

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

RAFAEL FERREIRA DE FRANÇA

QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS
DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RECIFE
2010

RAFAEL FERREIRA DE FRANÇA

**QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora:

Mest. Alcieros Martins da Paz

Recife
2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

F814q França, Rafael Ferreira de.
Qualidade de Vida dos Profissionais das Unidades
de Saúde da Família / Rafael Ferreira de França. -
Recife: 2010.
34 p. : tab.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas
e Serviços em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.
Orientadora: Alcieros Martins da Paz

1. Qualidade de Vida. 2. Equilíbrio Biopsicossocial.
3. Promoção à Saúde. II. Título

CDU 614.39

RAFAEL FERREIRA DE FRANÇA

**QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Msc. Alcieros Martins da Paz
Prefeitura Municipal do Recife

Msc. Clautenes Gomes Rocha
SES/PE

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me concedido a Vida, a Fé, a Esperança, o Intelecto e por tudo mais que Dele recebo.

Aos meus pais, pelo apoio que me deram.

Aos amigos que, por afinidade, se fizeram mais do que presentes nessa jornada em sala de aula.

Aos professores do Curso de Especialização em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde, Turma 3.

A minha orientadora, Msc Alcieros Martins da Paz

“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar
É melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se, fazendo nada até o final
Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias frios em casa me esconder
Prefiro ser feliz embora louco, que em conformidade viver”.

Martin Luther King

FRANÇA, Rafael Ferreira de. Qualidade de Vida dos Profissionais das Unidades de Saúde da Família. Monografia (curso de especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

A questão da qualidade de vida vem sendo cada vez mais discutida na sociedade atual, porém ainda são poucos os estudos e projetos dirigidos a esta área de saúde, principalmente quando se trata de profissionais que se dedicam a uma jornada de quarenta horas semanais, com uma área de abrangência delimitada, com uma média de 3000 pessoas sob sua responsabilidade, uma entrega quase que total da sua vida. Deste modo os Profissionais das Unidades de Saúde da Família, devido a esta dedicação exaustiva, esquecem de si próprios, abdicando do lazer e atividades prazerosas do dia-a-dia, podendo assim alterar o equilíbrio biopsicossocial, o que interfere no desempenho de suas atividades. Sendo assim este estudo do tipo epidemiológico, descritivo, observacional, tem por objetivo refletir e identificar o perfil dos profissionais de saúde das unidades de saúde da família em relação à qualidade de vida. Trata-se de uma pesquisa descritiva, pelo fato de não oferecer um caráter generalista, uma vez que não proporciona o conhecimento preciso das características de uma população e sim uma visão global de determinado problema, cuja abordagem será feita através de confrontos de autores que versem sobre o tema em sites, artigos, livros científicos, revistas e legislação pertinente. Podemos observar que apesar de serem bastantes os estudos sobre qualidade de vida, são escassas publicações referentes aos profissionais de saúde da família, fato este que limitou a discussão sobre essa questão.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Equilíbrio Biopsicossocial, Promoção à saúde, Programa de Saúde da Família.

FRANCE, Rafael Ferreira de. Quality of Life of Professionals in Family Health Units. Monograph (specialization course in systems management and health services) - Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

The question of the quality of life comes more being each argued time in the current society, however still the studies and projects directed to this area of health are few, mainly when it is about professionals who if dedicate to an day of forty weekly hours, with an area of delimited coverage, with an average of 3000 people under its responsibility, that an almost total delivery of its life. In this way the Professionals of the Units of Health of the Family, whom had to this exhausting devotion, forget proper itself, abdicating laser it and pleasant activities it day-by-day, thus being able to modify the biopsychosocial balance, what she intervenes with the performance of its activities. Being thus this study of the type epidemiologist, description, observational, it has for objective to reflect and to identify the profile of the professionals of health of the units of health of the family in relation to the quality of life. One is about a descriptive research, for the fact not to offer a generalist character, a time that does not provide to the necessary knowledge of the characteristics of a population and yes a global vision of determined problem, whose boarding will be made through confrontations of authors who turn on the subject in sites, articles, scientific books, magazines and pertinent legislation. We could observe that although to be sufficient the studies on quality of life, are scarce referring publications to the professionals of health of the family, fact this that limited the quarrel on this question.

