

QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA

QUALITY OF LIFE OF PROFESSIONALS AT A BASIC HEALTH UNIT IN FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA

CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD EN FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA

Paulo Sérgio Cardoso da Silva¹, Ana Paula Grillo Rodrigues², Eduardo Janicsek Jara³

RESUMO

Introdução: A criação do Sistema Único de Saúde levou a um aumento da resolubilidade e das demandas dos serviços de saúde na atenção básica. A carga laboral influencia diretamente na qualidade de vida dos trabalhadores (QVT), podendo interferir na produtividade, absenteísmo, rotatividade e qualidade dos serviços ofertados. **Objetivos:** Esta investigação buscou avaliar a QVT em uma Unidade Básica de Saúde de Florianópolis comparando os resultados com estudos semelhantes. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal e descritivo, que

utilizou como instrumento o questionário SF-36. Participaram da amostra 37 indivíduos (84,1%), obtendo-se efeito de 50%; nível de significância de 5% e poder amostral de 0,84. Utilizou-se para o cálculo amostral o *software G-power 3.1.5* e para as análises o *software SPSS 17*. **Resultados:** Maior prevalência de profissionais do sexo feminino (78,4%), casados (43,2%), com idade entre 31 e 45 anos (59%) e com mais de três anos na função (70,3%). O melhor domínio foi a “Capacidade Funcional” e os piores foram a “Vitalidade” e “Dor”. **Conclusões:** Embora algumas iniciativas legais visem a QVT, os resultados encontrados mostraram-se insatisfatórios, sugerindo a necessidade de novas ações. Poucos estudos foram encontrados acerca da QVT na atenção primária, mostrando um *gap* a ser preenchido.

¹ Graduação em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC; Graduação em Administração Pública pela Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC/ESAG; Pós-graduação em Fisiologia do Exercício pela Universidade Gama Filho - UGF; MBA em Gestão Estratégica de Pessoas pela UGF; Pós-graduação em Gestão em Saúde pela UFSC; Mestrado em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - PPGSC/UFSC. E-mail: pauloscs85@gmail.com

² Graduada em Psicologia pela UFSC, Mestre em Administração pela UFSC, Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: aprodriues@uol.com.br

³ Graduado em Licenciatura Plena em Matemática pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Mestre em Ensino de Matemática (UFRGS). E-mail: eduardo.jara@udesc.br

Descritores: qualidade de vida, atenção primária à saúde, saúde do trabalhador, sistema único de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The creation of the Unified Health System led to an increase in solvability and in the demands of health services in primary care. The workload directly influences the quality of life of workers (QLW), which can interfere in the productivity, absenteeism, turnover and quality of services offered. **Objectives:** This study aimed to evaluate the QLW in a Basic Health Unit of Florianópolis comparing the results with similar studies. **Methods:** This was a cross-sectional and descriptive study, which used as the instrument SF-36 questionnaire. The sample had 37 professional (84.1%), obtaining an effect equal to 50%, significance level of 5% and sample power of 0.84. Was used the softwares G-power 3.1.5 to calculate the sample and SPSS 17 to perform the analysis. **Results:** Higher prevalence in the sample of female professionals (78.4%), married (43.2%), aged between 31 and 45 years (59%) and over three years in function (70.3%). The best domain found was the "Functional Capacity" and the worst were the "Vitality" and

"Pain". **Conclusions:** Although some legal initiatives aimed at QLW, the results found were unsatisfactory, suggesting the need for further actions. Few studies were found with the QLW in primary care, showing a gap to be filled.

Key words: quality of life; primary health care; occupational health; unified health system.

RESUMEN

Introducción: La creación del Sistema Único de Salud llevó a un aumento de la resolución y de las demandas de servicios de salud en la atención primaria. La carga de trabajo influye directamente en la calidad de vida de los trabajadores (CVT), que puede interferir en la productividad, el absentismo, la rotación y la calidad de los servicios ofrecidos. **Objetivos:** Este estudio tuvo como objetivo evaluar la CVT en una Unidad Básica de Salud de Florianópolis comparando los resultados con estudios similares. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal y descriptivo, que utiliza como instrumento el cuestionario SF-36. Participado 37 sujetos (84,1%), produciendo el efecto del 50%; nivel de significación del 5% y el poder de la muestra de 0,84. Fue utilizado para el

cálculo de la muestra el software G-Power 3.1.5 y el software de análisis SPSS 17. **Resultados:** Mayor prevalencia de mujeres (78,4%), casadas (43,2%) de edad entre 31 y 45 años (59%) y más de tres años en el papel (70,3%). La mejor campo era la "Capacidad Funcional" y lo peor eran los "Vitalidad" y "Pain". **Conclusiones:** A pesar de que hay algunas iniciativas legales dirigidas a CVT, los resultados fueron insatisfactorios, sugiriendo la necesidad de nuevas acciones. Se encontraron pocos estudios sobre la CVT en la atención primaria, que muestra una brecha por cubrir.

