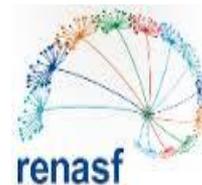




**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA-
RENASF**



**UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

JAYANE KELLY GOMES DE MELO

**QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ESTRESSE EM PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

CRATO - CE

2019

JAYANE KELLY GOMES DE MELO

QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ESTRESSE EM PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Curso de Mestrado Profissional em Saúde
da Família, da Rede Nordeste de
Formação em Saúde da Família -
RENASF, nucleadora Universidade
Regional do Cariri-URCA.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Gislene Farias de
Oliveira.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Promoção da Saúde

CRATO - CE

2019

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade Regional do Cariri – URCA
Bibliotecária: Ana Paula Saraiva de Sousa CRB: 3/1000

Melo, Jayane Kelly Gomes de.

M528q Qualidade de vida e nível de estresse em profissionais da estratégia saúde da família/ Jayane Kelly Gomes de Melo. – Crato – CE, 2020.

114p.; il.

Dissertação Apresentada à Coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Regional do Cariri – URCA; Área de Concentração: Saúde da Família; Linha de pesquisa: Promoção da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Gislene Farias de Oliveira.

1. Qualidade de vida, 2. Nível de estresse, 3. Profissionais de saúde, 4. Saúde da Família; I. Título.

CDD: 614

JAYANE KELLY GOMES DE MELO

QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ESTRESSE EM PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF da Universidade Regional do Cariri - URCA.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Gislene Farias de Oliveira

Universidade Federal do Cariri –UFCA

Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família- RENASF

Professora Orientadora

Dra. Maria do Socorro Vieira Gadelha

Universidade Federal do Cariri – UFCA

Primeiro membro

Dra. Maria do Socorro Vieira Lopes

Universidade Regional do Cariri – URCA

Segundo Membro

Dr. Lucas Vieira de Lima Silva

Universidade Regional do Cariri – URCA

Membro Suplente

Data da aprovação: __/__/__

Crato-CE

Que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem barômetros, etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.

Manoel de Barros

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir seguir!

Aos meus pais e irmãs, que apostam em mim; compreendem as ausências; e são sempre suporte diante às angústias; aos meus sobrinhos, por me ensinarem a viver com mais leveza.

A amiga-irmã Patrícia, incentivadora e companheira no processo de seleção do mestrado e na vida. Juntas conseguimos. Sem ela não teria acontecido; não teria conseguido. Meu maior *muito obrigada*.

Aos colegas que se tornaram amigos e amigas no percurso: Leilane, Vanessa, Gercileide, Wagner e Samuel. Os sorrisos em excesso, as conversas paralelas, e as palavras de acalento foram fundamentais na caminhada. Sou imensamente grata pelo nosso encontro.

A Ingrid Grangeiro, pelo acolhimento e transmissão de conhecimento na reta final. Obrigada pela disponibilidade e carinho quando mais precisei.

A Gislene, minha orientadora, pela parceria firmada, pelo olhar de afago, e por ser calma frente às dificuldades encontradas no meio do caminho.

À Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família- RENASF, por ofertar o programa que me instigou a enveredar em um curso de mestrado; à Universidade Regional do Cariri e seus funcionários, pela recepção e por oportunizar espaço e aconchego a nossa turma.

Aos professores, pela troca; por garantirem oportunidade de diálogos entre seus saberes e nossas práticas.

Aos colegas de trabalho, profissionais que oportunizaram essa produção.

Aos colegas de turma, que partilharam suas experiências pessoais e profissionais; tenho um carinho especial por cada um.

Aos meus amigos e amigas, que sentiram minha ausência enquanto eu me retraía por conta do mestrado, mas me acompanham e sempre torcem por mim.

RESUMO

Introdução: A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu com a proposta de um serviço que se desenvolve a partir de ações de prevenção e promoção da saúde com a presença de equipe multiprofissional. Diante das diversas demandas advindas do ambiente de trabalho, faz-se necessário considerar aspectos sobre a qualidade de vida e suscetibilidade ao estresse em relação a esses profissionais. **Objetivo:** Analisar o nível de estresse e a qualidade de vida dos profissionais da Estratégia Saúde da Família do Município de Cedro-Ceará. **Método:** Estudo descritivo, com metodologia mista de pesquisa, realizado no município de Cedro-CE, com 142 profissionais da ESF, dos quais participaram efetivamente 119. Os instrumentos utilizados foram: Questionário sociodemográfico; Questionário *WHOQOL-bref*; Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de Lipp (*ISSL*); além de questões abertas relacionadas à qualidade de vida e ao estresse no ambiente de trabalho. Os dados quantitativos foram organizados e analisados via pacote estatístico SPSS/Win, versão 20.0, e os qualitativos através do *software* Iramuteq. **Resultados:** público predominantemente feminino, com média de idade de 40,22 anos, e maior parte constituída por agentes comunitários de saúde (34,6%). No que se refere à qualidade de vida, maior parte dos participantes avaliaram como boa, entretanto todos os domínios do *WHOQOL-bref* foram considerados regular, sendo que o menor escore se deu no domínio meio ambiente, e o maior no domínio relações sociais. Sobre as fases do estresse, 53,58% não se apresentam em nenhum nível, 36,13% se encontram na fase de resistência e 10,08% na fase de exaustão; a prevalência de estresse se deu em maior parte nos profissionais auxiliares de limpeza e nos odontólogos. Os discursos obtidos apontaram a percepção dos profissionais sobre o construto Qualidade de Vida de acordo com o conceito proposto pela Organização Mundial da Saúde. No que se refere ao que causa estresse no ambiente de trabalho, foram identificadas questões relacionadas à estrutura física e falta de materiais, bem como relações interpessoais entre os profissionais e entre estes e os pacientes. As estratégias para minimizar o estresse foram direcionadas à busca por relaxamento e distração, além de práticas de saúde física e mental e crenças de caráter religioso. **Considerações finais:** Os profissionais se apresentaram com uma qualidade de vida regular, todavia, demonstraram consistência em relação à percepção do significado do construto e o associam a ter saúde. A quantidade de participantes com estresse foi considerável, uma vez que quase metade da amostra se apresenta em algum nível. Embora tenham sido elencadas estratégias para minimizar o estresse, os fatores considerados estressantes no ambiente de trabalho sugerem a necessidade de mais estudos nesse sentido.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Nível de estresse; Profissionais de saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: the Family Health Strategy (ESF) come with the proposal of a service that is proposal from prevention and health promotion with an multidisciplinary team. Facing the developed demands that comes from the work place, is needed to consider aspects about quality of life and susceptibility to stress in relation to these professionals. Objetive: Analyse the stress level na the quality of life among the Family Health Strategy professionals at Cedro-Ceará. Method: Descriptive study, whit mixed methodology conducted at Cedro-CE, whit 142 ESF's professionals, from those, 119 effectively participated. The tools used were sociodemographic questionnaire; Qestionaire *WHOQOL- bref*; Stress symptoms inventory for adults os Lipp; beyond open questions about qality of life and work place stress. The Quantitative data were organized and analyzed via SPSS / Win statistical package, version 20.0, and the qualitative data were organized and analysed by the Iramuteq software. Results: Predominantly female audience, with an average of 40,22 years old, and mostly mode of community health agents (34.6%). About quality of life, most of the participants rated as good, all the *whoqol-bref* domains were considered regular, the lowest score was about environment domain, and the highest was about social relationships. About the stress phases, 53.58% don't present at any level, 36.13% are in the resistance phase and 10.08% in the exhaustion phase; the prevalence of stress was mostly in the assistant cleaning professionals and dentists. The speeches obtained pointed the perception of professionals about the Quality of Life construct according to the concept proposed by the World Health Organization. Regarding what causes stress in the workplace, issues related to physical structure and lack of materials were identified, as well as interpersonal relationships between professionals and patients. The strategies to minimize stress were directed to the pursuit of relaxation and distraction, as well as physical and mental health practices and religious beliefs. Final considerations: The professionals presented with a regular quality of life, however, demonstrated consistency in relation to the perception of the meaning of the construct and associated it with health. The number of participants with stress was considerable, since almost half of the sample is at some level. Although strategies to minimize stress have been listed, factors considered stressful in the workplace suggest the need for further studies in this regard.

Keywords: Quality of life; Stress; Health Personnel; Family Health.

LISTA DE SIGLAS

APS Atenção Primária à Saúde

AB Atenção Básica

ACS Agente Comunitário de Saúde

ASB Auxiliar de Saúde Bucal

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CHD Classificação Hierárquica Descendente

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ESF Estratégia Saúde da Família

GQV Grupo de Qualidade de Vida

ISSL Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp

LOS Lei Orgânica da Saúde

NASF- ab Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS Organização Mundial da Saúde

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PNPS Política Nacional de Promoção da Saúde

QV Qualidade de Vida

QVT Qualidade de Vida no Trabalho

SAG Síndrome Geral de Adaptação

SPSS Statistical Package for the Social Sciences

ST Saúde do Trabalhador

SUS Sistema único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

URCA Universidade Regional do Cariri

WHOQOL World Health Organization Quality of Life

WHOQOL- *bref* World Health Organization Quality of Life- *abreviado*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Objetivo geral.....	16
2.2	Objetivos específicos.....	16
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1	Qualidade de vida geral e no âmbito do trabalho.....	17
3.2	Considerações sobre o estresse.....	20
4	MÉTODO.....	23
4.1	Tipo de estudo.....	23
4.2	Campo de estudo.....	24
4.3	População e Amostra da pesquisa.....	25
4.4	Critérios de Inclusão e Exclusão.....	26
4.5	Método de coleta e Instrumentos.....	27
4.5.1	Questionário Sociodemográfico.....	28
4.5.2	Instrumento <i>WHOQOL-bref</i>	28
4.5.3	Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL).....	29
4.6	Procedimentos de análise dos dados.....	30
4.7	Considerações Éticas.....	31
5	RESULTADOS.....	32
5.1	Perfil sociodemográfico.....	32
5.2	Qualidade de Vida.....	37
5.2.1	Dados Quantitativos.....	37
5.2.2	Dados Qualitativos.....	41
5.3	Estresse.....	53
5.3.1	Dados Quantitativos.....	53
5.3.2	Dados Qualitativos.....	56
6	DISCUSSÃO.....	68
6.1	Perfil sociodemográfico.....	68

6.2 Dados quantitativos.....	72
6.2.1 Qualidade de vida – <i>Whoqol-bref</i>	72
6.2.2 Estresse - ISSL	75
6.3 Dados qualitativos	79
6.3.1 Qualidade de vida	79
6.3.2 Estresse no trabalho	82
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICES.....	100
ANEXOS	104

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada como Atenção Básica (AB), fundamenta e norteia o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo esta uma proposta de rompimento com o modelo biomédico de saúde, no qual o foco é a doença. Além disso, estabelece uma concepção mais ampla e de maior compreensão dos determinantes do processo saúde-doença, uma vez que lança mão de uma integração entre os saberes técnicos e populares, no sentido de enfrentar os problemas de saúde.

A estratégia surge com a presença de elementos como a promoção, prevenção, reabilitação, redução de danos, diagnóstico, manutenção da saúde e tratamento. Além disso, é preciso considerar aspectos que fundamentam a produção de vínculos, autonomização e acolhimento. Seu corpo de funcionamento se volta para a atuação de equipe multidisciplinar, concepção que garante uma nova forma de organização das práticas de saúde (SORATTO et al., 2015).

O Ministério da Saúde estabelece que a equipe de profissionais da ESF seja composta por, no mínimo, médico generalista ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, técnico ou auxiliar de enfermagem, e agentes comunitários de saúde (ACS); há, ainda, a inserção de equipe de saúde bucal, contemplada por cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2018).

As equipes de saúde que atuam na atenção básica, especialmente na ESF, se responsabilizam por um trabalho que envolve vários problemas a serem resolvidos de forma conjunta. Contudo, dificuldades são encontradas e estão correlacionadas, ainda, à assistência em saúde exercida de forma fragmentada, seja pelos modelos tradicionais ou pela formação acadêmica fragilizada dos profissionais. Na perspectiva de se melhorar o trabalho em equipe, bem como o atendimento ao público assistido, se faz importante a valorização profissional tanto em relação à equipe e à gestão, quanto por parte dos usuários atendidos (PERUZZO et al, 2018).

A percepção e as atitudes dos profissionais no que se refere à sua colaboração no acolhimento na ESF são fatores que interferem no serviço prestado no âmbito da saúde pública. Tal constatação ocorre, pois, a maneira como os usuários lidam com

seus tratamentos interfere diretamente nos profissionais, ocasionando, nestes, sentimento de impotência, decepção e desesperança, uma vez que os atendidos, por vezes, se apresentam resistentes, acomodados, ou pouco ativos na resolução de suas questões de saúde. Além disso, sobrecarga, envolvimento emocional excessivo e frustração, são aspectos que contribuem para que profissionais da ESF se encontrem em uma situação de vulnerabilidade laboral (KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

A avaliação e o acompanhamento da saúde (física e mental) de profissionais de saúde são fatores que devem ser considerados. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080, de 19 de setembro de 1990, que faz parte do regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS), retrata sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e traz entre os seus objetivos e atribuições a execução de ações voltadas para a Saúde do Trabalhador (ST) (BRASIL, 1990).

A partir da referida lei, compreende-se por saúde do trabalhador “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores” (BRASIL, 1990, p.1). Além da definição a lei dita sobre a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores que acabem por se submeter a riscos e agravos decorrentes de suas condições de trabalho, contudo, é um campo que ainda está em desenvolvimento na saúde pública.

Compete ao Ministério da Saúde, a partir da lei supracitada, coordenar nacionalmente a política de saúde do trabalhador. Para tanto, foi criada a portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, com a atribuição de instituir a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. A portaria foi elaborada a partir da percepção e consideração da necessidade do implemento de ações de saúde direcionadas ao trabalhador, em todos os níveis de atenção do SUS (BRASIL, 2012).

Saúde do trabalhador na conjuntura do SUS passa a ser, então, um campo do saber sobre as relações de trabalho e o processo saúde-doença. Nesta esfera, trabalhador é toda pessoa que “exerça uma atividade de trabalho, independentemente de estar inserido no mercado formal ou informal de trabalho, inclusive na forma de trabalho familiar e/ou doméstico” (BRASIL, 2001, p. 7). Em complemento, vale salientar que o trabalho se caracteriza como determinante de saúde e de bem-estar tanto do trabalhador quanto da sua família, contudo, pode também ser fator de adoecimento e mal-estar (BRASIL, 2018).

Leão e Gomez (2014) declaram que são cada vez mais frequentes queixas referentes a sentimentos de insatisfação, cansaço, mal-estar, assédio moral e violência psicológica na área da saúde do trabalhador. Sintomas associados à depressão, neuroses profissionais e até suicídio também podem surgir diante desse contexto. Além destes, o estresse é visto como um alvo de relevante preocupação, essencialmente pelas suas reações emocionais, fisiológicas, cognitivas e comportamentais, relativamente ligadas ao âmbito do trabalho.

No que se refere ao contexto da atenção básica, a saúde do trabalhador ainda é um ramo pouco enfatizado. Neste cenário, faz-se uso de atendimento relacionado à demanda espontânea e o trabalhador, por vezes, se vê diante de um *campo de batalha*, haja vista certas dificuldades no acolhimento ao público que procura o serviço. Tal fato acontece por muitas vezes o usuário buscar atendimento com muita frequência, repetir a queixa em diversos atendimentos, procurar exageradamente atestado médico, entre outros fatores (BRASIL, 2013).

Bezerra e Lucca (2014) asseguram que condições de estresse, sofrimento psíquico e adoecimento são fenômenos que podem agir de forma a comprometer o desempenho e saúde física e mental dos profissionais de Saúde da Família, além de gerar insatisfações no que diz respeito à equipe e ao público por ela assistido. Estudos de investigação realizados nesse ambiente possibilitam o estabelecimento de estratégias no tocante ao trabalho em saúde e uma melhora no atendimento e cuidado aos profissionais.

Lipp, Costa e Nunes (2017) expõem que a prevalência alta de estresse no mundo é motivo de preocupação e de interesse pela busca de suas causas para medidas preventivas. O profissional de saúde pública está propenso a adquirir estresse ocupacional pelo fato de estar submetido a diversos fatores estressores, sejam eles enquanto problemas estruturais, como falta de infraestrutura e de material para o trabalho, ou se referindo às exigências para atender aos desafios decorrentes do SUS (CARVALHO; MALAGRIS, 2007).

Em paralelo, Gessner et al. (2013) afirmam que a qualidade de vida (QV) é fator fundamental para os trabalhadores que atuam na saúde da família, tendo em conta que os elementos que nela interferem podem afetar na assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde. Além disso, os profissionais, por colocarem como prioridade o trabalho e a garantia do bem-estar dos usuários, acabam por negligenciar sua própria qualidade de vida.

Na esfera da saúde coletiva, estudos sobre a avaliação da qualidade de vida têm ganhado reconhecimento nos dias atuais. Percebe-se esse avanço principalmente na referência aos usuários atendidos, tendo em vista que a qualidade de vida contribui na evolução nos tratamentos e, conseqüentemente, nas condutas terapêuticas das equipes de saúde (SEIDL; ZANNON, 2004). Assim sendo, destaca-se a importância de se considerar, também, a qualidade de vida desses atores que contribuem nos atendimentos realizados no campo da saúde.

Tambasco et al. (2017) asseguram que, no contexto da atenção primária, condições de trabalho e saúde nos profissionais ainda têm pouco valor e são pouco discutidas. Destacam a importância da reflexão sobre a qualidade de vida no trabalho pelo fato de perceberem que a insatisfação no trabalho, por exemplo, pode interferir no processo saúde-doença, na vida pessoal e no próprio ambiente de trabalho. Dessa forma, enfatiza-se a importância de esses profissionais serem vistos e reconhecidos de maneira que possam executar da melhor maneira suas atividades pautadas na promoção da saúde.

Frigollo, Fedossi e Filha (2016) afirmam que estudos voltados para profissionais da atenção primária são pouco difundidos. À vista disso, e acreditando na relevância de estudos sobre qualidade de vida e estresse no âmbito do trabalho, nota-se que uma investigação direcionada aos referidos campos de saber, na esfera da saúde da família, pode gerar resultados confiáveis e dar credibilidade e suporte a pesquisas posteriores, assim como possibilita a criação de novas ações e, até mesmo, políticas voltadas para este público e para os temas abordados.

A equipe de saúde da ESF é orientada a atuar a partir de ações envolvendo integralidade, promoção e prevenção de doenças e agravos, em busca da qualidade de vida de quem busca o serviço. Sabe-se que os profissionais lidam diariamente com famílias, em sua maioria em vulnerabilidade social, que estendem à unidade básica de saúde suas questões físicas, mentais e sociais. Dessa forma, os profissionais se veem diante uma gama de fatores que podem gerar estresse no ambiente laboral, e conseqüentemente, adentrar em suas questões pessoais.

A vivência da mestrandia, ao atuar na atenção básica, foi um dos fatores que motivou a proposta da pesquisa no contexto da Estratégia Saúde da Família, uma vez que são percebidos nos discursos dos profissionais elementos como desgaste emocional, cansaço, estresse, descontentamento, insatisfação, entre outros, que podem interferir diretamente no processo de trabalho. Tais fatores revelam que é

indispensável uma maior atenção ao cotidiano laboral dos trabalhadores da ESF, tendo em vista que os mesmos têm papel fundamental na referida conjuntura.

O presente estudo surgiu do pressuposto de que um profissional de saúde orienta ações relativas à melhoria dos quadros de saúde da população, implicando numa melhoria de sua própria qualidade de vida. Imagina-se que os mesmos utilizam em seu benefício as ações de saúde que propõem aos usuários dos serviços sob sua responsabilidade. Daí a necessidade de se compreender sobre a saúde emocional e a qualidade de vida dos profissionais da ESF. A proposta de se verificar a saúde emocional aliada ao estresse advém de que este construto abrange não somente as consequências no corpo ou na mente, mas possui implicações sobre a qualidade de vida dos investigados (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010).

Pelo exposto nos indagamos: Como se apresenta a qualidade de vida e o nível de estresse dos profissionais da ESF em um município do interior do Ceará? O desenvolvimento da pesquisa ocorre a partir desta questão principal, que possibilita demais achados em relação ao tema.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a qualidade de vida e o nível de estresse de profissionais da Estratégia Saúde da Família.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a qualidade de vida e o nível de estresse dos participantes;
- Conhecer os conceitos de qualidade de vida referidos pelos participantes;
- Conhecer estratégias dos profissionais para minimizar o estresse no ambiente laboral.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O interesse e a busca por evidências científicas acerca de temas relacionados à saúde têm se intensificado entre os profissionais desse campo, uma vez que os achados contribuem para fundamentar o ofício e para melhorar a qualidade dos serviços. Além disso, conceitos e termos são amplamente discutidos na perspectiva de serem base para uma prática de saúde qualificada.

Dessa forma, realizou-se um levantamento de literaturas relacionadas aos eixos centrais deste estudo, quais sejam qualidade de vida e estresse, para que, posteriormente, os resultados fossem discutidos com consistência a partir das referências teóricas apresentadas.

3.1 Qualidade de vida: conceito e aspectos do âmbito do trabalho

Qualidade de vida é uma expressão popularmente utilizada, porém é revestida por uma gama de variedades de conceitos, dado seu caráter predominantemente subjetivo (GORDIA et al., 2011). A etimologia do termo Qualidade de Vida tem o latim como origem e deriva de *qualis*, que representa o modo de ser característico de algo, tanto em dimensão pessoal, quanto relacionado ao coletivo, sendo possível assumir características positivas e negativas. Tal referência afronta, então, a ideia de que qualidade de vida frequentemente se trata apenas de algo bom (PEREIRA; TEIXEIRA, SANTOS 2012).

Seidl e Zonnan (2004) apontam que estudos em busca da definição do termo *Qualidade de Vida* revelam que o mesmo pode ter surgido pela primeira vez na década de 1930, por meio da literatura médica. A relação entre QV e saúde atravessa toda a história da medicina social ocidental e latino-americana, e contribui até na construção da ideia de promoção da saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O conceito pode ser compreendido de forma ampla, complexa e diversificada, mencionado em diferentes contextos e ambientes, e com sentidos variados. Ou seja, um conjunto de fatores individuais, sociais, culturais e ambientais relacionados às condições de vida humana. Entretanto, mesmo apresentando grandes avanços nos estudos sobre o tema, ainda são identificadas várias lacunas em sua definição (GORDIA et al., 2011; ZANGÃO; MENDES; BRAGA, 2016).

A QV apresenta inconsistência no tocante a sua definição por conta da falta de consenso nos estudos em relação ao seu conceito. Entretanto, existem definições globais amplamente difundidas entre as décadas de 1960 e 1970, levando em conta aspectos de satisfação/insatisfação e de felicidade/descontentamento (FARQUAHR, 1995 apud PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A década de 1990 é um marco na história do termo QV, pois, foi nesse momento que os estudiosos deram relevância a dois aspectos relacionados ao conceito, quais sejam, a subjetividade e a multidimensionalidade, sendo este, composto por diferentes dimensões, e considerando a QV enquanto um construto. Sobre a subjetividade, cabe ressaltar a consideração que é dada à percepção pessoal sobre seu estado de saúde e seu contexto de vida. Já as características objetivas, isto é, observáveis e até quantificáveis, têm a ver com ambiente físico, saúde e recursos materiais e financeiros (SEIDL; ZANNON, 2004; ZANGÃO; MENDES; BRAGA, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), na tentativa de encontrar um instrumento que avaliasse a QV, bem como um conceito desse termo, construiu um Grupo de Qualidade de vida, conhecido como Grupo *WHOQOL-100* (World Health Organization Quality of Life). No que diz respeito ao conceito de qualidade de vida, advindo de tal estudo, apresenta-se 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 (The WHOQOL Group, 1995, apud FLECK, 2000, p.34).

Minayo, Hartz e Buss (2000), relatam sobre a qualidade de vida como uma representação social construída por parâmetros subjetivos e objetivos, relacionados a bem-estar, amor, felicidade, realização pessoal, prazer, questões de sobrevivência, desenvolvimento econômico e social. No setor da saúde, a temática qualidade de vida tem importante contribuição, dado que envolve e considera a maneira como o indivíduo se percebe e se sente diante suas condições de vida (GOMES; MENDES; FRACOLLI, 2016).

Pereira, Teixeira e Santos (2012) fazem uma releitura do modelo de Renwick e Brown (1996) para entender a dinâmica da QV. Consiste em um modelo que garante à pessoa a aproveitar possibilidades importantes da sua vida e para isso, são elucidados alguns imperativos: o ser, relacionado o que o ser humano é e como se constitui; o pertencer, que tem a ver com as relações que a pessoa tem com o meio

em que convive; e o tornar-se, que se refere ao que faz e participa, desenvolvendo suas habilidades em diferentes perspectivas.

Daubermann e Tonete (2012) assumem que esse termo está presente tanto no que se refere à vida pessoal, quanto no ambiente de trabalho dos indivíduos, haja vista que não há como desagregar a vida e o trabalho.

A origem da qualidade de vida no âmbito do trabalho data da década de 1950, com o surgimento da abordagem sociotécnica. Contudo, apenas na década seguinte cientistas sociais, líderes sindicais, empresários, entre outros, inserem o contexto na perspectiva de melhorar as formas de trabalho, na tentativa de apaziguar efeitos negativos e valorizar o bem-estar do profissional (NASCIMENTO; PEREIRA; PEREIRA, 2013).

Chiavenato (2010) anuncia que o termo QV no trabalho foi citado pela primeira vez por Louis Davis no início da década de 1970, que traz sua preocupação com a saúde e com bem-estar geral dos trabalhadores nos desempenhos de suas atividades. No decorrer do tempo, a referida temática passou a envolver tanto aspectos físicos quanto psicológicos do local de trabalho, uma vez que leva em consideração tanto os colaboradores, quanto a produtividade da organização.

Qualidade de vida no trabalho (QVT) trata-se, então, de um conceito referente a aspectos relacionados ao trabalho, “como estilo de gestão, liberdade e autonomia para tomar decisões, ambiente de trabalho agradável, camaradagem, segurança no emprego, horas adequadas de trabalho e tarefas significativas e agradáveis” (CHIAVENATO, 2010, p.13). Partindo dessa inferência, a QVT se caracteriza em um profundo respeito pelas pessoas, e fundamenta-se na preocupação de fazer do ambiente de trabalho um local atraente, confiável que proporcione satisfação.

A QVT envolve diversos elementos comportamentais e atitudes pessoais para com o trabalho como, motivação, criatividade e inovação, mudança no ambiente, capacidade de adaptação, aceitação de mudanças, e agregar valor à organização (CHIAVENATO, 2010). Contudo, existem fatores que podem afetar os profissionais de maneira negativa, quais sejam, jornada excessiva e altas cargas de trabalho.

Em instituições públicas existem dificuldades acerca da valorização na QV, tanto no que concerne ao serviço prestado quanto aos funcionários. Este cenário pode ser observado em decorrência de questões políticas e de gestão, que interferem também na continuidade do trabalho (NASCIMENTO; PEREIRA; PEREIRA, 2013).