Keywords: Quality of Life; Biopsychosocial balance, Promotion to the health, The Family Health Program.

SUMÁRIO

1	Introdução.....	09
2	Revisão da literatura.....	11
3	Objetivos.....	24
3.1	Objetivo Geral.....	24
3.2	Objetivos Específicos.....	24
4	Metodologia.....	25
5	Resultados e Discussão.....	26
6	Considerações Finais.....	29
7	Referências Bibliográficas	30

1 INTRODUÇÃO

A expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964 ao declarar que "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas." O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como uma conseqüência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de "qualidade de vida" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

Desde quando se iniciou a apologia à "dedicação exaustiva" ao trabalho como prioridade, à abdicação do lazer e do prazer, acreditamos que o trabalho vem sendo visto como um mal necessário, pois tem como conseqüência o estresse, entre outras síndromes que podem e devem ser evitadas, colaborando na criação de uma sociedade onde o homem possa ser "gente", realizar-se em liberdade plena, em sintonia com os outros e com Qualidade de Vida (QV) para todos.

Borges, E. S. (2006) afirma que não há dúvida: assim como não existe uma fórmula para encontrar a felicidade, também não existe uma fórmula para alcançarmos um padrão de qualidade de vida considerado ideal para todos. Contudo o mesmo diz que alguns aspectos gerais parecem poder contribuir para estruturarmos um estilo de vida pessoal saudável, assim como a idéia de harmonia e equilíbrio entre as diferentes áreas de nossas vidas. Conseguirmos equilibrar a nossa disponibilidade e dedicação ao trabalho, bem como um espaço importante para nossas relações afetivas com familiares, pessoas que amamos e nossas amizades pode se constituir numa boa maneira de tentarmos viver melhor. Recomenda não negligenciarmos o lazer, já que ele pode ser uma importante fonte de reabastecimento físico e mental para o enfrentamento das exigências e dificuldades que surgem pela frente.

Penteado, R.; Pereira, (2007) referem que a qualidade de vida tem sido apontada como uma categoria analítica central para promover abordagens

integradoras e interdisciplinares. É compreendida por diversos autores como decorrente de uma construção subjetiva, multidimensional, composta por elementos positivos e negativos. Desse modo, amplia o espectro de análise dos processos envolvidos na perspectiva da ecologia humana e da investigação das conexões entre as múltiplas dimensões da relação entre saúde e trabalho.

Uma profissão merece respeito, principalmente quando assume um compromisso social, o que no caso de profissionais de saúde é um compromisso com a vida humana, e é exatamente por esses motivos que eles não podem esquecer os compromissos pessoais, ou seja, preocupar-se com suas necessidades físicas, biológicas, psíquicas e sociais. Sabendo que a proximidade com a condição doença e a iminência de morte de alguns pacientes pode desencadear muitos casos de descompensação emocional de profissionais submetidos a esse estresse contínuo, podendo interferir na QV no âmbito pessoal e profissional.

2 REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com pesquisa realizada no site wikipédia - a enciclopédia livre, Qualidade de Vida (QV) é um termo empregado para descrever a qualidade das condições de vida levando em consideração fatores como saúde, educação, bem-estar físico, psicológico, emocional e mental, expectativa de vida etc.

Ela envolve também elementos não relacionados, como a família, amigos, emprego ou outras circunstâncias da vida. Entende-se por QV a percepção do indivíduo tanto de sua posição na vida, no contexto da cultura e nos sistemas de valores nos quais se insere, como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um amplo conceito de classificação, afetado de modo complexo pela saúde física do indivíduo, pelo seu estado psicológico, por suas relações sociais, por seu nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente. É, portanto, um termo amplo que concentra as condições que são fornecidas ao indivíduo para viver como ele pretende.

Apesar de ser um termo muito utilizado pelos estudiosos, poucos preocupam-se com a importância do conceito de QV, e o que persiste até hoje é uma tentativa de reunir-se em uma conceituação. Nesta direção a Organização Mundial da Saúde (OMS), estruturou um grupo para estudos da QV, com o objetivo de definir, uniformizar instrumentos e construir um Questionário de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL).

