevenção, como é preconizado pelo PSF, contribui para que o enfermeiro adquira capacidade de gerenciar o cuidado nos serviços de enfermagem e de saúde, gerar e consumir pesquisa e implicar-se com o aperfeiçoamento técnico-científico, com a evolução do conhecimento, com a práxis da enfermagem e da saúde (50).

2.3 ENFERMAGEM E QUALIDADE DE VIDA

O trabalho dos enfermeiros proporciona vivências de prazer, que por meio da inserção no mundo laboral oferece a possibilidade de construir a vida, de sobreviver e, também, de se realizar pessoal e profissionalmente. De forma dialética, esses mesmos profissionais se deparam constantemente em sua área de atuação com sofrimentos, medos, conflitos, tensões, disputa pelo poder, ansiedade, estresse, convivência com vida e morte, longas jornadas de trabalho, entre tantos outros fatores que são inerentes ao seu dia-a-dia (52,53).

Pires e Lunardi Filho apontam que outros fatores tornam mais complexo o trabalho na área de saúde. Um deles está relacionado com o principal objeto de atuação do enfermeiro: o ser humano. Esse agente ultrapassa a materialidade e possui atributos que lhe conferem maleabilidade, incerteza, personalidade, existência e história. Por outro lado, representa simultaneamente o objeto de atenção que sofre a ação dos trabalhadores da saúde, o produto das ações realizadas e o consumidor dos processos de trabalho em saúde e enfermagem (54).

Na Atenção Básica, é possível perceber diversas situações de estresse e insatisfações relacionadas ao trabalho vividas pelos trabalhadores da saúde, dentre eles o enfermeiro (55-57). Essas preocupações os levam a dedicar pouca atenção às suas próprias condições de saúde.

As unidades do PSF como porta de entrada do SUS, configuram-se como ambientes em frequentes tensões para as equipes de saúde e para os usuários. É frequente o lidar com novos e diferentes problemas de saúde apresentados pela população à qual atendem e que nem sempre são de simples e rápida resolução (58).

Os enfermeiros lotados nas unidades do PSF desenvolvem, cotidianamente, atividades assistenciais, gerenciais e de educação/formação, estendendo, assim, suas responsabilidades. A associação às dificuldades existentes e ao interesse em proporcionar serviços qualificados, sobrecarregam esses profissionais, tornando o processo de trabalho algo estressante (49).

Partindo de uma visão biopsicossocial que permite olhar holístico do ser e do adoecer, compreendidos em suas dimensões física, psicológica e social (59), o profissional de enfermagem assume a execução de cerca de 60% das ações de saúde. Além disso, é a categoria profissional que tem maior contato físico com os enfermos (60). Essa realidade juntamente com as condições de trabalho encontradas e as cargas (biológica, química, mecânica, fisiológica e psíquica) as quais esses profissionais se submetem são capazes de ameaçar a própria sobrevivência da profissão (61), pois a exposição contínua e prolongada do corpo a fatores de risco, como por exemplo, um ambiente de trabalho sob condições físicas, mecânicas e psíquicas adversas, favorece o surgimento de doenças ocupacionais (62).

As cargas biológicas referem-se aos acidentes com fluídos biológicos, com possibilidade de adquirir doenças como hepatites, HIV, infecções respiratórias, etc.

As químicas estão relacionadas à exposição a substâncias químicas na forma de medicamentos, equipamentos de proteção individual (látex das luvas) e substâncias desinfetantes e esterilizantes. Eles podem levar a alergias, dermatites de contato, intoxicações e comprometimento de diferentes tecidos e sistemas do corpo. Quanto às cargas mecânicas, elas correspondem aos acidentes com material perfurocortantes e aos hematomas, torções, cortes, fraturas resultantes de possíveis agressões físicas entre profissionais e clientela, principalmente aqueles que trabalham em regiões cujos índices de violência na população são maiores, ou entre a própria equipe. As cargas fisiológicas são geradas pelo trabalho em pé, posturas inadequadas e manipulação excessiva de pesos, o que implica na presença de cansaço e dores osteomusculares diversas. Por fim, as cargas psíquicas são aquelas que expõem os trabalhadores aos desgastes mentais, por motivos advindos das condições inadequadas de trabalho, como relações assimétricas na equipe de enfermagem e multiprofissional, exposição à violência psíquica (assédio moral, abuso, ameaças, perseguição e violência verbal), fatores esses que podem gerar sentimentos de angústia, raiva, ansiedade, estresse, medo e depressão (63).

Nesse contexto, é preciso direcionar atenção também para quem proporciona a assistência, já que os profissionais da saúde devem estar muito bem preparados e em condições biopsicossociais satisfatórias para o exercício de suas funções (58). O ambiente de trabalho deveria ser um local interessante e humanizado, valorizando todos os envolvidos na produção de saúde (64).

Assim, necessita-se repensar as práticas, os valores e os conhecimentos das pessoas envolvidas no processo de atenção à saúde, já que os profissionais precisam desenvolver trabalho de qualidade, com base na multidimensionalidade dos aspectos que envolvem os usuários, tais como as condições biopsicossociais, econômicas, culturais e espirituais. Deve ser capaz de estimular a comunidade a buscar melhores condições de saúde, uma vez que o PSF vem como uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde (50).

Para que isso aconteça, o profissional de saúde precisa possuir QV, já que os fatores que nela interferem podem comprometer de alguma maneira a qualidade do cuidado prestado (50). Existe relação de causa e efeito entre os domínios afetados na QV e a aquisição de distintos transtornos, inclusive comprometimento das funções e atribuições no trabalho.

Como exemplo, podemos citar os resultados de um estudo realizado na Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, situado em Minas Gerais, no qual os enfermeiros apresentaram escores médios condizentes com QV satisfatória, mas foi considerável o percentual de quase 40% dos participantes que relataram insatisfação e/ou neutralidade em relação ao trabalho. Essa atitude pode acarretar consequências negativas no desempenho do trabalho na ESF, como absenteísmo, prejuízo e/ou desinteresse nas atividades laborais, apatia, aumento do número de acidentes de trabalho, refletindo diretamente na qualidade assistencial da enfermagem. É possível observar nesse mesmo estudo que determinados condicionantes das variáveis profissionais, como número e tipo de vínculo empregatício, carga horária de trabalho e (in)satisfação com o trabalho, trazem prejuízos à QV dos enfermeiros da ESF, afetando os domínios psicológico, ambiente, físico, nível de independência e aspectos espirituais (50).

Em uma revisão integrativa, apontou-se estudos onde ressaltavam-se o crescente risco de sofrimento psíquico, devido à alta pressão social e psicológica a que estão submetidos os profissionais de enfermagem tanto na esfera do trabalho quanto fora dela, e essas difíceis condições de trabalho e de vida podem estar relacionadas a ocorrência de transtornos mentais, como ansiedade e depressão (65)

Torna-se fundamental que o trabalho dos enfermeiros seja compreendido de forma ampliada, incluindo-se aspectos econômicos, culturais e sociais. Essa compreensão contribuirá para o processo de formação do indivíduo, o enfrentamento das realidades encontradas e o entendimento de questões que envolvam a produção social da subjetividade, da saúde física e da saúde mental das pessoas (66).

O trabalho é um elemento fundamental na construção do ser humano. Pode ser fator gerador de saúde ou elemento patogênico, mas não pode ser considerado de forma indiferenciada, pois tanto joga a favor da saúde como leva o indivíduo à descompensação (66).

Apesar de ser considerada fonte de prazer, quando o trabalhador se torna prisioneiro do seu trabalho com aumento da carga horária de trabalho e redução do autocuidado, o desempenho de atividades que lhe proporcionavam prazer, pode trazer sofrimento e afetar sua saúde e QV (67). Dentro desse contexto, a QV também estaria relacionada a satisfação dos trabalhadores em um ambiente de trabalho seguro, de respeito mútuo, com oportunidades para o desempenho de suas

funções (68). Alguns estudos apontaram a associação entre melhor QV e um menor índice de estresse ocupacional, ansiedade e depressão (69,70).

Apesar do processo de cuidar ser o instrumento de trabalho dos enfermeiros, de modo geral, pode ser ao mesmo tempo motivo de danos à saúde do cuidador. O trabalho em saúde impõe aos trabalhadores da área uma rotina carregada de grande tensão (71).

Por outro lado, tanto o enfermeiro quanto sua equipe de trabalho, possuem necessidades e expectativas que precisam ser atendidas para que seu desempenho no trabalho seja satisfatório. O desenvolvimento das funções deve contribuir para o sentimento de pertença em um contexto que permita a humanização das ações desenvolvidas e do ambiente de trabalho. A equipe de enfermagem possui direito de trabalhar em um ambiente onde existam condições adequadas e que contribuam para melhor QV, na qual o estresse físico e mental dê lugar ao bem-estar geral (72).

Há estudos que propõem que a prática gerencial do enfermeiro deve sustentar-se em bases científicas, a fim de fundamentar da melhor forma o quantitativo adequado de pessoal, a educação continuada, a formulação de estratégias de promoção de condições de trabalho melhores e de prevenção do adoecimento profissional (73-75).

Por fim, conhecer a QV dos enfermeiros permitirá identificar as mudanças necessárias à promoção do bem-estar e de adequação das condições para a sua reabilitação, quando for o caso.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a percepção sobre qualidade de vida de enfermeiros atuantes nas unidades do Programa de Saúde da Família de municípios goianos limítrofes ao Distrito Federal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 – Descrever a população estudada quanto aos aspectos laboral e sociodemográficos;
- 2 – Conhecer a avaliação sobre qualidade de vida dos enfermeiros utilizando a metodologia adotada pela OMS (*WHOQOL-Bref*);
- 3 – Identificar as facetas e dimensões do *WHOQOL-Bref* que obtiveram avaliação positiva e negativa;

4 MÉTODOS

O método de estudo e a técnica de pesquisa foram escolhidas de acordo com o problema a ser estudado. O delineamento elegido para este estudo foi o de estudo *observacional*, visto que não se pretende manipular a qualidade de vida, mas avaliá-la; e de *corte transversal* (seccional), porque é um estudo adequado para identificar pessoas e características passíveis de intervenção e gerar hipóteses de causas de evento. Esse tipo de estudo permite a comparação entre características dos indivíduos de variados níveis de qualidade de vida, visto que cada indivíduo é avaliado em um determinado momento, o de realização da pesquisa (76).

Para a realização deste estudo foram realizadas entrevistas individuais para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Admitiu-se o caráter quantitativo nos instrumentos desta pesquisa.

4.1 CENÁRIO DA PESQUISA

Selecionou-se para essa pesquisa, as unidades do PSF situadas nos municípios goianos limítrofes ao quadrilátero do Distrito Federal, são eles: Águas Lindas, Cidade Ocidental, Cristalina, Formosa, Novo Gama, Padre Bernardo, Planaltina de Goiás, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso de Goiás.

Todos os municípios supracitados fazem parte da Rede Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE/DF), que é uma região integrada de desenvolvimento econômico, criada pela Lei Complementar n.º 94, de 19 de fevereiro de 1998, e regulamentada pelo Decreto n.º 7.469, de 04 de maio de 2011 (77,78), para efeitos de articulação da ação administrativa da União, dos Estados de Goiás, Minas Gerais e do Distrito Federal (Figura 2).

A RIDE/DF é composta pelo DF e 22 municípios de médio e pequeno porte, em sua maioria, sendo 19 goianos e 3 mineiros (79). Segundo dados do censo demográfico de 2010, a RIDE/DF apresenta uma área de 57.169,99 km² com uma população estimada de 3.732.063 habitantes, dos quais 1.128.280 habitantes residem em municípios do entorno ao DF (80).

A fim de ressaltar a participação dos municípios escolhidos para esse trabalho na dimensão populacional total da RIDE/DF, segue tabela com esses dados (Tabela 1).

Tabela 7 - Estimativas da população residente nos municípios estudados até 1º de julho de 2012.

Municípios goianos limítrofes ao Distrito Federal	População estimada
Águas Lindas de Goiás	167.477
Cidade Ocidental	58.262
Cristalina	48.463
Formosa	103.322
Novo Gama	98.135
Padre Bernardo	28.601
Planaltina de Goiás	82.847
Santo Antônio do Descoberto	64.963
Valparaíso de Goiás	138.740

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais.

Os municípios da RIDE/DF são divididos em quatro regiões: Entorno Sul (Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso); Entorno Norte (Água Fria de Goiás, Cabeceiras, Formosa, Planaltina e Vila Boa); Pirineus (Abadiânia, Alexânia, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Mimoso de Goiás, Padre Bernardo e Pirenópolis); e Macro Região de Unai (Unai, Buritis e Cabeceira Grande).