No tocante ao aspecto da QV no trabalho em saúde, a ESF é reconhecida como uma estratégia de política pública que trabalha em prol dos cuidados das famílias e, de certa forma, da atenção domiciliar e comunitária. Para tanto, é importante que os profissionais que assumem o papel e a competência para esse fim tenham boa qualidade de vida, para desempenharem suas funções da melhor forma, bem como para estimular, orientar e acolher os usuários aos quais são responsáveis (GOMES; MENDES; FRACOLLI, 2016).

3.2 Considerações sobre o estresse

O termo estresse ou *stress* é comumente utilizado nos dias atuais, contudo, sua definição ainda contempla certas imprecisões (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999). Hans Selye foi o primeiro estudioso que apresentou sua definição no meio científico e, para ele, o *stress* é uma reação do organismo diante situações que exigem adaptações dele para além do seu limite (SELYE, 1936 apud SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010).

Selye percebeu que o *stress* era o resultado de qualquer demanda sobre o corpo sem especificidade, tanto de efeito físico como mental. Definiu como *estressor* o agente que evocava a reação de estresse, seja de ordem somática, mental ou emocional. Em consequência, o organismo respondia com reações de defesa e adaptação frente ao agente estressor, o que mais tarde o levou a definir como Síndrome Geral de Adaptação (SAG), constituída por três fases ou estágios: de alarme; de resistência; e de exaustão (CAMELO; ANGERAMI, 2004). A seguir serão apresentadas as principais características de cada fase de acordo com os atores supracitados.

- a) Fase de Alarme (ou alerta): é a fase positiva do *stress*, e tem a ver com a resposta ao agente estressor em forma de ataque ou fuga ante uma situação de emergência. Nesse momento há uma paralisação dos recursos do organismo, e pode-se haver ações fisiológicas como uma rápida alteração na pressão arterial, por exemplo. Contudo, serve também como um estímulo e proporciona energia ao sujeito, haja vista a adrenalina que é liberada no momento da tensão;

- b) Fase de Resistência: fase onde o agente do estresse se mantém ativo e o organismo tenta se adaptar ao fator desencadeante. Aqui, pode haver a presença de alguns comprometimentos ou doenças, consideradas de adaptação, em decorrência da progressiva vulnerabilidade na qual o organismo vai se encontrando. Além disso, pode ocorrer o surgimento de sintomas psicológicos, relacionados a desmotivação, irritabilidade, desatenção, entre outros;
- c) Fase de Exaustão: constitui níveis elevados de estimulação fisiológica perante repetidos ou graves acontecimentos traumáticos da vida ou *stress*. Nesse estágio o sistema imunitário se apresenta enfraquecido ou esgotado, onde a capacidade de resistência diminui e, a continuidade dos fatores estressantes aumenta a possibilidade de lesões físicas e psicológicas, como úlceras, depressão, queda na produtividade do trabalho, e demais doenças orgânicas (SELYE, 1936 apud SANTOS; CASTRO, 1998, p. 15; LIPP; MALAGRIS, 1995 apud SILVA; SAINT'CLAIR; NETO, 2015, p.167).

Lipp (2000), inclui uma fase adicional, denominada de quase-exaustão, entre a fase de resistência e a de exaustão, na qual a pessoa não consegue adaptar-se ou resistir ao agente estressor gerando consequências à saúde física e mental, porém não tão gravemente como na última fase.

A autora, que sugere um modelo quadrifásico, define o estresse como “uma reação psicológica, com componentes emocionais físicos, mentais e químicos, a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e/ou confundem a pessoa.” (LIPP, 2000 apud DORIA; LIPP; SILVA,2012, p.3).

Borine, Wanderley e Bassitt (2015) certificam que o estresse é um dos construtos voltados ao sofrimento que mais levam ao surgimento de patologias psicossociais. Referenciando Chiavenato (1989), se referem ao estresse como o conjunto de reações que acontecem em consequência de estímulos não desejáveis existentes no ambiente, ou seja, trata-se da soma de perturbações psíquicas e orgânicas decorrentes de agentes estressores como, emoções fortes, fadiga, trauma e exposições a situações conflituosas.

O estresse é associado a questões de desconforto e pode ser ocasionado por fatores externos e internos. Este último diz respeito ao fato de que, por vezes, o que faz ocorrer o estresse não é nem o momento estressante em si, mas a maneira como

a pessoa o interpreta, isto é, tem a ver com a forma como reage à vida. Já as fontes externas se configuram a partir de queixas familiares, sociais, de trabalho, notícias ameaçadoras, dificuldades econômicas, entre outras. Partindo dessa suposição, vale ressaltar que o estresse pode ser visto como uma condição natural, podendo se tornar patologia caso se instale de forma constante e prolongada (LIPP et al., 1984 apud BORINE; WANDERLEY; BESSITT, 2015; SILVA et al., 2017)

Outros fenômenos decorrentes de altos níveis de estresse podem ser irritação, impaciência, desmotivação, licenças médicas, absenteísmo, fragilidade nas relações, divórcio, doenças físicas variadas, ansiedade, entre outros (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010). Pensando no trabalho, as autoras destacam consequências como falta de ânimo, falta de envolvimento organizacional, faltas e atrasos frequentes, consultas médicas constantes e farmacodependência. Além disso, pode haver uma diminuição na habilidade de se concentrar e de pensar de modo lógico, o que pode ocasionar à queda de produtividade (LIPP; TANGANELLI, 2002).

De acordo com Lipp, Costa e Nunes (2017), os estudos que relacionam estresse e trabalho começaram a surgir na década de 1990 e tem considerado grau de interesse, principalmente, pelo impacto que envolve a saúde do trabalhador. O estresse do trabalho, ou ocupacional, tem em seu fundamento a posição dos trabalhadores frente a sua ocupação como um ambiente estressante (SUEHIRO et al., 2008).

Ribeiro et al. (2018) entendem o estresse ocupacional como aquele que decorre do ambiente laboral e contempla elementos da gestão, organização, relações interpessoais e condições de trabalho. Advém, em grande parte, de uma lógica psicológica que envolve tempo, velocidade e intensidade na realização das atividades, e até por demandas conflitantes no ambiente, causando efeitos deletérios à saúde física e mental dos indivíduos.

A dificuldade que o sujeito tem de se readaptar às demandas que lhe são ofertadas no trabalho e àquelas que ele absorve nesse cenário, pode, também, fazer surgir o estresse ocupacional. Partindo dessa perspectiva, torna-se possível associá-lo ao conjunto de perturbações de ordem psicológica e ao sofrimento psíquico relacionados às experiências de trabalho, em que as demandas atravessam as capacidades físicas ou psíquicas do sujeito, a fim de enfrentar as exigências do meio ambiente organizacional (MANEGHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

Há diversos elementos que constituem ou influenciam o estresse laboral, o que faz com que o mesmo seja considerado um determinante social da saúde. Medidas de intervenção neste âmbito são escassas atualmente, mas, necessárias uma vez que suas consequências surgem de maneira negativa e interferem na qualidade dos serviços prestados na saúde (SILVA-JUNIOR, 2018).

Assis, Caraúna e Karine (2015) apresentam que o estresse é comum em todas as profissões, mas, quando se trata da área da saúde, é importante enfatizar que o cuidado com o sofrimento do outro, seja de ordem física ou psicológica, pode causar danos à saúde do trabalhador. Além disso, as condições precárias de trabalho, comumente vistas nesse setor, podem gerar consequências no bem-estar do profissional que afetam aspectos como o humor e o rendimento.

Outro elemento a ser considerado e destacado é o fato de que não somente aspectos físicos causam estresse no trabalho, mas, situações que violam o equilíbrio físico, social e mental dos profissionais são também questões que podem levar ao adoecimento. Os riscos ocupacionais têm levado os trabalhadores a estados de grande tensão e sofrimento, acarretando no afastamento e desistência de suas ocupações (Camelo, Galon e Marziale, 2012).

Percebe-se, porquanto, que o estresse proveniente do trabalho não acarreta apenas efeitos nocivos ao organismo, isto é, pode atingir negativamente o trabalhador tanto no cumprimento de suas tarefas, quanto na satisfação no ambiente laboral (LIPP; COSTA; NUNES, 2017). Dessa forma, é válido ratificar que insatisfações relacionadas ao trabalho podem interferir tanto no processo ocupacional, quanto na qualidade de vida do trabalhador.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com metodologia mista de pesquisa. Para Lakatos e Marconi (2003, p.187) a pesquisa de campo quantitativa tem por fim analisar e delinear “as características de fenômenos ou fatos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave”. Nesta abordagem o pesquisador lança mão de artifícios quantitativos, oportunizando a oferta de dados para verificação de hipóteses.

Já no que se relaciona à pesquisa qualitativa, a mesma se remete a estudos que levam em consideração os fenômenos, os significados das coisas, a observação do pesquisador, as percepções, entre outros fatores que não são meramente quantificáveis (TURATO, 2005).

A literatura em relação aos estudos mistos no Brasil não é muito discutida, entretanto, apresentar demais métodos, contribui em novas formas de pensar o campo da pesquisa, em especial ao que se refere o percurso metodológico e à produção de dados. O método misto surge com a necessidade de perceber e investigar o fenômeno escolhido não somente sob uma abordagem (SANTOS et al, 2017b).

Oliveira, Magalhães e Matsuda (2018) anunciam que o método misto, considerado um terceiro e novo paradigma de pesquisa, favorece para uma melhor investigação e interpretação dos objetos de estudo, e, para tanto, se faz necessário dedicação por parte do pesquisador.

Minayo e Sanches (1993) reconhecem que nenhuma abordagem é boa o suficiente para compreender completamente a realidade observada. Alguns autores acreditam que depoimentos enriquecem a avaliação, e, portanto, optou-se pela inclusão de questões abertas em forma de complemento aos instrumentos de mensuração (GESSNER et al., apud SAUPE, 2014; STOFFEL, 2004).

4.2 Campo de estudo

A pesquisa foi realizada no município de Cedro-CE, que se situa na região Centro-Sul do Ceará, a cerca de 394 km de Fortaleza, capital do estado. De acordo com o último senso, em 2010, contempla uma população de 24.270 habitantes e apresenta densidade demográfica de 33.79 hab/km². Faz parte da 17^o região de saúde do estado, que abrange os municípios de Baixio, Icó, Ipaumirim, Lavras da Mangabeira, Orós e Umari (CEDRO, 2019; IBGE, 2010).

A rede municipal de serviços de saúde contempla doze Equipes de Saúde da Família, nas quais seis se localizam na zona urbana e seis em zona rural, um Hospital público, um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica- Nasf-AB, e um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

O lócus do presente estudo foi então a APS, especificamente por meio da ESF e do Nasf-AB.

4.3 População e Amostra da pesquisa

A escolha do público a ser pesquisado se estabeleceu considerando a ideia que a equipe de Saúde da Família tem como algumas de suas atividades garantir uma assistência integral a famílias e indivíduos (sadios ou não), buscando trabalhar com continuidade ou demanda espontânea, bem como promover ações e parcerias com outros setores da comunidade na tentativa de enfrentar os problemas de forma conjunta (BRASIL, 2018).

A participação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – Nasf-AB, foi considerada, pois, os profissionais que compõem esta equipe também fazem parte do cotidiano da ESF. Esta equipe multiprofissional trabalha em parceria com a equipe de saúde da família, de forma complementar, a partir de ações de cogestão, corresponsabilização, integralidade do cuidado, assim como através de consultas compartilhadas. O Nasf-AB também atua na longitudinalidade do cuidado e presta serviços diretos às demandas da população, ou seja, também faz parte da reorientação para um modelo de saúde atuante de forma preventiva, como sugere a ESF (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014).

Fizeram parte da presente pesquisa os profissionais das equipes da EFS do município de Cedro- CE, especificamente os de nível superior, técnico e médio, bem como uma integrante do Nasf-AB, que circula todas as unidades básicas de saúde. Abaixo, seguem os profissionais que contemplam o quadro de trabalhadores da Atenção Básica no contexto da ESF na ocasião da pesquisa:

Quadro 1: Profissionais da ESF. Fonte: Cedro – CE, 2019. Dados da pesquisa.

Profissionais	Quantidade
Enfermeiros	12
Odontólogos	11
Médicos	10
Técnicos em Enfermagem	13
Atendentes	19
Nasf-AB	4
Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)	11

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	53
Auxiliar de limpeza	12

Ainda que o Ministério da Saúde não cite a presença de atendentes e auxiliares de limpeza enquanto integrantes da equipe mínima da ESF, estes profissionais fazem parte do quadro de funcionários das UBS e também lidam diretamente com o público, seja em forma de acolhimento e disseminando informações, seja proporcionando um ambiente agradável para a comunidade assistida. Por essa razão, tais profissionais foram incluídos na investigação.

No total, fazem parte do quadro de funcionários da ESF em questão, 142 profissionais que têm contato direto e frequente com os usuários assistidos nas unidades básicas de saúde. O recorte da amostra foi não-probabilístico, de modo que os participantes foram selecionados por critérios de acessibilidade e conveniência.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Incluíram-se neste estudo todos os profissionais já citados, vinculados na ESF, cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); com atuação mínima de seis meses na Estratégia Saúde da Família do município de Cedro-CE. A escolha pelo tempo de um semestre trabalhado ocorreu por se acreditar que este é um período significativo em relação ao exercício propriamente dito e à percepção acerca de aspectos positivos e negativos sobre o ambiente e infraestrutura, relações interpessoais e processo de trabalho.

Não se incluiu neste estudo os profissionais que estavam, no período da coleta de dados, de férias ou afastados (licença médica, maternidade, por interesse particular); e aqueles que não aceitaram participar livremente do estudo ou desistiram de fazê-la no decorrer da pesquisa.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram convidados a participar da pesquisa 135 profissionais. A partir da apresentação e convite para a participação de forma voluntária no estudo, os questionários foram entregues. Ao término do prazo estimado para o preenchimento dos formulários, o total de 119 foram devolvidos, o que resultou na amostra a seguir.

Quadro 2: Profissionais da ESF respondentes da pesquisa. Fonte: Cedro – CE, 2019. Dados da pesquisa.

Profissionais	Quantidade
Enfermeiros	11
Odontólogos	8
Médicos	8
Técnicos em Enfermagem	13
Atendentes	18
Nasf-AB	1
Auxiliar de Saúde Bucal	8
Agentes Comunitários de Saúde	41
Auxiliar de limpeza	11

Vale salientar que a equipe do NASF- ab, na ocasião, era composta por apenas quatro profissionais, sendo uma delas a pesquisadora, que se eximiu em participar da pesquisa, tendo em conta que conhecia os questionários e a forma como eram feitas as avaliações.

4.5 Método de coleta e Instrumentos

Inicialmente foi realizada a apresentação do projeto de pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde do município de Cedro-CE, elencando os passos e etapas que seriam desenvolvidas; bem como justificando a relevância da investigação seja em relação ao município, ou no âmbito nacional, já que se trata de um assunto de saúde pública. Em seguida, após aprovação da secretaria, houve o contato com os profissionais das equipes de ESF em cada Unidade Básica de Saúde – UBS e foi realizado o convite para a participação da pesquisa.

Após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), foram entregues os instrumentos, quais sejam: questionários sociodemográfico (Apêndice A); instrumento de mensuração de qualidade de vida *WHOQOL-bref* (Anexo A); Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (Anexo B), sendo estes dois últimos com questões abertas complementares. Todos autoaplicáveis, exceto em casos de pessoas que não saibam ler e/ou escrever.

A pesquisa se estendeu pelo período de três meses, entre os meses de abril e junho de 2019. Ao final do prazo, a pesquisadora recolheu os questionários para dar seguimento ao desenvolvimento da pesquisa.

4.5.1 Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico refere-se a uma sequência de questões elaboradas pelos próprios pesquisadores e tem como objetivo obter características e assim conhecer o perfil do participante (SÁ; SILVA; FUNCHAL, 2014).

No caso do presente estudo, procurou-se obter informações sobre: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda; e, questões relacionadas ao trabalho, como a carga horária, qual UBS que trabalha, se tem capacitação para atuar na AB, se gosta da atividade exercida e se mudaria o local de trabalho.

A utilização desse questionário se justifica pelo interesse de conhecer o perfil dos profissionais e, posteriormente, fazer relações entre a caracterização dos sujeitos e a interpretação dos resultados dos demais instrumentos, dando maior alicerce para as discussões.

4.5.2 Instrumento WHOQOL-bref

Fleck (2000) certifica que o que é levado em consideração no estudo sobre a qualidade de vida não é, necessariamente, a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico, mas, a percepção do participante que está sendo avaliado. O método *WHOQOL-100* foi pensado, pois, com base em um enfoque transcultural, de forma colaborativa em vários centros, com diferentes níveis de desenvolvimento, diversos serviços de saúde, importância da família, na tentativa de ponderar os impasses relacionados à padronização, equivalência e tradução durante todo o desenvolvimento do instrumento.

O instrumento *WHOQOL*, criado pelo Grupo de Qualidade de Vida (GQV), *The WHOQOL Group* (1995), validado e traduzido no Brasil por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tem como objetivo avaliar a qualidade de vida geral das pessoas considerando diferentes culturas (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Toma por base o fato de que a qualidade de vida ser vista como uma construção subjetiva do indivíduo em questão, com diversas dimensões, e contempla

aspectos positivos e negativos. O *WHOQOL-100* é composto por 100 questões, para avaliar seis domínios: físico, psicológico, de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O instrumento *WHOQOL-bref*, é uma versão abreviada do *WHOQOL-100*, elaborado com a proposta de uma aplicação em menor tempo em relação ao instrumento anterior, mas com características psicométricas não menos satisfatórias. Aqui, cada faceta do instrumento é avaliada por uma questão, sendo as duas primeiras questões sobre saúde e qualidade de vida, e as demais, distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (ZANEI; OLIVEIRA; WHITAKER, 2019).

O questionário contempla escala numérica do tipo *Likert*, que pode variar de 1 a 5. Segundo Miranda et al. (2012, p. 106) esse tipo de escala tem o objetivo de “verificar o nível de concordância do indivíduo com uma proposição que expressa algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico”. Ou seja, é possível que os respondentes que apresentem afinidades e respostas favoráveis a algum tema, provavelmente concordem em optar por itens positivos no que concerne à questão, e quando contrário, expressem aspectos desfavoráveis ao tema.

Adicionalmente ao *WHOQOL-bref*, procurou-se conhecer quais as concepções sobre o conceito de QV dos profissionais participantes da pesquisa. Foram acrescentadas as perguntas “O que você entende por qualidade de vida? ”, e “Como você acha que pode melhorar sua qualidade de vida? ”.

4.5.3 Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL)

O Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos (ISSL) se baseia na sintomatologia do estresse e é um instrumento validado e aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia (MIGUEL; NORONHA, 2007). O ISSL oferta uma medida objetiva da sintomatologia do estresse em pessoas acima de 15 anos e adultos (ALFREDO; BLOND; MANNA, 2016).

O *ISSL* contribui, então, na verificação da indicação de *stress* e em que fase se encontra, quais sejam, fase de alerta, resistência, quase-exaustão ou *exaustão*. Além disso, o instrumento considera a prevalência de sintomas, sejam estes físicos ou psicológicos. O inventário contempla 37 itens de ordem somática e 19 de natureza psicológica, o que totaliza 53 sintomas divididos em três partes. Tal sequência ocorre

de maneira hierárquica em relação à intensidade dos sintomas (SADIR; BIGNOTO; LIPP, 2010).

O instrumento, de rápida aplicação, é dividido em três partes, que se relacionam às quatro fases do estresse ou modelo Quadrifásico do Estresse de Lipp. A primeira parte se refere à fase de alerta, aos sintomas percebidos nas últimas 24 horas; a segunda trata dos sintomas da última semana, ligados à fase de resistência e quase-exaustão; a terceira parte retrata sobre aspectos sentidos nos últimos 30 dias, relacionados à fase de exaustão (SANTOS et al., 2017a).

No instrumento sob a forma de suspeição, utilizado no presente estudo, a apuração do nível de estresse é obtida da seguinte forma: A fase de alerta incide quando 7 ou mais itens são assinalados na primeira fase do instrumento; a fase de resistência ocorre quando 4 ou mais itens são marcados no segundo quadro; e, por fim, a fase de exaustão é confirmada quando se têm 9 ou mais itens escolhidos no último quadro.

Rosseti et al. (2008) falam que, para se perceber claramente o desenvolvimento do estresse, faz-se preciso compreender que os sintomas variam de acordo com cada fase. Tal fato foi visto na padronização do inventário em 1994, por Lipp e Guevara.

Acreditou-se necessário agregar algumas questões complementares como forma de atender aos objetivos específicos. Já que a amostra se constitui por profissionais atuantes na ESF, foram lançadas perguntas sobre o estresse no ambiente de trabalho, a saber: “ Que situações, no seu trabalho, você percebe que o levam a um estado de estresse? ”, e “ O que você faz para diminuir a tensão do estresse no seu cotidiano de trabalho? ”.

4.6 Procedimentos de análise dos dados

O tratamento dos dados coletados de ambos os instrumentos foi realizado através de planilhas via programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. A análise dos instrumentos se estabeleceu conforme modelo estatístico disponibilizado pelo Grupo *Whoqol* e pelo manual do ISSL.

As respostas referentes às questões abertas foram processadas através do *software* Iramuteq, que tem como proposta a análise dos dados qualitativos e textuais, com diversas possibilidades de processamento (SOUZA et al., 2018). O Iramuteq possibilita contribuições em estudos das ciências humanas e sociais, principalmente

por apresentar rigor estatístico que permite diversos tipos de análises textuais, especialmente quando se trata de grandes volumes de texto (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Para que os dados qualitativos fossem processados, foram organizados corpus textuais com as respostas mediante recomendação do *software*, para que assim fosse possível o processo de exploração. Diante as diversas possibilidades que o *Iramuteq* oferta, optou-se por apresentar os dados a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a Análise de Similitude.

Conforme expõe Souza et al. (2018), a CHD ocorre a partir do processamento dos segmentos de texto, enfatizando os termos mais significativos estatisticamente e separadas em classes, que são distribuídas e apresentadas em colunas e com a porcentagem referente a cada grupo de palavras. Já a Análise de Similitude processa os corpus resultando em uma figura representativa, ligando as palavras a conectivos relacionados e destacando as expressões de acordo com a quantidade de vezes que foram repetidas, ou seja, quanto mais citada a palavra, maior seu tamanho na figura.

Embora o *software* proporcione gráfica e numericamente as palavras e suas conexões nos discursos, é interessante perceber o que está para além do que é dito, haja vista que os conceitos dos temas abordados se tornam base também para uma análise qualitativa. Minayo e Sanches (1993) certificam que um estudo qualitativo traz consigo questões ligadas a valores, crenças, opiniões, atitudes e representações em torno do conteúdo manifesto, por isso, há importância de uma interpretação em forma de categorias, por exemplo.

Os resultados serão apresentados por meio de gráficos, figuras e tabelas, e discutidos com base nos conceitos centrais já citados e de resultados obtidos em estudos semelhantes, conforme levantamento de literaturas associadas. Foram criadas categorias para melhor compreensão dos achados qualitativos. As categorias sobre qualidade de vida foram fundamentadas através do que a OMS apresenta em relação ao construto; já a parte do estresse se baseou a luz da literatura sobre o estresse ocupacional no âmbito da saúde.

4.7 Considerações Éticas

A pesquisa atendeu aos critérios éticos, garantindo-se a confiabilidade das informações coletadas através das técnicas utilizadas. Seu desenvolvimento teve

início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA), sob o parecer de número 3.263.937. Foi realizada conforme adequação às normas do Conselho Nacional de Saúde, segundo a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Depois de esclarecidos sobre os objetivos, riscos e benefícios do projeto, os participantes foram questionados quanto a sua disponibilidade em fazer parte da pesquisa, sendo lembrados sobre a participação ser voluntária. Foi garantido sigilo quanto as informações pessoais e possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa. Em seguida assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), que almeja apresentar o tema e os objetivos, além de respaldar os envolvidos na pesquisa e ressaltar que a identidade dos participantes não será revelada.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil sociodemográfico

No que diz respeito à caracterização da amostra, fizeram parte deste estudo 119 profissionais de saúde, que atuam na Estratégia Saúde da Família do município de Cedro-Ceará, e que não se opuseram à participação. A população foi predominantemente feminina, totalizando em 100, o que corresponde a 84,0% contra 19 do sexo masculino (16,0%). As idades variaram entre 22 e 66 anos, com média de 40,22 e Desvio Padrão (DP) – 10,123. A maior concentração se encontra entre 32 e 41 anos (32% dos respondentes).

No tocante ao estado civil, a maioria dos participantes se declarou como Casado ou em União Estável (69,5%). Em números, estes dados estão distribuídos de acordo com as tabelas a seguir.

Tabela 1: Distribuição do sexo e idade dos sujeitos da pesquisa

Profissão	Frequência	Percentual (%)
Masculino	19	16,0
Feminino	100	84,0
Total	119	100,0

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	22	66	40,2	10,132

Fonte: Cedro - CE, 2019. Dados da pesquisa.

Para facilitar a visualização da distribuição das idades dos participantes por classe, optou-se pela apresentação do gráfico a seguir:

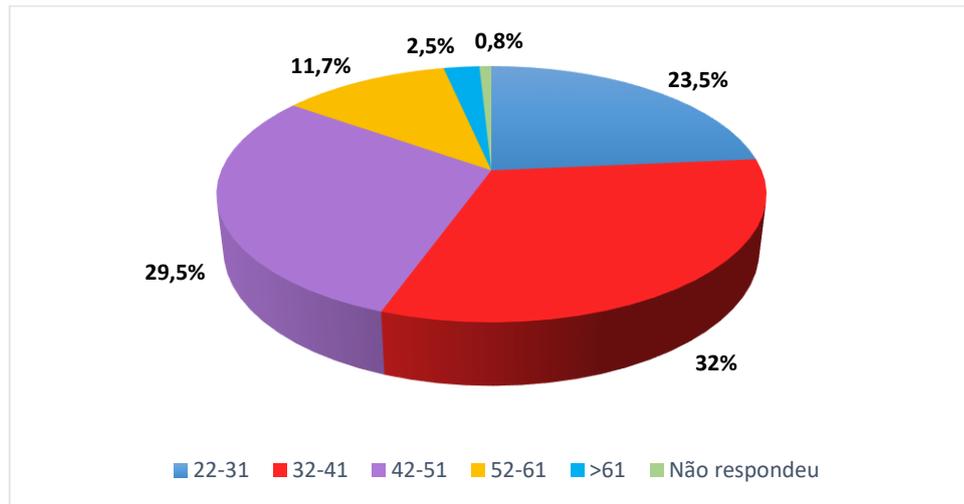


Figura 1 – Distribuição das idades dos participantes por classe. Fonte: Cedro-CE – 2019. Dados da pesquisa.

De acordo com o que foi expresso no gráfico apresentado acima, nota-se que grande parte dos profissionais estão na faixa etária da meia idade, achado que pode estar relacionado ao estado civil, que demonstra a maioria estando casados ou com união estável.

Tabela 2: Estado Civil dos sujeitos da amostra

Estado Civil	Frequência	Percentual (%)
Solteiro	29	24,6
Casado/União estável	82	69,5
Divorciado/Separado	6	5,1
Viúvo	1	0,8
Não responderam	1	0,8
Total	119	100,0

Fonte: Cedro – CE, 2019. Dados da pesquisa.