Sendo assim, segundo Fleck (2000), coordenador do Grupo de Qualidade de Vida (WHOQOL GROUP) da divisão de Saúde Mental da OMS, a busca de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a Organização Mundial da Saúde organizasse um projeto colaborativo multicêntrico. O resultado deste projeto foi a elaboração do WHOQOL-100, um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 100 itens. Embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida foram obtidos através de um grupo de experts de diferentes culturas: (1) subjetividade; (2) multidimensionalidade (3) presença de dimensões positivas (p.ex. mobilidade) e negativas (p.ex. dor).

O desenvolvimento destes elementos conduziu a definição de qualidade de vida 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" (WHOQOL GROUP, 1994). O reconhecimento da multidimensionalidade do construto refletiu-se na estrutura do instrumento baseada em 6 domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais, conforme mostra a tabela 1 dos domínios e facetas do instrumento.

Domínio I - Domínio físico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso
Domínio II - Domínio psicológico	<ol style="list-style-type: none"> 4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Auto-estima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos
Domínio III - Nível de Independência	<ol style="list-style-type: none"> 9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
Domínio IV - Relações sociais	<ol style="list-style-type: none"> 13. Relações pessoais 14. Suporte (Apoio) social 15. Atividade sexual
Domínio V- Ambiente	<ol style="list-style-type: none"> 16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer

	22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. Transporte
Domínio VI- Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais	24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Tabela 1- Domínios e Facetas do WHOQOL-100

Fonte: FLECK, M.P.A. e Cols, 2000.

Fleck; Cols (2000) ainda afirmam que as questões do WHOQOL-100 foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com uma escala de intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom). Com a necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref. Este consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-bref é avaliada por apenas uma questão.

O critério de seleção das questões foi tanto psicométrico como conceitual. No nível conceitual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS de que o caráter abrangente do Instrumento deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original deveria ser representado por uma questão. No nível psicométrico foi então selecionada a questão que mais altamente se correlacionasse com o escore total, calculado pela média de todas as facetas. O que permitiu que a versão abreviada constasse apenas de quatro domínios. Assim o WHOQOL-Bref é composto por 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio- ambiente.

Minayo et al., (2000) sabidamente diz que se tornou lugar-comum, no âmbito do setor saúde, repetir, com algumas variantes, a seguinte frase: saúde não é doença, saúde é qualidade de vida, e que por mais correta que esteja, tal afirmativa

costuma ser vazia de significado e, freqüentemente, revela a dificuldade que temos, como profissionais da área, de encontrar algum sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico que, sem dúvida, domina a reflexão e a prática do campo da saúde pública. Valoriza também dizer que o conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida, que saúde não é mera ausência de doença, porque manifesta o mal-estar com o reducionismo biomédico.

Ibidem, Minayo et al.,(2000) afirmam que QV é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Olga Matos (1999) apud Minayo et al., (2000) diz que quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla é a noção de QV, o grau de bem-estar da sociedade e de igual acesso a bens materiais e culturais.

Nahas (2006, p.13) acredita que existem fatores positivos e negativos no nosso estilo de vida que comprovadamente afetam nossa saúde e bem-estar, a curto ou em longo prazo. A mobilidade, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas estão diretamente associadas aos fatores do estilo de vida, como mencionados na figura acima.

Tentando sintetizar a complexidade da noção de qualidade de vida e de sua relatividade vis-à-vis as diferentes culturas e realidades sociais, diversos instrumentos têm sido construídos. Alguns tratam a saúde como componente de um indicador composto, outros têm, no campo da saúde, seu objeto propriamente dito.

Minayo et al., (2000) coloca que entre os primeiros instrumentos, talvez o mais conhecido e difundido seja o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O IDH foi criado com a intenção de deslocar o debate sobre desenvolvimento de aspectos puramente econômicos - como nível de renda, produto interno bruto e nível de emprego - para aspectos de natureza social e também cultural. Embutida nesse

indicador encontra-se a concepção de que renda, saúde e educação são três elementos fundamentais da qualidade de vida de uma população. Porém o IDH não consegue incorporar a essência do conceito central que tenta medir.

O mesmo autor também cita o Grupo de Qualidade de Vida da OMS, bem como os dois instrumentos já citados neste trabalho, referindo-se a eles como aquele que valoriza a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Auquier et al., (1997) apud Minayo et al.,(2000) cita a expressão qualidade de vida ligada à saúde (QVLS) e a define como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial.