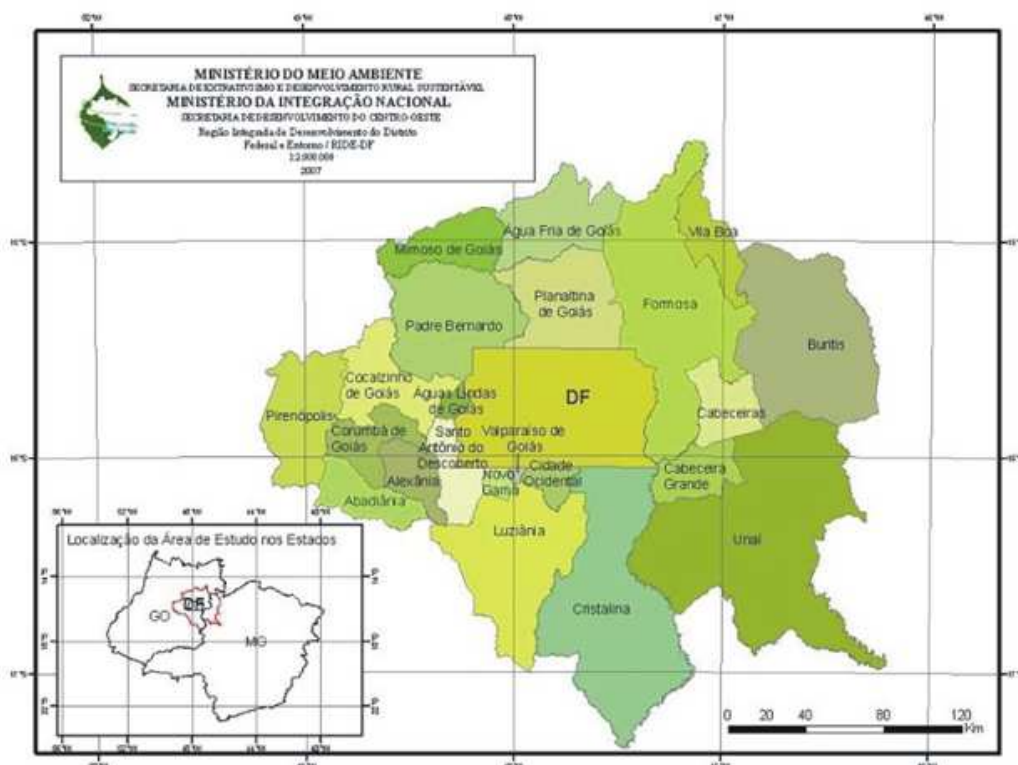


Figura 10 – Mapa da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE/DF – 2007.

Fonte: Ministério do Meio Ambiente e Ministério da Integração Nacional, 2013.

O processo da construção de Brasília exerceu forte atração nos fluxos migratórios existentes na década de 1950, quando a economia do Brasil se modificava com o crescimento do seu parque industrial.

Durante a construção, implantação e consolidação urbana da nova capital, foi o Estado que promoveu a ocupação do solo, atuando como planejador, construtor e financiador da ocupação, e também como proprietário de terras. O Estado atuou como principal agente do processo de urbanização da região, diferenciando o processo de ocupação em relação às demais cidades brasileiras (81).

A ocupação inicial efetivou-se ao determinar a atuação estatal no processo de ocupação territorial para preservação do núcleo central, formado pelo Plano Piloto. A periferia desenvolveu-se a fim de abrigar o contingente de população operária migrante e parte dos funcionários públicos com posições mais baixas na hierarquia funcional que não tinham acesso às terras localizadas no Plano Piloto. Formaram-se as cidades-satélites implantadas a partir da oferta de lotes pela Companhia Urbanizadora da Nova Capital (Novacap) (82).

A configuração socioespacial resultante desse processo concentrou a população de renda mais elevada e maior poder político em áreas mais centrais e privilegiadas em termos de empregos, infraestrutura básica e serviços sociais. Ao mesmo tempo, redistribuiu a população menos favorecida quanto a esses aspectos, constituindo uma ocupação periférica que se estendeu, e até extrapolou os municípios limítrofes. Neles, as condições de acesso às áreas mais centrais eram agravadas pelas grandes distâncias e pelas dificuldades relacionadas à ineficiência do sistema de transporte (grandes vazios urbanos), implicando em intensos deslocamentos diários (82).

Assim, o crescimento periférico gerou além de distanciamento físico, o distanciamento social entre os segmentos populacionais que habitavam os diferentes segmentos espaciais da estrutura intraurbana, isto é, o espaço dentro da RIDE/DF.

A posse pública da terra no processo de ocupação urbana do Distrito Federal (DF) não impediu as desigualdades no acesso às localizações urbanas. A atuação estatal do governo do DF na restrição à ocupação em regiões centrais – com controle do uso e ocupação do solo sob a prerrogativa de preservação do meio ambiente, do projeto arquitetônico e paisagístico do Plano Piloto – e na repressão à ocupação ilegal, com remoção de população favelada, sem dúvida foi o principal condicionante da ocupação no entorno do DF (83).

O mercado imobiliário também teve importante papel na estruturação da RIDE/DF, principalmente no que se referiu à ocupação do entorno do quadrilátero, formado pelos municípios goianos limítrofes. O governo desses municípios viram na ocupação das terras nos arredores do DF uma forma de gerar receitas e dinamizar a economia local. Melhores preços e condições de pagamento facilitadas estimularam o mercado imobiliário livre, abrindo e vendendo loteamentos populares, atuando na demanda reprimida pela política de ocupação do DF (82). Esse processo resultou na criação de municípios como: Cidade Ocidental, Valparaíso de Goiás, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto.

Nesse sentido, o processo de ocupação e estruturação intraurbana gerou no espaço interno da RIDE uma configuração socioespacial marcada pela segregação de população de baixa renda em localizações onde o acesso aos bens e serviços e à infraestrutura urbana são precários. O que leva, por sua vez, à intensificação do processo de exclusão social destes segmentos populacionais (82).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO PSF NOS MUNICÍPIOS ÁGUAS LINDAS, CIDADE OCIDENTAL, CRISTALINA, FORMOSA, NOVO GAMA, PADRE BERNARDO, PLANALTINA DE GOIÁS, SANTO ANTÔNIO DO DESCOBERTO E VALPARAÍSO DE GOIÁS

Os municípios goianos limítrofes ao DF adotam a Política de Atenção Básica à Saúde conforme preconizado para todos os municípios brasileiros. Tendo seu processo de trabalho em saúde orientado pela NOAS/2001 (84), que confere responsabilidades às equipes nas ações da saúde, em áreas prioritárias da atenção básica à saúde, como: ações de saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, visando a maior promoção da equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

A implementação das unidades do PSF nos nove municípios ocorreram no período de outubro de 1999 a agosto de 2000, como pode ser visualizado na Tabela 2, visando atender a Portaria GM 1.882, de 18 de dezembro de 1997 (85), alterada pela Portaria GM nº 2.091, de 26 de fevereiro de 1998 (86), e Portaria GM nº 3.925, de 13 de novembro de 1998 (87), para se receber recursos a serem destinados à Atenção Básica à Saúde, o Piso de Atenção Básica (PAB).

Os municípios estudados possuem estimativas de coberturas populacionais pelo Programa de Saúde da Família que variam de 25,32% a 100%, segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), para o período de dezembro de 2012, mesmo período em que se iniciou a coleta de dados desta pesquisa, conforme Tabela 3.

Esses dados denotam disparidades, como o acesso à atenção primária entre municípios vizinhos. Ou seja, existem municípios, como é evidente em Águas Lindas de Goiás, nos quais existem poucas equipes para atender muitas pessoas, ao passo que há municípios em que a quantidade de equipes e o tamanho da população estão em equilíbrio, como no caso de Planaltina de Goiás, Padre Bernardo e Santo Antônio do Descoberto que estão com mais de 95% da população coberta.

Tabela 8 - Data de implantação e quantidade de unidades de PSF implantadas por município.

Nome dos Municípios	Data de implantação das unidades de PSF	Quantidade de unidades de PSF implantadas
Águas Lindas de Goiás	Julho/2000	05
Cidade Ocidental	Agosto/2000	06
Cristalina	Maió/2000	08
Formosa	Outubro/1999	02
Novo Gama	Junho/2000	14
Padre Bernardo	Junho/2000	04
Planaltina de Goiás	Maió/2000	14
Santo Antônio do Descoberto	Julho/2000	13
Valparaíso de Goiás	Outubro/1999	05

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Tabela 9 – Número de Equipes de Saúde da Família implementadas, por município, até dezembro de 2012 e a proporção de cobertura populacional estimada.

Nome dos Municípios	Equipes da Saúde da Família implantadas	Proporção de cobertura populacional estimada
Águas Lindas de Goiás	12	25,32
Cidade Ocidental	13	78,54
Cristalina	10	72,58
Formosa	18	61,04
Novo Gama	14	50,00
Padre Bernardo	8	98,07
Planaltina	24	100,00
Santo Antônio do Descoberto	18	96,85
Valparaíso de Goiás	27	68,54

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A média estimada de cobertura populacional no conjunto dos municípios para o mesmo período é de 72,32%. Essa desproporção entre número de ESF e o tamanho da população pode levar a uma sobrecarga dos profissionais, inclusive do

enfermeiro, pois estes precisam se desdobrar para atender as diferentes necessidades da comunidade.

As ações programáticas de saúde, importantes instrumentos para a definição do processo de trabalho do enfermeiro que as executa, ao serem desenvolvidas nesses municípios devem ter como ponto de partida a identificação das necessidades da população atendida pelos serviços de saúde (88).

Verificou-se, em conversa informal com os enfermeiros participantes da pesquisa que, no cotidiano de trabalho em todas as unidades de PSF desses municípios, ao atenderem a demanda das suas respectivas áreas de abrangência, esses ficam presos à execução das ações pré-estabelecidas para a saúde da criança, da mulher, da hipertensão e diabetes, dentre outras, tendo um dia específico da semana para desempenhar cada ação. Fato semelhante ocorre em estudos realizados em outras equipes do PSF (88).

Relataram também, que por vezes a equipe se encontra em déficit, faltando ACS e/ou médico, o que dificulta a organização e a realização do trabalho do enfermeiro que passa a fazer atendimentos pontuais e automáticos, sem a integralidade preconizada pelo SUS.

4.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES E AMOSTRAGEM

Nas unidades do Programa Saúde da Família dos municípios de Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Formosa, Novo Gama, Padre Bernardo, Planaltina de Goiás, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso de Goiás atuam 144 profissionais enfermeiros, número obtido a partir do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (89). Com base nesse dado, todos os 144 profissionais eram elegíveis para participar do estudo, porém foi possível acessar 127 deles que foram contatados e convidados a participar da pesquisa. Entre eles, 119 aceitaram e foram incluídos no estudo.

Constituíram perda neste estudo nove unidades do PSF que não possuíam enfermeiros em sua relação de profissionais no CNES. Oito enfermeiros não foram encontrados para o oferecimento da pesquisa, seis profissionais se recusaram a participar do estudo, um conjunto de questionários apresentou desconformidades na

preparação, contando com duas cópias do instrumento sociodemográfico, o que inviabilizou a resposta do WHOQOL e por isso esse questionário foi excluído dos resultados; um questionário permaneceu em poder do enfermeiro entrevistado e não retornou para ser analisado sendo contabilizado como perda.

Ao final, participaram do estudo 119 enfermeiros, dos quais 106 eram mulheres e 13 eram homens. O estudo foi desenvolvido no período de agosto de 2011 a dezembro de 2013, sendo que a coleta de dados ocorreu durante os meses de dezembro de 2012 a julho de 2013.

4.4 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Partindo-se dos dados do CNES, disponíveis sem restrições por via eletrônica, efetuaram-se os primeiros contatos telefônicos com os enfermeiros que trabalhavam nos serviços do PSF para verificar a possibilidade de sua participação na pesquisa. Após esse procedimento inicial, cada um dos 119 enfermeiros foi contatado pessoalmente para o oferecimento de explicações, apresentação dos objetivos da pesquisa e oferecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.5 OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO

Foi solicitado o consentimento individual a cada participante da pesquisa. Para aqueles que aceitaram participar do estudo solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, ressaltando-se que mesmo depois de sua assinatura, seria possível retirar-se da pesquisa a qualquer tempo sem qualquer ônus. Apenas esses dois procedimentos é que se procedeu a aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Justamente por esses motivos, não foi apresentada carta de aceite institucional, pois são os enfermeiros e não as instituições que foram convidados a participar da pesquisa. A coleta de dados foi efetuada fora do ambiente de trabalho.