Sobre os dados referentes a escolaridade dos profissionais, o ensino médio prevaleceu em maior número, 47,5 %. Nota-se, em números, que há uma disparidade entre o nível de escolaridade e a função exercida. Pode-se perceber, na ocasião, que profissionais de nível superior ocupam cargos direcionados para nível médio, e alguns de nível médio exercem atividades relacionadas ao nível fundamental.

Tabela 3: Escolaridade dos sujeitos da amostra

Escolaridade	Frequência	Percentual (%)
Ensino Fundamental	6	5,0
Ensino Médio	56	47,5
Nível técnico	19	16,3
Nível Superior	38	31,2
Total	119	100,0

Fonte: Cedro – CE, 2019. Dados da pesquisa.

Em relação ao perfil profissional dos participantes, percebeu-se Agente Comunitários de Saúde em maior quantidade, correspondendo a 34,6% do total da amostra. Maior parte da amostra se autodeclarou com renda referente a um salário mínimo, no total 62,7%.

Tabela 4: Profissões e renda mensal dos sujeitos da amostra

Profissão	Frequência	Percentual (%)
Auxiliar de limpeza	11	9,2
Atendentes	18	15,2
Auxiliar de Serviço Bucal	8	6,7
Agente Comunitário de Saúde	41	34,6
Técnico em Enfermagem	13	10,9
Enfermeiro	11	9,2
Médico	8	6,7
Odontólogo	8	6,7
Educadora Física	1	0,8
Total	119	100,0

Renda	Frequência	Percentual (%)
1 Salário mínimo	74	62,7

1 – 3 Salários mínimos	21	17,8
3 – 5 Salários mínimos	10	8,5
5 – 8 Salários mínimos	3	2,5
Mais de 8 Salários mínimos	10	8,5
Não respondeu	1	0,8
Total	119	100,0

Fonte: Cedro – CE, 2019. Dados da pesquisa.

Sobre o tempo de atuação nas UBS, a amostra se comportou da seguinte maneira: 60 pessoas trabalham há até 5 anos (50,5%), sendo que o menor tempo foi de seis meses; outras 18 relataram atuar no referido serviço entre 5 a 10 anos; 26 trabalham entre 10 e 20 anos; 14 entre 20 a 30 anos; e apenas uma respondeu estar há 33 anos. O cálculo amostral teve média de 8,8 anos e Desvio Padrão de 8,342.

O gráfico ilustrado a seguir, expressa a distribuição do tempo de trabalho.



Figura 2 – Distribuição do tempo de trabalho dos participantes por classe. Fonte: Cedro- CE – 2019.

Em relação à carga horária e local de trabalho, foi identificado que 95,8% declararam trabalhar 40 horas semanais, e apenas 4,2% afirmaram atuar em 30 horas por semana. Sobre o local, constatou-se que 52,9% da população da amostra trabalha em Zona urbana, o que corresponde à maior concentração.

Tabela 5: Carga horária e local de trabalho

Carga horária	Frequência	Percentual (%)
30 horas semanais	5	4,2

40 horas semanais	114	95,8
Total	119	100,0
UBS	Frequência	Percentual (%)
Zona Urbana	63	52,9
Zona Rural	56	42,1
Total	119	100,0

Fonte: Cedro – CE, 2019. Dados da pesquisa.

Em menção aos aspectos sobre a atividade exercida, 78,2% declarou ter tido capacitação para trabalhar na ESF e 96,6% respondeu positivamente sobre gostar da atividade que exerce. No que diz respeito à mudar de local de trabalho, 24,4% dos respondentes afirmaram o desejo pela mudança.

Tabela 6: Capacitação para trabalhar/ Gosta da atividade e desejo por mudança do local de trabalho

Capacitação	Frequência	Percentual (%)
Sim	93	78,2
Não	26	21,8
Total	119	100,0
Gosta da atividade exercida	Frequência	Percentual (%)
Sim	115	96,6
Não	4	6,4
Total	119	100,0
Mudar local de trabalho	Frequência	Percentual (%)
Sim	29	24,4
Não	89	74,8
Não respondeu	1	0,8
Total	119	100,0

Fonte: Cedro – CE, 2019. Dados da pesquisa.

Os resultados vistos acima demonstram que não há insatisfação com significância em relação ao local e ao trabalho por parte dos participantes. O fato de muitos dos profissionais terem capacitação para exercer suas funções pode expressar

qualidade dos serviços no sentido do conhecimento teórico para a realização do trabalho.

5.2 Qualidade de Vida

5.2.1 Dados Quantitativos

O domínio geral, que corresponde à avaliação sobre a qualidade de vida e a saúde, contempla as questões 1 e 2; o domínio físico é dividido entre as questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18; o domínio psicológico é constituído pelas questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26; já o domínio relações sociais é representado pelas questões 20, 21 e, 22; e, por fim, o domínio meio ambiente compreende as questões 8, 9, 10, 12, 13, 14, 23, 24 e 25 (GOMES; MENDES; FRACOLLI, 2016).

Os resultados atribuídos a cada domínio, considerando suas facetas (questões), geram uma pontuação de 1 a 5. Se relacionam a “precisa melhorar” quando o resultado der de 1 até 2,9; “regular” quando ocorre de 3 até 3,9; “boa” referente a 4 até 4,9; e “muito boa” resultando o valor 5 (GOMES; MENDES; FRACOLLI, 2016).

Partindo desse pressuposto, este estudo avaliou a qualidade de vida dos profissionais da ESF do município de Cedro-CE. Foi realizada uma análise descritiva, de acordo com as distribuições de cada faceta e seus respectivos domínios. No domínio geral, ao questionamento sobre como avaliaria sua qualidade de vida, a maioria dos participantes (59,27%) avaliou como boa; assim como, ao serem indagados sobre sua condição de saúde, a maior parte (51,3%) respondeu sobre estarem satisfeitos.

Apesar disto, através dos cálculos entre domínios e facetas, foi obtido o resultado Regular em todos os domínios, o que representa certa homogeneidade no resultado da pesquisa. O domínio relações sociais foi o que apresentou maior escore médio ($\bar{x}= 3,79$) enquanto o que apresentou o menor escore foi o meio ambiente ($\bar{x}= 3,33$)

Os quadros expressos a seguir foram elaborados com a proposta de apresentar as quantidades e os escores das alternativas presentes em cada faceta e dos respectivos domínios contidos no *WHOQOL-Bref*, a partir das análises de frequência e descritiva, realizadas pelo *software* estatístico já citado.

Quadro 3: Escores do instrumento *Whoqol-Bref*. Fonte: Cedro – CE, 2019. Dados da pesquisa.

Questões <i>WHOQOL- bref</i>					
	Muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	Boa	muito boa
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1 (0,8%)	6 (5%)	27 (22,7%)	71 (59,7%)	14 (11,8%)
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	muito insatisfeito
2. Quão satisfeito você está com sua saúde?	1 (0,80%)	18 (15,1%)	27 (22,7%)	61 (51,3%)	12 (10,1%)
	Nada	muito pouco	mais ou menos	Bastante	extremamente
3. Em que medida você acha que sua dor física impede você de fazer o que precisa?	33 (27,7%)	39 (32,8%)	33 (27,7%)	12 (10,1%)	2 (1,7%)
4. O quanto você precisa de tratamento médico para viver diariamente?	24 (20,2%)	35 (29,4%)	38 (31,9%)	20 (16,8%)	2 (1,7%)
5. O quanto você aproveita a vida?	2 (1,7%)	17 (14,3%)	50 (42,0%)	41 (34,5%)	9 (7,6%)
6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	0 (0,0%)	1 (0,8%)	21 (17,8%)	59 (50,0%)	37 (31,4%)
7. O quanto você consegue se concentrar?	0 (0,0%)	8 (6,8%)	50 (42,4%)	54 (45,8%)	6 (5,1%)
8. Quão seguro você se sente em sua vida diária?	0 (0,0%)	5 (4,2%)	45 (38,1%)	54 (45,8%)	14 (11,9%)
9. Quão saudável é o seu ambiente físico?	1 (0,8%)	13 (11,1%)	51 (43,6%)	44 (37,6%)	8 (6,8%)
	Nada	muito pouco	Médio	Muito	completamente
10. Você tem energia suficiente para o dia-a-dia?	1 (0,8%)	11 (9,2%)	50 (42,1%)	38 (31,9%)	19 (16,0%)
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1 (0,8%)	13 (10,9%)	24 (20,2%)	39 (32,8%)	54 (35,3%)
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	8 (6,7%)	35 (29,4%)	58 (48,8%)	13 (10,9%)	5 (4,2%)
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no de seu a dia?	1 (0,8%)	12 (10,1%)	63 (53,0%)	32 (26,9%)	11 (9,2%)
14. Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	15 (12,6%)	46 (38,6%)	37 (31,1%)	17 (14,3%)	4 (3,4%)
	Muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	Bom	muito bom
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	3 (2,5%)	1 (0,8%)	11 (9,2%)	55 (46,3%)	49 (41,2%)

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	muito satisfeito
16. Quanto satisfeito você está com seu sono?	8 (6,7%)	22 (18,5%)	30 (25,2%)	24 (35,3%)	17 (14,3%)
17. Quanto satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar atividades do dia a dia?	2 (1,7%)	7 (5,9%)	24 (20,2%)	59 (49,5%)	27 (22,7%)
18. Quanto satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	0 (0,0%)	7 (5,9%)	17 (14,3%)	64 (53,7%)	31 (26,1%)
19. Quanto satisfeito você está consigo mesmo?	2 (1,7%)	4 (3,4%)	26 (21,8%)	56 (47,0%)	31 (26,1%)
20. Quanto satisfeito está com suas relações pessoais (amigos, parentes, etc?)	2 (1,7%)	5 (4,2%)	12 (10,1%)	63 (52,9%)	37 (31,1%)
21. Quanto satisfeito você está com sua vida sexual?	6 (5,0%)	11 (9,2%)	25 (21,0%)	49 (41,3%)	28 (23,5%)
22. Quanto satisfeito você está com o apoio que recebe dos amigos?	4 (3,4%)	6 (5,0%)	35 (29,4%)	57 (47,9%)	17 (14,3%)
23. Quanto satisfeito você está com as condições do local de onde mora?	4 (3,4%)	4 (3,4%)	26 (21,8%)	55 (46,2%)	30 (25,2%)
24. Quanto satisfeito você está com seu acesso aos serviços de saúde?	2 (1,7%)	5 (12,6%)	37 (31,1%)	54 (45,4%)	11 (9,2%)
25. Quanto satisfeito você está com o seu meio de transporte?	6 (5,0%)	9 (7,6%)	30 (25,2%)	53 (44,6%)	21 (17,6%)
	Nunca	Algumas vezes	frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos?	13 (10,9%)	76 (63,9%)	19 (16,0%)	5 (4,2%)	6 (5,0%)

Os dados acima foram descritos de forma bruta e em percentual, na tentativa de explicar melhor as quantidades e a distribuição das respostas. Entretanto, para maior compreensão dos resultados, segue o quadro apresentando os escores de cada domínio e suas respectivas facetas, separadamente, de acordo com o cálculo prescrito pelo instrumento.

Quadro 4: Escores por facetas do instrumento *Whoqol-Bref*. Fonte: Cedro – CE, 2019. Dados da pesquisa.

	FACETAS	ESCORE POR FACETA	SCORE TOTAL
Domínio Geral	1. Avaliação da qualidade de vida	3,76	
	2. Satisfação com a saúde	3,55	3,65
Domínio Físico	3. Dor e desconforto	2,25	
	4. Dependência de medicações ou tratamentos	2,50	
	10. Energia e fadiga	3,53	
	15. Mobilidade	4,23	3,38
	16. Sono e repouso	3,32	
	17. Atividades da vida cotidiana	3,86	
	18. Capacidade de trabalho	4,00	
	Domínio Psicológico	5. Sentimentos positivos	3,32
6. Espiritualidade, religiões e crenças pessoais		4,12	
7. Pensar, aprender, memória e concentração		3,49	3,50
11. Imagem corporal e aparência		3,91	
19. Autoestima		3,92	
26. Sentimentos negativos		2,29	
Domínio Relações Sociais	20. Relações pessoais	4,08	
	21. Atividade sexual	3,69	3,80
	22. Suporte (apoio) social	3,65	
Domínio Meio Ambiente	8. Segurança física e proteção	3,65	
	9. Ambiente físico: (poluição/ruídos/trânsito/clima)	3,38	
	12. Recursos financeiros	2,76	
	13. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	3,34	3,33
	14. Participação em/e oportunidades de recreação/lazer	2,57	
	23. Ambiente no lar	3,87	
	24. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	3,48	
	25. Transporte	3,62	

Ao observar os escores médios de cada questão, percebe-se que os itens maiores são o 6 (relacionado às crenças e ao sentido da vida) ($x=4,12$), 15 (capacidade para se locomover) ($x=4,23$), 20 (Satisfação com as relações pessoais) ($x= 4,08$). Já no que se refere aos itens com menor escore, tem-se o 3 (dor e desconforto) ($x=2,25$), 4 (dependência de medicações e tratamentos) ($x=2,50$), 12 (recursos financeiros) ($x=2,76$) e 14 (Oportunidades de lazer) ($x=2,57$). As facetas 12

e 14 estão presentes no domínio meio ambiente, o que ratifica seu menor escore no geral.

5.2.2 Dados Qualitativos

As questões abertas referentes à Qualidade de Vida foram pensadas na perspectiva de complementar os resultados quantitativos, uma vez que foram lançados questionamentos acerca da compreensão dos participantes em relação à definição do construto.

Na utilização do software Iramuteq, o corpus geral foi constituído por um texto com todas as respostas, separado por 50 Segmentos de Texto. Emergiram 1842 ocorrências (palavras) sendo 573 palavras diferentes e 372 com uma única ocorrência.

A partir da análise do tipo Classificação Hierárquica Descendente, foi gerado o dendograma da figura abaixo referente à primeira questão, com quatro classes representadas pelas palavras com mais evidência por parte dos profissionais, no qual houve um aproveitamento de 88%. Faz-se preciso ressaltar que para serem úteis, o valor mínimo de retenção do material textual/ segmentos de texto é o valor de 75% (CAMARGO; JUSTO, 2013).

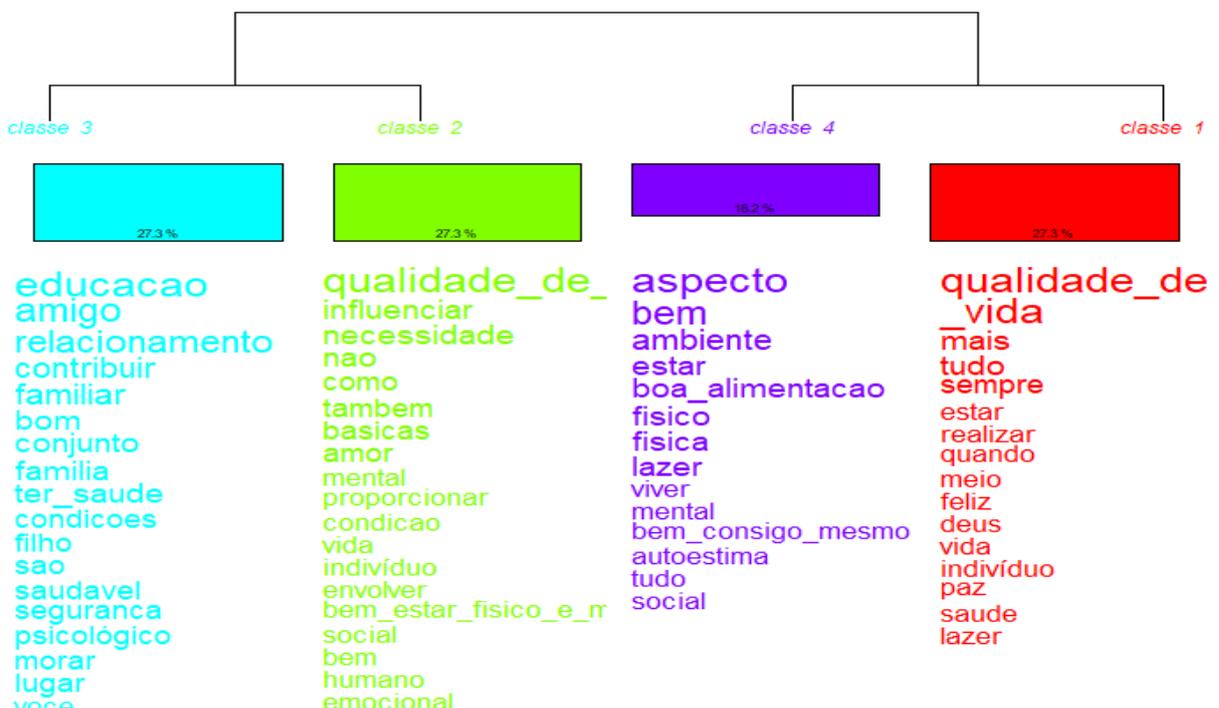


Figura 3: Dendrograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente do corpus textual referente à primeira questão sobre qualidade de vida. Cedro-CE, 2019.

Foi elaborado um quadro para melhor compreensão visual e interpretação de dados estatísticos oferecidos pelo software. Contudo, as quatro classes serviram de base para a criação de duas categorias, fundamentadas no conceito de QV, de acordo com a OMS, e dos quatro domínios avaliados no *Whoqol-bref*.

QUADRO 5. Classes, palavras e valores estatísticos referentes à CHD do corpus textual referente à primeira questão sobre qualidade de vida. Cedro – CE, 2019.

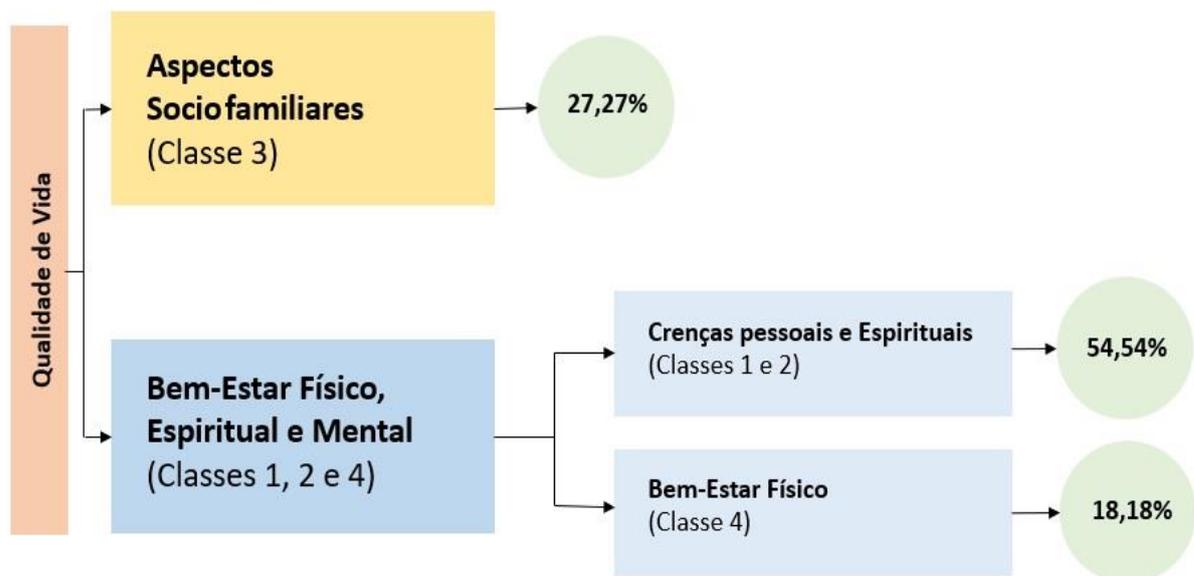
Questão 1	Categorias e classes	Palavras	X ² (Qui-quadrado)	Valor de P	
O QUE VOCÊ ENTENDE POR QUALIDADE DE VIDA?	Categoria 1-	Educação	18.53	<0.0001	
	Aspectos sociofamiliares	Amigo	14.33	0.00015	
		Relacionamento	11.73	0.00061	
	Classe 3: 27.27%	Contribuir	8.18	0.00422	
		Familiar	7.91	0.00492	
		Conjunto	5.05	0.02458	
		Família	4.56	0.03267	
		Ter_saúde	4.56	0.03267	
		Condições	4.32	0.03776	
		Filho	2.52	0.11248	
		Categoria 2-			
		Bem-estar (físico, espiritual e mental)	Realizar	2.52	0.11248
		Classe 1: 27.27%	Feliz	2.52	0.11248
			Deus	2.52	0.11248
			Paz	2.52	0.11248
			Saúde	2.52	0.11248
			Lazer	2.52	0.11248
			Necessidades	7.91	0.00492
		Classe 2: 27.27%	Básicas	5.05	0.02458
			Amor	5.05	0.02458
		Mental	3.37	0.06638	
		Condição	2.52	0.11248	

Classe 4: 18.18%	Bem-estar-físico-mental	2.52	0.11248
	Emocional	2.52	0.11248
	Ambiente	8.48	0.00356
	Boa-alimentação	5.09	0.02409
	Físico	5.09	0.02409
	Física	5.09	0.02409
	Lazer	5.09	0.03014
	Autoestima	2.52	0.11248

Fonte: Elaboração própria.

O quadro sinótico a seguir, resume como foi refletida a divisão das categorias e subcategorias, bem como apresenta o que foi mais significativamente expresso nas falas, com base nas classes advindas do Iramuteq.

O que você entende por Qualidade de Vida?



Quadro Sinótico
 Categorias e Subcategorias da compreensão sobre Qualidade de Vida
 Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Figura 4: Categorias e subcategorias da compreensão sobre Qualidade de vida.

A primeira categoria, identificada como *Aspectos sociofamiliares*, emergiu a partir da classe 3, pois, esta apresenta palavras que denotam uma tendência aos aspectos sociais e familiares, estando assim relacionada ao domínio relações sociais, proposto pela OMS, a saber nos fragmentos descritos abaixo:

Está relacionada às condições de bem-estar físico, psicológico, emocional, relações sociais com amigos, família, colegas de trabalho, situação financeira, de moradia, satisfação pessoal, dentro e fora de casa. (Prof. 82- Enferm.)

Relacionamentos sociais, como familiar, amigos e também saúde, educação e outros parâmetros que afetam a vida humana. (Prof. 15- Atendente)

Suas condições básicas e complementares do ser humano. Tais como bem-estar físico e mental, psicológico e emocional, e isso envolve relacionamentos sociais, como família, amigos, saúde, educação, etc. (Prof. 98- ACS).

A segunda categoria, *Bem-estar (físico, mental e espiritual)*, condensou as demais classes do dendograma, haja vista a aproximação entre os temas, mas foi dividida em duas subcategorias, quais sejam:

- a) *Crenças pessoais e espiritualidade*: relacionada ao domínio psicológico, percebida nas classes 1 e 2, a partir dos fragmentos que seguem:

Qualidade de vida é tudo. Uma saúde legal, um bom diálogo com a família e com muita fé em Deus primeiramente, e tudo será resolvido. (Prof. 108- ACS)

Paz interior, fazer o que gosta, amar a família e ao próximo, ser cristão, pois o resto vem de acréscimo. (Prof. 80- Médico)

É você estar bem sentimentalmente, profissionalmente, espiritualmente e emocionalmente. (Prof. 106- ACS)

É estar de bem com sua saúde nos aspectos físico, espiritual e emocional, e poder realizar alguns desejos e sonhos através de frutos do seu trabalho. (Prof. 74- Odont.)

Capacidade do ser humano em suprir suas necessidades básicas para a sobrevivência tendo apoio ou condições mínimas para o seu bem-estar. (Prof. 40- Téc. Enferm.)

- b) *Bem-estar físico*: contém elementos encontrados na classe 4, referentes ao aspecto físico enquanto condição biológica, bem como em relação à moradia. Ou seja, correspondentes aos domínios físico e meio ambiente, expressos nas falas abaixo.

É você ter condições de trabalho digno, lazer e desfrutar de um ambiente agradável e sadio. (Prof. 28- Médico)

Bem-estar em todos os aspectos como saúde, lazer, emoção, segurança, transporte, alimentação, atividade física, autoestima, descanso, trabalho, vida social. (Prof. 45- Enferm.)

Viver bem, no ambiente em que trabalho, com saúde, paz, uma boa alimentação, condições para que possa me manter, uma boa moradia, onde eu possa viver com tranquilidade. (Prof. 49-Atendente)

Entendo que para ter uma boa qualidade de vida eu preciso estar bem fisicamente e mentalmente, vivendo bem em todos os ambientes que convivo. (Prof. 53- Atendente).

Os discursos em torno do entendimento de QV para os profissionais pesquisados revelam que há concordância entre a apreensão do conceito da OMS e o que se promove no exercício do trabalho em saúde no tocante a qualidade de vida. Partindo desse pressuposto, surge a curiosidade de uma investigação voltada também para os usuários, na qual estes poderiam comprovar ou não se percebem que os profissionais estão atuando, nesse cenário, promovendo saúde e, conseqüentemente, qualidade de vida aos assistidos.

Embora tenham sido manifestadas falas direcionadas à saúde física enquanto personagem importante para a qualidade de vida, é válido ressaltar que as falas sinalizaram repetidas vezes elementos sobre crenças pessoais e espiritualidade para representar a compreensão do referido conceito. Repara-se que os participantes visam a importância da saúde em todos as perspectivas, do físico ao subjetivo, no entanto evidenciam este último, especialmente retratando a questão espiritual.

Para melhor visualização, foi realizada a análise de similitude, que, segundo Camargo e Justo (2013), trata-se de uma demonstração gráfica representando as conexões das palavras mais repetidas e dando sentido à estrutura do conteúdo expresso no corpus. Essa análise propicia uma melhor identificação das expressões faladas pelos profissionais.