Nahas (2006. p. 3) propõe tomadas de decisões, a partir da concepção de uma vida com mais qualidade, através da figura abaixo:

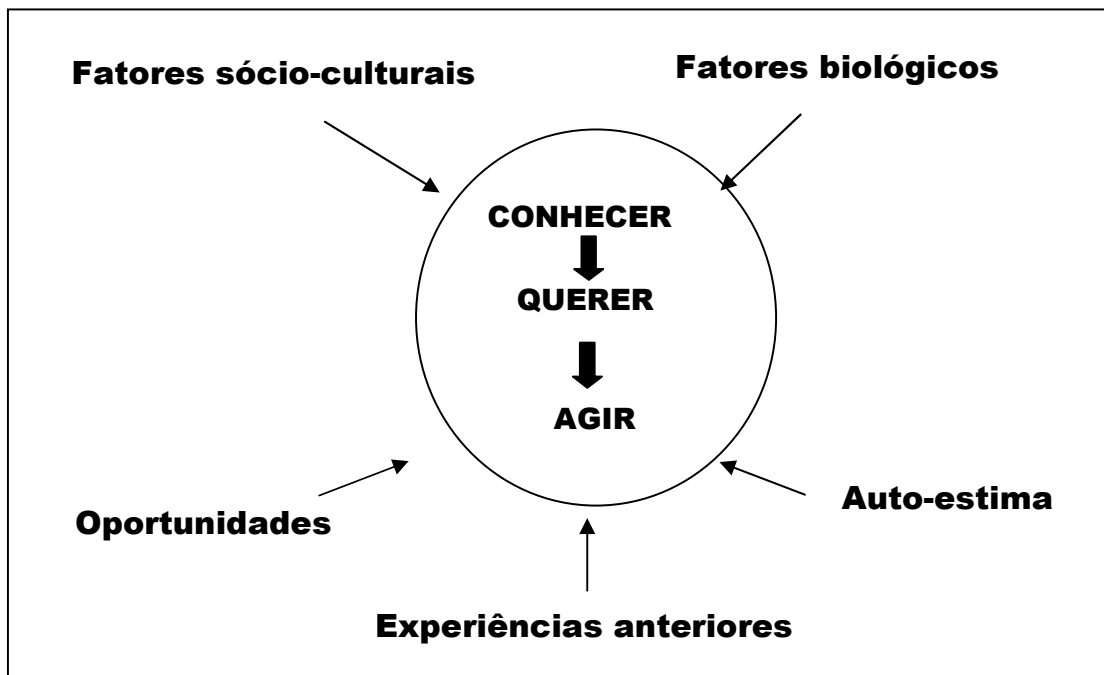


Figura 1. – Fatores intervenientes nas mudanças de comportamento

Fonte: NAHAS, M.V. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4ª.ed. Londrina-SC: Midiograf, 2006.

Para Souza et al., (2000) o futuro dos estudos sobre qualidade de vida inclui cada vez mais como importante e significativo, o item relacionado ao trabalho.

Segundo Walton (1993) apud Haddad (2000), Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) visa proteger o empregado e propiciar-lhe melhores condições de vida dentro e fora da organização e para que seja alcançada, o autor afirma ser necessário que o trabalhador tenha:

- **COMPENSAÇÃO ADEQUADA E JUSTA:** Refere-se ao salário justo ou à adequação entre o trabalho e o pagamento nos seus diversos níveis relacionados entre si.
- **CONDIÇÕES DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO:** Os trabalhadores não devem ser expostos a condições físicas e psicológicas que sejam perigosas ou a horários excessivos de trabalho que sejam prejudiciais a saúde
- **OPORTUNIDADE IMEDIATA PARA A UTILIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE HUMANA:** Para que os trabalhadores possam usar e desenvolver suas habilidades e capacidades são necessários: autonomia no trabalho, utilização de múltiplas habilidades, informação e perspectiva de crescimento profissional, realização de tarefas completas e planejamento das atividades.
- **OPORTUNIDADE PARA CRESCIMENTO CONTÍNUO E SEGURANÇA:** É importante que o trabalhador tenha a possibilidade de autodesenvolvimento, aquisição de novos conhecimentos e perspectivas de sua aplicação prática, oportunidades de promoções e segurança no emprego.
- **INTEGRAÇÃO SOCIAL NA ORGANIZAÇÃO:** Para haver um bom nível de integração social é necessário que o ambiente de trabalho seja sem preconceitos, de senso comunitário, fraca estratificação, existência de mobilidade ascendente e franqueza interpessoal.
- **CONSTITUCIONALISMO NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO:** São as normas que estabelecem os direitos e deveres dos trabalhadores. Os aspectos mais significativos versam sobre a privacidade, a liberdade de expressão (o diálogo livre) e o tratamento justo em todos os assuntos.
- **TRABALHO E O ESPAÇO TOTAL DA VIDA:** O trabalho, muitas vezes, absorve parte da vida extra-organização do empregado, afetando