4.6 COLETA DE DADOS

Utilizaram-se dois instrumentos para a coleta de dados. Para conhecer os aspectos sociodemográficos e laborais foi adaptado um instrumento anteriormente validado linguisticamente antes de sua aplicação (90). As informações relacionadas aos fatores sociodemográficos foram acessadas por meio de questões padronizadas e pré-codificadas, envolvendo informações quanto ao sexo, à idade, à naturalidade, à procedência, ao estado civil, ao número de filhos, à formação profissional, à distância do local de trabalho e à jornada de trabalho (horário de trabalho diário e carga horária semanal). Foram incluídas neste instrumento categorias relacionadas às informações laborais, como: município onde trabalham, há quanto tempo trabalham nesta unidade de PSF, qual o tipo de vínculo empregatício (investigar a estabilidade), número de vínculos empregatícios (em quantos locais trabalha), qual função desempenhada, rendimento bruto mensal, fatores de ansiedade no local de trabalho, faltas ao trabalho no último mês e por qual motivo (Apêndice A).

Para avaliar a percepção sobre qualidade de vida, foi utilizado o instrumento transcultural proposto pela OMS específico para avaliar QV em adultos, o WHOQOL-Bref (Anexo B). Este instrumento, adaptado e traduzido para a língua portuguesa, contém 26 perguntas, das quais 24 são distribuídas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente (91). Os domínios são representados por várias facetas e suas questões foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com escala de intensidade (nada-extremamente), capacidade (nada-completamente), frequência (nunca- sempre) e avaliação (muito insatisfeito-muito satisfeito; muito ruim-muito bom).

No domínio I - Físico as facetas abordadas são: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; e, capacidade de trabalho. Estas são representadas pelas questões 03 (Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?), 04 (O quanto você precisa de um tratamento médico para levar sua vida diária?), 10 (Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?), 15 (Quão bem você é capaz de se locomover?), 16 (Quão satisfeito você está com o seu sono?), 17 (Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as

atividades do seu dia a dia?) e 18 (Quão satisfeito você está com sua capacidade de trabalho?) (92).

As facetas que integram o domínio II - Psicológico são: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religião, crenças pessoais. Fazem parte desse as questões 5 (O que você aproveita a vida?), 6 (Em que medida você acha que sua vida tem sentido?), 7 (O quanto você consegue se concentrar?), 11 (Você é capaz de aceitar a sua aparência física?), 19 (Quão satisfeito você está consigo mesmo?), e 26 (Com que frequência você tem sentimentos negativos?) (92).

O domínio III - Relações Sociais tem por facetas: relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual. E as questões 20 (Quão satisfeito você está com suas relações pessoais?), 21 (Quão satisfeito você está com sua vida sexual?) e 22 (Quão satisfeito você está com o apoio que recebe de seus amigos?) são as que representam essas facetas (92).

Por fim, o domínio IV - Meio Ambiente é composto pelas facetas: Segurança física e proteção; ambiente do lar; recursos financeiros. Sendo representadas pelas questões 8 (Quão seguro você se sente em sua vida diária?), 9 (Quão saudável é seu ambiente físico?), 12 (Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?), 13 (Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?), 14 (Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?), 23 (Quão satisfeito você está com as condições do local em que você mora?), 24 (Quão satisfeito você está com o seu acesso ao serviço de saúde?), e 25 (Quão satisfeito você está com seu meio de transporte?) (92).

Além dos quatro domínios, o instrumento apresenta duas questões gerais: uma faz referência à percepção sobre qualidade de vida e a outra à satisfação com a saúde (91).

O cálculo dos escores de avaliação da qualidade de vida foi feito separadamente em cada um dos quatro domínios, uma vez que não está previsto utilizar o escore global de QV. Logo, a pontuação bruta foi transformada para uma escala de 0 a 100, escore transformado ET 0-100, de acordo com *syntax* para SPSS, proposta pela OMS. Assim, os escores finais equivalentes a cada domínio são recodificados e o valor mínimo dos escores de cada domínio é zero e o máximo é 100, de forma que quanto maior o escore, mais positiva é a avaliação do domínio.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

O banco de dados foi construído a partir do aplicativo Microsoft Excel® e os dados foram analisados utilizando-se o pacote estatístico *Statistical Packages For The Social Sciences* (SPSS®), versão 17.0, que é *software* recomendado para o instrumento utilizado.

O instrumento criado para a coleta dos dados sociodemográficos e laborais inclui perguntas gerais específicas para este fim. As variáveis que abordam a parte sociodemográfica são: sexo; idade; naturalidade; procedência; estado civil; número de filhos; formação profissional; distância do local de trabalho; jornada de trabalho (horário de trabalho diário e carga horária semanal); presença de problemas de saúde. Já as variáveis laborais abordaram o município onde trabalham; há quanto tempo trabalham nesta unidade de PSF; qual o tipo de vínculo empregatício (estabilidade); número de vínculos empregatícios; qual função desempenha; rendimento bruto mensal; fatores de ansiedade no local de trabalho; faltas ao trabalho no último mês e por qual motivo.

E ao final desse instrumento, ainda há uma pergunta sobre a percepção do enfermeiro acerca da sua própria saúde cujas opções de respostas são “muito ruim”, “fraca”, “nem ruim nem boa”, “boa” ou “muito boa”. Para essas variáveis utilizou-se análise descritiva a partir da apuração de frequências, tanto em termos absolutos, quanto em percentuais.

No *WHOQOL-Bref*, as 26 questões foram formuladas para uma escala de respostas do tipo *Likert*, com uma escala de intensidade (nada-extremamente), capacidade (nada-completamente), freqüência (nunca-sempre) e avaliação (muito insatisfeito-muito satisfeito; muito ruim-muito bom). Foram realizadas para os resultados, as análises descritivas de frequência, tendência central e dispersão, e análise inferencial de comparação entre os domínios. Além disso, com a finalidade de comparar os domínios e verificar diferenças estatisticamente significativas realizou-se o Teste de *Tukey*.

Dos valores encontrados para cada uma das vinte e quatro facetas que compõem os domínios foram obtidas as medianas das respostas, o que permitiu a verificação de quais as facetas que recebera avaliação positiva ou negativa. O

cálculo dos escores de avaliação foi feito separadamente para cada um dos quatro domínios, visto que conceitualmente não está previsto que se possa utilizar o escore global de QV. O escore transformado ET0-100 é a escala utilizada na avaliação. Os escores variam de 0 (pior estado) a 100 (melhor estado). Essa avaliação favorece análises comparativas entre os domínios, proporcionando maior visibilidade aos resultados. Valores entre 0 e 40 são considerados como “região de fracasso”; de 41 a 70 como “região de indefinição”; e acima de 71 “região de sucesso” (10).

4.8 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS DOMÍNIOS

Com a finalidade de comparar os domínios foram realizadas Análise de Variância (*Anova*) e Teste de *Tukey*. A primeira com objetivo de verificar se há diferença entre os domínios e o segundo para verificar diferenças estatisticamente significativas. Como nível de significância foi considerado valores de **p** menor que 0,05 ($p < 0,05$).

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/1996, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (93), este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob registro no CEP 137/12, tendo sido aprovado na 9ª Reunião Ordinária, dia 09 de outubro de 2012 (Anexo A).

Aos enfermeiros atuantes em PSF's foram oferecidas informações sobre os objetivos e procedimentos do estudo, garantia de anonimato e confidencialidade sobre a origem dos dados, bem como o direito de retirar-se da pesquisa mesmo após o início da entrevista e, por fim, convidados a participar da pesquisa. Também foram informados aos participantes que os riscos aos quais serão expostos ao participarem dessa pesquisa eram riscos mínimos, compatíveis com as atividades

desenvolvidas no dia a dia, e os benefícios incluíam contribuir para o preparo de intervenções direcionadas a melhoria da QV dos enfermeiros das unidades do PSF.

Após esta aproximação inicial, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os potenciais participantes foram incluídos no estudo. Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio dos seguintes instrumentos: apresentação em eventos científicos, publicação de artigos em periódicos científicos, dissertação de mestrado, devolução aos participantes do estudo dos relatórios de pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1. Resultados: instrumento sociodemográfico e laboral

Pode-se observar que entre os 119 enfermeiros que atuam em unidades do PSF situadas em municípios goianos limítrofes ao DF e que participaram do estudo, quase 90% dos respondentes eram do sexo feminino denotando a predominância desse gênero na amostra selecionada. No que se refere à idade, observou-se que existe distribuição equitativa entre as faixas etárias, com maior concentração de 25 a 30 anos de idade. Quanto à procedência, 73% residem no Estado de Goiás e os demais no Distrito Federal, sendo que 59,66% do total de entrevistados residem na cidade em que trabalham (Tabela 4). No que diz respeito ao estado civil, verificou-se que 45,38% dos respondentes eram casados ou vivendo como casados, 45,38%, solteiros e os restantes separados ou divorciados somam 8,40%. A maioria dos entrevistados não possuíam filhos (52,94%), e dentre aqueles que afirmaram ter filhos, a maioria possui no máximo 2 filhos (19,33%).

A média do tempo de formados no curso superior, calculada a partir das respostas de 116 enfermeiros, é igual a 4,2 anos.

A respeito dos estudos realizados após a formação superior, dos 118 respondentes, 67,79% enfermeiros entrevistados realizaram algum curso de curta duração, 67,79% referiram ter feito especialização, 1,69% realizaram mestrado e/ou doutorado e 15,25% não possuíam curso de curta duração, especialização ou mestrado/doutorado.

Entre 118 participantes, 20,33% dos enfermeiros afirmaram atuar por menos de seis meses nas suas respectivas USF's, 22,88% disseram atuar na unidade de seis meses a um ano, 17,79% de um a dois anos, 13,55% de dois a três anos, 11,86% de três a quatro anos, e 13,55% período maior ou igual a cinco anos.

Tabela 10 - Caracterização da população de enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao DF, entrevistados no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.

Características da população			
		n=119	Porcentagem
Sexo	Feminino	106	89,08%
	Masculino	13	10,92%
Faixa etária	20 – 25	28	23,53%
	25 – 30	37	31,09%
	30 – 35	26	21,85%
	Mais de 35	27	22,69%
	NR	1	0,84%
UF de Residência	DF	31	26,05%
	GO	87	73,11%
	NR	1	0,84%
Estado civil	Solteiro	54	45,38%
	Casado	49	41,18%
	Vivendo como casado	5	4,20%
	Separado	2	1,68%
	Divorciado	8	6,72%
	NR	1	0,84%
Número de Filhos	Nenhum	63	52,94%
	Um	22	18,49%
	Dois	23	19,33%
	Três	7	5,88%
	Quatro	2	1,68%
	NR	2	1,68%

Legenda: NR = Não respondeu

Fonte: Compilado pelo autor.

Tabela 11 - Comparação entre o local de residência e o local de trabalho da população de enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao DF, entrevistados no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.

Residência	Trabalha	
	Na sua cidade	Fora da Sua cidade
Águas Claras	0	1
Águas Lindas	9	0
Brasília	0	20
Ceilândia	1	0
Cidade Ocidental	9	1
Cristalina	0	8
Formosa	14	1
Gama	0	5
Goiânia	0	1
Novo Gama	7	0
Padre Bernardo	0	5
Planaltina	0	1
Planaltina de Goiás	12	0
Samambaia	0	1
Santa Maria	0	1
Santo Antônio do Descoberto	4	0
São Sebastião	0	1
Valparaíso de Goiás	15	1
NR	0	1
Total	71	48
Percentual	59,66%	40,34%

Legenda: NR = Não respondeu

Fonte: Compilado pelo autor.

Ao serem questionados quanto aos fatores que os deixavam mais ansiosos no PSF onde trabalham, cerca de 32,47% responderam que era a instabilidade no emprego (devido à política, ao contrato de emprego, clientela), e 27,44% citaram voluntariamente outro fatores (Figura 3).

Esses “Outros” fatores citados na Figura 3, podem ser traduzidos e caracterizados conforme a Tabela 6.

Tabela 12 - Caracterização dos outros fatores citados como geradores de ansiedade nos enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao DF, entrevistados no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.