Descriptor: Calidad de Vida; Atención Primaria de Salud; Salud Laboral; Sistema Único de Salud

INTRODUÇÃO

Até a formulação do Sistema Único de Saúde – SUS, inúmeros acontecimentos marcaram a história da saúde pública brasileira. O que consolidou sua criação foi essencialmente a promulgação da constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde Brasileira, formada pela Lei 8080/90 que trata da descentralização político-administrativa do SUS e pela

Lei 8142/90 que regulamenta a participação da comunidade⁽¹⁾. Quanto a sua estrutura, a assistência à saúde no SUS é dividida em três níveis de complexidade: a atenção básica, a média e a alta complexidade⁽²⁾.

Segundo Starfield⁽³⁾ a atenção básica oferece serviços ligados a ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, sendo a porta de entrada no SUS. Souza⁽⁴⁾ ainda alerta que com o aumento da resolutividade e a garantia de acesso à sociedade, elevou-se em muito a demanda dos serviços de saúde de modo que, muitas vezes, a atenção básica tenha restrições e baixa capacidade de resolução. Essa situação de sobrecarga na atenção básica pode repercutir negativamente na qualidade de vida dos funcionários destes centros de saúde.

A qualidade de vida dos trabalhadores da saúde influencia diretamente no funcionamento dessas organizações. Uma qualidade de vida aquém da desejada pode contribuir, dentre outras coisas, para uma maior rotatividade, absenteísmo e baixa produtividade do serviço oferecido⁽⁵⁻⁹⁾, fatos que comprometeriam diretamente a comunidade atendida por estes Centros de Saúde.

Visando uma melhor compreensão das Unidades Básicas de

Saúde (UBS) do município de Florianópolis, no que se refere aos seus aspectos internos, mais especificamente dentro dos recursos humanos, o presente estudo tem por objetivo verificar o nível de qualidade de vida dos funcionários de uma UBS de Florianópolis, por meio de um instrumento validado, o questionário SF-36, comparando os resultados com outras realidades no campo da saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo que buscou, por meio da aplicação de um questionário (SF-36), identificar o nível de qualidade de vida autorreferida dos profissionais da atenção básica em saúde. A pesquisa ocorreu no segundo semestre de 2012, entre os dias 16 e 23 de outubro, no Centro de Saúde da Trindade (CST), que integra a estrutura de atenção básica em saúde do município de Florianópolis, estado de Santa Catarina. Este Centro de Saúde se localiza no bairro da Trindade, na ilha de Florianópolis, possuindo uma estrutura física completa para as atividades propostas na atenção básica⁽¹⁰⁾.

Foram elegíveis para participar do estudo todos os profissionais que integravam o CST, sendo excluídos funcionários terceirizados, visto que os

mesmos poderiam ser submetidos a outras cargas laborais que fugiriam das demandas do CST. Dentre as categorias profissionais encontradas no CST, tem-se a figura do coordenador, dos técnicos administrativos e recepcionistas, dos farmacêuticos, dos auxiliares de farmácia, dos dentistas, dos técnicos de saúde bucal, dos técnicos de higienização, dos médicos da família, dos médicos especialistas (pediatra, geriatra e psiquiatra), dos enfermeiros, dos técnicos em enfermagem, do educador físico, do psicólogo, do fisioterapeuta, do nutricionista, do assistente social e dos agentes comunitários. Todas estas categorias profissionais estão vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF) ou ao Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF), estratégias interligadas na condução da atenção básica em saúde⁽¹¹⁾. Embora o quadro profissional totalize 44 funcionários, durante o período da pesquisa alguns funcionários estavam ausentes por motivo de férias, problemas de saúde, ou ainda cedidos para outras instituições.

Para o cálculo amostral foi utilizado o *software G-power* versão 3.1.5. Foi admitido um tamanho do efeito de 50%, uma margem de erro de 5% e poder de 80%. O resultado do cálculo amostral foi de 34 pessoas.