consideravelmente o seu tempo de dedicação à família, tempo de lazer e sua convivência comunitária.

- A RELEVÂNCIA SOCIAL DA VIDA NO TRABALHO: Os trabalhadores, através de seus empenhos e comprometimentos, esperam que, socialmente, a instituição não deprecie o seu trabalho e conseqüentemente a sua profissão.

Rodrigues (1991) apud Lacaz (2000) afirma que QVT é uma terminologia que tem sido largamente difundida nos últimos anos, inclusive no Brasil. Como incorpora uma imprecisão conceitual, vem dando margem a uma série de práticas nela contidas que ora aproximam-se da qualidade de processo e de produto, ora com esta se confundem. O conceito, através dos programas de qualidade total, vem impregnando propostas de práticas empresariais.

Ciborra; Lanzara (1985) apud Lacaz (2000), considera que a QVT é determinada por fatores psicológicos, como grau de criatividade, de autonomia, de flexibilidade de que os trabalhadores podem desfrutar ou, (...) fatores organizativos e políticos, como a quantidade de controle pessoal sobre o posto de trabalho ou a quantidade de poder que os trabalhadores podem exercitar sobre o ambiente circundante a partir de seu posto de trabalho.

Observa-se, assim, que a QVT dialoga com noções como motivação, satisfação, saúde-segurança no trabalho, envolvendo discussões mais recentes sobre novas formas de organização do trabalho e novas tecnologias (SATO, 1999 apud LACAZ, 2000).

A idéia de QVT é complexa e mutante. Pressupõe tanto uma abordagem e um aporte informado pela saúde coletiva, como pela clínica; além de embutir uma descontextualização e despolitização das relações saúde-trabalho, tão marcantes no discurso sanitário.

Concordamos com Lacaz (2000) quando ele coloca que busca-se superar a etapa da prevenção dos acidentes e doenças tidos como diretamente relacionados ao trabalho é necessária para avançar na discussão dos agravos relacionados ao trabalho.

Conforme proposição do National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), passam a incorporar grupos de doenças e acidentes que também ocorrem na população geral, mas que em determinadas categorias de trabalhadores adquirem um perfil patológico diferenciado (Quadro 1).

1. Doenças pulmonares: asbestose, brossinose, silicose, pneumoconiose dos trabalhadores do carvão, câncer de pulmão, asma ocupacional.
2. Lesões músculo-esqueléticas: distúrbios de coluna lombar, do tronco, extremidades superiores, pescoço, extremidades inferiores, fenômeno de Raynaud traumáticamente induzido.
3. Cânceres ocupacionais (outros que não o de pulmão): leucemia, mesostelioma, câncer de bexiga, de nariz e de fígado.
4. Amputações, fraturas, traumas oculares e politraumatismos.
5. Doenças cardiovasculares: hipertensão, coronariopatias e infarto agudo do miocárdio.
6. Distúrbios de reprodução: infertilidade, abortamento espontâneo e teratogênese.
7. Distúrbios neurotóxicos: neuropatias periféricas, encefalites tóxicas, psicoses, alterações de personalidade (relacionadas a exposições ocupacionais).
8. Perdas auditivas relacionadas com o barulho excessivo.
9. Afecções dermatológicas: dermatoses, queimaduras térmicas e químicas, contusões.
10. Distúrbios da esfera psíquica: neuroses, distúrbios de personalidade, alcoolismo e dependência de drogas.

Quadro 1: Os dez principais grupos de acidentes e doenças relacionados ao trabalho, Estados Unidos, 1983

Fonte: National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), 1983

Trata-se, então, em última instância, de buscar a humanização do trabalho - um dos pressupostos do campo de práticas e saberes informado pelo encontro das formulações emanadas da Saúde Coletiva, da Medicina Social Latino-americana e da Saúde Pública, campo este denominado Saúde do Trabalhador (LACAZ, 1996).