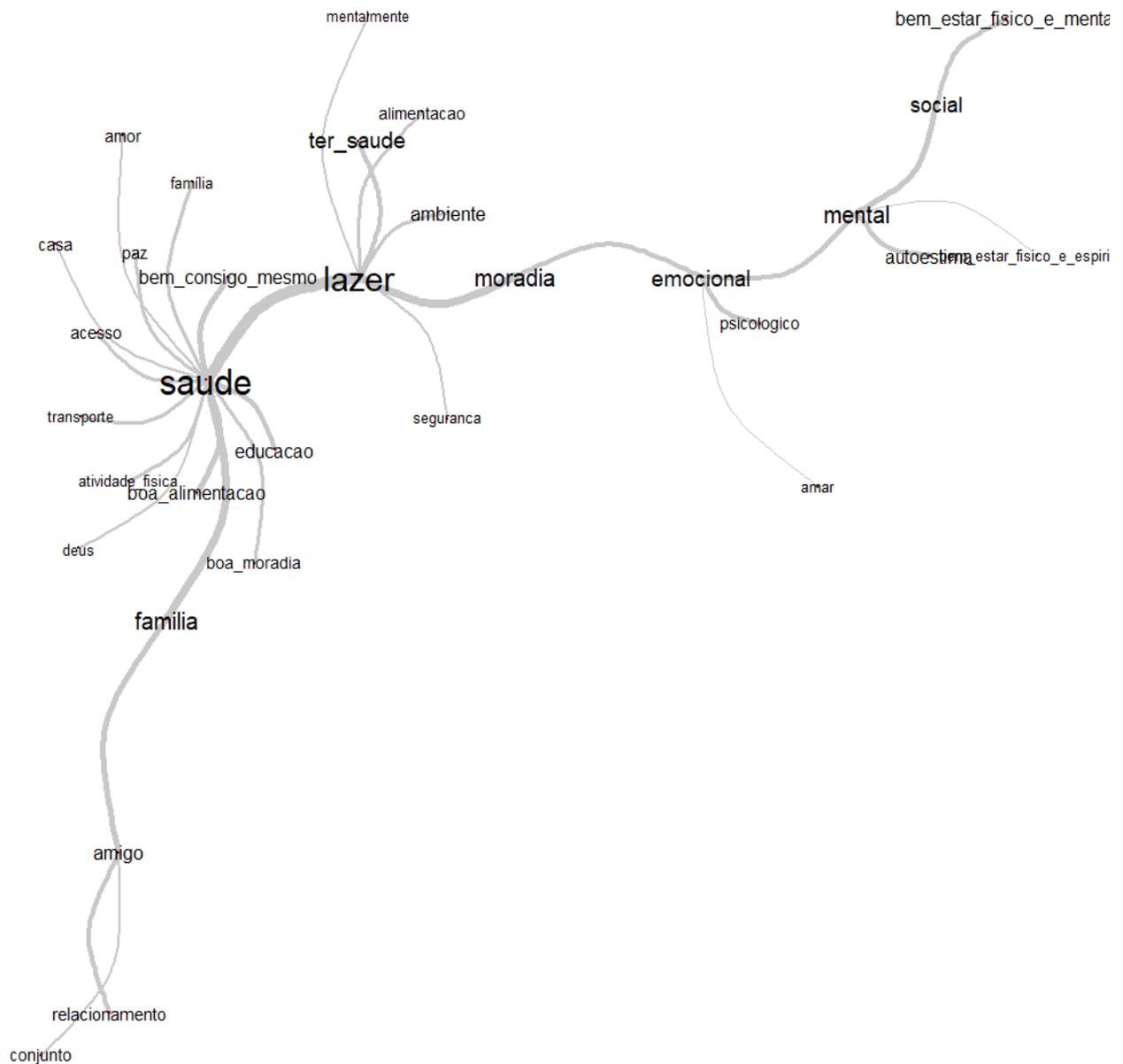


Figura 5: Análise de similitude do corpus textual referente à primeira questão sobre qualidade de vida. Cedro-CE, 2019.

A partir do exposto, observa-se que a saúde surge como tema central, e além disso, lazer, moradia e o emocional, também são enfatizados nas falas enquanto conectores para demais palavras.

Sobre a questão dois, que busca saber como os participantes poderiam melhorar sua qualidade de vida, também foram realizadas as análises. O corpus foi constituído por um texto geral, contendo todas as respostas, separado por 42 Segmentos de Texto. O número de ocorrências foi de 1732, com 468 palavras distintas e 275 mencionadas uma única vez.

Na CHD decorrente dessa questão, houve um aproveitamento de 78,57% dos segmentos de falas.

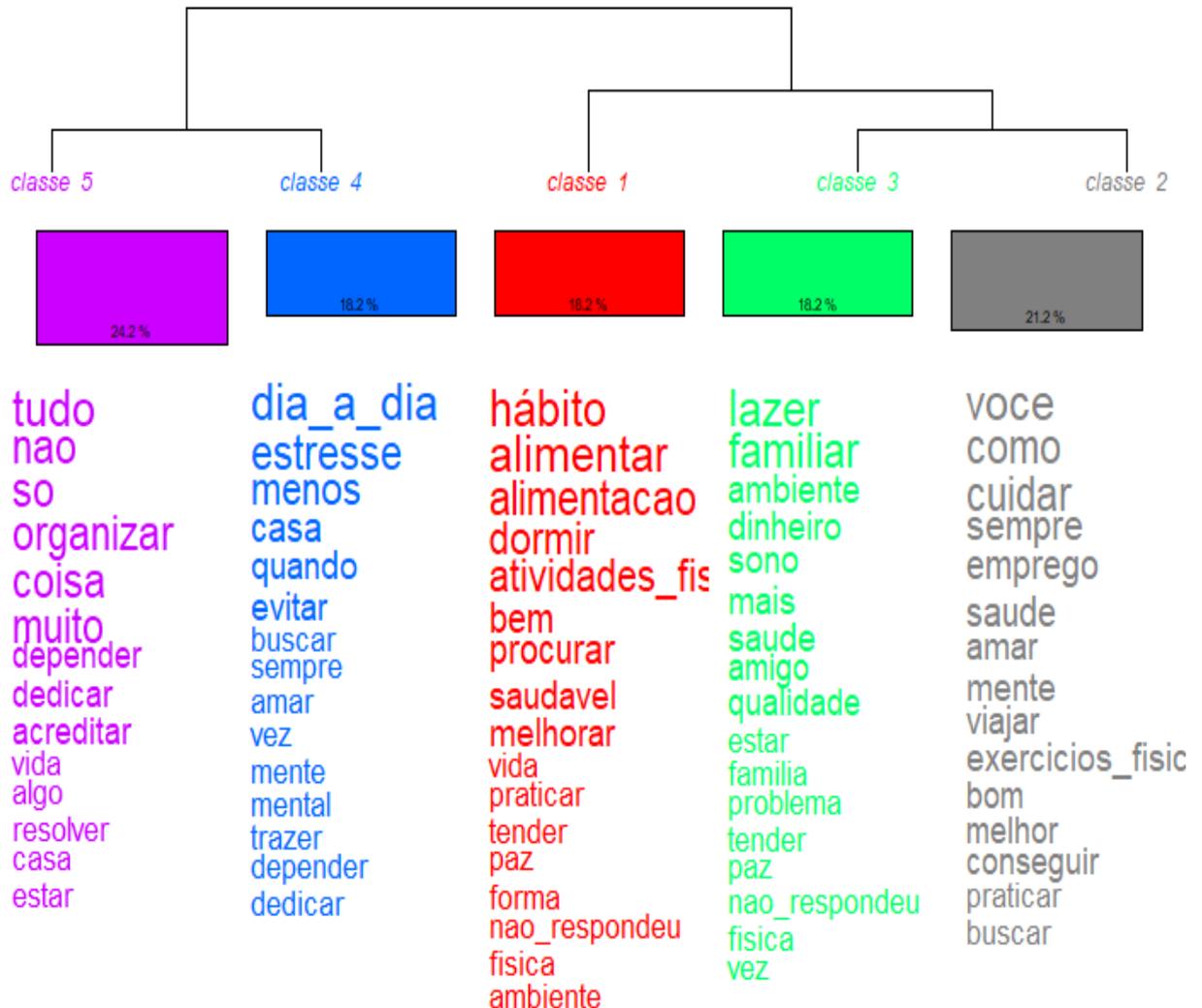


Figura 6: Dendrograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente do corpus textual referente à segunda questão sobre o que o participante faria para melhorar a qualidade de vida. Cedro-CE, 2019.

As cinco classes obtidas no dendrograma exposto acima contribuíram para o surgimento de duas categorias, referentes às falas e também pautadas nos domínios do instrumento *WHOQOL-Bref*. Contudo, a classe 5 foi suprimida por não apresentar palavras significativas no que diz respeito às categorias propostas. A seguir, vê-se o quadro com os referidos dados.

QUADRO 6. Classes, palavras e valores estatísticos referentes à CHD do corpus textual referente à segunda questão sobre qualidade de vida. Cedro – CE, 2019.

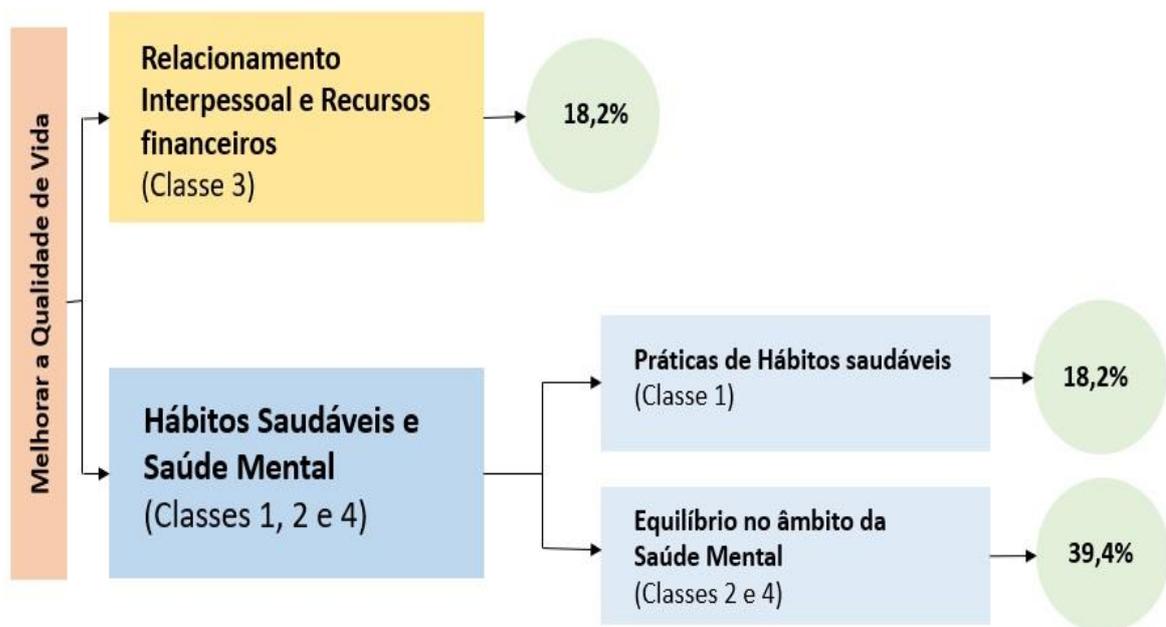
Questão 2	Categorias e classes	Palavras	X²(Qui-quadrado)	Valor de P	
COMO VOCÊ ACHA QUE PODE MELHORAR SUA QUALIDADE DE VIDA?	Categoria 1- Hábitos saudáveis e saúde mental				
	Classe 1: 18,2 %	Hábito	14.85	0.00011	
		Alimentar	14.85	0.00011	
		Dormir	9.88	0.00167	
		Atividades_físicas	9.07	0.00260	
		Procurar	6.93	0.00848	
		Saudável	5.21	0.02239	
		Melhorar	3.67	0.05551	
		Praticar	3.67	0.05551	
		Classe 2: 21,2 %	Cuidar	9.07	0.00260
			Emprego	5.3	0.02126
			Saúde	4.93	0.02639
			Amar	4.08	0.04340
			Mente	4.08	0.04340
			Viajar	4.08	0.04340
			Exercícios_físicos	4.0	0.04559
			Conseguir	4.0	0.04559
		Classe 4: 18.2 %	Dia-a-dia	15.14	<0,0001
			Estresse	11.59	0.00066
			Menos	9.88	0.00167
			Evitar	5.21	0.02239
			Buscar	5.21	0.02239
			Amar	4.08	0.04340
			Mente	4.08	0.04340
		Categoria 2- Relacionamento interpessoal e recursos	Lazer	13.94	0.00018
			Familiar	11.59	0.00066
			Ambiente	5.21	0.02239

financeiros	Dinheiro	5.21	0.02239
Classe 3: 18.2 %	Sono	5.21	0.02239
	Amigo	3.1	0.07840
	Família	3.1	0.07840

Fonte: Elaboração própria.

O quadro abaixo demonstra as subdivisões obtidas das classes acima de forma esclarecida e quantificada. Percebe-se maior evidência em relacionar a melhora da qualidade de vida à prática de hábitos saudáveis física e mentalmente.

Como você acredita que pode melhorar a sua Qualidade de Vida?



Quadro Sinótico

Categorias e Subcategorias da compreensão sobre como melhorar a Qualidade de Vida

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

* Classe 5 foi suprimida

Figura 7: Categorias e subcategorias da compreensão sobre como melhorar a QV.

A primeira categoria, denominada *Hábitos saudáveis e saúde mental*, ocorreu através da junção das classes 1, 2 e 4, por apresentarem palavras e expressões em comum e próximas ao tema saúde, seja ela física ou mental. Para melhor compreensão, foi subdividida em duas subcategorias vistas a seguir.

- a) *Prática de hábitos saudáveis*: Constitui-se de elementos sobre hábitos para favorecer a melhora da saúde física, presentes na classe 1. O domínio representado nesse contexto é o físico, e pode ser manifestado de acordo com as seguintes falas:

Praticando hábitos saudáveis como exercícios físicos, meditação e boa alimentação. (Prof. 65- Odont.)

Dormir bem. Praticar exercícios físicos. Melhorar hábitos alimentares. (Prof. 99- Téc. Enferm.)

Acho que melhoraria minha qualidade de vida se eu entrasse numa academia, praticasse atividades físicas regularmente, melhorar minha alimentação (reeducação alimentar), aprender a nadar e a dançar. (Prof.34- Enferm.)

Alimentação saudável, dormir bem, praticar exercícios físicos, e paz no convívio familiar. (Prof.32- Téc. Enferm.)

- b) *Equilíbrio no âmbito da saúde mental*: categoria referente às classes 2 e 4, que compreende fenômenos em busca de melhorar a qualidade de vida com base na saúde mental. O domínio contemplado é o psicológico, e as seguintes falas o sugerem.

Organizando melhor meu tempo, que é pouco. Tendo mais energia mental para administrar os fracassos e covardias que sofro. Buscar alegria, mesmo sem coragem. Ter força de vontade. (Prof. 4- ACS)

Tempo seria o suficiente, traria menos estresse e uma maior possibilidade de desenvolver todas as atividades do dia-a-dia. (Prof. 26- Téc. Enferm.)

Se estou bem com tudo, isso vai contribuir muito para uma vida melhor. Cuidar-se, amar-se, ser feliz, isso é o essencial para uma vida melhor. (Prof. 53- Atendente)

[...] não levando problemas do trabalho para casa, buscando mais o meu equilíbrio emocional e espiritual, e vivendo mais perto das pessoas que amo, que me amam e sendo feliz do jeito que gosto de viver. (Prof. 74- Odont.)

Me dedicar mais a minha saúde, me amar mais. (Prof. 116- ASB)

A categoria 2, nomeada como *Relacionamento interpessoal e recursos financeiros*, teve a classe 3 como referência, uma vez que foram obtidas palavras associadas aos domínios: relações sociais e meio ambiente. Os fragmentos de fala abaixo demonstram as associações do que foi expresso ao domínio mencionado. Percebe-se, pois, que os profissionais julgam importantes aspectos financeiros e materiais para uma boa qualidade de vida.

Em questão de dinheiro e emprego. Dinheiro não é tudo, mas faz parte da vida da gente. Ajuda muito. (Prof. 2- Aux. limpeza)

Com um pouco mais de dinheiro pra pagar as dívidas que aos poucos se acumulam, e com pessoas boas que você possa dividir suas alegrias com elas. (Prof. 38- Aux. limpeza)

Tendo mais lazer e controle nas finanças. (Prof. 42- ACS)

Realizando atividades que sejam prazerosas, vendo e saindo com amigos e família. (Prof.57- Odont.)

Reunir toda a família, e autossuficiência financeira. (Prof. 80- Médico)

[...] ter sempre o apoio familiar, ter mais condições de fazer um bom trabalho, mais lazer, uma boa saúde mental, mais dinheiro para ter uma boa moradia e condições de viver melhor. (Prof. 88- ACS)

A representação gráfica resultante da análise de similitude do questionamento sobre como melhorar a qualidade de vida está apresentada a seguir. A palavra *melhorar* se localizou no centro servindo de conectivo para saúde, alimentação e exercícios físicos, que também ramificaram demais maneiras de se melhorar a qualidade de vida.

As representações obtidas indicam que existe um conhecimento por parte dos profissionais acerca da significância de hábitos saudáveis sobre a qualidade de vida. A ênfase na palavra saúde também deve ser levada em consideração, tendo em vista que há, nitidamente, uma associação entre qualidade de vida e saúde, ou seja, pode-se cogitar a premissa de que a busca por qualidade de vida contempla a saúde enquanto elemento necessário. Assim como, a saúde também colabora para a obtenção de uma boa qualidade de vida.

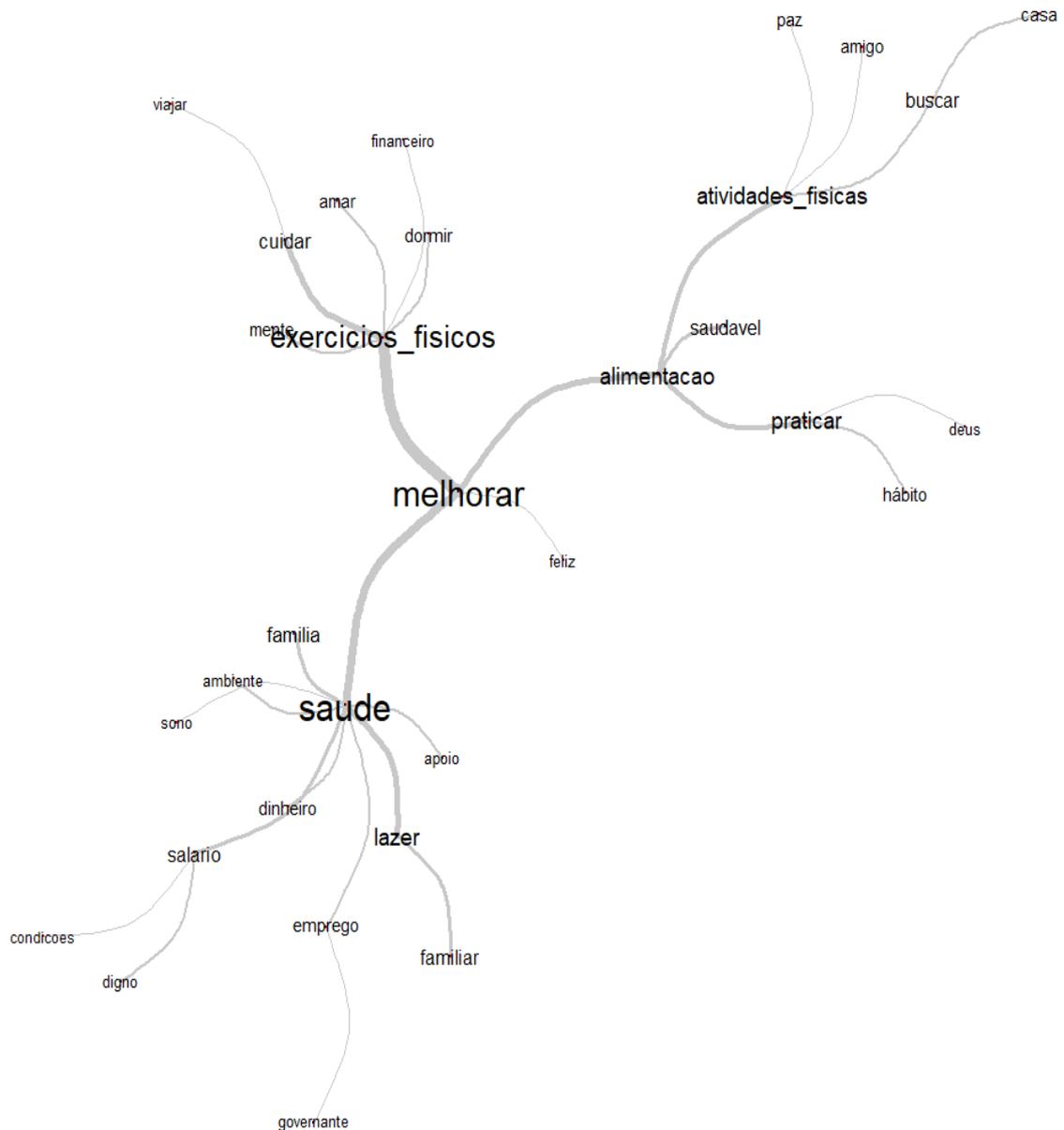


Figura 8: Análise de similitude do corpus textual referente à primeira questão sobre qualidade de vida. Cedro-CE, 2019.

A representação da análise de similitude certifica que os profissionais apreendem o termo qualidade de vida na perspectiva do conceito apresentado pela OMS, bem como destacam a presença da saúde enquanto parte fundamental para essa condição.

5.3 Estresse

5.3.1 Dados Quantitativos

Dentre os 119 participantes da pesquisa foi identificado, a partir de análise descritiva e de frequência no *SPSS*, que 64 (53,78%) não apresentam quadro de estresse, de acordo com o teste de suspeição realizado com o *ISSL*. O total de 55 profissionais apresenta estresse, sendo 43 na fase de resistência (36,13%), e 12 na fase de exaustão (10,08%). Os participantes que pontuaram significativamente na fase de exaustão foram considerados somente nesta fase, apesar de apresentarem elevadas pontuações nas fases anteriores, de alerta e resistência. Assim como, grande parte dos considerados na fase de resistência também pontuaram significativamente na fase de alerta, mas se sobrepõem a esta. Nesse contexto, nenhum participante se encontra na fase de alerta, pois, foram desconsiderados, já que também pontuaram em grande número na fase posterior. Segue a tabela demonstrativa dos níveis de estresse.

Tabela 7: Nível de estresse dos participantes

	Frequência	Percentual (%)
Fase de Alerta	-	-
Fase de Resistência	43	36,13%
Fase de Exaustão	12	10,08%
Não apresenta estresse	64	53,78%

Fonte: Cedro – CE, 2019. Dados da pesquisa.

A prevalência entre os profissionais na fase de resistência e exaustão, no que se refere ao local de trabalho, demonstrou que 25 dos participantes atuam na zona rural e 30 na urbana. No que diz respeito a proporção entre homens e mulheres, levando em consideração o total da amostra, houve certa semelhança, já que 47% das pessoas do sexo feminino apresentam estresse e, da amostra masculina o total foi de 42%. Em relação às áreas de atuação, a maior representatividade foi na

Odontologia, onde 6 dos 8 odontólogos respondentes apareceram apresentando estresse, e nos Auxiliares de limpeza, que do total de 11 a ocorrência se deu em 10. A seguir, a tabela representa as quantidades referidas.

Tabela 8 – Distribuição dos profissionais com estresse

	Frequência do Total de participantes	Frequência de participantes com Estresse (N absoluto)	Porcentagem com Estresse N relativo (%)
Local de trabalho			
Zona Urbana	63	30	47,61%
Zona Rural	56	25	44,64%
Sexo			
Feminino	100	47	47%
Masculino	19	8	42%
Profissionais			
Enfermeiros/as	11	6	54,54%
Odontólogos/as	8	6	75%
Médicos/as	8	3	37,5%
ASB	8	4	50%
ACS	41	16	39,02%
Auxiliar de limpeza	11	10	90,9%
Técnico de enfermagem	13	5	38,46%
Atendentes	18	5	27,77%

Fonte: Cedro – CE, 2019. Dados da pesquisa.

O instrumento ISSL, como já mencionado, contém em suas fases sintomas físicos e psicológicos que envolvem o estresse. Em relação à predominância dos sintomas presentes nos participantes, da pesquisa seguem os quadros, anunciando as quantidades em cada fase do instrumento.

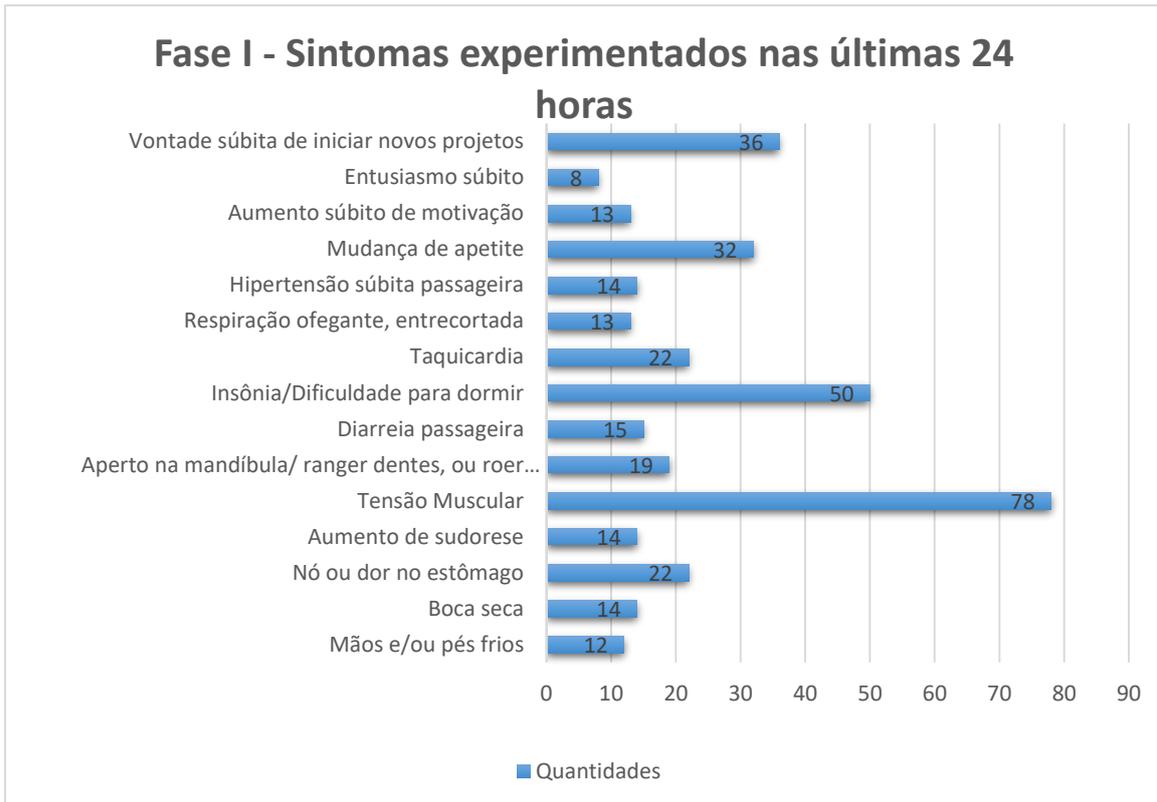


Figura 9 – Distribuição dos sintomas de estresse na fase de Alerta. Cedro- CE – 2019. Dados da pesquisa.