O levantamento dos níveis de qualidade de vida destes funcionários se deu por meio da aplicação do questionário SF-36, que segundo Cabral⁽¹²⁾, Costa e Matias⁽¹³⁾ e Martinez⁽¹⁴⁾ é um questionário genérico e de fácil compreensão, que pode ser autoadministrado para qualquer indivíduo acima de 14 anos, sendo criado em 1992 por Ware e Sherbourne. Este instrumento é uma versão em português do *Medical Outcomes Study 36 - item Short-Form Health Survey* e foi traduzido e validado por Ciconelli⁽¹⁵⁾.

Sua aplicação, por ser genérica, pode ser feita a uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento, permitindo comparações entre diferentes patologias e tratamentos. Além disso, a sua aplicação autorreferida considera a percepção do indivíduo quanto ao seu estado de saúde e contempla diversos aspectos representativos da saúde, bem como atividades geralmente afetadas por agravos^(14,16).

Quanto a sua estruturação, o questionário é composto por 36 itens, subdivididos em oito domínios: A “Capacidade Funcional”, que possui 10 itens e busca avaliar a presença e extensão de limitações relacionadas à capacidade física; os “Aspectos

Físicos”, que possui quatro itens e avalia as limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, bem como as dificuldades de realização do trabalho e de atividades da vida diária (AVD); a “Dor”, que possui dois itens e busca avaliar a presença, intensidade e interferência da dor nas AVD; o “Estado Geral de Saúde” que possui cinco itens e busca avaliar como o indivíduo se sente em relação a sua saúde global; a “Vitalidade”, composta por quatro itens com o objetivo de mensurar o nível de energia e fadiga; os “Aspectos Sociais”, que possui dois itens e visa analisar a integração do indivíduo em atividades sociais; os “Aspectos Emocionais”, que possui três itens e busca avaliar o impacto de aspectos dos aspectos psicológicos no bem estar do indivíduo; e a “Saúde Mental”, que possui cinco itens abordando questões sobre a ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem estar psicológico. Além dos itens contemplados anteriormente, o SF-36 ainda possui um item que busca avaliar as alterações de saúde no período de um ano⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Após sua aplicação, os dados foram analisados e tiveram as respostas de cada domínio transformadas em um escore de zero a cem⁽¹⁶⁾.

Propositalmente, o SF-36 não gera um único valor de saúde que resuma toda a avaliação, traduzindo-se num estado geral de saúde. Assim é possível identificar os piores índices e verificar os verdadeiros problemas relacionados à

qualidade de vida e a saúde do entrevistado⁽¹⁵⁾.

Cada um dos domínios tem como abrangência uma característica ou sintomática específica, aqui representada no Quadro 1.

Quadro 1 - Domínios do SF-36 e suas respectivas abrangências

	Domínios	Abrangências
Componente Físico	Capacidade Funcional	Presença de Limitação Física
	Aspectos Físicos	Limitação de atividades diárias
	Dor	Intensidade e limitações
	Estado Geral de Saúde	Autopercepção de saúde
Componente Mental	Vitalidade	Fraqueza e cansaço
	Aspectos Sociais	Relacionamentos
	Aspectos Emocionais	Interferência emocional
	Saúde Mental	Depressão e ansiedade

Fonte: Adaptado de Takiuti *et al*⁽¹⁷⁾.

Além das questões abordadas no SF-36, logo no início do questionário foram acrescentadas quatro questões denominadas de “questões gerais” que abordavam a faixa etária, o sexo, o estado civil e o tempo de serviço, de modo a melhor caracterizar os respondentes, além de permitir a análise por estratos.

A tabulação dos dados e a conversão das respostas do questionário nos escores dos domínios ocorreu no *software Microsoft Office Excel 2010*. Para esta conversão, as respostas de cada domínio foram transformadas em um escore de zero (0) a cem (100), de modo a possibilitar a quantificação dos

domínios como pior (mais perto de zero), ou melhor (mais perto de 100)⁽¹⁶⁾. Quanto ao cálculo realizado para a geração dos escores, duas fases devem ser realizadas. Na primeira fase, há a ponderação dos dados, onde cada resposta recebe um respectivo valor correspondente de pontuação, e na segunda fase, é realizado o cálculo do *raw scale*, onde o valor obtido na fase anterior é transformado em novos valores que variam de zero (0) a cem (100)⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Contudo, após a obtenção destes escores, foi realizada a comparação com outros estudos similares, verificando qual o nível de

qualidade de vida dos profissionais do Centro de Saúde da Trindade.