Dejours et al., (1994) apud Haddad (2000) afirmam que:

A organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora.

Partindo desse pressuposto, continuamos a explorar a relação saúde/trabalho explorando a idéia de que a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de

reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.

As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, a estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

O DAB complementa afirmando que o trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde.

A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir

sobre os fatores de risco, ao qual a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde. E, ainda: por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

Ainda de acordo com o DAB, o Ministério da Saúde reconhece e valoriza a formação dos trabalhadores como um componente para o processo de qualificação da força de trabalho no sentido de contribuir decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde. Essa concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional para possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho.

Viana; Poz (2005) afirmam que a formulação do PSF teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família (em Quebec, no Canadá; em Cuba; na Suécia e na Inglaterra), que serviram de guias para a formulação do programa brasileiro. Este é uma adaptação de várias experiências, pois, como bem salientou o ministro Adib Jatene, o Brasil, por ter características próprias, de país continental, não pode obrigar o deslocamento dos médicos (o que é possível em Cuba e na Inglaterra); isto é, exigir que os médicos habitem onde clinicam. Pode, porém, incentivar que esses estejam o mais próximo possível das comunidades que atendem.

Para Viana; Poz (2005), o programa vem-se expandindo de forma focalizada, à medida que são selecionadas, para sua implantação, áreas e populações de risco que podem, inclusive, corresponder a quase 80% da população de um município e as experiências de focalização dentro do universalismo evidenciam que se pode ter práticas focalizadas dentro de uma política universal e que não há necessariamente conflito entre focalização e universalização, isto é, os dois conceitos não precisam

ser excludentes. Os autores afirmam que a formulação do PSF foi fruto, inclusive, do sucesso de práticas (anteriores) focalizadas dentro da política universal, e que constituíram instrumentos de reorganização e reestruturação do próprio sistema de saúde. O programa evidencia, assim, a necessidade de ações especiais, de atendimento especial, para as populações mais carentes.

Com relação ao processo de trabalho das equipes de Unidades de Saúde da Família, Pedrosa; Teles (2001) colocam como se torna problemática a identificação de médicos, enfermeiros e agentes como integrantes da equipe do programa, a qual deseja transformar-se em grupo-sujeito, pela ação comunicativa que permite a interação na busca do entendimento e reconhecimento recíproco de autoridades, saberes e autonomias técnicas e que discussões a respeito da equipe multiprofissional para atenção básica à saúde consideram divisão do trabalho, status da profissão, posição no processo de trabalho, aspectos organizacionais, relações informais, redes de poder, valores e normas como fatores relacionados ao desempenho do trabalho.

Em estudo qualitativo realizado em PSF(s) de Terezina-PI, Pedrosa; Teles (2001) obtiveram as seguintes informações: Para os médicos, a base para assimilação dos princípios do programa encontrava-se em experiências em trabalho comunitário desenvolvido em municípios do interior e hospitais públicos, apresentavam dificuldade de integração entre os princípios do programa e o modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde decorria da predominância da medicina curativa e da cultura consumista da comunidade. Enfermeiras argumentaram que se aproximavam do programa pela experiência em serviços públicos e como instrutoras supervisoras do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O conflito decorria da formação voltada para o modelo hospitalocêntrico e a prática profissional comunitária. Para os agentes, a identificação com o programa derivava de sua vivência na comunidade, sendo conflitante o fato de a comunidade demandar intervenções que eles não têm competência para realizar: curativos, aplicação de injeção e medição da pressão arterial.