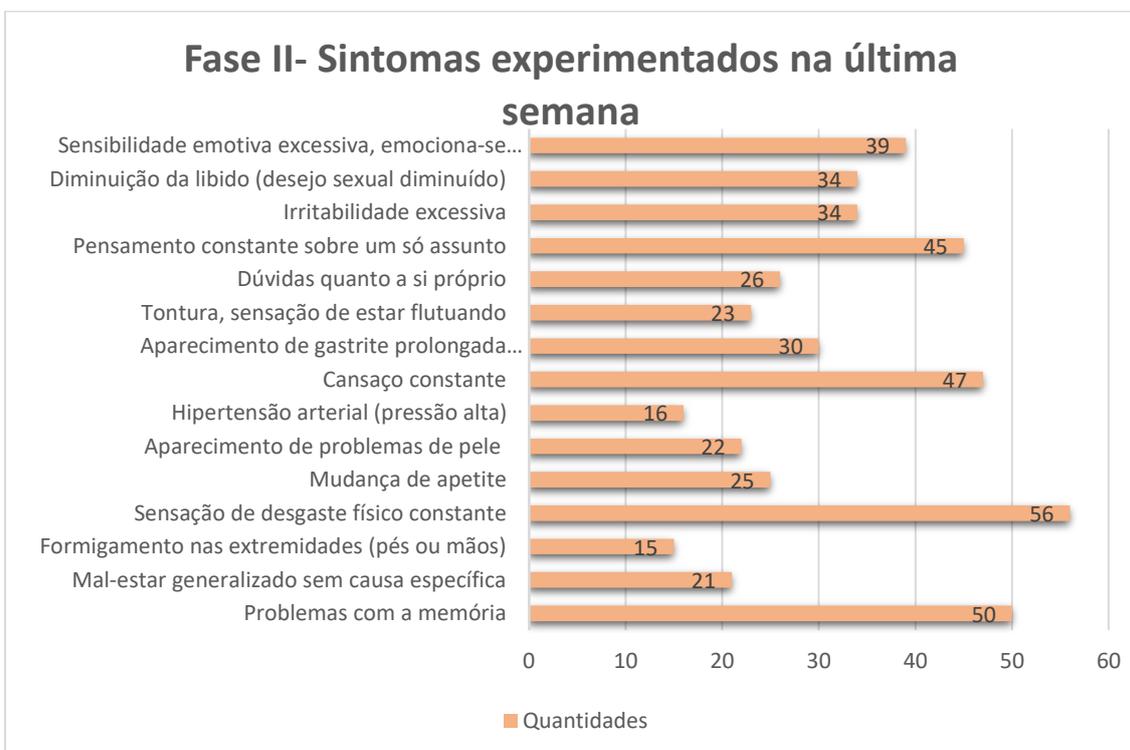


Figura 10 – Distribuição dos sintomas de estresse na fase de Resistência. Cedro- CE, 2019. Dados da pesquisa.



Figura 11 – Distribuição dos sintomas de estresse na fase de Exaustão. Cedro- CE, 2019. Dados da pesquisa.

Dentre os sintomas mais apresentados em cada fase, observa-se que os maiores números foram de sintomas físicos nos três quadros, quais sejam: tensão muscular (dores nas costas, pescoço, ombros) – fase de alerta; sensação de desgaste físico constante – fase de resistência; Insônia – fase de exaustão. Em contrapartida, os sintomas psicológicos mais assinalados nas três fases foram, respectivamente: vontade súbita de iniciar novos projetos; pensamento constante sobre um só assunto; cansaço excessivo. O item Enfarte, presente no quadro referente à fase de exaustão, não foi marcado por nenhum participante.

5.3.2 Dados Qualitativos

No correspondente ao estresse, as perguntas abertas foram relacionadas ao ambiente de trabalho. Na análise do Iramuteq, o corpus geral se constituiu por um

texto com todas as respostas, contendo 38 segmentos de texto. Além disso, emergiram 1559 ocorrências, nas quais 576 são palavras diferentes e 382 expressadas uma única vez.

Foram encontradas as análises (CHD e análise de similitude) como forma de melhor exposição do conteúdo manifesto das respostas. O corpus textual da primeira questão, referente ao que causa estresse no ambiente de trabalho, gerou o dendograma abaixo, com aproveitamento de 78.95%.

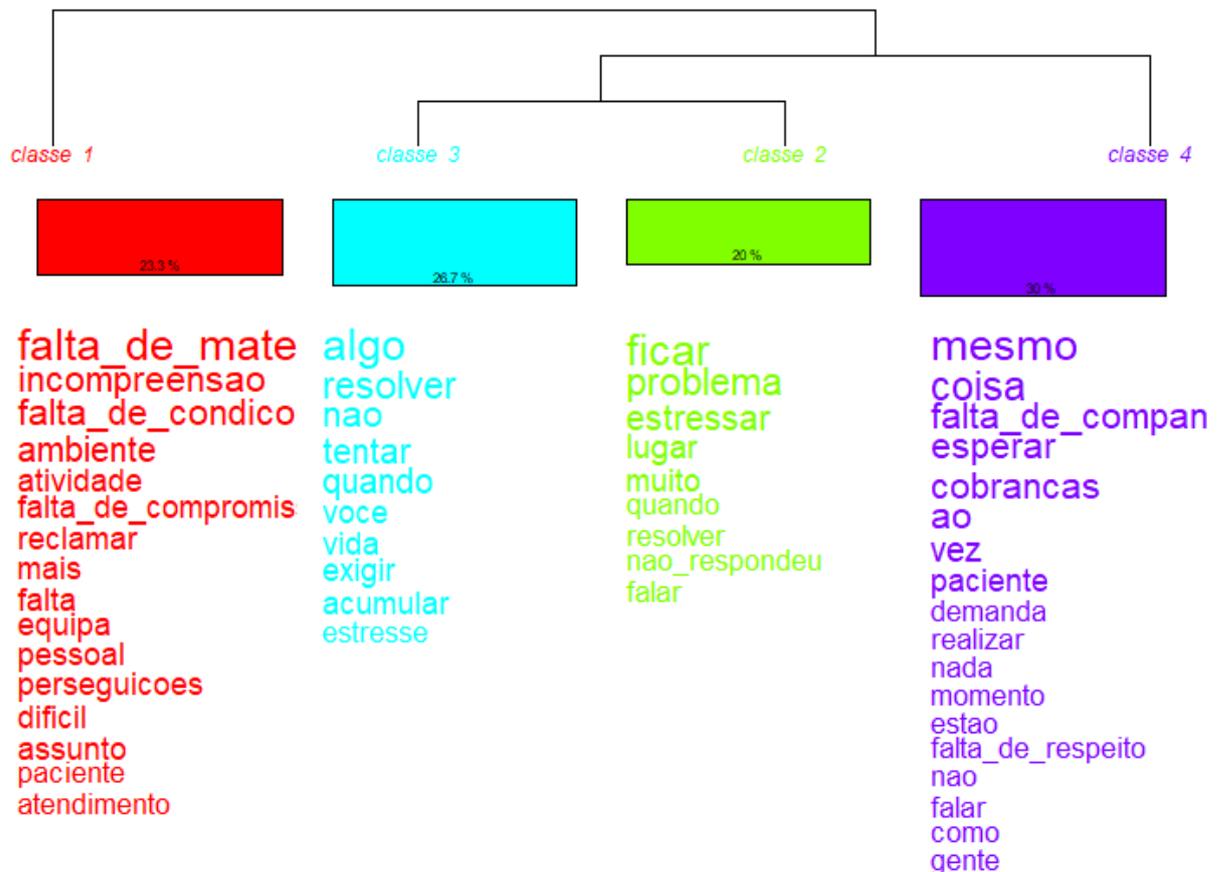


Figura 12: Dendrograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente do corpus textual referente à primeira questão, sobre o que causa estresse no ambiente de trabalho. Cedro-CE, 2019.

A indagação sobre o que pode ser fonte de estresse no ambiente laboral gerou 4 classes na CHD, o que possibilitou a criação de uma categoria geral. Os dados e palavras com maior evidência estão apresentados no quadro a seguir.

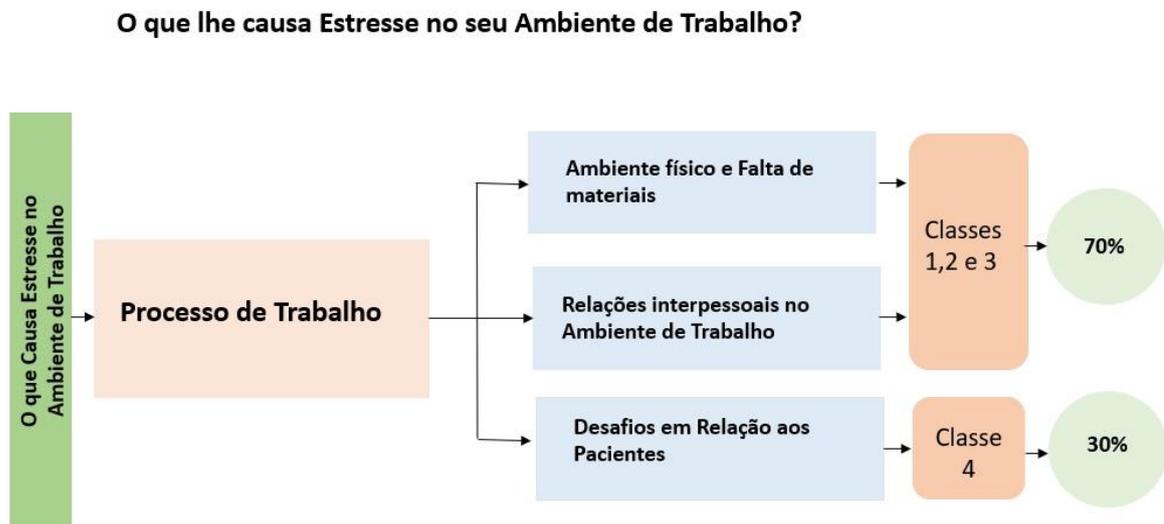
QUADRO 7. Classes, palavras e valores estatísticos referentes à Classificação Hierárquica Descendente do corpus textual referente à primeira questão sobre estresse no trabalho. Cedro – CE, 2019.

Questão 1	Categorias e classes	Palavras	X ² (Qui-quadrado)	Valor de P	
QUE SITUAÇÕES, NO SEU TRABALHO, VOCÊ PERCEBE QUE O LEVAM A UM ESTADO DE ESTRESSE?	Categoria 1- Processo de Trabalho				
	Classe 1: 23,3 %	Falta_de_materiais	15.09	0.00010	
		Incompreensão	7.87	0.00501	
		Falta_de_condições	7.87	0.00501	
		Ambiente	6.89	0.00260	
		Falta_de_compromisso	3.5	0.06140	
		Reclamar	3.5	0.06140	
		Equipa	3.5	0.06140	
		Pessoal	3.5	0.06140	
		Perseguições	3.5	0.06140	
		Difícil	3.5	0.06140	
		Assunto	3.5	0.06140	
		Paciente	3.5	0.06140	
		Atendimento	3.5	0.06140	
		Classe 2: 20 %			
			Problema	7.87	0.00501
			Estressar	4.54	0.03316
			Resolver	2.6	0.10712
			Falar	2.6	0.10712
		Classe 3: 26.67 %			
			Resolver	8.52	0.00036
			Tentar	5.51	0.01886
			Exigir	2.73	0.09864
			Acumular	2.73	0.09864
		Classe 4: 30%			
			Falta_de_compreensão	7.78	0.00528
			Esperar	7.78	0.00528
			Cobranças	7.14	0.00752

	Paciente	2.86	0.09096
	Demanda	2.13	0.14406
	Realizar	2.13	0.14406
	Falta_de_respeito	2.08	0.14944

Fonte: Elaboração própria.

Segue abaixo o quadro sinótico que ilustra de forma resumida os dados acima e as consequentes subcategorias.



Quadro Sinótico
 Categorias e Subcategorias do que causa Estresse no Ambiente de Trabalho
 Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Partindo do que as falas expressaram e através de literaturas sobre estresse no trabalho, a categoria geral *Processo de trabalho* foi dividida em três subcategorias, vistas a seguir.

- a) *Ambiente físico e falta de materiais*: relaciona-se a aspectos estruturais das UBS, e sobre os materiais e insumos como fatores necessários para a realização das atividades.

*Falta de infraestrutura adequada e péssima remuneração salarial.
 (Prof. 6- Odont.)*

A dificuldade com relação à falta de materiais na UBS, as condições de trabalho, bem como vestimentas, protetor solar, produção semanal ainda feita a mão. (Prof. 37- ACS)

Falta de condições para executar minhas atividades que requerem deslocamento falta de transporte, e falta de medicamentos e ou vacinas. (Prof. 56- Téc. Enferm.)

A estrutura física da minha sala e a falta de condições básicas para um bom atendimento. Falta de instrumental; falta de insumos. (Prof. 78- Odont.)

Falta de material; frequentemente a cadeira odontológica quebrada, pacientes reclamam (Prof.79- ASB)

[...] ouvir reclamações das alunas sobre ambiente sujo ou falta de material. (Prof. 111- Ed.física)

- b) *Relações interpessoais no ambiente de trabalho:* diz respeito aos fatores sobre o trabalho em equipe, às cobranças, e relações entre os profissionais e usuários. Além disso, surgem pontos relacionados à gestão e ao processo de trabalho.

Falta de respeito para com as pessoas que estão próximas a você, incompreensão com as pessoas mais humildes, falta de companheirismo, críticas no que você faz, não saber esperar que as outras pessoas terminem o que estão fazendo. (Prof. 19- Téc. Enferm.)

Quando tenho acúmulo de problemas para ser resolvidos que dependem de outras pessoas. Você começa a ficar com ansiedade, apreensão e preocupação. (Prof. 36- ACS)

Trabalhar com colegas de trabalho estressados, mal-humorados e pacientes mal-educados. (Prof. 41- Aux. limpeza)

Falta de interesse e falta de compromisso por falta de outros profissionais, falta de capacitação. Falta de medicação, consultas especializadas e exames para ofertar aos pacientes. Preenchimento de muitos papéis e cobrança da gestão em algumas situações que não dependem da gente. Falta de integração por parte da gestão (Prof.45- Enferm.)

Pessoas mal-educadas, cobranças exageradas, perseguições desnecessárias (Prof. 69- Téc. Enferm.)

Incompreensão e falta de respeito (Prof. 95- Médico)

Quando encaminhamos para um certo atendimento e os pacientes chegam lá e dão a viagem perdida, sem que nenhuma explicação seja dada pra gente. (Prof. 95- ACS)

Impossibilidade de cumprimento de atividades planejadas. Falta de espírito de equipe. Pré-julgamentos sem confirmação pessoal dos julgados. Muitos responsáveis e poucos que resolvem e atendem as solicitações. Falta de espírito comunitário e do colocar-se no lugar do outro. (Prof. 113- Enferm.)

Falta de companheirismo. Na minha opinião, ter companheirismo no ambiente de trabalho significa caminhar juntos. (Prof. 76- Atendente)

- c) *Queixas em relação aos usuários:* referente aos aspectos recorrentes cotidianamente no ambiente de trabalho, tendo em vista os pacientes/usuários que fazem parte do público assistido.

Quando vou fazer a limpeza e os pacientes reclamam e não esperam, ficam entrando e passando. (Prof. 2- Aux. limpeza)

Quando os pacientes reclamam e nos culpam por algum problema referente a gestão. (Prof. 24- Odont.)

As vezes com os usuários que não entendem quando falamos pra ter cuidado no setor e jogam lixo no chão. Para mim é um estresse. (Prof. 60- Atendente)

Ver sempre os mesmos pacientes, ser maltratada por algum colega ou mesmo algum paciente. (Prof. 63- Atendente)

Repetir várias vezes um alerta ou orientação sobre um assunto e não ser atendida, ou a pessoa fingir que não entendeu. (Prof. 92- Enferm.)

Comodismo dos pacientes quanto a realizar tratamento que a unidade oferece, como: prevenção do colo de útero e tratamento de dentes (Prof. 107- ACS).

Os participantes relataram diversos pontos que despertam estresse no ambiente de trabalho, a maioria relacionado a falta de materiais e infraestrutura, conflitos interpessoais – profissionais e usuários, e questões relacionadas à gestão.

Diante do exposto, foi realizada a análise de similitude representada pela figura a seguir. A palavra paciente, significativamente expressa nos discursos, serviu de conectivo para as demais fontes de estresse para os participantes, o que anuncia a presença de queixas dos profissionais para com os usuários.

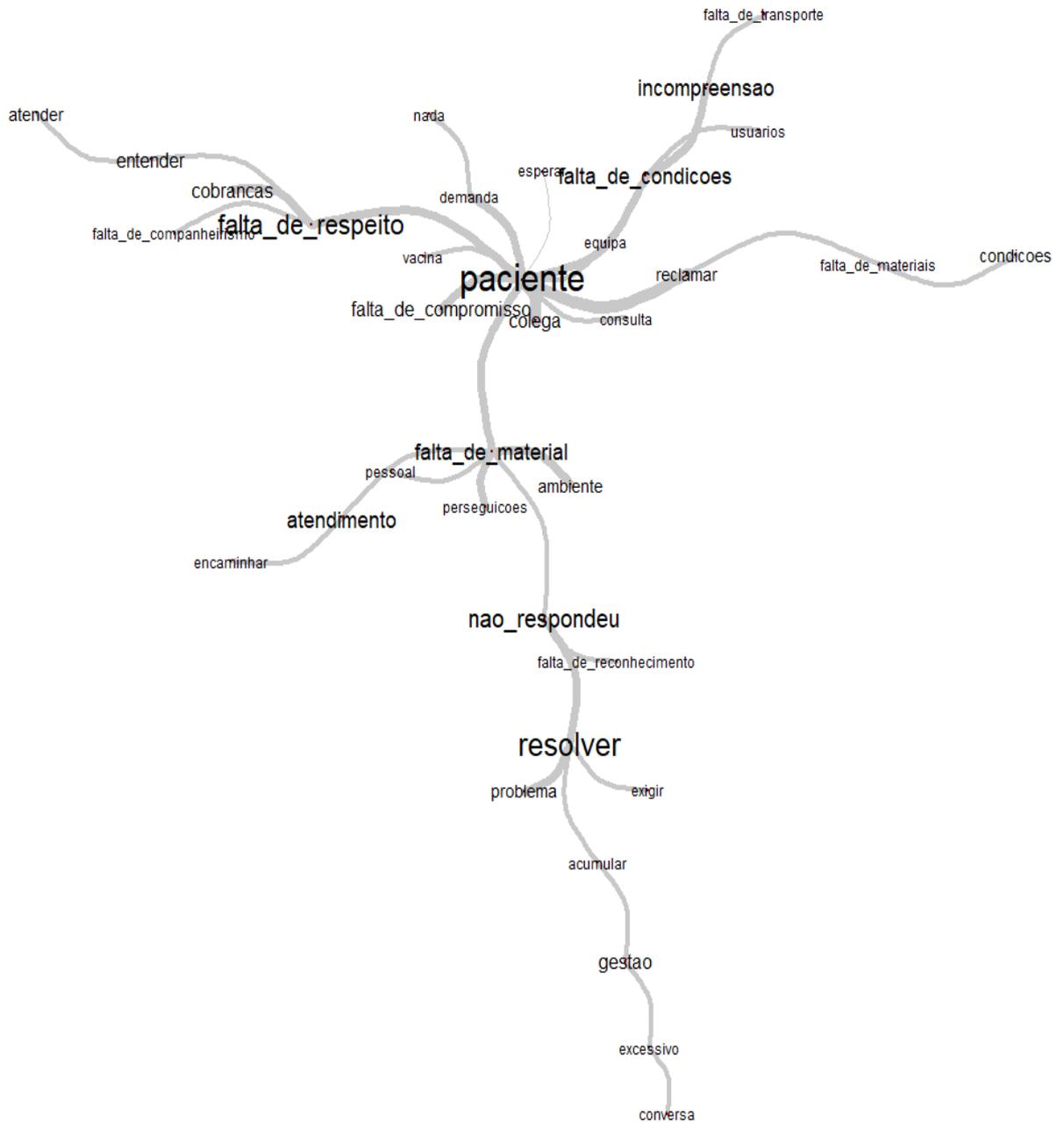


Figura 13: Análise de similaridade do corpus textual referente à primeira questão sobre estresse. Fonte: Cedro-CE, 2019. Dados da pesquisa.

O segundo questionamento foi sobre o que pode ser feito para diminuir a tensão do estresse no ambiente de trabalho dos profissionais investigados. Os dados que foram obtidos pelo Iramuteq se resumiram em um corpus textual com 36 segmentos de texto, 1462 ocorrências contemplando 557 formas distintas e 377 palavras com

uma só ocorrência. A análise da CHD está demonstrada no dendograma que segue, com aproveitamento de 91.67%.

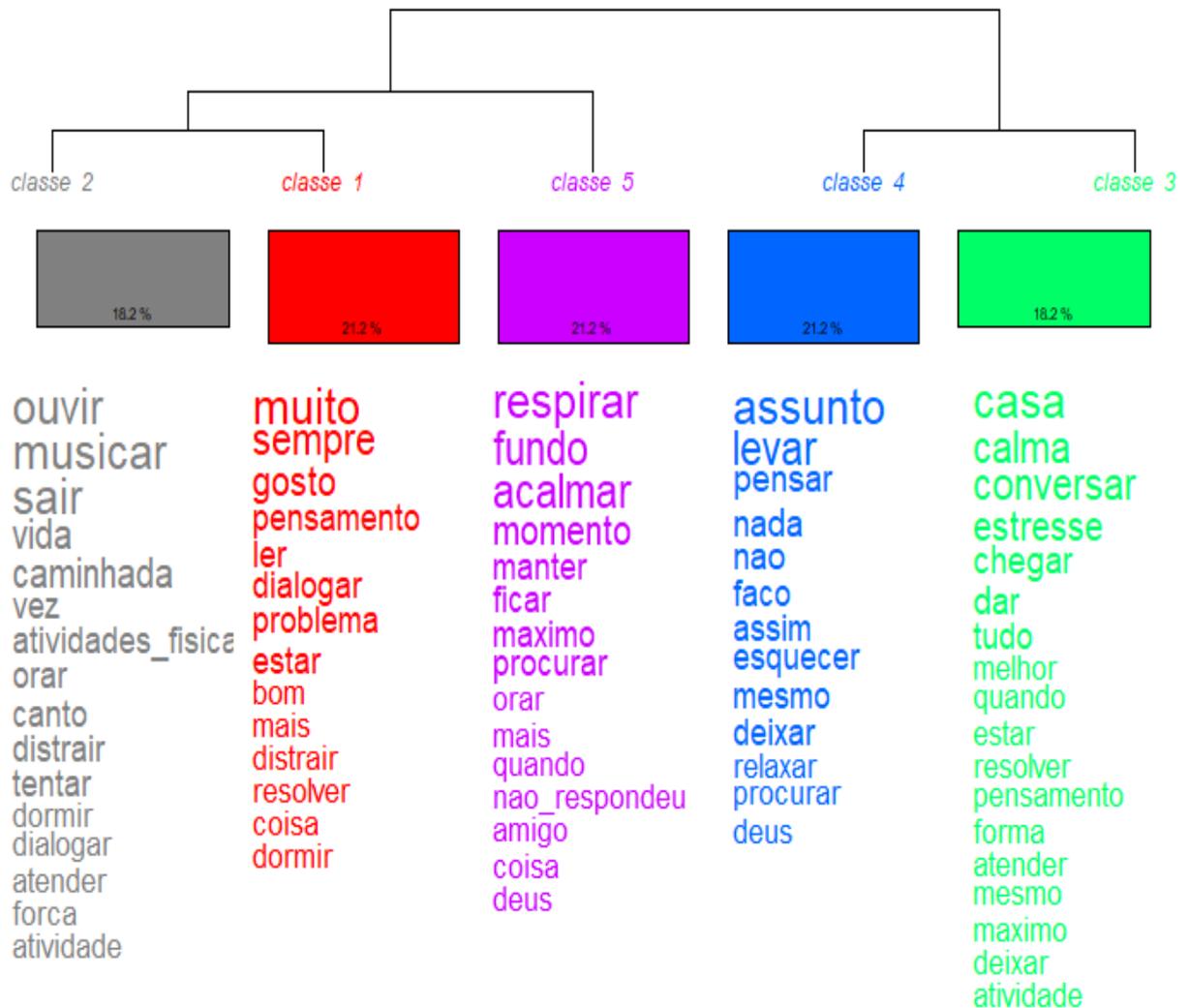


Figura 14: Dendrograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente do corpus textual referente à segunda questão sobre estratégias para minimizar a tensão do estresse no ambiente de trabalho. Cedro-CE, 2019.

As cinco classes geradas e expostas no dendograma fundamentaram a criação de uma categoria geral e, posteriormente, três subcategorias, alusivas a estratégias utilizadas para diminuir a tensão do estresse. O quadro seguinte apresenta os dados encontrados e a distribuição das referidas classes.

Quadro 8: Classes, palavras e valores estatísticos referentes à Classificação Hierárquica Descendente do corpus textual referente à segunda questão sobre estresse no trabalho. Cedro – CE, 2019.

Questão 2	Categorias e classes	Palavras	X ² (Qui-quadrado)	Valor de P	
O QUE VOCÊ FAZ PARA DIMINUIR A TENSÃO DO ESTRESSE NO SEU COTIDIANO DE TRABALHO?	Categoria 1- Estratégias de enfrentamento do estresse	Pensamento	4.08	0.04340	
	Classe 1: 21,2 %	Ler	4.08	0.04340	
		Dialogar	4.08	0.04340	
		Estar	3.64	0.05652	
		Distrair	3.64	0.05652	
		Resolver	3.64	0.05652	
		Dormir	3.64	0.05652	
		Classe 2: 18,2 %	Ouvir	11.62	0.00065
			Musicar	11.62	0.00065
			Sair	11.62	0.00065
			Caminhada	5.21	0.02239
			Atividades_físicas	3.1	0.02239
			Orar	3.1	0.02239
			Canto	3.1	0.02239
			Força	3.1	0.02239
		Classe 3: 21.2%	Casa	15.14	<0,0001
			Calma	9.88	0.00167
			Conversar	9.76	0.00177
			Resolver	4.08	0.04340
			Pensamento	4.08	0.04340
		Classe 4: 21.2 %	Assunto	15.93	<0,0001
			Levar	13.41	0.00025
			Pensar	5.3	0.02126
			Nada	5.3	0.02126
		Esquecer	4.08	0.04340	
		Deixar	4.08	0.04340	

	Relaxar	4.08	0.04340
	Procurar	4.08	0.04340
	Deus	4.08	0.04340

Fonte: Elaboração própria.

Para melhor entendimento das subdivisões, segue o quadro sinótico. Nessa questão, as subcategorias foram contempladas em todas as classes, uma vez que as classes do *software* se aproximaram em significância.



Quadro Sinótico

Categorias e Subcategorias do que faz para diminuir o Estresse no Ambiente de Trabalho

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

As subcategorias foram elaboradas da seguinte forma:

- a) *Práticas de relaxamento e distração*: remete-se à diversidade de estratégias que os respondentes consideram importantes e eficazes para a diminuição do estresse.

Procuro relaxar e me envolver com o que sinto de bom, que as pessoas sofrem muito também. Aprecio os bons momentos nas visitas domiciliares. Curto olhar a natureza, ler livros de romance, ouvir músicas românticas ou religiosa, rezo sempre e faço sempre o que posso para agradar os outros. (Prof. 4- ACS)

Ouvir músicas, louvores, conversar com outras pessoas. Tento me distrair com outras coisas. (Prof. 12- Aux. limpeza)

Ficar calma, mudar de pensamento ou fazer algo diferente. Sair do local do estresse. (Prof. 51- ASB)

Procuo desabafar com alguém. (Prof. 53- Atendente)

Relaxar em casa, contato com meus filhos, conversar com amigos. (Prof. 65- Odont.)

Cantar, diálogos, tocar, ler e se distrair. (Prof. 84- ACS)

Respiro fundo e relevo o momento. (Prof. 87- Enferm.)

Saio todos os fins de semana para dançar, conversar com as pessoas para me distrair, por que acho que conversando e se divertindo a gente alivia o estresse. (Prof. 89- ACS)

- b) *Práticas de saúde física:* Ratifica as atividades físicas como forma de amenizar a tensão que o estresse provoca.

Gosto de praticar esportes, faço caminhada e atividades que me propiciam uma sensação de bem-estar. (Prof. 6 Odont.)

Lazer, sono controlado e exercícios físicos (Prof. 28- Médico)

Gosto de dormir para descansar fisicamente e assim melhorar o estresse. (Prof. 78- Odont.)