Outros Fatores	Caracterização
Falta de recursos humanos	Estrutural
Falta de recursos materiais	Estrutural
Estrutura física e condições de trabalho inadequados	Estrutural
Falta de recursos financeiros (incluindo a remuneração dos profissionais)	Estrutural
Relações profissionais	Individual
Falta de qualificação profissional	Individual
Má gestão	Estrutural
Sobrecarga de trabalho	Estrutural

Fonte: Compilado pelo autor.

Esses fatores foram caracterizados em individuais, ou seja, aqueles inerentes ao comportamento do próprio indivíduo, exemplificados pelas “relações pessoais” e “falta de qualificação profissional”, pessoais, aqueles relacionados à vida pessoal do próprio indivíduo, como a sua moradia, mas que não houve fatores relacionados a essa caracterização, ou estruturais, os quais estavam relacionados a estrutura do ambiente em que se insere – o trabalho, representados pelos demais fatores constantes na Tabela 6.

É possível verificar na Figura 3 que cerca de 74% dos enfermeiros não são concursados, fato que pode explicar o porquê 32,47% dos respondentes assinalaram a instabilidade no emprego como fator que causa maior nível de ansiedade.

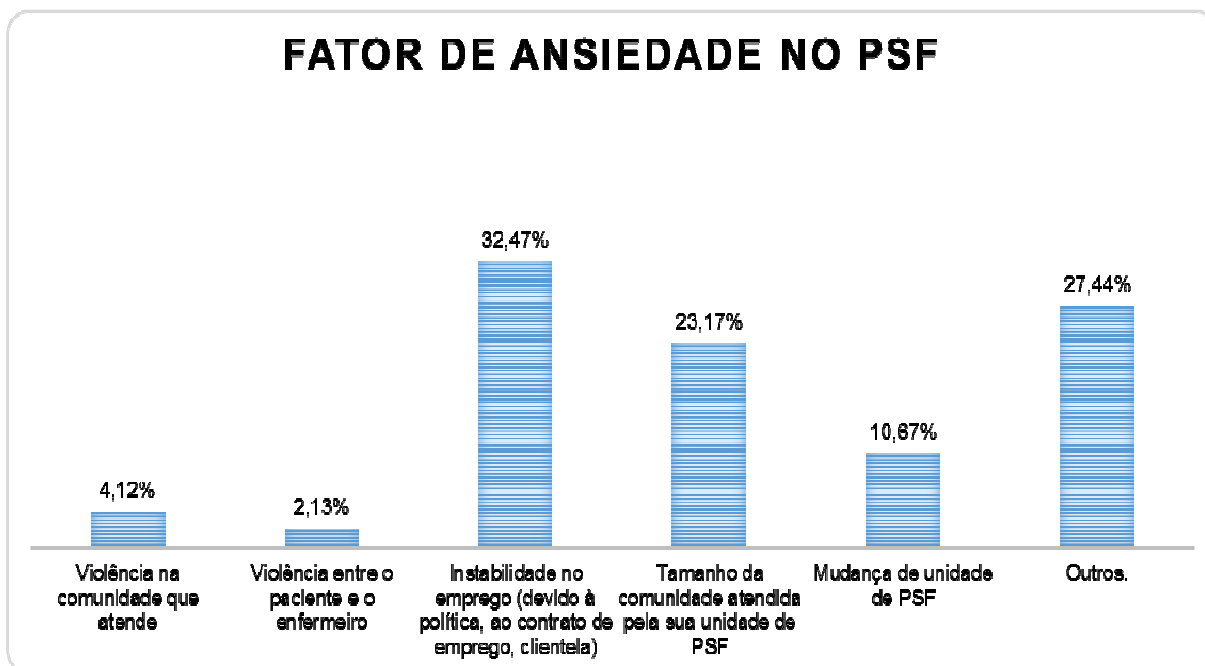


Figura 11 - Fatores que geram ansiedade na população de enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao DF, entrevistados no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.

Fonte: Compilado pelo autor.

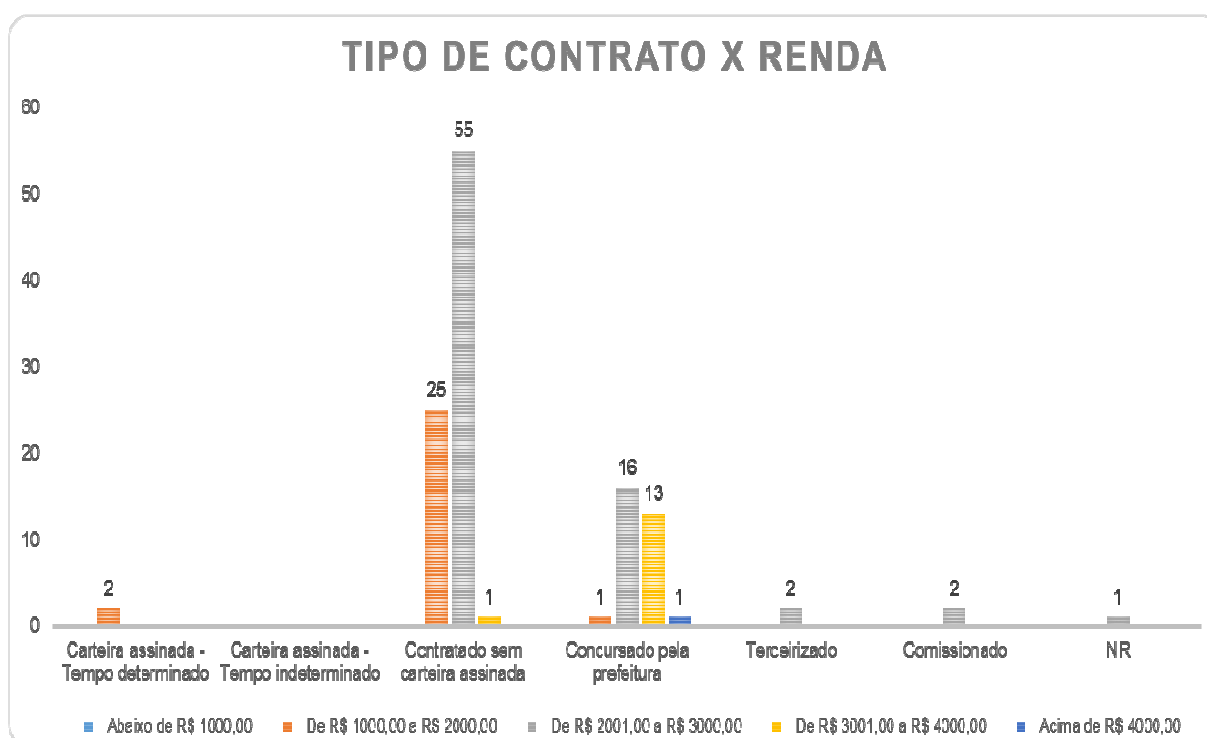


Figura 12 – Comparação entre tipo de contrato e a renda da população de enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao DF, entrevistados no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.

Fonte: Compilado pelo autor.

De 118 enfermeiros que responderam à pergunta sobre o regime de contratação e a respectiva faixa salarial pelo trabalho desempenhado no PSF, apenas 26,27% são concursados pela prefeitura. Dos concursados cerca de 96,77% apresentam renda acima de R\$ 2.000,00, como pode ser visualizado na Figura 4. Dos outros 73,73% dos enfermeiros que marcaram ter outros tipos de formalização do vínculo empregatício (carteira assinada com tempo determinado, carteira assinada por tempo indeterminado, contrato sem carteira assinada, terceirizado, comissionado), 68,96% recebem salários superiores a R\$ 2000,00.

Quanto ao horário de trabalho na unidade de PSF, 63,03% dos enfermeiros relatam trabalhar de 08 às 17 horas com uma hora de intervalo e 97,47% dos 119 respondentes possuem uma carga horária de 40 horas semanais, sendo que dos três enfermeiros que referiram diferente carga horária, um declarou carga horária de 30, outro de 32 e o último de 45 horas semanais.

De 119 enfermeiros, 23,52% afirmaram ter outro vínculo empregatício além do trabalho no PSF, destes 57,14% responderam ter seu segundo emprego na área hospitalar, 39,28% na área de docência e 3,57% na área de segurança.

Ao avaliarem como está sua própria saúde, 81,51% dos 119 enfermeiros afirmaram que sua saúde está boa ou muito boa, apenas 3,36% disseram estar sua saúde muito ruim ou fraca, e 15,12% estar com sua saúde nem ruim e nem boa.

Em relação a presença de algum problema de saúde, 28 entrevistados (23,52%) responderam possuir alguma doença ou acometimento.

5.2. Resultados: instrumento WHOQOL-Bref

O WHOQOL-Bref se inicia com duas questões gerais. Na primeira, 55,46% dos entrevistados avaliaram sua QV como boa ou muito boa. Na segunda, 60,5% dos entrevistados afirmaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua própria saúde.

Quanto aos domínios abordados pelo instrumento, a Tabela 7 mostra as medidas de tendência central dos quatro, e segundo a proposição de Saupé *et al.*

(2004) (92) nenhum desses domínios alcançou a “região de sucesso”, permanecendo todos na “região de indefinição” com score abaixo dos 71. O domínio com a melhor avaliação foi Relações Sociais e o de pior avaliação foi o Meio Ambiente.

Tabela 13 - Medidas de Tendência Central dos Domínios do WHOQOL – Bref dos enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao DF, entrevistados no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.

Domínios	Média	Mediana	Moda
Físico	57,54	58,33	61,11
Psicológico	65,37	66,67	62,50
Relações Sociais	68,91	75,00	75,00
Meio Ambiente	52,10	53,13	59,38

Fonte: Compilado pelo autor.

Realizando a Análise de Variância (ANOVA), tabela 8, observou-se que há evidências estatísticas para afirmar que pelo menos uma das médias dos fatores é diferente ($p < 0,05$).

Na comparação entre os domínios, realizada por meio do Teste de *Tukey* (Tabela 9) observou-se que Relações Sociais obtiveram os melhores escores de avaliação entre todos os domínios ($p < 0,05$). E ainda que os domínios Relações Sociais e Psicológico diferem significativamente em médias.

Tabela 8 - ANOVA – Domínios WHOQOL-Bref – Enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao DF, entrevistados no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.

	Soma de quadrados	Graus de Liberdade	Quadrado Médio	F	p-valor
Dentro dos grupos	32,682	3	10,894	33,451	,000
Entre os grupos	153,717	472	,326		
Total	186,399	475			

Fonte: Compilado pelo autor

Tabela 9 - Teste de Tukey - Domínios WHOQOL-Bref - Enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao DF, entrevistados no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.

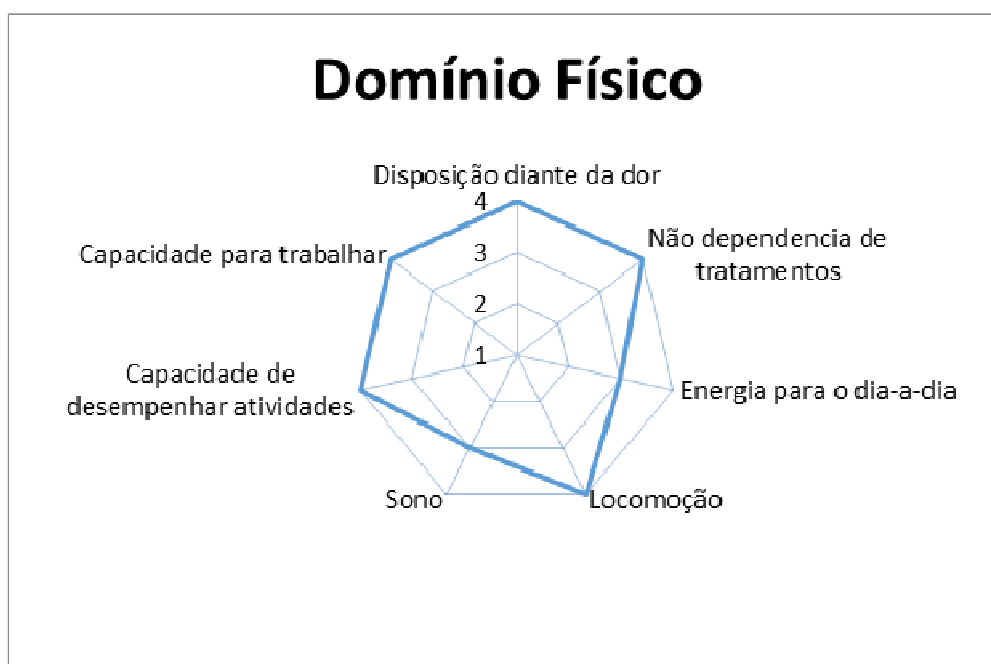
(I) Grupos	(J) Grupos	Diferença de Médias (I-J)	Erro Padrão	p-valor	95% Intervalo de Confiança	
					Limite Inferior	Limite Superior
Físico	Psicológico	-,31303*	,07398	,000	-,5038	-,1223
	Relações Sociais	-,45445*	,07398	,000	-,6452	-,2637
	Meio Ambiente	,21529*	,07398	,020	,0246	,4060
Psicológico	Físico	,31303*	,07398	,000	,1223	,5038
	Relações Sociais	-,14143	,07398	,224	-,3322	,0493
	Meio Ambiente	,52832*	,07398	,000	,3376	,7191
Relações Sociais	Físico	,45445*	,07398	,000	,2637	,6452
	Psicológico	,14143	,07398	,224	-,0493	,3322
	Meio Ambiente	,66975*	,07398	,000	,4790	,8605
Meio Ambiente	Físico	-,21529*	,07398	,020	-,4060	-,0246
	Psicológico	-,52832*	,07398	,000	-,7191	-,3376
	Relações Sociais	-,66975*	,07398	,000	-,8605	-,4790

Fonte: Compilado pelo autor

A análise dos domínios levou em conta a mediana das respostas, o valor que separa 50% das respostas, estando estas ordenadas. Os valores variaram de 1 a 5, e quanto maior o valor melhor o resultado. As medianas apresentadas nas facetas relacionadas à dor e desconforto, dependência de tratamentos ou de medicamentos e sentimentos negativos foram analisadas de forma invertida, conforme orientação da OMS, para efeito de uniformização e possibilitando a comparação.