A estatística descritiva compreendeu o cálculo das médias, medianas, desvio padrão e frequência percentual (%). Foi realizado o teste de *Student* para amostra única para comparar a média dos domínios encontrados neste estudo com outros na literatura. Utilizou-se o *software* SPSS 17.0 para análise dos dados e realização dos testes.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC/ESAG (protocolado na Plataforma Brasil sob nº 109.501 de 25/09/2012), em consonância com o disposto na Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

RESULTADOS

Participaram do estudo 37 profissionais da Unidade Básica de Saúde da Trindade. Considerando o tamanho de efeito igual a 0,5 e nível de significância de 0,05, foi detectado, através do *t-test post hoc*, um poder amostral igual a 0,84, que atendeu ao

cálculo amostral *a priori*, mostrando-se estatisticamente significativo.

Quanto à caracterização da amostra, 78,4% eram mulheres e 21,6% eram homens. Analisando o estado civil, 43,2% eram casados(as); 27% tinham união estável; 21,6% eram solteiros(as) e 8,1% eram divorciados(as) ou separados(as). Quanto à faixa etária dos profissionais 59% tinham entre 31 e 45 anos; 22% entre 18 e 30 anos e 19% entre 46 e 60 anos. Ao verificar a relação dos funcionários com o tempo de trabalho na UBS, 70,3% trabalhavam a mais de três anos; 21,6% trabalhavam entre um e três anos e os demais trabalhavam em um período de até um ano.

A Tabela 1 mostra as médias dos escores nos oito domínios investigados no SF-36. Verifica-se que a maior média obtida encontra-se no domínio “Capacidade Funcional” (86,5). Além disso, verificaram-se escores acima de 70 pontos para os domínios “Aspectos Sociais”; “Aspectos Físicos” e “Estado Geral de Saúde”. A pior média foi encontrada no escore do domínio “Vitalidade” com 53,9, seguido de “Dor”, com 62,8 pontos. Abaixo do escore 70 ainda se encontraram os domínios “Saúde Mental” e “Aspectos Emocionais”.

Tabela 1 - Média dos Escores obtidos no Centro de Saúde da Trindade, segundo domínios do SF-36, Florianópolis, 2012.

Domínios SF-36	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Valor Mínimo	Valor Máximo
Capacidade Funcional	36	86,53	12,12	90	50	100
Aspectos Físicos	37	72,30	38,99	100	0	100
Dor	36	62,78	23,90	62	22	100
Estado Geral de Saúde	36	70,11	16,14	70	40	100
Vitalidade	37	53,92	17,60	55	10	85
Aspectos Sociais	35	72,50	18,88	75	25	100
Aspectos Emocionais	35	67,63	40,81	100	0	100
Saúde Mental	37	69,95	15,91	72	36	96

Fonte: Elaboração dos Autores

Classificando os escores em satisfatórios como àqueles que variam de 70 a 100 e insatisfatório como àqueles com pontuação abaixo de 70

pontos, é possível, através do Quadro 2 analisar a frequência das respostas que atingiram pontuações satisfatórias ou insatisfatórias.

Quadro 2 - Frequência dos escores e níveis de satisfatoriedade segundo os domínios do SF-36 no CST, Florianópolis, 2012.

VALOR DOS ESCORES	Capacidade Funcional		Aspectos Físicos		Dor		Estado Geral Saúde		Vitalidade		Aspectos Sociais		Aspectos Emocionais		Saúde Mental	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
70 ou mais	34	94,44	26	70,27	17	47,22	22	61,11	9	24,32	21	60,00	19	54,29	19	51,35
Até 69,9	2	5,56	11	29,73	19	52,78	14	38,89	28	75,68	14	40,00	6	16,67	18	48,65
Total	36	100	37	100	36	100	36	100	37	100	35	100	35	100	37	100

Fonte: Elaboração dos Autores

Destaque no Quadro 2 para os domínios “Dor” e “Vitalidade”, que tiveram mais da metade da amostra com valores inferiores aos 70 pontos, portanto insatisfatórios. Ainda no Quadro 2 verifica-se uma frequência

considerável da amostra com valores insatisfatórios para os escores “Saúde Mental”, “Aspectos Emocionais”, “Aspectos Sociais” e “Estado Geral de Saúde”.