Sair, fazer caminhada e exercícios físicos (Prof. 101- ACS)

Atividades físicas diárias (Prof. 102- Médica)

- c) *Bem-estar mental, espiritual e relações interpessoais:* concerne aos aspectos de crenças pessoais e de caráter religioso como maneira de lidar melhor com o estresse, além do que, considera as relações e o apoio social e familiar.

Nunca ficar pensando no mesmo assunto e na opinião dos outros. Sempre ajudar e como ajudar. Principalmente apoio da família. (Prof. 31- ACS)

Relaxar em casa, contato com meus filhos, conversar com amigos (Prof. 65- Odont.)

Diálogo com a família, missa diária, hidroginástica, curtir o sitio (Prof. 80- Médico)

Respiro fundo e peço muita força a Deus para tentar compreender os que estão próximos de nós. Procuo ouvir uma palavra amiga, canto e oro para que Deus me dê força para prosseguir. Força, foco e fé. (Prof. 119- ACS)

Procuo sempre ter calma, acalmar minha mente e fazer minhas orações com Deus, aí tudo fica perfeito. (Prof. 108- ACS)

[...] Busco o máximo possível estimular o assistencialismo e estimular o autocuidado pessoal e familiar dos usuários que atendo e acompanho~. (Prof. 113- Enferm.)

Quando estou muito estressada gosto de conversar com uma pessoa amiga, choro, desabafo. Durmo. Mas o que me acalma e quando fico com minha bebe. Só ela me traz paz e aconchego e que me faz esquecer qualquer problema. (Prof. 114- Atendente)

A análise de similitude encontrada através das respostas da referida questão está exposta a seguir.

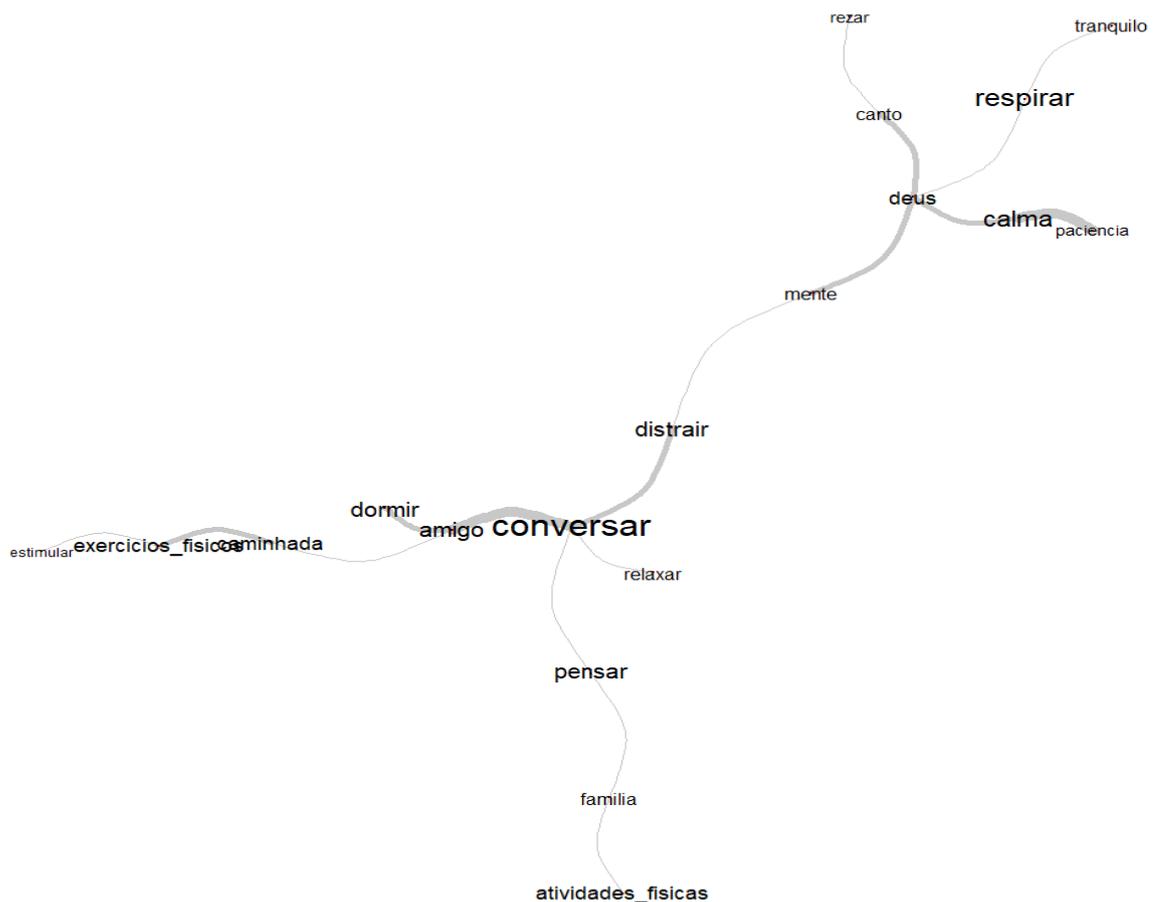


Figura 15: Análise de similitude do corpus textual referente à segunda questão sobre estresse no ambiente de trabalho. Cedro-CE, 2019.

Verifica-se que as falas que tiveram mais destaque entre os discursos foram relativas a fenômenos alusivos à distração e relaxamento. *Distrair, respirar, pensar, calma e tentar esquecer* são termos que caracterizam essas práticas, contudo, *conversar* se manifestou enfaticamente, servindo de conectivo para as demais.

A análise de similitude ratifica a diversidade de estratégias encontradas e, possivelmente, realizadas pelos profissionais no que diz respeito ao alívio do estresse provocado pelo trabalho em saúde. Repara-se que foram citadas desde atividades físicas até o ato de conversar e pensar como elementos que contribuem para a diminuição da tensão, demonstrando que tanto aspectos práticos quanto subjetivos estão presente nessas estratégias.

A partir do que foi evidenciado, pode-se pensar na oportunidade de inserir atividades e práticas em saúde direcionadas aos profissionais no contexto estudado. Há, na conjuntura da ESF, espaço para ações de saúde do trabalhador, entretanto nem sempre essa práxis é explorada, seja por falta de tempo no cotidiano de trabalho, seja por pouco de reconhecimento dessa necessidade por parte da gestão.

6 DISCUSSÃO

6.1 Perfil sociodemográfico

A inserção da mulher no mercado de trabalho é algo que atravessa constante evolução, uma vez que, por muito tempo, o número de homens considerados economicamente ativos foi bem maior que o de mulheres. Entretanto, quando se trata da atuação da mulher, percebe-se que há uma predominância de ocupações e trabalhos considerados *femininos*, em áreas como as da saúde e da educação (WOLFF, 2010). A grande quantidade de profissionais do sexo feminino encontrada neste estudo, é comumente vista em outras pesquisas relacionadas ao campo da saúde e confirma a dominância das profissionais mulheres nesse contexto.

Os trabalhos de Aguiar et al. (2018), Tambasco et al. (2017), Rodrigues (2016), Marques et al. (2015), Cahú et al. (2014), entre outros, são exemplos de investigações tendo com público alvo profissionais da ESF e que ratificam resultados do predomínio de mulheres atuantes no referido contexto. Além disso, existe a percepção de que profissionais do sexo feminino apresentam mais queixas em relação ao ambiente de

trabalho, à remuneração, e à falta de reconhecimento, por exemplo (ASSIS; CARAÚNA; KARINE, 2015).

Os participantes deste estudo apresentam uma média de 40 anos, ou seja, meia idade, assim como encontrado no estudo de Nascimento et al (2019) também no contexto da ESF. A faixa etária identificada pode ser associada ao resultado obtido no estado civil, onde 69,5% dos respondentes se manifestaram casados ou com união estável. As pesquisas de Pereira et al. (2018) e Marques et al. (2015), com ACS e enfermeiros, respectivamente, também demonstraram maior parte dos participantes com companheiro. Tambasco et al (2017), ao realizarem uma pesquisa com profissionais de saúde, declararam que a maior parte dos estudos com esse público contempla grande parte da população sendo casada ou mantendo união estável.

O tempo de atuação dos sujeitos da pesquisa na área da saúde apresentou alto desvio padrão, haja vista a grande diferença entre tempo mínimo de 6 meses e o máximo de 33 anos. Os trabalhos de Soratto (2016), Félix, Machado e Souza (2017) e Tambasco et al. (2017) também trazem uma distância considerável entre os tempos de experiência dos profissionais, em especial no campo da assistência à saúde, o que corresponde a uma amostra relativamente experiente no serviço de saúde.

Assim como os estudos de Jardim et al. (2018) e Rodrigues (2016), a proporção de Agentes Comunitários de Saúde se sobressaiu em relação às demais profissões que fazem parte da equipe da ESF, totalizando em 41 dos participantes. Tal fato ocorre, pois, a quantidade desses profissionais é em média de quatro a seis por equipe. O ACS é reconhecido como profissional de saúde e seu trabalho contribui significativamente no fortalecimento de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade assistida, ou seja, funciona como um elo de ligação entre as UBS e a comunidade (AGUIAR et al, 2018; SILVA et al. 2017). Partindo desse pressuposto, é válido reconhecer a importância dessa categoria, bem como lembrar que sua atuação é exclusiva no âmbito do da Atenção Básica, diferentemente dos demais profissionais.

No que se refere à renda mensal dos participantes da pesquisa, maior porcentagem assumiu ter salário correspondente a um salário mínimo, o que se associa com o resultado da variável a seguir sobre o nível de escolaridade maior ser do ensino médio. A grande maioria dos participantes se expressa na categoria dos agentes comunitários de saúde, seguidos dos atendentes, os quais não precisam de ensino superior para a execução das atividades. Esse resultado corresponde, ainda,

ao fato de ter sido um estudo que considerou não só os trabalhadores da equipe mínima da ESF, mas, demais profissionais da AB.

O trabalho de Jardim et al. (2018) apresentou equivalência a essa maioria e, por conta disso, demonstra que o fator salarial no cenário da ESF interfere no reconhecimento e valorização profissional, fatos estes que podem contribuir para maior contentamento, estímulo, interesse e desempenho nas atividades laborais. Atualmente a questão salarial vigente no sistema de saúde é ponto de discussão e insatisfação por parte dos profissionais, e este fato justifica a busca por mais de um emprego por parte esse público (RODRIGUES, 2016).

Ao se tratar da escolaridade dos trabalhadores, o resultado ocorreu de forma semelhante aos estudos, também com equipe da saúde da família, de Jardim et al. (2018), Gessner et al. (2013) e Maissiat (2013), trazendo o ensino médio em maior proporção. A última autora afirma que há essa dominância, pois, na atenção básica, os cargos ofertados são, em sua maioria, direcionados a funções que requerem nível fundamental e médio. Apesar disso, vale ressaltar que o total de participantes que relatou ter ensino superior não condiz com o número absoluto de profissionais desse nível na amostra, o que corrobora com a percepção de Soratto (2016) sobre o chamado subenquadramento profissional, no qual as necessidades de trabalho obrigam o trabalhador a exercer função diferente da sua formação.

A carga horária de trabalho de 40 horas semanais é o tempo determinado pelo Ministério da Saúde (2019) para o cumprimento obrigatório das atividades de todos os profissionais da ESF, o que facilita o acesso da população aos serviços oferecidos pelas UBS. Maior parte dos participantes da pesquisa declarou cumprir o exigido, assim como, demais estudos, como o de Soratto et al. (2015) e Moreira et al. (2017) também confirmam que os profissionais trabalham no cumprimento das 40 horas semanais.

Ao atuar na área da saúde, o trabalhador se dedica de forma intensa e necessita se aperfeiçoar pessoal e profissionalmente, haja vista as exigências em seu campo de trabalho. A falta de qualificação profissional é considerada uma limitação quando se trata do trabalho com a comunidade (FERREIRA; LUCCA, 2015; HORTALE et al, 2015). A pesquisa de Silva et al. (2017), com agentes comunitários de saúde, retrata que a falta de capacitação dificulta a atuação desses profissionais, por exemplo.

O estudo de Gomes, Mendes e Fracoli (2018) intensifica que a ausência de capacitação da equipe que trabalha na ESF pode atingir negativamente o desenvolvimento de vínculo e propicia maior dificuldade no cuidado continuado proposto pela estratégia. Peruzzo et. al (2018) expressam que a formação continuada contribui até para os processos de trabalho em equipe e na valorização das capacidades profissionais. No presente cenário, nota-se que não há grande incidência dessa falta, pois, contrariamente, mais da metade dos profissionais declarou ter tido capacitação para o trabalho na ESF.

A satisfação com o trabalho em profissionais da atenção básica é tema de bastante discussão e estudos nos dias atuais. Garcia e Palucci (2018) investigaram enfermeiros atuantes na saúde da família e encontraram relação entre problemas organizacionais e dificuldade de os profissionais executarem suas atividades laborais. Apesar disso, e após perceberem que fatores estressores atrapalham o fazer na saúde, foi identificado que a satisfação intrínseca sobre gostar do exercício independe das adversidades no ambiente de trabalho. Assim como no estudo supracitado, sobre gostar da atividade exercida, quase a totalidade da população pesquisada relata resposta positiva.

Olivares, Bonito e Silva (2015), em um estudo com médicos, constataram que quanto mais os trabalhadores se sentem satisfeitos com o ambiente laboral, mais apresentam boa qualidade de vida e, em consequência, melhor desempenham suas atividades. Desejar mudar de local de trabalho pode ter a ver com queixas provenientes da rotina do labor, porém, nesse estudo, grande número da amostra respondeu que não almeja a mudança.

Percebe-se que os achados relacionados ao perfil sociodemográfico dos participantes estudados foram semelhantes a outros estudos no contexto da saúde, especialmente da ESF. Contudo, as respostas obtidas no questionamento sobre mudar de local de trabalho trouxeram um certo ineditismo, uma vez que demais estudos apontam que os profissionais têm desejo pela mudança.

Mais do que traçar um perfil dos trabalhadores estudados, a investigação teve a intenção de conhecer sobre como se encontram em relação à qualidade de vida e ao estresse, e, a partir dos dados discutidos acima, vê-se que não há descontentamento pelo local de trabalho a ponto de aspirarem mudar para outro lugar, fato que sugere uma invulnerabilidade nesse sentido. Não obstante, a satisfação e qualificação profissional também favorecem a uma boa avaliação aos aspectos

subjetivos a profissionais que atuam na área da saúde, fato que constata o baixo nível de estresse encontrado e discutido adiante.

6.2 Dados quantitativos

6.2.1 Qualidade de vida – *Whoqol-bref*

A falta de consenso em relação ao conceito de qualidade de vida gera certa inquietação nos campos das ciências humanas e da saúde, pois, há uma busca por elementos que ajam no controle de sintomas e influenciem no aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, na diminuição da mortalidade. Frente à diversidade de elementos que contemplam o tema Qualidade de Vida, o presente estudo se utilizou do conceito da OMS para basear suas discussões, pois, neste, coloca-se o sujeito como ator principal da avaliação, considerando uma variedade de aspectos, como suas questões subjetivas, crenças pessoais, contexto social, entre outros.

Pesquisas que buscam avaliar a condição de saúde das diversas populações e segmentos contribuem para um melhor planejamento de ações e para maior disseminação de informações promotoras de saúde, inclusive a OMS recomenda esse tipo de avaliação. A temática da qualidade de vida está presente nessa proposta, uma vez que contempla a saúde não somente na sua vertente biológica, mas, em paralelo a isso, considera aspectos subjetivos das pessoas. Dessa forma, a QV transcende o conceito de saúde, já que abrange uma diversidade de aspectos concernentes ao ser humano (ZANGÃO; MENDES; BRAGA, 2016).

Os resultados se basearam nas comparações das pontuações dos escores para cada domínio específico. Os escores são constituídos por uma escala positiva, ou seja, quanto maior o escore, maior a qualidade de vida. Assim sendo, nesta pesquisa, a qualidade de vida dos profissionais da ESF foi avaliada como regular em todos os domínios presentes no instrumento proposto pela OMS, o que demonstra semelhança em relação aos aspectos de vida dos sujeitos da pesquisa.

Quando se trata do domínio geral, percebe-se que a satisfação com a condição de saúde se apresenta mais comprometida que a percepção sobre a qualidade de vida. Essa constatação é confirmada quando, no domínio físico, quase metade dos respondentes relataram precisar de algum atendimento médico para levar sua vida diária. A pesquisa de Santana (2015), com ACS, da mesma forma, apresenta a

questão da necessidade de tratamento de saúde como algo frequente. A partir desse ponto de vista, faz-se interessante, ainda, investigar se há alguma relação entre o trabalho e as necessidades médicas, já que a saúde do trabalhador faz parte de proposta vigente do SUS.

O compromisso do SUS em torno da ST está relacionado ao processo saúde-doença dos trabalhadores, haja vista que o trabalho pode ser visto como eixo organizador da vida social dos mesmos. Assim sendo, faz-se necessário que os trabalhadores façam parte de processos e ações dos serviços de saúde, contribuindo com seus conhecimentos técnicos e subjetivos para com as práticas institucionais (BRASIL, 2018).

Ferreira e Carvalho (2017) acreditam na importância de se promover saúde para os trabalhadores com o fim de que estes alcancem processos de trabalho dignos. Para tanto, se faz preciso perceber como estes se encontram, tendo em vista que estão susceptíveis a situações de cobranças, exigências e intensas atividades laborais.

Foram detectados os menores escores no domínio meio ambiente e os maiores no domínio relações sociais. Estes resultados são equiparados com estudo de Gessner et al. (2013), com profissionais da ESF, e os de Silva et al. (2017) e Santana (2015), que avaliaram a qualidade de vida de agentes comunitários de saúde, sendo o último em um município também do interior do Nordeste. Estudos na mesma perspectiva apresentam uma constante no menor escore referente ao domínio meio ambiente. Já no que se refere ao resultado maior ser no domínio das relações sociais, foram encontrados, ainda, o estudo de Cahú et al. (2014), com residentes multiprofissionais em saúde da família, o de Lourenção (2018) com gestores da AB.

O domínio meio ambiente, que engloba moradia, segurança, recursos financeiros, acesso aos serviços de saúde, entre outros, foi o que apresentou menor escore na avaliação. As respostas predominantemente negativas das questões correspondentes ao dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades e em que medida têm capacidade para lazer, podem ter a ver com a baixa remuneração encontrada nos resultados do perfil sociodemográfico. Essa relação foi percebida também nos estudos com ACS de Ferigollo et al. (2016) e Santana (2015), assim como o de Marques et al. (2015), com enfermeiros, no qual se identifica que a precarização salarial causa insegurança e insatisfação nos profissionais.

Em acréscimo ao já mencionado, Gomes, Mendes e Fracoli (2016) certificam que o ambiente que não possibilita condições necessárias, sejam elas físicas, financeiras, ou sociais, afeta significativamente na atuação profissional, gerando desmotivação e, conseqüentemente, fragilidade no atendimento ao público assistido. Entretanto, mesmo com avaliação negativa no geral, é relevante mencionar que os sujeitos da pesquisa se mostram satisfeitos com a moradia, acessos aos serviços de saúde e com o meio de transporte, da mesma forma que os achados de Santana (2015).

O domínio físico também apresentou escores baixos e, conhecendo o que está presente nesse âmbito, percebe-se que dor e desconforto, dependência de medicamentos e aspectos relacionados a sono e repouso foram avaliados negativamente. A realidade encontrada pode denotar que esses resultados, semelhantes ao estudo de Gomes, Mendes e Fracoli (2016), e o de Lopes e Macedo (2013), com enfermeiros, interferem na qualidade de vida desses profissionais que atuam promovendo saúde.

A satisfação com o trabalho depende, acima de tudo, da percepção subjetiva do profissional em relação as suas condições e o olhar que este tem sobre a importância do seu fazer (FERREIRA; LUCCA, 2015). Ainda no domínio físico, quando questionado sobre a capacidade para realizar as atividades do dia-a-dia e para o trabalho, a maioria dos profissionais participantes responderam estarem satisfeitos. O estudo de Lourenção (2018), com gestores da atenção primária, aponta que o trabalho também pode interferir positivamente na qualidade de vida dos profissionais, fato que diverge de demais estudos nesse sentido.

Gomes, Mendes e Fracoli (2016), ao escreverem sobre o domínio psicológico, relataram que uma boa avaliação em quesitos como autoestima e boa concentração, por exemplo, afastam as possibilidades de insatisfação ou presença de sentimentos negativos. Contudo, no questionamento relacionado aos sentimentos negativos, a maioria dos participantes deste estudo respondeu que os têm algumas vezes e frequentemente. Tais resultados não são surpreendentes, visto que a qualidade de vida foi avaliada de forma negativa. Em contrapartida, as questões relacionadas à aparência física e à capacidade de concentração foram vistas satisfatoriamente, o que difere da afirmação dos autores citados acima.

No domínio relações sociais, como já mencionado na descrição, o enfoque se volta para as relações e o apoio que se recebe de familiares, cônjuges e amigos. Na

conjuntura, as avaliações foram satisfatórias, o que pode refletir também no envolvimento pessoal no local de trabalho que, como diz Gomes, Mendes e Fracoli (2016), também faz parte do processo de adoecimento.

Diante do encontrado, faz-se importante ratificar o que Gessner et al (2013) dizem em relação à ideia de que o meio ambiente, por se apresentar constantemente com avaliações negativas em estudos como este, precisa de uma maior atenção no que se refere às ações voltadas para a promoção de qualidade de vida dos trabalhadores e cuidadores em saúde.

Assim como Lourenção (2018) afirma, nota-se necessário promover ações direcionadas aos trabalhadores para que os sinais de desgaste e insatisfação no ambiente laboral sejam amenizados, fortalecendo a ideia de saúde no contexto ocupacional na tentativa de prevenir riscos psicossociais e, conseqüentemente, a qualidade do trabalho destes profissionais.

Paiva (2017) enfatiza que a qualidade de vida de profissionais de saúde vem sendo vista como integrante dos serviços desse campo. Contudo, a gestão faz parte desse processo e pode contribuir significativamente na execução de ações voltadas para essa perspectiva. Estudos sobre a qualidade de vida de trabalhadores da ESF são, sobretudo, uma maneira de fortalecer a concretização do SUS, haja vista que os integrantes da equipe de trabalho têm protagonismo nas ações das políticas de saúde (SANTANA, 2015).

Uma avaliação como essa oportuniza reflexões que incentivam novas investigações voltadas para a saúde do trabalhador. Como já mencionado, os resultados decorrentes do *Whoqol-bref* sugerem investigações futuras que deem mais atenção às questões de saúde física dos trabalhadores da ESF, e que considerem também o caráter subjetivo desse público uma vez que, nesse cenário, há envolvimento e vínculos que são estabelecidos e a maneira como o profissional se encontra interfere em como o mesmo promoverá saúde.

6.2.2 Estresse - *ISSL*

A área da saúde tem como foco o ser humano, seja enquanto usuário ou paciente dos serviços de saúde, e o profissional assistente se torna, nessa conjuntura, responsável pelo bem-estar desse público. O acesso frequente a pessoas adoecidas

e as questões relacionadas à própria instituição de trabalho corroboram com o desgaste e conseqüente possibilidade de estresse no profissional.

Na sociedade atual, é comum o fato de a produtividade ser mais priorizada que a qualidade do serviço prestado e, além disso, as atividades laborais, muitas vezes, comprometem bastante tempo da vida do trabalhador. Na ESF há, em acréscimo, a grande demanda de pessoas que procuram atendimento, falta de compreensão da população em relação aos serviços ofertados, assim como contratempos no trabalho em equipe. Estes impasses implicam em desgastes físicos e psicológicos nos profissionais, e provocam acometimentos relacionados com a saúde mental, como o estresse (MOTA; DOSEA; NUNES, 2014).

No cenário nacional, o estresse vem afetando significativamente as pessoas e há um valor estimado de 30% da população economicamente ativa que, em algum momento, já foi atingida pelo quadro (PAIVA, 2017). A maioria dos estudos nessa perspectiva, como os de Silva et al (2017), Cahú et al (2014), Carvalho e Malagris (2007) na área da Saúde da Família, mostra a maior parte dos profissionais apresentando estresse. No presente, quase metade da população pesquisada apresenta estresse nas fases de resistência e exaustão, em especial, com grande intensidade na primeira destas.

A ausência de participantes na fase de alerta pode ter a ver com o fato de estes não terem dificuldades em enfrentar situações de adversidades no cotidiano, uma vez que essa fase representa o lado positivo do estresse, no qual o indivíduo se depara com um fator estressor, mas não paralisa frente ao desconforto. Nascimento et al (2019) também não obtiveram enfermeiros na fase de alerta em seus resultados, e acrescentaram que esse achado pode denotar resiliência por parte dos profissionais. Essa constatação demonstra que pode haver, a partir disso, melhores serviços prestados por parte desses profissionais, contribuindo para um atendimento qualificado no contexto da ESF.

Já a fase de resistência aparece constantemente nos estudos sobre estresse em profissionais da saúde. Trata-se da fase que antecede o estresse enquanto patologia propriamente dita, na qual o indivíduo busca se manter em um equilíbrio interno diante do agente estressor. Os sintomas psicológicos que nela predominam são, por exemplo, desânimo, sensação de cansaço e desgaste, e dificuldades com a memória (BRIGOLA et al., 2018).

As pesquisas nesse âmbito consideram a frequência de homens maior em relação às mulheres apresentando estresse. Contudo, o estudo corrente, assim como os de Nascimento et al (2019) e Cahú et al. (2014), não apresentou diferença significativa em relação à variável sexo. No que diz respeito ao local de trabalho, também não foi observada grande discrepância entre as pessoas que atuam em zona rural ou urbana.

Já em relação à categoria profissional, os auxiliares de limpeza foram a maior representatividade dentre os participantes apresentando estresse, levando em consideração a totalidade da amostra.

Na literatura, esses profissionais são nomeados de serventes de limpeza, e a quantidade de estudos a eles direcionadas é limitada, especialmente na área da saúde. Entretanto, Beltrame (2014) que avaliaram serventes de limpeza de um hospital público, afirmam que quanto mais saudável e mais satisfeito o trabalhador for, melhor é a capacidade para executar o trabalho, sendo este visto como predominantemente físico. A falta de tempo e de condições para o lazer foi avaliada negativamente quando relacionada à capacidade laboral, o que pode ter a ver com a intensidade do trabalho, bem como com a baixa remuneração dessa categoria.

A intensa quantidade de profissionais auxiliares de limpeza com significativo nível de estresse, como também a escassez de pesquisas anteriores que contemplem esse coletivo, indica um olhar diferenciado para essa classe que tem sua importância para que o processo de trabalho na saúde pública aconteça de forma qualificada.

Segundo Silva e Moura (2016) a Odontologia é considerada como uma das categorias profissionais onde os sujeitos mais sofrem fatores de risco para distúrbios de ordem físicas em relação ao trabalho. Por conta disso, percebe-se que a grande maioria de estudos sobre o trabalho desses profissionais estão relacionados a questões ergonômicas e de biossegurança.