O domínio Físico que ficou em terceiro lugar (57,54) dentre as melhores avaliações. Este é composto por sete questões, dentre estas, as que abordam locomoção, não dependência de tratamentos, disposição diante da dor, capacidade para trabalhar e capacidade de desempenhar atividades apresentaram as melhores avaliações, com pelo menos metade dos entrevistados classificando-as como 4, o que representa que estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com estes quesitos. As demais questões que se referem à energia para o dia-a-dia e satisfação com o sono, tiveram mediana iguais a 3, com metade das avaliações boas e metade ruins,

conforme pode ser verificado na Figura 5.



Legenda: 1 = nada/muito ruim/muito insatisfeito; 2 = muito pouco/ruim/insatisfeito; 3 = mais ou menos/médio/nem ruim nem bom/ nem satisfeito nem insatisfeito; 4 = bastante/muito/bom/satisfeito.

Figura 5 - Mediana das avaliações dos entrevistados nas facetas do domínio Físico do WHOQOL-Bref dos enfermeiros atuantes no PSF dos municípios goianos limítrofe ao DF entrevistados, no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.

Fonte: Compilado pelo autor.

O domínio Psicológico foi o segundo domínio mais bem avaliado, apresentando escore de 65,37. Esse domínio é composto por seis questões, das quais, concentração, crenças pessoais, aceitação da aparência física e autoestima apresentaram mediana de avaliação igual a 4, ou seja, pelo menos metade dos enfermeiros estava satisfeito ou muito satisfeito nestes quesitos. Chama atenção o fato de que 57,98% dos entrevistados apresentam sentimentos negativos algumas vezes, 24,36% frequentemente, 9,24% muito frequentemente e 5,88% sempre, conforme apresentado na Figura 6.

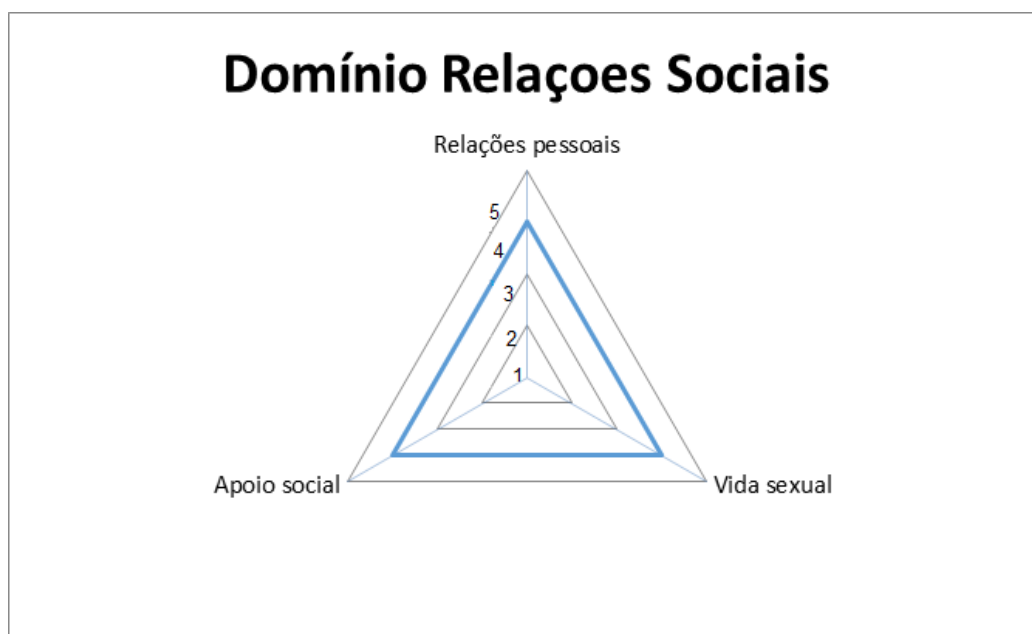
O domínio que atingiu a melhor avaliação foi o de Relações Sociais (68,90). Este domínio é composto por três questões - Relações Pessoais, Apoio Social e Vida Sexual – e todas elas obtiveram o valor de mediana igual a 4, conforme representado na Figura 7.



Legenda: 1 = nada/muito insatisfeito/nunca; 2 = muito pouco/insatisfeito/algumas vezes; 3 = mais ou menos/médio/nem satisfeito nem insatisfeito/frequentemente; 4 = bastante/muito/satisfeito/muito frequentemente; 5 = extremamente/completamente/muito satisfeito/sempre.

Figura 13 - Mediana das avaliações dos entrevistados nas facetas do domínio Psicológico do WHOQOL-Bref dos enfermeiros atuantes no PSF dos municípios goianos limítrofe ao DF entrevistados, no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.

Fonte: Compilado pelo autor.

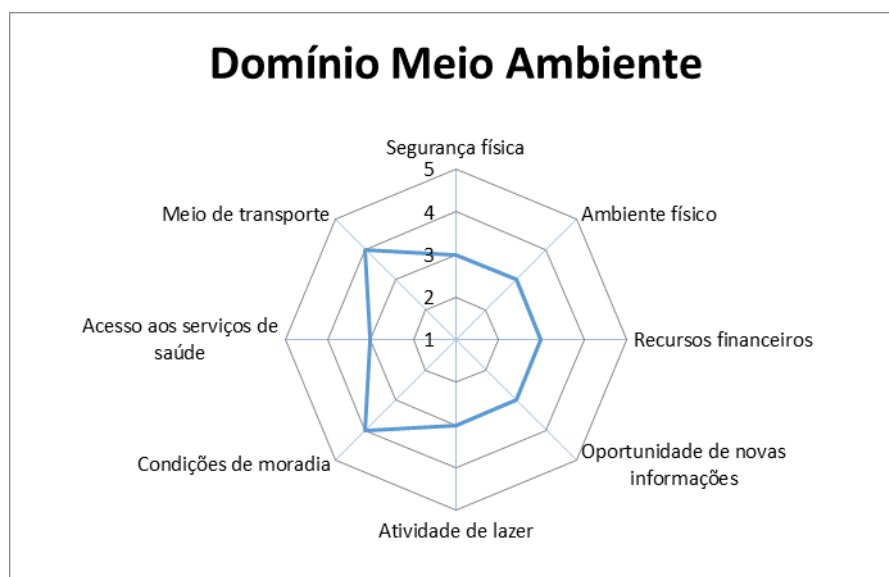


Legenda: 1 = muito insatisfeito; 2 = insatisfeito; 3 = nem satisfeito nem insatisfeito; 4 = satisfeito; 5 = muito satisfeito.

Figura 7 - Mediana das avaliações dos entrevistados nas facetas do domínio Relações Sociais do WHOQOL-bref dos enfermeiros atuantes no PSF dos municípios goianos limítrofe ao DF entrevistados, no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.

Fonte: Compilado pelo autor.

O domínio Meio Ambiente foi o que recebeu a pior avaliação (52,10). É composto por oito questões, das quais, segurança física, ambiente físico, recurso financeiro, oportunidades de novas informações, atividades de lazer e acesso aos serviços de saúde apresentaram avaliações medianas 3; condições de moradia e meio de transportes apresentaram avaliações medianas 4, conforme Figura 8.



Legenda: 1 = nada/muito insatisfeito; 2 = muito pouco/insatisfeito; 3 = mais ou menos/médio/nem satisfeito nem insatisfeito; 4 = bastante/muito/satisfeito; 5 = extremamente/completamente/muito satisfeito.

Figura 14 - Mediana das avaliações dos entrevistados nas facetas do domínio Meio Ambiente do WHOQOL-Bref dos enfermeiros atuantes no PSF dos municípios goianos limítrofe ao DF entrevistados, no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. Goiás, 2013.

Fonte: Compilado pelo autor.

6 DISCUSSÃO

Observou-se que o resultado dessa pesquisa corrobora com aqueles encontrados em um estudo nacional sobre a força de trabalho no setor saúde, o qual apresenta a feminilização do setor, onde mais de 70% de todo o contingente que compõe a força de trabalho na saúde é feminina. Especificamente na enfermagem, esse estudo traz que o processo de feminilização, atualmente, ultrapassa os 90% (94). Admitindo somente os enfermeiros atuantes em PSF, o Relatório Final de Empregabilidade e Trabalho dos Enfermeiros indica que 90,91% destes são mulheres (95). Outros estudos realizados no Brasil também trazem a prevalência do sexo feminino na profissão, existindo essa maioria de enfermeiras inclusive na ESF (50,96-98).

Estudo realizado em Minas Gerais, foi possível verificar que o perfil dos enfermeiros que trabalhavam nas ESF era muito próximo ao que foi encontrado nesta pesquisa: são adultos jovens (72,1% estavam na faixa etária de 20 a 30 anos), em sua maioria não possuíam filhos (58,6%); 60% possuíam especialização e 62,2% faziam curso de atualização no momento da entrevista, demonstrando o esforço dos trabalhadores em busca da qualificação para adequação do perfil de formação de acordo com a proposta da estratégia (50) .

Além disso, somente 19,1% dos entrevistados eram concursados no PSF em que trabalhavam, 92,1% referiram trabalhar 8 horas diárias na ESF e 33% dos enfermeiros referiram ter um segundo vínculo empregatício. Essa última informação vai de encontro à exigência do Ministério da Saúde de exclusividade da jornada de trabalho de 40 horas semanais no PSF, fato que pode ser explicado pela presença de baixos salários, vínculos empregatícios precários e frágeis como pode ser observado também nesta pesquisa (50).

Porém, para esse grupo profissional, as longas jornadas de trabalho podem levar à fadiga e exaustão, o que, por sua vez, pode afetar a assistência prestada aos usuários e aumentar o risco de acidentes de trabalho (99,100). Deve-se considerar, ainda, a predominância feminina na profissão (101,102), o que pode incidir na adição da jornada de trabalho profissional ao trabalho doméstico, visto a diversidade de papéis sociais atribuídas ao sexo feminino (99,103).

O tempo de finalização do curso de enfermagem varia entre 6 e 10 anos para enfermeiros coordenadores do PSF, conforme apontam os resultados de estudo realizado em Goiânia, Goiás (104). Uma possível explicação seria o fato de que o PSF constituiu-se como opção mais efetiva de trabalho para os profissionais jovens, com pouco tempo de experiência ou recém-formados. Isso pode estar relacionado ao maior conhecimento dos profissionais com menor tempo de formação acerca das bases e princípios do PSF, cuja inserção desse conteúdo deu-se recentemente nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem (48,50).

Entre os 118 participantes deste estudo, 61,01% dos enfermeiros afirmaram que o período de atuação nas respectivas USF's era inferior ou igual a dois anos, resultado que também foi encontrado em dois outros estudos realizados na cidade de Pelotas-RS e no Estado de Santa Catarina. Já em estudo realizado em Goiânia-Go, esse tempo variou de 2 a 4 anos. O menor tempo de atuação na ESF reduz as possibilidades de vivenciar diversas experiências na profissão e torna frágil o vínculo entre o enfermeiro e a equipe multiprofissional, e entre estes e o usuário podendo se transformar em fonte de tensão para o profissional, já que compromete o desenvolvimento de alguns processos de trabalho e dificulta o estabelecimento de laços de confiança, respeito, solidariedade e co-responsabilização, transformando o trabalho em uma mera resolução de necessidades pontuais e individuais (96,97,104,105).