Tratando das condições de trabalho nas Unidades de Saúde da Família, Pedrosa; Teles (2000) ainda colocam, no estudo supracitado, que segundo médicos e enfermeiras, atividades concernentes à gerência das unidades básicas de saúde representaram acúmulo de trabalho. Para enfermeiras, esse trabalho era

compensado pela independência e pelo controle da situação. Para os médicos, a gerência das unidades de saúde prejudicava a comunidade em virtude do tempo utilizado em atividades burocráticas. A inexistência de vínculo empregatício formal com a Fundação Municipal de Saúde foi explicitada com maior ênfase pelas enfermeiras como determinantes de angústias e incertezas, apesar do direito de férias remuneradas e licença gestante assegurados pela cooperativa. Agentes de saúde são contratados por sua associação como autônomos e prestadores de serviços. Para esse grupo, a situação gera insegurança, dificuldade no gozo dos direitos trabalhistas e reivindicações quanto ao reconhecimento profissional. Os agentes enfatizaram risco ao trabalhar com doenças infecciosas e contradição entre sua situação de moradia na comunidade e condição de integrante da equipe de saúde, reivindicando benefícios de programas de proteção social, como melhoria habitacional, planos de saúde e insalubridade.

Campos (1997) apud Ribeiro et al., (2004) mostra, em relação ao processo de trabalho de Programas de Saúde da Família, que podem ser tentados arranjos institucionais que atendam pelo menos a três critérios, combinando autonomia e responsabilidade atribuída aos profissionais. Esses critérios às vezes são antagônicos entre si, mas se constituem em aspectos gerenciais importantes. O principal critério para validar um arranjo institucional é a capacidade de "produzir saúde" do serviço ou da equipe; outro critério seria a viabilidade técnica, financeira e política dos projetos ou arranjos acordados (dinheiro, armação político-institucional, saberes e meios); o terceiro consideraria realização profissional e financeira dos trabalhadores da saúde. Do ponto de vista prático, seria desejável buscar-se sempre a máxima realização possível dos três critérios.

Para Ribeiro et al., (2004) a construção de um novo modelo assistencial em saúde, no sentido dos valores propostos pelo SUS e que aparecem, em parte, no PSF, é um desafio. Afirmam ser essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sócias-políticas, materiais e humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência e que a não-realização de um trabalho focado nesses dois olhares, no PSF, corre o risco de fazer ruir a motivação e os créditos dados pelos profissionais da saúde e pela sociedade à referida proposta, sendo fundamental que as contradições e dificuldades que permeiam a proposta não a levem a destruir-se, e, sim, a modificar-se no sentido de melhor qualificação.

Quando a pessoa se desenvolve como um todo a partir do corpo, ganhando nova estrutura, gera auto-estima e consciência de uma capacidade de conquista, amplia suas capacidades de realização. A partir daí cria uma modelagem mental de sucesso. Assim vence o bombardeio de negatividades e resgata seu poder espiritual. Ribeiro (2003)

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar os aspectos predominantes da percepção da Qualidade de Vida dos profissionais de saúde de Unidades de Saúde da Família.

3.3 Objetivos Específicos

- Relatar o processo de trabalho das Equipes de Unidade de Saúde da família;
- Listar os fatores que interferem no processo de trabalho dessas equipes;
- Levantar quais os fatores que podem interferir na qualidade de vida dos profissionais de saúde da família;
- Discutir a importância de estudar qualidade de vida dos profissionais de saúde da família

4 METODOLOGIA

A pesquisa bibliográfica é fundamentada nos conhecimentos de biblioteconomia, documentação e bibliografia; sua finalidade é colocar o pesquisador em contato com o que já se produziu a respeito do seu tema de pesquisa. (PÁDUA, 2004)

A realização deste trabalho consistiu em uma revisão bibliográfica cuja abordagem foi feita através da coleta de informações obtidas de livros, revistas, documentos e periódicos. Para a busca dos artigos, foi pesquisada a base de dados Bireme na qual utilizou-se o descritor de assunto com as seguintes palavras: qualidade de vida; programa de saúde da família; profissionais de saúde da família e processo de trabalho.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização desse estudo possibilitou conhecer o perfil dos profissionais de saúde da família em relação à qualidade de vida, com base nos livros e artigos, os quais alimentaram esse estudo.

Pudemos observar que apesar de serem bastantes os estudiosos sobre o assunto, eles ainda não chegaram um consenso sobre o conceito de qualidade de vida, devido às diversas abordagens, das quais podemos citar condições de saúde, estilo de vida, bem estar, educação, vida familiar, amorosa, social e ambiental, alimentação, atividade física, relações pessoais e stress.