Na presente investigação, a odontologia se destacou nos resultados dos níveis de estresse dos participantes de nível superior. Fato que diverge da grande maioria das pesquisas no contexto da ESF, que traz os enfermeiros com maior representatividade nesse aspecto. Esse resultado pode ser reconhecido através da pesquisa de Brigola et al. (2018), sobre o estresse no trabalho de cirurgiões-dentistas na ESF, que traz um elevado número de profissionais apresentando o quadro. Os autores enfatizam como agentes estressores tanto questões emocionais, quanto

relacionadas às más condições de trabalho, falta de material, insegurança, atendimentos imprevisíveis, entre outros.

Moimaz et al. (2015) pesquisaram cirurgiões-dentistas atuantes no SUS, e trouxeram como resultados que a maioria dos entrevistados declarou sentir dores físicas, e atribuem que estas lhe atrapalham no ambiente de trabalho. Além disso, apresentaram insatisfações em relação à remuneração, à oportunidade de lazer e ao ambiente de trabalho considerado insalubre. Apesar de não se tratar de um estudo que avaliou o estresse, nota-se que há uma série de elementos que podem levar a esse quadro.

As pesquisas encontradas na literatura sobre aspectos relacionados ao trabalho da odontologia apresentam as consequências das atividades laborais destes profissionais, como esquecimento, desconforto físico e cansaço. Embora o enfoque maior seja nas questões físicas, fenômenos como irritação, desânimo, falta de concentração e pouca oportunidade de lazer são citadas como interferências negativas no fazer dessa categoria (BRIGOLA et al., 2018; SILVA; MOURA, 2016).

O estudo de Saliba et al. (2013) sobre a saúde do trabalhador na odontologia, apresentou um número significativo desses profissionais apresentando estresse, porém, as principais causas foram relacionadas à carga horária de trabalho, excesso de atividades, dificuldades de lidar com cobranças, e o tempo de formação. Percebe-se, com isso, que estudos sobre essa categoria profissional apresenta diversas situações que causam estresse, seja de ordem física ou no processo de trabalho propriamente dito.

Pôde-se inferir que as profissões se apresentaram com estresse foram as que necessitam de mais esforço físico para sua realização. Essa inferência pode estar relacionada também em razão de os sintomas físicos terem sido os mais frequentes na avaliação. A intensidade na predominância dos sintomas físicos se identifica semelhantemente nos estudos, também com profissionais de saúde da família, de Nascimento et al (2019), Carvalhos e Malagris (2007) e Felix, Machado e Souza (2017).

Os sintomas físicos mais mencionados foram tensão muscular, sensação de desgaste físico e insônia, e os psicológicos predominaram em vontade súbita de iniciar novos projetos e pensar e falar constantemente em um só assunto, resultados igualmente encontrados no estudo de Camelo, Galon e Marziale (2012), realizado com ACS. A presença desses sintomas pode servir de alerta e despertar a importância de

investigações mais aprofundadas acerca do estresse profissional na conjuntura da ESF.

Paiva (2017) afirma que estudar qualidade de vida pode demonstrar possíveis fatores estressores no trabalho em saúde. Percebeu-se que há um número considerável de profissionais apresentando estresse, especialmente nas fases que resultam consequências negativas para a saúde.

A partir disso, faz-se necessário acrescentar que, apesar de poucos profissionais se encontrarem na fase de exaustão do estresse, a maioria deles apresentou notáveis sintomas e, conseqüentemente, a presença de estresse. Tais achados sobre o estresse ratificam os resultados citados acima, em referência à qualidade de vida dos profissionais da ESF, o que possibilita relação entre os dois temas, tendo em vista que abordam aspectos subjetivos. Uma pesquisa correlacional poderia possibilitar maior aprofundamento sobre essas temáticas na esfera da saúde do trabalhador, sobretudo na esfera da saúde pública.

6.3 Dados qualitativos

6.3.1 Qualidade de vida

Brotto e Araujo (2012) trazem que a OMS identificou a década de 2006 a 2016 como o período de valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, em consequência da intensificação de adoecimento desses sujeitos nessa conjuntura. O fato pode se caracterizar a partir da percepção dos trabalhadores vistos como atores em busca de resultados e promotores de bem-estar, restringindo-se a seu caráter funcional, e se distanciando de suas questões pessoais.

A proposta de se verificar o que significa qualidade de vida para os participantes se deu na tentativa de considerá-los não somente na vertente do trabalho, mas, enquanto sujeitos que apresentam suas próprias percepções no que diz respeito ao que promovem em suas atividades laborais. Os discursos flutuaram predominantemente em relação ao que eles atribuem enquanto necessidades básicas para *viver bem*. Estiveram presentes questões de saúde (física e mental), sociais (família, amigos, educação) e de meio ambiente (trabalho, moradia, lazer).

Os dois questionamentos obtiveram respostas associadas aos domínios propostos pelo instrumento da OMS sobre QV, também utilizado neste estudo, o

whoqi abreviado. Embora haja uma série de conceitos que sugerem o significado de qualidade de vida, os domínios nortearam a criação das categorias dos dados qualitativos. Além disso, foi percebido também que os profissionais estudados demonstram aproximar a qualidade de vida ao conceito de saúde, de acordo com o que a OMS propõe, o que caracteriza a segunda categoria da primeira questão.

A saúde, em seu caráter multidimensional, constitui uma diversidade de adaptações em sua definição. A OMS traz, em sua constituição, o significado de saúde enquanto “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS/WHO, 1947, p. 15). Há, em acréscimo, a ideia de que poder desfrutar desse estado de saúde é um dos direitos fundamentais do ser humano. Tal premissa caracteriza a criação das duas categorias referentes a questão sobre o que é QV, e reafirma a associação feita pelos investigados de que qualidade de vida tem a ver com saúde, seja ela em qualquer contexto, quais sejam: físico, mental, espiritual, social, entre outros.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), tem como objetivo promover a equidade e a melhoria nos modos de viver levando em conta a saúde individual e coletiva. A política traz a *alimentação saudável e adequada*, e as *práticas corporais e atividades físicas* como temas prioritários nas ações de promoção, e *ambientes e territórios saudáveis* como um tema transversal (BRASIL, 2018). Tais tópicos estão intimamente ligados aos domínios físico e meio ambiente, representados na subcategoria *bem-estar físico*, da questão sobre o que é qualidade de vida.

As atividades físicas são significativamente citadas quando se trata de uma maneira de se melhorar a saúde, bem como frequentemente interrelacionadas à qualidade de vida. Os estudos de Saliba et al (2013) e Neto et al. (2013), com profissionais de saúde, fortalecem a ideia de que a prática dessas atividades proporciona mais bem-estar e energia, e menos cansaço, o que impulsiona a realização das ações diárias e melhoria até nas relações sociais, familiares e do trabalho.

Neto et al. (2013), ratificam, ainda, que no campo do trabalho é comum que as práticas habituais de atividades físicas contribuam positivamente na qualidade de vida, e sugerem que implantar medidas nesse sentido, de práticas e acompanhamento da saúde física, não requer grandes custos financeiros, e age prevenindo agravos à saúde dos trabalhadores.

Manter um estilo de vida saudável e a busca por lazer e por um trabalho digno, foram expressões relatadas na subcategoria sobre o bem-estar físico, do primeiro questionamento, e são reconhecidas na literatura como estratégias que propiciam uma melhora na saúde. Ao se deparar com essas falas, nota-se que os domínios físico e meio ambiente, advindos do estudo multicêntrico da OMS realizado para a avaliação sobre a QV, estiveram presente na corrente pesquisa.

Na década de 1990 houve uma transformação no conceito de saúde, sendo agora um “estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social” (FLECK, 2000, p.37). O grupo de estudiosos sobre qualidade de vida da OMS, conseqüentemente, incluiu a espiritualidade em seus estudos, fazendo parte da dimensão que aborda crenças ou códigos comportamentais, contemplada, então, no domínio psicológico.

Nos discursos analisados, as falas em relação às crenças pessoais e espirituais, em torno da caracterização sobre o conceito de QV, foram notadamente manifestadas. Faz-se necessário considerar que a definição de QV, de acordo com a OMS, destaca sobre a posição na vida ser levada em conta, ou seja, aspectos subjetivos fazem parte desse conceito visto de forma pessoal. Além disso, a multidimensionalidade também é reconhecida, inclusive as crenças pessoais e espirituais, como foi percebido na segunda subcategoria do questionamento inicial.

Melo et al. (2015), ao revisarem a literatura sobre religiosidade/espiritualidade e qualidade de vida, perceberam que diversas áreas da saúde se interessam por estudar essa relação, uma vez que quando se fala em saúde é preciso considerar aspectos subjetivos, que, por sua vez, compreendem o campo das crenças, sejam elas de qualquer ótica.

As expressões fé, cristão, amar a família e fazer o que gosta, por exemplo, foram mencionadas com frequência como formas associadas a ter qualidade de vida. A partir de então, esclarece-se que a experiência subjetiva em relação ao que é qualidade de vida para cada indivíduo deve ser enfatizada. Essa constatação, e a grande porcentagem de palavras decorrentes dos discursos, relacionadas ao domínio subjetivo, intensificam o despertar para estudos mais aprofundados acerca desse tema.

A segunda questão, referente a como se pode melhorar a qualidade de vida, complementa o primeiro questionamento sobre o conceito de QV. Essa complementariedade foi constatada na medida em que as respostas se

assemelharam com o que foi encontrado na pergunta inicial, ou seja, os profissionais descrevem conceitos sobre o construto de forma consistente, mas, relatam precisar melhorar exatamente nas circunstâncias que caracterizam uma boa qualidade de vida.

Essa percepção também foi encontrada no estudo de Lopes e Macedo (2013), quando comentaram que a QV de profissionais de saúde se compreende de forma incompleta e imparcial, o que quer dizer que apesar de apreenderem o significado, nem sempre se aproximam da condição.

As análises de similitude obtidas dos dados das duas questões sobre qualidade de vida, sustentam a fundamentação das categorias terem sido com base nos domínios preconizados pela OMS. *Saúde, lazer, moradia e emocional* são as palavras em destaque da primeira questão e saúde, melhorar, exercícios físicos e praticar foram as principais do segundo questionamento. Assim, é possível reconhecer que os profissionais de saúde investigados estão de acordo com a OMS no que diz respeito ao conceito de qualidade de vida, embora esta não tenha sido tão bem avaliada quantitativamente.

A expressão *qualidade de vida* é significativamente mencionada e presente nas propostas e programas de saúde pública, e a forma como os profissionais se apropriam desse termo é extremamente considerável, já que eles são os anunciadores e atuantes no âmbito da promoção da saúde. Assim, no contexto pesquisado e de acordo com os resultados encontrados, pode-se afirmar que os trabalhadores de saúde expressam congruência entre o saber empírico e prático com relação à QV.

A relação que pode ser destacada na pesquisa mista realizada neste estudo, no campo da QV, infere que apesar de existir um saber prévio do que se trata esse conceito, os profissionais estudados não necessariamente fazem uso desse conhecimento em seus cotidianos, já que nas questões avaliativas do *Whoqol-bref*, demonstraram que não apresentam uma boa qualidade de vida.

6.3.2 Estresse no trabalho

Dejours (1987) escreve sobre o trabalho, compreendendo que executar uma atividade sem investimento, seja material ou afetivo, exige produção de esforço e vontade, ocasionando entraves entre a motivação e o desejo. Considerando essa reflexão, nota-se que os aspectos subjetivos estão inerentes ao trabalho. E, pensando

na saúde pública, as interferências surgem de diversas formas, a saber: *estrutura física, protocolos de atendimento, público em vulnerabilidade social, relações com a gestão, trabalho em equipe*, entre outros.

Santos, Mishima e Merhy (2018), que avaliaram o processo de trabalho na ESF, apresentam a ideia de que o trabalho em saúde é considerado uma prática social, tendo em vista que desempenha ações de cuidado e atenção ao processo saúde-doença. A partir dessa premissa, vê-se o quão importante é a participação dos atores desse processo para que ele aconteça, e é preciso destacar que as inferências subjetivas dos profissionais são elementos que podem contribuir ou prejudicar na execução do trabalho.

A ESF segue protocolos e políticas que perpassam transversalmente o processo de trabalho, o que torna a prática vista, de certa forma, como burocrática. Contudo, as demandas que surgem nesse cenário podem ser capazes de desestabilizar o modelo assistencial proposto e, conseqüentemente, os trabalhadores que estão na porta de entrada do SUS, cobrados a promover saúde e prevenir agravos e doenças. Diante desse processo envolto de demandas em suas diversas formas, os fatores advindos podem ser considerados fonte de estresse tanto para quem atende, quanto para o público assistido.

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2017) esclarece sobre a garantia de infraestrutura, ambiência, equipamentos adequados, além da disponibilidade de recursos humanos, materiais e insumos para a execução das atividades propostas no contexto da AB. Contudo, as queixas a respeito da falta de materiais e falta de condições para o trabalho, são constantes e foram significativamente representadas nas respostas da questão sobre o que causa estresse no ambiente laboral dos profissionais investigados.

A escassez de materiais e insumos, bem como deficiência na infraestrutura, são elementos que podem enfraquecer o atendimento, causando insatisfação tanto para os usuários quanto para a equipe de saúde, além disso trazem aspectos como desgaste e queda de rendimento dos profissionais (FERNANDES; CORDEIRO, 2018). A alta frequência de falas relacionadas às deficiências supracitadas pode corroborar com a premissa dos autores acima, uma vez que se percebe essas insatisfações como causadoras de estresse no ambiente laboral.

O estudo de Galavote et al. (2016) confirma que um espaço físico adequado e a presença de insumos e equipamentos facilitam o trabalho em unidades de saúde.

Em paralelo a isso, a pesquisa de Santos, Mishima e Merhy (2018), traz que os profissionais reconhecem de maneira recorrente que a inadequação da estrutura física é um fenômeno que merece atenção e investimento, já que interferem no processo de acolhimento e na assistência prestada.

As cobranças, seja por parte da população ou pela gestão, são consideradas como um impasse no desenvolvimento das atividades na AB, por isso, foram mencionadas ao longo do presente trabalho, e evidenciadas por parte dos participantes enquanto um agente estressor no ambiente ocupacional. As falas foram direcionadas ao fato de que são esperados resultados práticos da equipe, porém não há o reconhecimento das adversidades vivenciadas no cotidiano laboral.

Galavote et al. (2016) especifica que há uma centralização do poder na gestão e o trabalhador da saúde da família é conhecido como cumpridor de regras e das ações previstas. Entretanto, há de se admitir que essa forma de organização não necessariamente faz funcionar um serviço onde é preciso autonomia e inventividade por parte da equipe de saúde e dos próprios usuários que buscam atendimento. Tal proposição configura certa tensão entre os gestores e os trabalhadores na assistência, e, de acordo com os discursos encontrados, isso também gera estresse.

O trabalho hierarquizado e verticalizado cria entraves e dificuldades para a integralidade do cuidado proposta pela PNAB. Fernandes e Cordeiro (2018) relatam que um trabalho realizado de forma fragmentada atinge negativamente a comunicação interdisciplinar, gerando insegurança e conflitos nas definições de papéis, além do que afeta diretamente no impacto nas ações da ESF.

Percebe-se que a fragmentação no processo de trabalho não advém apenas por parte da gestão, mas, ainda, pelas próprias relações entre a equipe mínima da ESF, fato que foi identificado nos achados desta pesquisa. Falta de compreensão, de compromisso e de respeito foram mencionadas expressivamente, o que declara serem comuns e relevantes agentes estressores no contexto investigado.

Peruzzo et al. (2018), ao abordarem o tema trabalho em equipe no âmbito da ESF, deram destaque ao fato de que o diálogo entre os profissionais e a inexistência de conflitos interpessoais, bem como o comprometimento, a cooperação, o respeito e a corresponsabilização, podem proporcionar uma assistência qualificada e impede que as relações se fragilizem em meio aos obstáculos encontrados no ambiente laboral. Os participantes da pesquisa desses autores viram como proposta de aliviar o estresse entre a equipe, a possibilidade de planejamento em conjunto das ações,

bem como criar estratégias coletivas para melhor socialização, como confraternizações, por exemplo.

As relações interpessoais no ambiente laboral quando são fragilizadas, atrapalham tanto na tomada de decisão da equipe, quanto na transmissão de informações que são necessárias para as ações de promoção à saúde. Os estudos de Garcia e Sousa (2019) e Garcia et al. (2015) ratificam essa ideia quando afirmam que é preciso enfatizar o fortalecimento dos vínculos e laços, e o cuidado com o trabalho em equipe na saúde da família, haja vista a proposta de proporcionar a melhoria para a comunidade atendida.

Assim como na pesquisa de Peruzzo et al. (2018), os profissionais deste estudo acreditam que a maneira como interagem entre si interfere no trabalho e, conseqüentemente, é vista como um fator que desencadeia estresse. A partir do exposto e das falas encontradas na pesquisa, o apoio por parte dos colegas de trabalho, por exemplo, colabora com o bem-estar da equipe, bem como influencia nas responsabilidades e tomadas de decisão. Além disso, a valorização do trabalho apazigua o adoecimento e o sofrimento que podem surgir em consequência do ambiente ocupacional. (FERREIRA; LUCCA, 2015).

Sabe-se que a integralidade ¹ é um dos princípios do SUS, e, especialmente na AB, o vínculo e o acolhimento são importantes aspectos para sua efetivação. Assim, o modelo assistencial além de promover o cuidado, proporciona uma nova postura dos profissionais para com os usuários. Essa nova forma de cuidar facilita a continuidade e participação dos usuários nos tratamentos, tendo em vista que estes são protagonistas desse processo (GALAVOTE et al., 2016).

Garcia et al (2015) discorrem sobre o trabalho em saúde ser resultado de um encontro entre alguém que produz e um outro que recebe, o que favorece uma troca inerente a essa relação e, conseqüentemente, contribui para o propósito do cuidado. Entretanto, sabe-se que alguns impasses ultrapassam os planejamentos e ações das equipes, o que interfere na comunicação e transmissão de informações para os

¹ Princípio doutrinário do SUS que considera as pessoas em todas as perspectivas no sentido de atender as suas necessidades como um todo. Fundamenta os programas e políticas de saúde pública, partindo do ponto de vista de contribuir para a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2017).

pacientes. Este fato, portanto, pode retroceder a assistência ao modelo tradicional, no qual o profissional é detentor do conhecimento.

Agregado a isso, o usuário que, teoricamente, precisa fazer parte do seu processo de saúde, acaba não tendo autonomia nem participação nas ações voltadas para si, e, contrariamente ao que é proposto pelas políticas de saúde, ao invés de ser parceiro do processo, é visto como agente estressor, como reconhecido na presente pesquisa. A falta de entendimento sobre o que é orientado, as queixas acerca da gestão e a não participação nas atividades propostas foram situações citadas nos discursos dos participantes investigados, a respeito das queixas em relação aos pacientes.

Apesar da busca pela promoção da autonomia dos usuários em torno da sua condição de saúde e/ou tratamento, é comum a presença diária e frequente dos mesmos nas UBS em busca de alívio não só de suas questões físicas, mas também emocionais e sociais. Assim, a equipe da ESF se depara com uma multiplicidade de fragilidades e necessidades, em diversas dimensões e, com isso, dispõem de manejos clínicos e, de certa maneira, psicológicos, para melhor lidar com as carências encontradas (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Embora o processo de trabalho na ESF se baseie em princípios e diretrizes específicos, a recepção e o acolhimento do usuário no serviço propicia melhor engajamento no tratamento e na tomada de decisão para a continuidade do cuidado (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). No entanto, no presente estudo, falhas na comunicação e dificuldades na apreensão das informações e na relação equipe-paciente, se fizeram presente e foram citadas como motivos para de estresse para os profissionais.

As queixas referentes à grande demanda em relação aos pacientes foram caracterizadas como fator estressante, e essa constatação também foi encontrada na pesquisa de Garcia e Souza (2019), sobre fatores estressores em enfermeiros. Cabe então refletir sobre a inconsistência das relações entre equipe de saúde e pacientes, uma vez que estes últimos foram indicados como fontes de estresse na conjuntura das ESF estudadas.

Partindo do pressuposto de que o estresse acarreta em reações físicas e psicológicas, e interfere nas relações do ambiente laboral, fez-se necessário dar seguimento à investigação, na perspectiva de descobrir quais as estratégias utilizadas por esses profissionais para amenizar os níveis de estresse.

Os discursos correspondentes a como se pode evitar a tensão do estresse no ambiente de trabalho levaram a crer que existem mecanismos de defesa, por parte dos investigados, contra esse acometimento. Camelo, Galon e Marziale (2012), ao revisarem a literatura encontraram que as estratégias de gerenciamento mais utilizadas são de caráter individual, em especial atividades físicas, músicas, leitura e hábitos religiosos, assim como encontrado no contexto dessa pesquisa.

Garcia e Sousa (2019), lançaram a possibilidade de que técnicas de relaxamento propiciam a redução do estresse desses profissionais, que lidam diariamente com adversidades desencadeadoras de um desgaste emocional. Os autores acima declararam em seus resultados, assim como encontrado nas falas dos participantes da corrente pesquisa, que ouvir músicas é, de fato, um exemplo de buscar relaxamento e amenizar o estresse. Dialogar também foi uma ação citada como medida de enfrentamento do estresse advindo do ambiente de trabalho.

Muitos participantes elegeram suas crenças religiosas e os atos de rezar e orar como meios de aliviar o estresse. Leonelli et al. (2017) relatam que a prática religiosa legitima uma influência positiva e benéfica na perspectiva do alívio do estresse. Martins et al. (2014), que pesquisaram profissionais da atenção primária, apresentam que práticas religiosas são consideradas fator de proteção para o esgotamento profissional. Tomando isso como base, nota-se que essas ações que estão sendo utilizadas pelos profissionais pesquisados, além de minimizar o estresse, os impedem de chegar ao esgotamento.

Há na literatura diversos estudos alusivos ao suporte social como um construto que serve como fator de proteção para diversos aspectos que atingem a qualidade de vida da população. Além do mais, o suporte/apoio, social contribui para a compreensão de processos de saúde-doença, bem como serve de fundamento para intervenções nesse sentido (ARAGÃO et al., 2009).

Relações com familiares, amigos, e no ambiente de trabalho são exemplos elencados pelos participantes como princípios para amenizar o estresse. Em complemento a isto, a palavra “conversar” foi vista no centro da análise de similitude que esquematizou os termos mais evidenciados das respostas referentes à pergunta sobre o que fazer para aliviar a tensão do estresse. Observa-se, portanto, que as relações interpessoais são relevantes entre os profissionais estudados.

Assim como Katsurayama, Parente e Pires (2016) asseguram, uma investigação qualitativa com profissionais da saúde da família, em relação ao seu

ambiente de trabalho, significa dar voz ao trabalhador que precisa de certa autonomia para enfrentar as dificuldades surgidas no dia-a-dia. Conhecer o que causa estresse nesse contexto implica em reflexões acerca do dinamismo da ESF, bem como sobre novas maneiras de melhorar o serviço prestado, haja vista que os pacientes são uma das maiores fontes de estresse nos participantes dessa pesquisa.

O estresse ocorreu de forma significativa, já que quase metade da amostra se apresentou em algum nível. O fato de estarem especialmente nas fases de resistência e exaustão, sugere que é algo intensificado no cotidiano desses profissionais e, apesar disso, mostram estratégias para minimizar os danos consequentes.

Além disso, os resultados alertam para a importância de se preocupar com a saúde mental de atores sociais que promovem saúde e que veem os pacientes como fontes de estresse. Observa-se a possibilidade de ações direcionadas para os profissionais que visem atenuar o estresse, uma vez que este pode interferir na execução do trabalho em saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O adoecimento no âmbito do trabalho vem sendo alvo de pesquisas, em especial quando se trata de questões relacionadas ao desgaste físico ou mental, acarretando em interferências negativas na execução das atividades exigidas. A qualidade de vida e o estresse são temas amplamente abordados, tendo em vista as diversas variações em relação as suas definições.

O trabalho em saúde demanda uma diversidade de cuidados, seja em relação ao público assistido, seja nas condutas preconizadas pelas políticas e programas que fundamentam a prática. Ambas as vertentes exigem dos profissionais manejo e disponibilidade para lidarem com os percalços encontrados no processo de trabalho. A saúde da família, em especial, requer atenção e destaque nesse sentido, haja vista as dificuldades encontradas no ambiente laboral.

A presente pesquisa foi pensada após a percepção de que os trabalhadores da ESF são diariamente convocados a enfrentar cobranças tanto do público atendido quanto da gestão em busca de resultados. As queixas e insatisfações em relação ao trabalho despertaram a busca por avaliar e conhecer como estão esses trabalhadores em seus aspectos pessoais, uma vez que além de profissionais que cuidam, são sujeitos que também podem adoecer.

Os resultados se apresentaram, até certo ponto, semelhantes a alguns estudos encontrados na literatura, especialmente no que corresponde às variáveis sociodemográficas dos trabalhadores da ESF, a exemplo as idades, sexo, carga horária de trabalho, entre outras.

Contudo, a qualidade de vida não foi tão bem avaliada, especialmente nos domínios físico e meio ambiente. Percebe-se que tais achados podem ser justificados por se tratar de um município do interior do Nordeste, onde o acesso e possibilidades de lazer, bem como a renda são limitados. Assim, os resultados impulsionam a busca por essa avaliação em profissionais da ESF em demais contextos e culturas, em esfera nacional.

A compreensão subjetiva do significado do construto qualidade de vida representa que os participantes são profissionais que se apropriam do conceito de saúde, o que pode ser agente facilitador das ações de promoção e prevenção executadas na atenção básica. Entretanto, mesmo conhecendo o conceito, acreditam que podem melhorar através de práticas saudáveis e relações interpessoais, ou seja,

têm o conhecimento, mas não necessariamente o praticam, o que corrobora com a avaliação predominantemente negativa na investigação quantitativa.

Os níveis de estresse, em sua maioria na fase de resistência, podem servir de alerta para que se olhe para esses profissionais de uma forma mais cuidadosa sob o ponto de vista subjetivo. Além da infraestrutura e falta de materiais aparecerem como agente estressores, identificar que os usuários são também fonte de estresse para os profissionais pressupõe que isso pode interferir no ofício desses sujeitos.

Contudo, pode-se compreender que as pontuações sobre as estratégias para a minimização da tensão no ambiente de trabalho alertam para a relevância de intervenções nesse sentido no cotidiano dos profissionais da ESF, para que assim aspectos relacionados ao estresse não reflitam nas atividades em saúde.

As atividades físicas e as crenças pessoais e espirituais foram destacadamente citadas tanto em relação à qualidade de vida, quanto na busca por amenizar o estresse. A partir disso, nota-se que práticas de saúde (física e mental) podem servir como ferramentas que atenuariam os desconfortos vivenciados por profissionais de saúde da família tanto no cenário ocupacional quanto na vida pessoal.

O desenvolvimento da pesquisa fez despertar na maioria dos profissionais estudados o interesse pelos resultados, especialmente do formulário do estresse. Observa-se isto em razão de verbalizarem, antes mesmo de responderem aos questionários, sobre suas queixas no âmbito da saúde mental, mais um elemento que atenta para uma maior atenção a esse campo na esfera da saúde da família.