Um aspecto que merece especial atenção refere-se à instabilidade no emprego, o que foi mencionado por 32,47% dos entrevistados. Outros focos de ansiedade foram traduzidos pelas seguintes respostas: sobrecarga de trabalho, falta de recursos materiais e humanos para o desenvolvimento das atividades previstas para o exercício da função, incidindo direta e indiretamente na QV das pessoas envolvidas com os trabalhos na área de saúde, e em particular os enfermeiros neste contexto, objeto central do presente estudo.

Esses fatores foram caracterizados como estruturais, sendo de difícil interferência caso a gestão não se mobilize a fim de adequá-los para a promoção da QV dos profissionais inseridos neste contexto. Pois a falta de recursos materiais, humanos e financeiros são fatores geradores de estresse e insatisfação profissional, e ainda podem acarretar a sobrecarga de trabalho que tende a levar o profissional a se retrair, corta ou reduzir o que faz, ou seja, eles deixam de tentar fazer o seu melhor e passam a realizar o mínimo necessário.

Parte do período de coleta de dados desta pesquisa coincidiu com o processo de eleições municipais no ano de 2012. Muitos enfermeiros que atuavam nas ESF dos municípios pesquisados foram remanejados para unidades de PSF com características populacionais diferentes daquelas que estavam anteriormente inseridos ou tiveram seus serviços dispensados, o que é facilitado pelos frágeis vínculos empregatícios. Situação similar foi encontrada em estudo realizado em Ipatinga-MG, onde se observou que os profissionais da ESF desse município apontaram vínculo empregatício insatisfatório e a presença constante de ameaças de modificação no quadro de recursos humanos devido a questões político-partidárias. Esse fato desestimulava a permanência do profissional vinculado à ESF nessa localidade (106).

A queixa relacionada à sobrecarga de trabalho tende a levar o profissional a se retrair, cortar ou reduzir o que faz. Essa postura favorece o risco de se perder o idealismo resultando na desumanização da atenção prestada. Com o passar do tempo pode contribuir para que o profissional desenvolva reação negativa às pessoas e ao seu próprio trabalho. A medida em que a despersonalização vai se cristalizando, eles deixam de tentar fazer o seu melhor e passam a fazer o mínimo necessário (107).

A inadequação no quantitativo de recursos materiais e humanos – mencionados pelos entrevistados como: o tipo de ambiente, a complexidade das relações humanas e de trabalho, autonomia profissional, grau elevado de exigência quanto às competências e habilidades e a alta responsabilidade – podem ser considerados como outros fatores cotidianos geradores de estresse e insatisfação profissional (50,67). O trabalhador submetido a cargas físicas e psíquicas constantes, como é o caso dos profissionais de enfermagem, pode ter sua saúde e QV comprometidas (108).

No que se refere à percepção sobre a saúde pessoal, 81,51% dos entrevistados a consideraram “boa ou muito boa”, que também foi encontrado em outros estudos (50,109). Por outro lado, 23,52% dos enfermeiros entrevistados referiram ter alguma doença ou acometimento.

Esse processo de desgaste (adoecimento) apresentado pelos enfermeiros, pode estar relacionado ao fato dos profissionais estarem presentes durante toda a jornada de funcionamento da unidade, o que torna mais intenso o impacto das condições de trabalho na saúde e na QV deles. A remuneração considerada baixa

frente a responsabilidade inerente a eles e as atividades que desempenham, os frágeis vínculos empregatícios, os múltiplos empregos referidos e a longa jornada de trabalho são fatores estressantes que contribuem para esse adoecimento.

Outros fatores relacionados a esse desgaste são as diferentes cargas (biológicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas) as quais estão submetidos durante o desempenho do seu trabalho.

Esses componentes juntos levam à exaustão do profissional, a diminuição da energia para realizar suas tarefas do dia-a-dia, como visualizado na pesquisa, execução das suas atividades com pouca ou nenhuma qualidade demonstrando sua diminuição para a capacidade de trabalho, ao adoecimento e provável aumento da taxa de absenteísmo desse profissional. Em casos mais extremos há profissionais que cometem suicídio devido ao desgaste sofrido e a falta de manejo dos sentimentos gerados (63).

É possível visualizar que pontos mencionados pelos profissionais entrevistados no questionário sociodemográfico e laboral corroboram e, até mesmo, justificam resultados achados no *WHOQOL-Bref*. E quanto aos resultados relacionados à QV, os enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao Distrito Federal apresentarem escores médios condizentes com a zona de indefinição proposta por Saupe et al. (entre 41 e 70) (10).

Observou-se que o domínio melhor avaliado foi o de Relações Sociais (14,110), que se apresenta referente ao relacionamento íntimo e não ao relacionamento do profissional com a comunidade em geral, esse resultado indica que o apoio que esse profissional recebe da sua família e amigos é algo que influi positivamente na sua QV.

Já no domínio Psicológico, com escore 65,37, o que chama a atenção é a menção da ocorrência de sentimentos negativos referidos pelos enfermeiros atuantes na atenção primária, sendo que 57,98% dos entrevistados apresentaram sentimentos negativos algumas vezes, e 24,36% frequentemente. Entre outros aspectos que podem estar vinculados a esses sentimentos, alguns deles estão intimamente relacionados à prática profissional do enfermeiro, e não é exclusividade da atenção básica, como: longas jornadas de trabalho e as duplicidades de vínculos empregatícios que podem privar o enfermeiro de momentos de lazer e de contentamento com a vida, o que pode contribuir para estresse e estafa, o que dificulta a adoção de pensamentos positivos, interferindo negativamente na QV

(109), além de também poderem, com o passar do tempo, levar a deterioração da avaliação do domínio Relações Pessoais, uma vez que a disponibilidade para desfrutar da vida e estar com as pessoas do seu relacionamento pessoal diminuem.

O domínio Físico não foi bem avaliado, com escore 57,54, tendo suas facetas sono e energia para o dia-a-dia com pior avaliação para o domínio com mediana 3. A sobrecarga de trabalho e os fatores geradores de estresse encontrados no cotidiano das atividades do enfermeiro podem levar a alterações no padrão de sono, ocasionando déficit de sono e, conseqüentemente, falta de energia para realizar as atividades com qualidade. O excesso de esforço físico e a alta demanda de trabalho são indicadores de riscos para distúrbios do sono, fatores que colaboram para a diminuição da QV dos entrevistados como foi encontrado neste estudo (111).

O domínio pior avaliado pelos enfermeiros que atuam nas unidades de PSF foi o Meio Ambiente com escore 52,10. Entre as facetas que obtiveram mediana 3 estão: segurança física, ambiente físico, recurso financeiro, oportunidades de novas informações, atividades de lazer e acesso aos serviços de saúde. Estudos apontaram que baixos salários interferem na QV dos profissionais de enfermagem, uma vez que não condizem com a profissão do enfermeiro, com as atividades inerentes ao cargo e que requerem grande responsabilidade.

No caso específico da atenção básica, o Ministério da Saúde determina atribuições específicas para o enfermeiro, entre as quais o estabelecimento de vínculos estreitos com a comunidade. Paralelamente a isso, surgem demandas imprevistas relacionadas à realidade local, transformando o volume de trabalho maior do que o esperado. Além disso, os baixos salários contribuem para a adoção de multiplicidade de empregos e expõe o profissional a riscos ocupacionais, desgaste físico e mental (106,109).

Segurança física e ambiente físico foram outras facetas mal avaliadas. Estudos apontaram como possíveis fatores dessa ocorrência o clima de insegurança devido ao convívio diário dos profissionais enfermeiros que atuam em PSF com conflitos sociais e familiares (drogas, prostituição, violência intrafamiliar), assim como a violência urbana, principalmente quando desempenham suas atividades nas áreas periféricas das cidades. A intensa demanda da clientela em relação às atividades assistenciais da enfermagem se contrapõe à baixa qualidade da assistência prestada em função de dificuldades como falta de recursos humanos e materiais, o que determina condições insalubres e precárias para o trabalho. Todos

esses fatores propiciam a ocorrência de atos de violência no trabalho, tanto intra-equipe quanto dos usuários em relação aos profissionais (109,112-114).

A baixa avaliação da faceta denominada atividades de lazer, que compõe este domínio, pode ter como motivo o fato de a maioria desses profissionais ser do sexo feminino e exercerem a função de trabalhador, mãe, dona de casa, esposa, entre outras, o que resulta em sobra de pouco tempo para as atividades recreativas, esportivas e para o lazer, compondo essas que provocam uma situação desgastante pelas atividades laborais interferindo na vida familiar e posteriormente na QV (109).

7 CONCLUSÃO

Há dados empíricos consistentes que permitam conhecer e avaliar a percepção sobre QV dos enfermeiros atuantes em unidades do Programa de Saúde da Família de municípios goianos limítrofes ao Distrito Federal e traçar um perfil, a fim de conhecer quem são os enfermeiros que trabalham nessas unidades, de acordo com os objetivos dessa pesquisa.

Percebe-se que apesar de os enfermeiros atuantes nas unidades de PSF dos municípios goianos limítrofes ao Distrito Federal apresentarem escores médios condizentes com a zona de indefinição proposta por Saupe et al. (2004) (10) da QV, pôde-se observar que determinados condicionantes das variáveis profissionais, número e tipo de vínculo empregatício, carga horária de trabalho e instabilidade no emprego, são aspectos que podem estar relacionados à prejuízos na QV dos enfermeiros da ESF, afetando os domínios Físico e Meio Ambiente, seguidos pelo domínio Psicológico. O domínio melhor avaliado foi Relações Pessoais, sinal de que as relações com a família e os amigos colocam-se como forma de apoio para os profissionais.

Como limitações para esse estudo cita-se a dificuldade de encontrar referências que tratem sobre a implementação do PSF nos municípios em questão para saber quais as raízes dos instáveis vínculos empregatícios apresentados na contratação desses profissionais sem a carteira devidamente assinada e o não questionamento sobre a satisfação dos profissionais com o seu trabalho, a fim de comparar claramente se aqueles que se dizem satisfeitos com o seu labor apresenta melhor avaliação na sua QV. Esses pontos, bem como os resultados e as conclusões desse trabalho podem ser motivadores para a realização de outros estudos a respeito desse tema.

Os resultados levam à conclusão que houve um impacto negativo dos componentes dos domínios na avaliação da QV dos enfermeiros, e que estes fatores, os quais inferiu-se interferirem negativamente na QV e outros presentes no questionário sociodemográfico e laboral, estavam, quase que em sua totalidade, relacionados ao contexto do trabalho.

Observou-se, ainda, semelhanças mencionadas por enfermeiros que atuam no PSF de diferentes regiões brasileiras. Isso aponta para a necessidade de se

repensar o processo de implantação do programa e a redefinição de políticas públicas que contribuam para a adequação do perfil profissional, com a melhora das condições de trabalho e com a promoção da QV desses profissionais.

Mudar o objeto de trabalho dos enfermeiros que trabalham no PSF é algo complexo, no entanto, é possível de acordo com as necessidades apresentadas no estudo, controlar as condições de trabalho como redução da jornada de trabalho com salários condizentes à função que desempenham, juntamente com oferecimento de contratações mais estáveis, adequado quantitativo de pessoal e recursos materiais, além de maior segurança para esses trabalharem.

Tais fatores podem ser identificados com a realização periódica de avaliações das necessidades dos enfermeiros e dos outros profissionais para o desempenho com qualidade do trabalho, algo possível de ser implantado na rotina dos PSF's, durante as reuniões com a equipe. Essa prática orientaria as atividades a serem desenvolvidas, a fim de resgatar o sentido do trabalho e colocaria o profissional como transformador da sua realidade para melhorar sua QV.