DISCUSSÃO

Os 37 participantes deste estudo representaram 84,1% dos 44 profissionais que atenderam os critérios de inclusão. Entre os elegíveis que não participaram, três estavam de férias, dois haviam sido cedidos para outras instituições e outros dois não se fizeram presentes durante o período da pesquisa. Quanto à frequência de participação, obteve-se um valor semelhante ao encontrado no estudo de Pellicioti e Kimura⁽¹⁸⁾ com 86,2% e superior ao encontrado nos estudos de Carvalho e Souza⁽¹⁹⁾ com 78,5%; de Jorge-Rodriguez et al.⁽²⁰⁾ com 71,7% e nos estudos de Trindade e Lautert⁽²¹⁾ com 53,1%, todas estas pesquisas similares realizadas com profissionais da área da saúde.

Quanto à caracterização da amostra, encontrou-se uma similaridade com o estudo de Trindade e Lautert²¹, que investigou profissionais do Programa Saúde da Família em Santa Maria (RS). Em seu estudo os indivíduos apresentaram valores semelhantes na caracterização dos participantes, tendo 68,2% dos profissionais algum(a) companheiro(a); 84% dos profissionais do sexo feminino; média de idade de aproximadamente 37 anos e o tempo de serviços da maioria dos profissionais

superior a três anos. No estudo de Jorge-Rodriguez et al.⁽²⁰⁾ a média de idade também foi similar, com 44 anos.

A Tabela 1 mostra as médias dos escores dos domínios obtidas neste estudo. Visando verificar a conformidade destes resultados com outros na literatura em população semelhante, desenvolveu-se a Tabela 2, que compara as médias e o desvio padrão dos valores encontrados no presente estudo com os encontrados nos estudos de Pellicioti e Kimura⁽¹⁸⁾ e Carvalho e Souza⁽¹⁹⁾.

Em seu estudo Pellicioti e Kimura⁽¹⁸⁾ aplicaram o questionário SF-36 em três UTI's de um hospital privado do município de São Paulo-SP, sendo duas na ala para adultos e uma na ala pediátrica. Neste estudo, realizado no ano de 2008, a população alvo foi composta por enfermeiros e técnicos em enfermagem, em um "n" total de 109 indivíduos. No estudo de Carvalho e Souza⁽¹⁹⁾ a pesquisa foi realizada no Hospital do Câncer Alfredo Abrão, Campo Grande, MS. Nesta pesquisa, realizada no ano de 2008, participaram 66 dos 88 funcionários que representaram 78,5% da população alvo. Dentre os profissionais participantes, estavam médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, técnicos de

radiodiagnóstico, fisioterapeutas, farmacêuticos bioquímicos, nutricionistas, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e físico-médico. Como ambos os estudos utilizaram o mesmo instrumento desta pesquisa - o questionário SF-36 - e como ambos os estudos investigaram a qualidade de vida de profissionais com vínculo na área da saúde, a comparabilidade foi possível.

Embora o número da amostra nos três estudos acima referidos seja diferente bem como as respectivas regiões e os estados, o fato de existirem poucos estudos avaliando a qualidade de vida dos funcionários da saúde por meio da mesma ferramenta (SF-36) fazem com que o meio de atuação (profissões da saúde) seja um ponto em comum para a realização da comparação dos escores. Pressupondo que as realidades laborais são relativamente semelhantes, e que as áreas

profissionais dos indivíduos participantes sejam afins, julgou-se como conveniente tal comparação, visando, através de um parâmetro em comum, analisar o nível de qualidade de vida encontrado no presente estudo. Entretanto sabe-se que a atenção básica em saúde possui características muito específicas quando comparada as demais complexidades da saúde⁽²²⁾.

Através da Tabela 2 verifica-se que as médias dos escores encontrado no CST são aparentemente semelhantes às encontrados nos demais estudos, entretanto só a comparação das médias não seria suficiente para afirmar esta tendência. As possíveis diferenças nos padrões de qualidade de vida destes profissionais da saúde podem ser resultantes de diferenças sociodemográficas e geográficas⁽²³⁻²⁴⁾, que não foram abordadas neste estudo, ou ainda do tipo de atenção em saúde⁽²²⁾.

Tabela 2 - Comparação da média dos escores obtidos no Centro de Saúde da Trindade (SC), Hospital de Campo Grande (MS) e Hospital de São Paulo (SP).