As limitações encontradas neste estudo estão relacionadas ao fato de a pesquisa ter sido realizada em um contexto específico, apesar de serem feitas associações com demais investigações nesse sentido. As temáticas são vistas com relevância na área da saúde, especialmente na conjuntura da saúde do trabalhador. Os resultados podem, assim, contribuir para a existência de futuras pesquisas e para a criação de novas propostas e/ou políticas voltadas para o público estudado, e, em consequência, colaborar na assistência da atenção básica como um todo.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R G; VIANA, R R F; SILVEIRA, N A; BRITO, G C; CARVALHO, A A; Qualidade de vida no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Cad. Edu Saúde e Fis.** v. 5, n. 9, p. 42-51, 2018.
- ALFREDO, P P; BLONDI, J C L; MANNA, Vânia. Avaliação da qualidade de vida e estresse em acadêmicos do curso de Fisioterapia. **J Health Sci Inst.**, v 34, n.4, p. 224-30, 2016.
- ARAGÃO, E I S; VIEIRA, S S; ALVES, M G G; SANTOS, A F. Suporte social e estresse: uma revisão da literatura. **Psicologia & foco**, Aracaju, Faculdade Pio Décimo, v. 2, n. 1, jan -jun. 2009
- ASSIS, M R; CARAÚNA H; KARINE, D. Análise do estresse ocupacional em profissionais de saúde. **Revista Conexões Psi.**, v.3, n.1, p.62-71, jan-jul, 2015.
- BELTRAME, M T. **Hábitos saudáveis e capacidade para o trabalho em trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza.** Dissertação de mestrado - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2014.
- BEZERRA, J L C; LUCCA, S R. Fatores psicossociais de estresse no trabalho de agentes comunitários de saúde no município de parnaíba, piauí. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 169-189, 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859628>. Acesso em: 16 de julho de 2018.
- BORINE, R C C; WANDERLEY, K S; BASSITT, D P. Relação entre a qualidade de vida e o estresse em acadêmicos da área da saúde. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**. v. 6, n. 1, p. 100-118, jun, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v6n1/a08.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2018.
- BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168p. (Série Legislação Brasileira).
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de setembro, 2017, p.61.
- BRASIL, Decreto – Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde.** Brasília, set de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 08 de julho de 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** DOU de 13/06/2013 (nº 112, Seção 1, pág. 59).

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – 1º edição. v.8, Brasília : CONASS, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. DOU de 05/05/1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família – ESF**. Ações e Programas. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>. Acesso em: 02 de novembro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**, 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

_____ **Área Técnica de Saúde do Trabalhador : Saúde do trabalhador** / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Sistema único de Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em: 15 de novembro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora** [recurso eletrônico] / Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SUS: a saúde do Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria-executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**. DOU Nº 1.823 seção 01, de 24/08/2012.

BRIGOLA, S; FLORES, M T; BORDIN, D; et al. Trabalho do cirurgião-dentista no serviço público de saúde e implicações sobre o estresse. **Revista APS**, v.21, n.3, p.428-436, 2018.

CAHÚ, R A G; SANTOS, A C O; PEREIRA, R C; VIEIRA, C J L; GOMES, S A. Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. **Revista brasileira de terapias cognitivas**. V. 10, n. 2. p. 76-83, 2014.

CAMARGO, B V; JUSTO, A M. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas em Psicologia**, Vol. 21, nº 2, 513-518, 2013.

CAMELO, S H H; ANGERAMI, E L S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem**, 12(1):14-21 janeiro-fevereir, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n1/v12n1a03>. Acesso em: 08 de novembro de 2018.

CAMELO, S H H; GALON, T; MARZIALE, M H P. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.661-7, dezembro, 2012.

CARVALHO, L; MALAGRIS, L E N. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, vol. 7, núm. 3, diciembre, p. 570-582. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3.ed.- Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

DAUBERMANN, D C; TONETE, V L P. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. **Acta Paul Enferm.** V. 25, n. 2, p.277-83, 2012. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a19v25n2.pdf. Acesso em: 05 de novembro de 2018.

DEJOURS, Cristophe. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

DORIA, M C S; LIPP, M E N; SILVA, D F. O Uso da Acupuntura na Sintomatologia do Stress. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, n. 1, p. 34-51, 2012.

FERIGOLLO, J P; FEDOSSE, E; FILHA, V A V S. Qualidade de vida de profissionais da saúde pública. **Cad. Ter. Ocup.** – UFSCar, São Carlos, v. 24, n.3, p.497-507, 2016.

FERNANDES, J C; CORDEIRO, B C. O gerenciamento de unidades básicas de saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 12, n.1, p.194-202. Janeiro, 2018.

FERREIRA, A P; CARVALHO, A P C. Saúde do Trabalhador: Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho de Bancários. **Ciencia & Trabajo**, Ano 19, N. 9. mayo / agosto, 2017. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v19n59/0718-2449-cyt-19-59-00128.pdf>. Acesso em: 01 de novembro de 2018.

FERREIRA, N N; LUCCA, S R. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira Epidemiologia**. V. 18, n. 1, p. 68-79. Jan-mar, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00068.pdf>. Acesso em: 12 de outubro de 2019.

FILGUEIRAS, J C; HIPPERT, M I S. A polêmica em torno do conceito de Estresse. **Psicologia Ciência e Profissão**, 19 (3), 40-51, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v19n3/05.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2018.

FLECK, M P A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):33-38, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>. Acesso em: 10 de julho de 2018.

GALAVOTE, H S; FRANCO, T B; FREITAS, P S; LIMA, E F; GARCIA, A C; ANDRADE, M A; LIMA, R C. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família:

(des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v.25, n.4, p.988-1002, 2016.

GARCIA, G P A; PALUCCI, M H M. **Fatores estressores, de esgotamento profissional e satisfação no trabalho de enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde**. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

GARCIA, A C P; LIMA, R C D; FREITAS, P S F; FACHETT, T; ANDRADE, M A C. O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. **Rev Epidemiol Control Infect.**, v.5, n.1, p.31-36, 2015.

GARCIA, S L; SOUZA, L A A. Os fatores estressantes em enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Rev. Psicol Saúde e Debate**, v.5, n. 1, p.60-69, 2019.

GESSNER, C L S; GRILLO, L P; SANDRI, J V A; PRÓSPERO, E N; MARIATH, A B. Qualidade de vida de trabalhadores de equipes de saúde da família no sul do Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, V.15, n. 3, p. 30-37, jul-set, 2013.

GOMES, M F P; FRACOLLI, L A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família sob a ótica dos profissionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. V.31, n.3, p.1-13, jul-set, 2018.

GOMEZ, C M; VASCONCELOS, L C F; MACHADO, J M H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6. p.1963-1970, 2018.

GORDIA, A P; QUADROS, T M B; OLIVEIRA, M T C; CAMPOS, W. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa – PR, v. 03, n. 01, jan./jun. 2011, p. 40-52. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/812/625>. Acesso em: 06 de novembro de 2018.

HORTALE, V A; DIAS, M S A; VIEIRA-MAYER, A P G F; MACHADO, M F A S; VIEIRA, N F C. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 11-23, 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do Brasil e das Unidades da Federação**, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/cedro/panorama>. Acesso em: 12 de 2018.

JARDIM, G S; OLIVEIRA, D C S; MONTANDON, D S; *et al.* Índice de satisfação no trabalho de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Campinas, v. 10, n. 4, p. 2055-2064, 2018.

KANNO, N P; BELLODI, P L; TESS, B H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.4, p.884-894, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a08.pdf>. Acesso em: 11 de julho de 2018.

KATSURAYAMA, M. PARENTE, R C P; PIRES, R O M. O trabalhador no programa de saúde da família no interior do estado do Amazonas: um estudo qualitativo.

Trab. Educ. saúde. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.183-198, jan/abr, 2016.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. - São Paulo. Atlas 2003.

LEÃO, L. H. C.; GOMEZ, C M. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.12, p.4649-4658, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04649.pdf. Acesso em: 11 de julho de 2018.

LEITE, D F; NASCIMENTO, D D G; OLIVEIRA, M A C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 507-525, 2014.

LEONELLII, LB; ANDREONII, S; MARTINSII, P; KOZASAI, E H; SALVOI, V L; SOPEZKII, D; MONTERO-MARINIV- J. et al. Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família. **REV BRAS EPIDEMIOL**, v.20, n. 2, p. 286-298, abr-jun, 2017.

LIPP, M. E. N.; TANGANELLI, M. S. Stress e Qualidade de Vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: Diferenças entre Homens e Mulheres. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.15, n., p. 537-548, 2002.

LIPP, M E N; COSTA, K. R. S. N.; NUNES, V O. Estresse, qualidade de vida e estressores ocupacionais de policiais: Sintomas mais frequentes. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v.17, n.1, p. 46-53, 2017.

LOURENÇÃO, L G. Qualidade de vida, engagement, ansiedade e depressão entre gestores de unidades da Atenção Primária à Saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 20, v. 58, Dezembro, 2018.

MAISSIAT, G S. **Prazer e sofrimento de trabalhadores da Atenção Básica à Saúde à luz da psicodinâmica do trabalho.** Dissertação- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MARTINS, L F; LAPORT, T J; MENEZES, V P; MEDEIROS, P B; RONZANI, T M. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.12, p.4939-4750, 2014.

MIGUEL, F K; NORONHA, A P P. Estudo dos Parâmetros Psicométricos da Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho. **Evaluar**, v. 7, p. 1 – 18 Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa, 2007. Disponível em: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/506/0>. Acesso em: 18 de julho de 2018.

MOIMAZ, S. A. S.; COSTA, A. C. O.; SALIBA, N. A.; BORDIN, D.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, C. A. S. Condições de trabalho e qualidade de vida de cirurgiões-dentistas no Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 2, p. 68-78, 21 jul. 2015

MOTA, C M; DOSEA, G S; NUNES. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.12, p.4719-4726, 2014.

MYNAIO, M C S ; HARTZ, Z M A; BUSS, P M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 51, p.7-18, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>. Acesso em: 05 de novembro de 2018.

MINAYO, M C S; SANCHES, O. Quantitativo- Qualitativo. Oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-262, jul/set, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>. Acesso em: 15 de julho de 2018.

MANEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, p.20, n.2, p. 225-33, Abr-jun, 2011.

MARQUES, A L N; FERREIRA, M B G; DUARTE, J M G; COSTA, N S; HASS, SIMÕES, V J S. Qualidade de vida e contexto de trabalho de profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Revista Rene**, v. 16, n. 5, p. 672-81. Set-out, 2015.

MOREIRA, I J B; HORTA, J A; DURO, L N; *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e sofrimento psíquico na estratégia de saúde da família. **Revista Epidemiol Control Infec**, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 1, p.01-07, 2017.

NASCIMENTO, L A S; CAMARGO, R M P; BARROS, P G; OLIVEIRA, R. Avaliação do nível de estresse dos enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família. **Revista Uningá**, Maringá, v. 56. N. 62, p.41-57, jan-mar, 2019.

NASCIMENTO, W. N.; PEREIRA, M F; PEREIRA, J. Qualidade de Vida no Trabalho: origem, evolução e conceitos – uma revisão bibliográfica. **Coleção Gestão da Saúde Pública** – v. 13, n.9, p.178-200, 2013.

NETO, A C F; RODRIGO, C A; PITANGUI, A C R; MENEZES, L C; FRANÇA, E E; *et al.* Qualidade de vida e nível de atividade física de profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, Pelotas/RS, n. 18, n.6, p.711-719, Novembro, 2013.

OLIVARES, A; BONITO, J; SILVA, R. Qualidade de vida dos médicos da Atenção Básica no estado de Roraima (Brasil). **Psicologia, saúde e doenças**, v. 16, n.1, p.100-111, 2015.

OLIVEIRA, J L; MAGALHÃES, A M M; MATSUDA, L M. Métodos mistos na pesquisa em enfermagem: possibilidades de aplicação à luz de Creswell. **Texto Contexto Enfermagem**, v.27, p.2, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e0560017.pdf>. Acesso em: 17 de julho de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Universidade de São Paulo- Biblioteca virtual de direitos humanos, 2019. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>. Acesso em 4 de dezembro de 2019.

PAIVA, L C. **Análise da Qualidade de Vida e fatores de risco para a síndrome de Burnout em profissionais de saúde**. Tese de doutorado - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

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

PERUZZO, H E; BEGA, A G; LOPES; A P A T; HADDAD, M C F; PERES, A M; MARCON, S S. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, Volume 22, n. 4, 2018.

RODRIGUES, L S. **Satisfação laboral e a síndrome de burnout no contexto da Estratégia Saúde da Família**. Dissertação de mestrado- Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família. Nucleadora URCA, Crato, 2016.

ROSSETI, M O; EHLERS, D M; GUNDERT, I B; LEME, I A; RABELO, I S; DELPHINO; S M; PACANARO, S V; BARRIONUEVO, V L. O inventário de sintomas de stress para adultos de lipp (ISSL) em servidores da polícia Federal de São Paulo. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, Volume 4, n. 2, 2008.

SÁ, A M S; SILVA, P O M; FUNCHAL, B. Burnout: O impacto de satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. **Psicologia e Sociedade**, v.26, n.3, p. 664 – 674, 2010.

SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paideia**, Vol. 20, No. 45, p.73-81, jan-abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n45/a10v20n45.pdf> . Acesso em: 15 de julho de 2018.

SALIBA, N A; MOIMAZ, S A S; PRADO, R L; ROVIDA, T A S; GARBIN, C A. Saúde do Trabalhador na Odontologia: o Cirurgião-dentista em Foco. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 13, n.2, p.147-54, abr./jun., 2013

SANTANA, M C C. **Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde da família de Ipojuca**. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

SANTOS, A M; CASTRO, J J. Stress. **Análise Psicológica**, 4 (XVI): 675-690, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v16n4/v16n4a12.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2018.

SANTOS, D S; MISHIMA, S M; MERHY, E E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.23, v.3, p.861-870, 2018.

SANTOS, F S; MAIA, C R; FAEDO, F C; GOMES, G P C; NUNES, M E; OLIVEIRA, V M. Estresse em Estudantes de Cursos Preparatórios e de Graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V.41, n.2, p. 194-200, 2017.

SANTOS, J L G; ERDMANN, A L; MEIRELLES, B H S; LANZONI, G M M; CUNHA, V P; ROSS, R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n.3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1590016.pdf>. Acesso em: 16 de julho de 2018.

SAUPE, R; STOFFEL, G B. Indicadores de qualidade de vida como tendência atual de cuidado a pessoas em hemodiálise. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 13, núm. 1, p. 100-106, janeiro-março. 2004.. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71413114>. Acesso em: 16 de julho de 2018.

SEIDL, E M F; ZANNON, C M L C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-588, mar-abril. 2004.

SILVA-JUNIOR, J S. Prevenção do Estresse Ocupacional em profissionais da saúde. **Diagn Tratamento**; vol. 21, n.2, p. 93-94, 2016.

SILVA, M A; Lampert, S S; BANDEIRA, D R; BOSA, C A; BARROSO S M. Saúde emocional de agentes comunitários: burnout, estresse, bem-estar e qualidade de vida. **Revista da SPAGESP**, v. 18, n. 1, p. 20-33, 2017.

SILVA, V F; SAINT'CLAIR; NETO, E P. Fatores que influenciam no estresse ocupacional dos enfermeiros que atuam no programa saúde da família. **Revista Científica Interdisciplinar**, v. 2, n.2, p. 162-217, abril-junho, 2015.

SORATTO, J; PIRES, D E P; DORNELLES, S; LORENZETTI, J. Estratégia Saúde da Família: Uma Inovação Tecnológica em Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.24, n.2, p. 584-92, abril-junho. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf . Acesso em: 20 de fevereiro de 2017.

SORATTO, J. **Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais da Estratégia Saúde da Família**. Tese de doutorado- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SOUZA, M A R; WALL, M L; THULER, A C M C; LOWEN, I M V. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Rev Esc Enferm USP**, 52: e03353, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/1980-220X-reeusp-52-e03353.pdf>. Acesso em: 20 de maio, 2019.

SUEHIRO, A C B; SANTOS, A; HATAMOTO, C T; CARDOSO, M. Vulnerabilidade ao estresse e satisfação no trabalho em profissionais do Programa de Saúde da Família. **Boletim de Psicologia**, v. 58, n. 12, p. 205-218, 2008.

TAMBASCO, L P; SILVA, H S; PINHEIRO, K M K; GUTIERREZ B A O. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 140-151, jun. 2017.

THE WHOQOL GROUP: The World Health Organization of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the health Organization. **Soc sci Med**. v. 41, n.10, p. 1-8, 1997

TURATO, E R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, p. 507-14, São Paulo, 2005.

ZANEI, S S VI; OLIVEIRA, R A; WHITAKER, I Y. Qualidade de vida dos profissionais de saúde dos programas de residências multidisciplinares. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM**, Santa Maria- RS, v. 9, n. 35, p. 1-20, 2019.

ZANGÃO, O; MENDES, A Q; BRAGA, S. Estado de saúde versus qualidade de vida. **RIASE online**, v.2, n.1, p.469-487, abril, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E LABORAL

I – Informações sociodemográficas

Número do Questionário: _____ Data de preenchimento: ___/___/___

Idade: _____

Sexo: F () M ()

Estado Civil: Solteiro () Casado /União estável ()

Divorciado/Separado () Viúvo(a) ()

Escolaridade: Fundamental () Médio () Técnico () Superior ()

Profissão: _____

Renda mensal:

- () 1 salário mínimo;
- () 1 a 3 salários mínimos;
- () 3 a 5 salários mínimos;
- () 5 a 8 salários mínimos;
- () Mais de 8 salários mínimos.

II - Condições de trabalho dos profissionais de saúde:

1) Qual UBS em que trabalha? Zona rural () Zona Urbana ()

2) Há quanto tempo trabalha na UBS? _____

3) Qual a sua carga horária total de trabalho semanal? _____

4) Você teve alguma capacitação para atuar neste modelo de trabalho?
SIM() NÃO ()

5) Você gosta da atividade que ora desempenha na ESF? SIM () NÃO ()

6) Se pudesse, mudaria de atividade ou local de trabalho? SIM () NÃO ()

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF

Eu, Jayane Kelly Gomes de Melo, RG nº 2006034047468, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF da nucleadora Universidade Regional do Cariri, estou realizando a pesquisa intitulada “Qualidade de vida e nível de estresse em profissionais da Estratégia Saúde da Família”, que tem como objetivos: Analisar como se estabelece a relação entre a qualidade de vida e o nível de estresse de profissionais da Estratégia Saúde da Família; Avaliar a qualidade de vida dos participantes; Conhecer os níveis de estresse dos respondentes; Verificar qual a relação entre qualidade de vida e estresse entre os profissionais.

Dessa forma, preciso de sua autorização e colaboração para responder os questionários que contemplam os objetivos desse trabalho. Desde já, dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão apenas para realização do estudo, bem como, asseguro que sua participação não é obrigatória. Assim sendo, a qualquer momento o (a) senhor (a) poderá desistir e cancelar seu consentimento. Será garantida a sua privacidade e a proteção de sua imagem. A participação na referida pesquisa apresenta como benefícios a contribuição para novas possibilidades de políticas públicas voltadas para a Saúde do Trabalhador, bem como o aumento de estudos sobre o tema. Riscos de constrangimento e/ou exposição emotiva na sua participação, serão solucionados pelo pesquisador com o esclarecimento de dúvidas, assim como a contínua disponibilidade das mesmas em reduzir tais riscos, como preconiza a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Sua participação é voluntária, portanto, não haverá remuneração.

Caso apresente alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa pode procurar Jayane Kelly Gomes de Melo, na rua Artesão Manuel de Barros, 97, Tiradentes, Juazeiro do Norte-CE, telefone: (88) 997375205. E-mail: jayane.kelly@hotmail.com. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Regional do Cariri, localizado à Rua Coronel Antonio

Luiz, 1161, 1º andar, Bairro Pimenta, CEP 63.105-000, telefone (88) 3102.1212 ramal 2424, Crato CE.

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

Consentimento de Consentimento Pós- Esclarecido

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr(a)

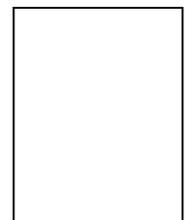
_____,
portador(a) da cédula de identidade _____,
declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelo pesquisador, ciente do que será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Crato - CE, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador

ANEXOS

ANEXO A – Declaração de Anuência

Estado do Ceará
PREFEITURA MUNICIPAL DE CEDRO
Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Eu, **RUSSELL SIRIUS ANACLETO E ANDRADE**, RG: 274608894, CPF 63300834368 Secretário de Saúde de Cedro- CE, CNPJ 078122410001-84 declaro lido o projeto **QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ESTRESSE EM PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, de responsabilidade da pesquisadora **Jayane Kelly Gomes de Melo**, CPF: 048266523-80, e que, uma vez apresentado à esta instituição o parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), autorizaremos a realização desse projeto no município de Cedro- CE, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS/CONSEP. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto, destacando o compromisso da pesquisadora em resguardar a segurança e bem-estar dos sujeitos participantes da referida pesquisa.

Cedro- CE, 25 de Fevereiro de 2019

Russel Sirius Anacleto e Andrade
Secretário de Saúde do Cedro
Port. 0204/001/2018

Russel Sirius Anacleto e Andrade
(Secretário Municipal de Saúde)

ANEXO B- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)

Instruções: Assinale os itens que possam ser um sintoma verificando sua incidência, em cada uma das três fases abaixo.

Fase I

Assinale no interior das caixinhas, os sintomas que tem experimentado nas ÚLTIMAS 24 HORAS:

1. () Mãos e/ou pés frios
2. () Boca Seca
3. () Nó ou dor no estômago
4. () Aumento de sudorese (muito suor)
5. () Tensão muscular (dores nas costas, pescoço, ombros)
6. () Aperto na mandíbula/ranger de dentes, ou roer unhas ou ponta de caneta
7. () Diarreia passageira
8. () Insônia, dificuldade de dormir
9. () Taquicardia (batimentos acelerados do coração)
10. () Respiração ofegante, entrecortada
11. () Hipertensão súbita e passageira (pressão alta súbita e passageira)
12. () Mudança de apetite (comer bastante ou ter falta de apetite)
13. () Aumento súbito de motivação
14. () Entusiasmo súbito
15. () Vontade súbita de iniciar novos projetos

Escreva aqui o TOTAL de itens assinalados

Fase II

Assinale no interior das caixinhas, os sintomas que tem experimentado na ÚLTIMA SEMANA:

1. () Problemas com a memória, esquecimentos
2. () Mal-estar generalizado, sem causa específica
3. () Formigamento nas extremidades (pés ou mãos)
4. () Sensação de desgaste físico constante
5. () Mudança de apetite
6. () Aparecimento de problemas dermatológicos (pele)
7. () Hipertensão arterial (pressão alta)
8. () Cansaço Constante
9. () Aparecimento de gastrite prolongada (queimação no estômago, azia)
10. () Tontura, sensação de estar flutuando
11. () Sensibilidade emotiva excessiva, emociona-se por qualquer coisa
12. () Dúvidas quanto a si próprio
13. () Pensamento constante sobre um só assunto
14. () Irritabilidade excessiva
15. () Diminuição da libido (desejo sexual diminuído)

Escreva aqui o TOTAL de itens assinalados

Fase III

Assinale no interior das caixinhas, os sintomas que tem experimentado no ÚLTIMO MÊS:

1. () Diarréias freqüentes
2. () Dificuldades Sexuais
3. () Insônia
4. () Náusea
5. () Tiques nervosos
6. () Hipertensão arterial confirmada
7. () Problemas dermatológicos prolongados (pele)
8. () Mudança extrema de apetite
9. () Excesso de gases
10. () Tontura freqüente
11. () Úlcera
12. () Enfarte
13. () Impossibilidade de trabalhar
14. () Pesadelos
15. () Sensação de incompetência em todas as áreas
16. () Vontade de fugir de tudo
17. () Apatia, vontade de nada fazer, depressão ou raiva prolongada
18. () Cansaço excessivo
19. () Pensamento/fala constante sobre um mesmo assunto
20. () Irritabilidade sem causa aparente
21. () Angústia ou ansiedade diária
22. () Hipersensibilidade emotiva
23. () Perda do senso de humor

Escreva aqui o TOTAL de itens assinalados

QUESTÕES ADICIONAIS:

1. Que situações, no seu trabalho, você percebe que o levam a um estado de estresse?

2. O que você faz para diminuir a tensão do estresse no seu cotidiano de trabalho?

ANEXO C- Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

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

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

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

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

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

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

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

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) está com sua capacidade de desempenhar atividades diárias?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) está com suas relações pessoais (amigos, parentes, 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	1	2	3	4	5

	recebe de seus amigos?					
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

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

QUESTÕES ADICIONAIS

1. O que você entende por qualidade de vida?

2. Como você acredita que pode melhorar sua qualidade de vida?

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ESTRESSE EM PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: JAYANE KELLY GOMES DE MELO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09155219.0.0000.5055

Instituição Proponente: Universidade Regional do Cariri - URCA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.263.937

Apresentação do Projeto:

Hipótese: Como se apresenta a qualidade de vida nos profissionais da ESF? Qual a dimensão do estresse nestes profissionais? Qual a relação entre estresse e qualidade de vida nos profissionais da ESF? Objetivo Primário: Analisar como se estabelece a relação entre a qualidade de vida e o nível de estresse de profissionais da Estratégia Saúde da Família. Método: Tratar-se-á de uma pesquisa descritiva, com abordagem mista. A pesquisa será realizada nas doze unidades básicas de saúde da ESF do município de Cedro-CE. Farão parte da presente pesquisa os profissionais das equipes da EFS, especificamente os de nível superior, técnico e médio. No total, 141 profissionais que têm contato direto e frequente com os usuários assistidos nas unidades básicas de saúde. O recorte da amostra será não-probabilístico, de modo que os participantes serão selecionados por critérios de acessibilidade e conveniência. A amostragem não será realizada pois, pretende-se alcançar o maior número de participantes possível. Incluem-se neste estudo todos os profissionais acima citados, vinculados na ESF, cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde); com atuação mínima de seis meses na Estratégia Saúde da Família do município de Cedro-CE; Não se inclui neste estudo os profissionais que estejam, no período da coleta de dados, de férias ou afastados (licença médica, maternidade, por interesse particular) e aqueles que fazem parte do primeiro grupo, mas não aceitem participar livremente da pesquisa ou desistem de fazê-la no decorrer da pesquisa. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados serão: um questionário

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

CEP: 63.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 3.263.937

sociodemográfico; o WHOQOL-bref; e o Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL). O tratamento dos dados coletados de ambos será realizado através de planilhas via programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), onde se farão inferências descritivas e correlacionais que se fizerem necessárias. Além disso, para complementar os resultados, serão propostas questões abertas que serão organizadas e analisadas a partir da análise de conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar como se estabelece a relação entre a qualidade de vida e o nível de estresse de profissionais da Estratégia Saúde da Família

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados e adequados ao tipo de estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ética e relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados e adequados. Projeto de mestrado.

Recomendações:

Sem recomendações. Conforme resolução nº 510/16 - XI.d. O pesquisador responsável deve encaminhar o relatório final da pesquisa para Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1306298.pdf	19/03/2019 22:16:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/03/2019 22:15:57	JAYANE KELLY GOMES DE MELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	19/03/2019 22:15:36	JAYANE KELLY GOMES DE MELO	Aceito

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

CEP: 63.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 3.263.937

Outros	anuencia.pdf	04/03/2019 18:10:20	JAYANE KELLY GOMES DE MELO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	04/03/2019 17:45:12	JAYANE KELLY GOMES DE MELO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRATO, 13 de Abril de 2019

Assinado por:

Edilma Gomes Rocha Cavalcante
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

CEP: 63.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cep@urca.br