Esses e outros fatores, geradores de QV, ao serem adequadamente manejados, levam a valorização e dignificação do trabalho dos enfermeiros e promove o seu bem-estar profissional, pois esses influenciam diretamente a qualidade da assistência prestada aos usuários do PSF, e individual, já que interferem na sua própria saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Kuhse H. *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell Publishers, 1997.
2. Silva VM, Figueiredo MLF. Desafios históricos da luz à enfermagem do pensamento bioético. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(5): 841-843.
3. Vieira ABD, Alves ED, Kamada I. Cuidando do cuidador: percepções e concepções de auxiliares de enfermagem acerca do cuidado de si. *Texto contexto - enferm*. 2007;16(1):17-25.
4. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W (Eds.). *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
5. Barreto IS, Krempel MC, Humerez DC de. O Cofen e a Enfermagem na América Latina. *Rev Enferm. em Foco*. 2011; 2(4):251-254. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br>. Acessado em: 08/10/2013
6. Figueiredo NMA de, Tonini T, organizadoras. *SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em Saúde Coletiva*. São Paulo: Yendis Editora; 2007.
7. Brasil. Ministério da Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília; 2001.
8. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev Latino-Am Enferm*. 2004;12(1):14-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000100003&script=sci_arttext. Acessado em: 10/12/2012

9. Rios KA, Barbosa DA, Belasco AGS. Evaluation of quality of life and depression in nursing technicians and nursing assistants. *Rev Latino-Am Enferm*. 2010;18(3):413-20. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130929_160706.pdf. Acessado em: 10/04/2013.
10. Saupe R, Nietche EA, Cestari ME, Giorgi MDM, Krahl M. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2004;12(4):636-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acessado em: 18/11/2012
11. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais para cursos de graduação. Brasília, 2001. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao-&catid=323:orgaos-vinculados. Acesso em: 17/05/2011.
12. Awad G, Voruganti LNP. Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophr Bull* 2000; 26:557-64
13. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte*. 2012 abr.-jun.; 26(2): 241-250. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>. Acessado em 13/09/2012.
14. Gordia AP, Quadros TMB, Oliveira MTC, Campos W. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Rev. Bras. Qual. Vida*. 2011 jan/jun; 3(1): 40-52. Disponível em: <http://revistas.utfpr.edu.br/pg/index.php/rbqv/article/view/812/625> Acessado em: 17/10/2013
15. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(2): 580-588. Acesso em: 16/02/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/sci-elo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en.

16. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev. Bras. Psiquiatr. 1999; 21(1): 19-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644461999000100006&Ing=en. Acessado em: 16/02/2013
17. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 41:1403-10.
18. Leplège A, Rude N. The importance of patient's own view about their quality of life. AIDS 1995; 9:1108-9.
19. Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? Br J Cancer 1988; 57:109-12.
20. Bampi LNS, Guilhem D, Lima DD. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. Rev. bras. epidemiol. 2008 mar; 11(1): 67-77. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2008000100006&Ing=en. Acessado em: 19/10/2013
21. Monteiro R, Braile DM, Brandau R, Jatene FB. Qualidade de vida em foco. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2010; 25(4): 568-574. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010276382010000400022&script=sci_arttext. Acessado em: 13/09/2012
22. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc. saúde coletiva. 2000; 5(1): 7-18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000100002&Ing=en. Acessado em: 15/09/2012.

23. The Whoqol Group. 9. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Méd.* 1998;46(12):1569-85.
24. Mininel VA. Promoção da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem: responsabilidade gerencial do enfermeiro [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-15012007-154700/> Acessado em: 29/09/2012.
25. Vila VSC, Rossi LA. A qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudo etnográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008; 16(1):7-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000100002&lng=en. Acessado em: 30/09/2012.
26. Almeida M, Gutierrez G. Políticas Públicas de Lazer e Qualidade de Vida: a contribuição do conceito de cultura para pensar as políticas de lazer. In: VILARTA, Roberto. *Qualidade de Vida e Políticas Públicas: saúde, Lazer e Atividade Física.* Campinas: IPES Editorial, 2004.
27. Gonçalves A, Vilarta R. Qualidade de Vida: identidades e indicadores. In: Gonçalves A, Vilarta R (orgs.). *Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas.* 2004; 03-25.
28. Aguiar CCT, Vieira APGF, Carvalho AF, Montenegro-Junior RM. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no Diabetes Melito. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2008; 52-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n6/04.pdf> Acessado em: 30/10/2013
29. Moreira MMS. Qualidade de vida: expressões subjetivas e histórico-sociais. *Serviço Social em Revista.* 2006 jul/dez; 9(1). Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v9n1_marilda.htm Acessado em: 17/10/2013.

30. Oliveira JAC. Qualidade de vida e desempenho acadêmico de graduandos [tese]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2006. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000399823>. Acessado em: 02/10/2012.

31. Figueiredo Neto MV, Silva PF, Rosa LCS, Cunha CLF, Santos RVG. O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. Rev Âmbito Jurídico (online). 2010; 76. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=7781&n_link=revis-ta_artigos_leitura Acessado em: 22/10/2013.

32. Montenegro LC, Penna CMM, Brito MJM. Comprehensive care from the perspective of health care workers from Belo Horizonte. Rev Esc Enferm USP, 2010; 44(3):649-56. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_14.pdf Acesso em: 24/08/2013

33. Presidência da República Federativa do Brasil; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Lei 8.080, de 19 de novembro 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. Brasília: Ministério da Saúde; 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acessado em: 04/08/2013.

34. Presidência da República Federativa do Brasil. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acessado em: 04/08/2013.

35. Paim JS. Saúde: política e reforma sanitária. Salvador: ISC; 2002.

36. Simão E, Albuquerque GL, Erdmann AL. Atenção Básica no Brasil (1980-2006): Alguns destaques. Rev RENE. 2007; 8(2): 50-9. Disponível em:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/653>. Acessado em: 14/09/2013

37. Mendonça CS. Saúde da família, agora mais do que nunca! Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14 Supl 1:1493-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800022. Acessado em:14/09/2013.

38. Chagas HMA, Vasconcellos MPC. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. Saude soc. 2013; 22(2): 377-388. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902013000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acessado em: 25/10/2013.

39. Ministério da Saúde. Portaria 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). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_2-1_10_2011.html
Acessado: 25/04/2012.

40. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. Physis. 2005; 15(Supl):225-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>. Acessado em 24/09/2013

41. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no programa saúde da família de Campos dos Goytacazes. Ciênc. saúde colet. 2005; 10(Supl.):297-302.

42. Oliveira WMA, Bezerra ALQ. Autoavaliação da Estratégia Saúde da Família por enfermeiros. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1): 20-5. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a04.pdf>. Acesso em: 05/09/2013.

43. Sícoli JL, Nascimento PR. Health promotion: concepts, principles and practice, Interface – Comunic. Saúde. Educ. 2003; 7(12):91-112. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf> Acessado em: 05/09/2013
44. Brasil. Ministério da Saúde. Equipes de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php> Acessado em: 13/04/2013. Acessado em: 07/10/2013
45. Ito EE, Peres AM, Takahashi RT, Leite MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia X realidade. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(4):570-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a16.pdf>. Acessado em: 03/11/2013
46. Brasil. Ministério da saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf. Acessado em 15/04/2013.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de indicadores do SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_saude_familia_n4.pdf. Acessado em: 15/04/2013
48. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem. CNE/CES; 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>. Acessado em: 03/11/2013.
49. Villas Bôas LMFM, Araújo MBS, Timóteo RPS. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13(4): 1355-1360. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000400033&lng=en. Acessado em: 01/05/2013.
50. 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. [serial on the Internet]. 2010; 19(3): 434-442. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000300004&lng=en. Acessado em: 19/06/2013.

51. Keiser DE, Serbim AK. Diretrizes curriculares nacionais: percepções de acadêmicos sobre a sua formação em enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2009 dez; 30(4): 633-40. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8815/7567> Acessado em: 03/11/2013.

52. Trevisan MJ, Robazzi MLCC, Bobroff MCC. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. Rev. esc. enferm. USP. 2010; 44(4): 1107-1111. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000400036&lng=en. Acessado em: 13/01/2013.

53. Gehring Junior G, Corrêa Filho HR, Vieira Neto JD, Ferreira NA, Vieira SVR. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. Rev Bras Epidemiol. 2007; 10(3):401-409. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n3/10.pdf>. Acessado em: 28/07/2013.

54. Queiroz DL. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital de grande porte de Dourados, MS. Campo Grande. Dissertação [Mestrado em Psicologia] - Universidade Católica Dom Bosco; 2012. Disponível em: <http://site.ucdb.br/public/mddissertac-oes/8222-qualidade-de-vida-e-capacidade-para-o-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-de-um-hospital-de-grande-porte-de-dourados-ms.pdf>. Acessado em: 05/10/2013

55. Camelo SHH, Angerami ELS. Symptoms of stress in workers from five family health centers. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004; 12(1):14-21.

56. Camelo SH, Angerami EL. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. Ciênc Cuid Saúde. 2008; 7(1):45-52. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis->

&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=647371&indexSe arch=ID Acessado em: 28/07/2013.

57. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série B: Textos Básicos de Saúde).

58. Daubermann DC, Tonete VLP. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. Acta paul. enferm. 2012; 25(2):277-283. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200019&lng=en. Acessado em: 28/07/2013.

59. Carvalho CG, Magalhães SR. Who cares for the caregiver: key factors that affect the health of nursing professionals, a biopsicossocial view. J. res.: fundam. care. online 2013; 5(3):122-131. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado-fundamental/article/view/1525/pdf_829 Acessado em: 06/09/2013.

60. Brazilian Association of Nursing - ABEN. Primer of professional nursing: health, safety and good job conditions. ABEN, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/download/cartilha.pdf> Acessado em: 07/09/2013.

61. Magnago TSBs, Lisbon MTL, Souza ER, MC Moreira. Musculoskeletal disorders in nursing personnel: association with working conditions. Rev. bras.Nurse., Brasilia, v. 60, n. 6, Dec. 2007.

62. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Ann Rev Psychol 2001; 52(1):397-422

63. Felli VEA. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. Enfermagem em Foco 2012; 3(4): 178-181. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/379/170>. Acessado em: 24/11/2013.

64. Martins JT, Robazzi ML, Bobroff MC. Pleasure and suffering in the nursing group: reflection to the light of Dejour psychodynamics. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):1107-11.
65. Schmoeller R, Trindade LL, Neis MB, Gelbcke FL, Pires DEP. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2011 Jun; 32(2): 368-377. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472011000200022&script=sci_arttext. Acessado em: 06/11/2013.
66. Trevisan MJ, Robazzi MLCC, Garanhani ML. Sentimentos de prazer entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Ciênc Enferm*. 2009; 15(3). Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art_06.pdf Acessado em: 21/01/2012.
67. Martins CCF, Vieira AN, Santos VEP. Reflections on the quality of work life of nurses in the prehospital. *R. pesq. cuid. fundam. online* 2012; 4(4):2966-71. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/1857/pdf_638. Acessado em: 13/06/2013
68. Schmidt DR, Dantas RA, Marziale MH. Quality of life at work: Brazilian nursing literature review. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(2):330-7.
69. Schmidt DRC. Qualidade de Vida no Trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do Bloco Cirúrgico. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem da USP; 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-29062009-143214/pt-br.php>. Acessado em: 09/09/2013.
70. Flanagan N, Flanagan TJ. Na analysis of the relationships between job satisfaction and job stress in correctional nurses. *Res Nurs Health* 2002; 24(4): 282-94.

71. Aguiar ADF, Barreto EO, Aguiar KS, Biazini MG, Silva PM. Saúde do trabalhador de enfermagem que atua em centro de saúde. Ver Inst Ciênc Saúde. 2009; 27(2):103-8. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n2/a001.pdf>. Acessado em 18/10/2012.

72. Silva BM, Lima FRF, Farias FSAB, Campos ACS. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. Texto & Contexto Enferm. online. 2006; 15(3): 442-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000300008. Acessado em: 12/08/2013.

73. Queijo AF. Estudo comparativos de carga de trabalho de enfermagem em UTI geral e especializada segundo o Nursing Activities Score (NAS). Tese [doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.

74. Antunes AV, Costa MN. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. Ver Latino-Am Enfermagem. 2013; 11(6):21-22.

75. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital-escola. Ver Latino-Am Enfermagem. 2006;14(4):517-25.

76. Carvalho ER, Rocha HAL. Estudo Epidemiológicos. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará. Disponível em: <http://www.epidemiologia.ufc.br/files/05estudosepidemiologicos.pdf>. Acessado em: 05/02/2013

77. Distrito Federal. Decreto nº 7.469, de 04 de maio de 2011. Regulamenta a Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_-03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7469.htm Acessado em: 16/06/2013.

78. Girade H. Rede Integrada de Desenvolvimento de Brasília e Entorno – RIDE/DF. Senado Federal. Brasília; 2012. Disponível em: http://www.senado.gov.br/comissoes/CDR/CICLOPALESTRAS/PAL20120416_Halim_Girade.pdf. Acessado em: 14/06/2013.

79. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo-2010.php. Acessado em 15/06/2013.

80. IPEA. Gestão do uso do solo e disfunções do crescimento urbano. Brasília; 2001. (Relatório de pesquisa, n. 2)

81. Caiado MCS. Deslocamentos intra-urbanos e estruturação socioespacial na metrópole brasiliense. São Paulo Perspec. São Paulo, 2005; 19(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010288392005000-400004&lang=pt. Acessado em: 14/06/2013.

82. Caiado MCS. Estruturação intra-urbana na região do Distrito Federal e entorno: a mobilidade e a segregação socioespacial da população. R. bras. Est. Pop. São Paulo. 2008; 22(1) p. 55-88. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol22_n1_2005/vol22_n1_2005_5artigo_p55a88.pdf Acessado em: 15/06/2013.

83. Paviani A. Movimentos populares em Brasília. Ed.UnB (Coleção Brasília). Brasília. 1991.

84. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde; 2001.

85. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica e sua composição GM;

1998. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf. Acessado em 29/11/2013.

86. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.091, de 26 de fevereiro de 1998. Altera dispositivo da Portaria nº 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. Brasília: GM; 1998. Disponível em: <http://dtr2001.sau-de.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2091.html>. Acessado em 29/11/2013.

87. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprovar o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante do Anexo I desta portaria. GM; 1998. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_-sus.pdf. Acessado em 29/11/2013.

88. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro; 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000700065&lng=en&nrm=iso Acessado em: 17/06/2013.

89. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Brasil). Profissionais. Brasília; [data desconhecida]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=52&NomeEstado=GOIAS. Acesso em: 18/05/2011.

90. Belmiro A, Ramos P, Guilhem D, Bampi L, Baraldi S, Campos A. Percepção sobre qualidade de vida de estudantes de graduação em ciências farmacêuticas da Universidade de Brasília. Gestão e Saúde. 2013; 4(1). Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/268>. Acessado em: 07/06/2013.

91. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL – bref". Rev Saúde Pública 2000;34(2):178-83

92. Quaggio CMP. Hanseníase: Qualidade de vida dos moradores da Área Social do Instituto Lauro de Souza Lima. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Ciências] - Coordenação de Controle das Doenças da Secretaria do Estado da Saúde do Estado de São Paulo; 2005. Disponível em: http://hansen.bvs.isl.br/textoc/teses/TESES_ONLINE/QUAGGIO_CRISTINA/QUAGGIO_CRISTINA_parte2.pdf. Acessado em: 20/12/2013.

93. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196/1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 1996.

94. Machado MH, Vieira ALS, Oliveira E. Construindo o perfil da enfermagem. *Enfermagem em Foco*. 2012; 3(3): 119-122. Disponível em: <http://www.revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/294/156>. Acessado em: 22/11/2013.

95. Brasil. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rede Observatório de Recursos Humanos. Relatório final de empregabilidade e trabalho dos enfermeiros. 2006. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/30_4_2013__0_Relatorio_Pesquisa_Empregabilidade.pdf. Acessado em: 29/11/2013.

96. Benito GAV, Pinheiro SR. Gestão do trabalho: concepções sobre o processo de trabalho gerencial do enfermeiro na atenção básica/estratégia saúde da família. In: *Anais do 2º Seminário de Trabalho em Enfermagem (SITEen)*. 2008; 17-19; Curitiba: ABEn. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITEen/Arquivos/N.059.pdf>. Acessado em 15/11/2013.

97. Ramos CS, Heck RM, Ceolin T, Dilélio AS, Facchini LA. Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. *Cienc Cuid Saude* 2009; 8 (suplem.):85-91. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9722>. Acessado em 15/11/2013.

98. Fonseca FAC, Pecorari MJR, Cury THC, Miotto LB, Magagnini MAM. A saúde de quem cuida da saúde: trabalho de enfermagem e qualidade de vida. *CuidArte*

Enfermagem. 2008 jan-jun; 2(1):30-38. Disponível em: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/ed02enfpsite.pdf>. Acessado em: 14/11/2013.

99. Lundstrom T, Pugliese G, Bartley J, Cox J, Guither C. Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *Am J Infect Control*. 2002; 30(2):93-106.

100. Barreira IA. A reconfiguração da prática da enfermagem brasileira em meados do século 20. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(4):480-7.

101. Poissonnet CM, Veron M. Health effects of work schedules in healthcare professions. *J Clinical Nurs*. 2000;9(1):13-23.

102. Portela LF, Rotenberg L, Waissmann W. Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses. *Rev Saude Publica*. 2005;39(5):802-8.

103. Fischer FM, Borges FNS, Rotenberg L, Latorre MRDO, Soares NS, Santa Rosa, PL, et al. Work ability of health care shiftworkers: what matters? *Chronobiol Int*. 2006;23(6):1165-79.

104. Rocha BS, Munari DB, Bezerra ALQ, Melo LKA. Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional. *Rev. enferm. UERJ*. 2009 abr-jun; 17(2):229-33. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a16.pdf> Acessado em: 15/11/2013

105. Amorim MM, Andrade ER. Atuação do enfermeiro no PSF sobre aleitamento materno. [online]. *Perspectivas online*. 2009; 3(9):93-110. Disponível em: [http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2009vol3n9/vol-ume%203\(9\)%20artigo9.pdf](http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2009vol3n9/vol-ume%203(9)%20artigo9.pdf) Acessado em: 15/11/2013

106. Barbosa SP, Aguiar AC. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na estratégia saúde da família em Ipatinga – MG. *Rev APS*. 2008;11(4):380-88.

107. Maslach C. Entendendo o *Burnout*. In: Rossi AM; Perrewé PL, Sauter SL. Stress e Qualidade de Vida no Trabalho: Perspectivas atuais da Saúde Ocupacional. São Paulo: Atlas; 2005. p.41-55.
108. Cimeti G, Gencalp N, Kerkin G. Quality of life and job satisfaction of nurses. J Nurs Care Qual 2003; 18(2): 151-58
109. 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. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a19v46n2.pdf>. Acessado em: 04/11/2013.
110. Johnson JV, Lipscomb J. Long working hours, occupational health and the changing nature of work organization. Am J Ind Health. 2006; 49(11): 921-29.
111. Rocha MCP, Martino MMF. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. Rev. esc. enferm. USP. 2010; 44(2): 280-286. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-008062342010000200006&lng=en. Acessado em: 17/11/2013.
112. Costa MS, Silva MJ. Qualidade de vida e trabalho: o que pensam os enfermeiros da rede básica de saúde. Rev Enferm UERJ. 2007;15(2):236-41.
113. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2001;35(3):303-11.
114. Robazzi MCC, Marziale MHP. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. Rev Bras Enferm. 1999;52(3):331-8

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E LABORAL

“Estudo sobre a qualidade de vida dos enfermeiros atuantes em unidades do programa de saúde da família de municípios goianos limítrofes ao Distrito Federal.”

Dados sócio-demográficos e laborais

Sexo: (1) masculino
(2) feminino

Idade: _____ (anos completos)

Natural (município e estado de nascimento):

Procedente (município e estado onde mora atualmente): _____

Estado civil:

- | | |
|-------------------------|----------------|
| (1) solteiro | (4) separado |
| (2) casado | (5) divorciado |
| (3) vivendo como casado | (6) viúvo |

- | | |
|---------------------------|------------|
| Filhos: (1) nenhum | (4) três |
| (2) um | (5) quatro |

(3) dois

(6) cinco ou mais

Há quanto tempo está formado?

Realizou algum curso de pós-graduação?

- **cursos de curta duração:** (1) sim (2) não

- **cursos atualização:** (1) sim (2) não

- **especialização:** (1) sim (2) não

- **mestrado/doutorado:** (1) sim (2) não

Em qual município se localiza o PSF que você trabalha?

Há quanto tempo você trabalha neste PSF?

(1) Menos de 6 meses

(2) 6 meses – 1 ano

(3)

(4) 1 ano – 2 anos

(5) 2 anos – 3 anos

(6) 3 anos – 4 anos

(7) 5 anos ou mais

Qual seu horário de trabalho no PSF?

(1) 07 horas às 16 horas

(2) 08 horas às 15 horas

(3) Outro. Qual? _____

Você reside próximo ao PSF onde trabalha?

- (1) Sim
- (2) Não

Carga horária realizada no PSF:

- (1) 20 horas semanais
- (2) 40 horas semanais
- (3) Outra. Qual? _____

Neste PSF você é:

- (1) Contratado com carteira assinada por tempo determinado. Por quanto tempo? _____
- (2) Contratado com carteira assinada por tempo indeterminado
- (3) Contratado sem carteira assinada
- (4) Concursado pela prefeitura
- (5) Terceirizado
- (6) Comissionado

Número de vínculos empregatícios:

- (1) 1
- (2) 2
- (3) 3 ou mais

Qual(is) são os município(s) que você possui o(s) outro(s) vínculo(s) empregatício(s)?

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____
- (4) _____
- (5) _____

Ainda sobre o(s) outro(s) vínculo(s) empregatício(s), qual tipo de instituição/ trabalho você desempenha?

- (1) Hospital
 - (2) Centro de Saúde
 - (3) Unidade Básica de Saúde
 - (4) Clínica
 - (5) Outros. Quais? _____
- _____
- _____

Neste(s) outro(s) vínculo(s) empregatício(s) qual(is) função(ões) você desempenha?

- (1) Enfermeiro
 - (2) Técnico de enfermagem
 - (3) Auxiliar de enfermagem
 - (4) Outros. Quais? _____
- _____
- _____

Carga horária realizada no(s) outro(s) vínculo(s) empregatício(s):

- (1) 20 horas semanais
- (2) 36 horas semanais
- (3) 40 horas semanais
- (4) 44 horas semanais

(5) Outra. Qual? _____

No PSF, qual o rendimento bruto mensal que ganha habitualmente:

- (1) Abaixo de R\$ 1000,00
- (2) De R\$ 1000,00 a R\$ 2000,00
- (3) De R\$ 2001,00 a R\$ 3000,00
- (4) De R\$ 3001,00 a R\$ 4000,00
- (5) Acima de R\$ 4000,00

Quais fatores te deixam mais ansioso no PSF onde você trabalha?

- (1) Violência na comunidade que atende
 - (2) Violência entre o paciente e o enfermeiro
 - (3) Instabilidade no emprego (devido à política, ao contrato de emprego, clientela)
 - (4) Tamanho da comunidade atendida pela sua unidade de PSF
 - (5) Mudança de unidade de PSF
 - (6) Outros. Quais? _____
-
-

Você faltou ao trabalho no último mês?

- (1) Sim. _____ vez(es).
- (2) Não.

Se você respondeu “sim” na pergunta anterior, qual foi o motivo?

- (1) Saúde.
- (2) Outro motivo.

Qual? _____

Forma de administração do questionário:

- (1) Auto administrado
- (2) Assistido pelo entrevistador
- (3) Administrado pelo entrevistador

Como está a sua saúde?

- (1) muito ruim
- (2) fraca
- (3) nem ruim nem boa
- (4) boa
- (5) muito boa

Você tem algum problema de saúde? Se possível, informar diagnóstico CID – 10 (referência ao utilizado pelo médico assistente).

(1) Sim.

Quais? _____

(2) Não

ANEXO A – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **137/12**

Título do Projeto: “Estudo sobre a qualidade de vida dos enfermeiros atuantes nas unidades do Programa de Saúde da Família de municípios goianos limítrofes ao Distrito Federal.”

Pesquisador Responsável: PaulaThalyta dos Santos Ramos

Data de Entrada: 28/08/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **137/12** com o título: “Estudo sobre a qualidade de vida dos enfermeiros atuantes nas unidades do Programa de Saúde da Família de municípios goianos limítrofes ao Distrito Federal”, analisado na 9ª Reunião Ordinária, realizada no dia 09 de outubro de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII 13 da Resolução 196/96).

Brasília, 18 de outubro de 2012.

Prof. Natan Monsores
Coordenador do CEP-FS/UnB

ANEXO B – QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

Protocolo de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde

WHOQOL – abreviado

Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outros dados de sua vida.

Por favor, responda a todas as questões.

Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma das questões, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Ao responder o questionário, por favor, tenha em mente os seus valores, aspirações, prazeres e preocupações (o que é importante para a sua vida).

Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tendo como referência as **duas últimas semanas**.

Por exemplo: Pensando nas **duas últimas 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, como abaixo.

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

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que 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 o 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 atividades 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 de 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

A questão seguinte refere-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!!!