Domínios SF-36	Centro de Saúde da Trindade, SC			Hospital Campo Grande, MS ⁽¹⁹⁾			Hospital São Paulo, SP ⁽¹⁸⁾		
	Média	DP	Coef. Var. (%)	Média	DP	Coef. Var. (%)	Média	DP	Coef. Var. (%)
Capacidade Funcional	86,53	12,12	14,01	86,48	15,75	18,21	82,10	16,6	20,22
Aspectos Físicos	72,30	38,99	53,93	74,62	32,07	42,98	68,90	35,7	51,81
Dor	62,78	23,90	38,07	73,27	20,5	27,98	59,10	22,1	37,39
Estado Geral de Saúde	70,11	16,14	23,02	80,56	14,02	17,40	69,80	20,6	29,51
Vitalidade	53,92	17,60	32,64	69,85	16,39	23,46	53,80	21,8	40,52
Aspectos Sociais	72,50	18,88	26,04	75	24,58	32,77	69,30	24,2	34,92

Aspectos Emocionais	67,63	40,81	60,34	74,75	36,55	48,90	69,90	37,3	53,36
Saúde Mental	69,95	15,91	22,74	76,91	15,24	19,82	65,30	21,1	32,31

Legenda: Carvalho e Souza⁽¹⁹⁾; Pellicciotti e Kimura⁽¹⁸⁾. DP= Desvio Padrão.

A Tabela 2 mostra também o coeficiente de variação, que possibilita a mensuração da dispersão relativa dos escores em torno da média. Dessa forma, através da comparação destes valores nos três estudos, foi identificada uma baixa variabilidade no domínio “Capacidade Funcional”, tornando-o o domínio mais homogêneo dentre os oito domínios verificados. Além disso, é possível verificar que os três estudos apontam para os maiores escores no domínio “Capacidade Funcional”, e os piores escores nos domínios “Vitalidade” e “Dor”, sugerindo que possíveis intervenções possam ser realizadas nestes últimos. Pellicciotti e Kimura⁽¹⁸⁾ chamam a atenção para os baixos escores dos domínios “Saúde

mental”, “Vitalidade” e “Dor”, estando os dois últimos com valores abaixo de 60 pontos. O estudo de Carvalho e Souza⁽¹⁹⁾ também apontou para os escores “Vitalidade” e “Dor” como os mais baixos.

Visando verificar similaridades nas características das amostras do presente estudo com os estudos de Pellicciotti e Kimura⁽¹⁸⁾ e de Carvalho e Souza⁽¹⁹⁾, foi realizada a comparação, aqui representados na Tabela 3. Para tal, utilizou-se o teste-t *Student* para amostra única onde se considerou toda a amostra do CST para o domínio analisado e a respectiva média do outro estudo, com o objetivo de identificar possíveis diferenças entre os grupos.

Tabela 3 - Representatividade estatística entre a média dos escores obtidos no Centro de Saúde da Trindade com a média dos demais estudos

Domínios SF-36	valor-p	
	A-B*	A-C*
Capacidade Funcional	0,981	0,035**
Aspectos Físicos	0,719	0,599
Dor	0,012**	0,362
Estado Geral de Saúde	<0,001**	0,909
Vitalidade	<0,001**	0,967
Aspectos Sociais	0,439	0,323
Aspectos Emocionais	0,309	0,744
Saúde Mental	0,012**	0,084

Legenda: *Teste-t *student* para amostra única. **apresentam significância estatística (p<0,05). A= amostra do Centro de Saúde da Trindade; B= amostra do estudo de Carvalho e Souza⁽¹⁹⁾; C= amostra do estudo de Pellicciotti e Kimura⁽¹⁸⁾.

Segundo a Tabela 3 há evidências estatísticas (com valor- $p < 0,05$) para rejeitar a hipótese de igualdade entre os escores para os domínios “Dor”, “Estado Geral de Saúde”, “Vitalidade” e “Saúde Mental”, quando comparados os escores dos profissionais do CST aos escores apresentados pelos profissionais do Hospital do Câncer Alfredo Abrão (A-B). Na segunda relação (A-C), que se refere ao Hospital de São Paulo, o único domínio que apresentou um valor que demonstrasse características diferentes nos dois grupos foi a “Capacidade Funcional” ($p=0,035$).

A investigação dos quesitos deficitários é fundamental para a melhoria dos níveis de qualidade de vida dos trabalhadores. O trabalhador com bons níveis de qualidade de vida apresenta um melhor estado geral de saúde e uma menor incidência de doenças físicas ou mentais. Com isso ele passa a ser mais produtivo e eficiente à organização contribuindo para menores índices de rotatividade e absenteísmo⁽⁵⁻⁹⁾. Além disso, especificamente na área da saúde, a manutenção de bons níveis de qualidade de vida nos trabalhadores está relacionada com uma melhor assistência ao paciente⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÕES

Compreender a realidade que permeia as organizações públicas é fundamental para uma gestão mais eficaz, eficiente e efetiva. Na área da saúde especificamente, essa compreensão deve abranger, antes de qualquer questão externa, o conhecimento de quem compõe estas organizações, os profissionais da saúde.

A preocupação com a qualidade de vida do trabalhador ao mesmo tempo em que perpassa pelas questões humanas, contempla as questões organizacionais. Tendo em vista que as Unidades Básicas de Saúde lidam com um serviço prestado à sociedade, entender em que nível se encontra a qualidade de vida destes profissionais passa a ser fundamental para que chegue à sociedade o melhor serviço possível.

Neste estudo, foram verificados os níveis de qualidade de vida dos profissionais que trabalhavam em uma Unidade Básica de Saúde do município de Florianópolis, através do instrumento SF-36. Encontrou-se na população da amostra uma maior prevalência de mulheres, casadas, com idade madura (entre 31 e 45 anos) e com mais de três anos de serviço na função. O domínio com maior escore foi a “Capacidade Funcional” e os

piores escores foram encontrados nos domínios “Dor” e “Vitalidade”. Após comparação com outros dois estudos semelhantes realizados com o mesmo instrumento, verificaram-se as mesmas tendências encontradas neste estudo. Além do mais, o presente estudo mostrou quatro domínios com as médias dos escores abaixo dos 70 pontos, tendo em cinco dos oito domínios 40% ou mais dos respondentes com uma resposta abaixo do nível satisfatório de 70 pontos.

Uma das limitações deste estudo foi a não investigação dos participantes quanto aos seus cargos e funções, o que impossibilitou análises estratificadas da amostra. Outro fator limitante foi que as conclusões obtidas através da comparação dos estudos de Pelliciotti e Kimura⁽¹⁸⁾ e de Carvalho e Souza⁽¹⁹⁾ utilizaram como base apenas as médias dos escores encontrados nestes estudos, e não os valores de cada participante. Além disso, estes estudos não traziam a realidade das Unidades Básicas de Saúde - atenção primária -, entretanto, pela falta de estudos em organizações do setor da saúde que usassem o mesmo instrumento, julgou-se conveniente as comparações aqui realizadas, uma vez que o corpo de trabalho e as áreas de formação dos profissionais dos estudos selecionados

para comparação eram semelhantes. Outro fator importante a se destacar é que o estudo foi realizado em apenas uma UBS, e assim, a extrapolação dos resultados deve ser feita com cautela, uma vez que cada UBS possui características muito específicas, a considerar-se a localização, a condição socioeconômica e uma série de outras características não contempladas neste estudo.

Buscando reverter uma situação desfavorável nos níveis de qualidade de vida destes profissionais, algumas estratégias vêm sendo adotadas. Particularmente neste caso, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis dispõe do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST, entretanto muitas vezes a dinâmica das Unidades de Saúde com suas excessivas demandas, não permite que as melhores práticas sejam contempladas. Sob um âmbito mais amplo, o governo vem lançando mão de algumas políticas específicas com este fim. Em 2006 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde que propõe estratégias para melhoria da qualidade de vida da sociedade⁽²⁵⁾; e mais especificamente tratando da saúde e segurança do trabalhador, a Presidência da República decretou a Política

Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho em 2011 e o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em 2012⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Contudo, apesar de existirem mecanismos legais preocupados em garantir bons níveis de qualidade de vida na sociedade e nos trabalhadores, os escores obtidos em alguns domínios apresentaram-se defasados, mostrando que novas alternativas devam ser previstas, talvez especificamente, para os profissionais vinculados às UBS. Outra questão a ser destacada é a falta de estudos contemplando a qualidade de vida do trabalhador no setor da saúde, especificamente na atenção primária, que é a porta de entrada da sociedade aos serviços de saúde. Dessa forma, sugerem-se novos estudos que contemplem esta temática.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal da Saúde do município de Florianópolis (SC) e à Universidade do Estado de Santa Catarina por possibilitarem a execução da pesquisa. Aos funcionários do Centro de Saúde da Trindade, unidade básica de saúde estabelecida no município de Florianópolis, pela disponibilidade e aceitação em participar da pesquisa.

CONTRIBUIÇÕES DE AUTORIA

Silva PSC: planejou e elaborou a pesquisa, organizou e redigiu o texto. Rodrigues APG: acompanhou a pesquisa, orientou a organização do texto e participou da revisão final do texto. Jara EJ: deu suporte nas análises estatísticas e participou da revisão final do texto.

REFERÊNCIAS

1. Andrade LOM, Pontes RJS, Martins Junior T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. Rev Panam Salud Publica, Washington. 2000;8(1/2):85-91.
2. Pires MRGM, Gottens LBD, Martins CMF, Guilherm D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. Ciên Saúde Colet., Rio de Janeiro. 2010;15(Supl.1):1009-19
3. Starfield B. Ministério da Saúde. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Unesco/Ministério da Saúde, Brasília; 2002.
4. Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ciên Saúde Colet., Rio de Janeiro. 2001;6(2):451-5.

5. Alves EF. Programas e Ações em Qualidade de Vida no Trabalho: possibilidades e limites das organizações. Rev. Eletr. Fafit/Facic, Itararé. 2011;2(1):14-25.
6. Maier RC, Santos Junior G, Kovaleski JL. Estudo da qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho com colaboradores bancários. LAJBM, Taubaté. 2012;3(1):93-110.
7. Silva JB, Salate ACB. A Ginástica Laboral como forma de Promoção de Saúde. Fisioterapia Especialidades, Campinas. 2007;1(1):15-9.
8. Silva PSC. Programa de promoção da saúde do trabalhador e suas influências: uma revisão de literatura. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, Brasília. 2014;5(2):727-52.
9. Sparling PB. Worksite health promotion: principles, resources, and challenges. Prev. Chronic Dis., Atlanta. 2012;7(1):1-6.
10. Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). Secretaria Municipal de Saúde. *Divisão dos Distritos Sanitários por Centros de Saúde no Município de Florianópolis* [site da prefeitura]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/> Acesso em: 03 ago. 2012.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF* [portal Brasil] Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>.
12. Cabral DL. Comparação dos instrumentos SF-36 e perfil de saúde de Nottingham para avaliação da qualidade de vida de indivíduos pós Acidente Vascular Encefálico [dissertação]. Recife: Programa de Pós-graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco; 2011.
13. Costa HO, Matias CO. Impacto da voz na qualidade de vida da mulher idosa. Rev. Bras. Otorrinolaringol., São Paulo. 2005;71(2):172-8.
14. Martinez MC. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.
15. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “medical outcomes study 36 – item short – form health survey (SF-36) [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina de São Paulo da Universidade Federal de São Paulo; 1997.
16. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev. Bras. Reumatol., São Paulo. 1999;39(3):143-50.
17. Takiuki ME, Hueb W, Hiscock SB, Nogueira CRSR, Girardi P, Fernandes F, et al. Qualidade de Vida após Revascularização Cirúrgica do Miocárdio, Angioplastia ou Tratamento Clínico. Arq. Bras. Cardiol. [online], São Paulo. 2007;88(5):537-44.
18. Pelliciotti JSS, Kimura M. Erros de medicação e qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem em unidades de terapia

- intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto. 2010;18(6):1-9
19. Carvalho AB, Souza JC. Qualidade de Vida dos profissionais de saúde do hospital do câncer de Campo Grande, MS. Psicólogo informação, São Bernardo do Campo. 2011;15(15):143-54.
20. Jorge-Rodriguez F, Blanco Ramos MA, Romero Garcia L, Gayoso Diz P. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. Atención Primaria, Barcelona. 2005;36(8):442-7.1.
21. Trindade LL, Lauret L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Rev. esc. enferm. USP [online], São Paulo. 2010;44(2):274-9.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Departamento de Atenção Básica – 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.
23. Kirchhof ALC, Magnago TSBS, Camponogara S, Griep RH, Tavares JP, Prestes FC, et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. Texto Contexto Enferm., Florianópolis. 2009;18(2):215-23.
24. Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf; 2001.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 60p.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 ago 2012c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.
27. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social. Decreto n. 7.602 de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 08 nov 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2014-09-28
Last received: 2014-09-28
Accepted: 2014-10-30
Publishing: 2015-05-29