Borges (2007), de maneira simplista, defende a idéia de harmonia e equilíbrio entre as diferentes áreas da vida, que vão desde a relação no trabalho até as relações afetivas com familiares. Minayo (2000) segue este mesmo raciocínio quando afirma que a qualidade de vida do indivíduo está relacionada ao seu grau de satisfação na vida familiar, amorosa, social, ambiental (...). Mas, ainda acrescenta a importância do conhecimento, das experiências e valores dos indivíduos e da coletividade.

Para a Organização Mundial de Saúde (1995), o termo qualidade de vida torna-se mais amplo sendo definido 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.” Diante de inúmeras definições, esta parece ser a mais completa para descrever qualidade de vida, visto que, abrange o indivíduo holisticamente na medida em que se preocupa com suas próprias percepções e com todos os aspectos de sua vida.

Acreditamos que qualquer alteração referida pelo indivíduo em um desses planos pessoal ou coletivo poderá interferir na qualidade de vida, já que, num sentido amplo podemos dizer que qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre cultura, valores, objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Quando no sistema médico, qualidade de vida é resumidamente saúde e vice-versa. Muitos são os instrumentos de mensuração, porém como quantificar qualidade? Por essa razão a OMS trabalha com instrumentos de auto-administração ou com entrevistas, o que valoriza ainda mais o próprio conceito.

Durante o percurso da história da qualidade de vida surgiram divisões a respeito do tema, qualidade de vida ligada à saúde e qualidade de vida no trabalho,

sendo o nosso interesse de estudo nesse último ramo citado, a qualidade de vida de profissionais de unidades de saúde da família, com enfoque, principalmente, a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

A qualidade de vida no trabalho é outro termo que também têm sido largamente difundidos nos últimos anos.

Concordamos com Walton (1993) quando ele diz que qualidade de vida no trabalho, além de proteger o empregado, ainda confere-lhe melhores condições de vida, mas, para que seja alcançada é necessário uma série de fatores tais como: salário justo, condições seguras de trabalho, autonomia no trabalho e, tempo para dedicação à família e ao lazer. Nessa mesma linha de raciocínio seguem Ciborra; Lanzarra (1985) quando consideram que a qualidade de vida no trabalho é determinada por fatores psicológicos (autonomia, grau de criatividade) e, fatores organizativos e políticos (controle sobre o posto de trabalho).

Também achamos interessante quando Lacaz (2000) afirma que para atingir a qualidade de vida no trabalho deve-se buscar a humanização no trabalho, um dos pressupostos do campo da Saúde do Trabalhador.

A estratégia Saúde da Família formulada para reorientar o modelo assistencial é considerada um grande avanço na história da atuação básica no Brasil.

Concordamos com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) quando este reconhece a necessidade de formações qualificadas das equipes multiprofissionais de Saúde da Família. Porém, estudos demonstram que o processo de trabalho das equipes de unidades de Saúde da Família vem apresentando uma problemática: a identificação de médicos, enfermeiros e agentes como integrantes da equipe do programa.

É bem comum deparar-se com profissionais desmotivados e descompromissados com o programa. Achamos que tal fato deva ser reflexo das condições de trabalho nas Unidades de Saúde da Família, condições estas citadas em estudo realizado em Teresina-PI: acúmulo de trabalho; inexistência de vínculo empregatício formal gerando angústias e insegurança; risco ao trabalhar com doenças infecciosas.

Concordamos com Campos (1997) quando ele coloca três critérios importantes capazes de viabilizar um trabalho de qualidade: 1) capacidade de

“produzir saúde” da equipe; 2) condições técnica, financeira e política dos projetos; 3) realização profissional e financeira dos trabalhadores da saúde.

A realização desse estudo possibilitou conhecer o perfil dos profissionais de saúde da família em relação à qualidade de vida, com base nos livros e artigos científicos os quais alimentaram este estudo.

Durante o percurso da história da qualidade de vida surgiram divisões a respeito do tema, qualidade de vida ligada à saúde e qualidade de vida no trabalho, sendo o nosso interesse de estudo esse último ramo citado, a qualidade de vida de profissionais de unidades de saúde da família.

Pudemos observar que apesar de ser bastante os estudos sobre qualidade de vida, são escassas publicações referentes aos profissionais de saúde da família, fato este que limitou a discussão sobre essa questão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo apresentar o termo qualidade de vida com enfoque nos profissionais de saúde da família.

Apesar das dificuldades conceituais, parece claro que qualidade de vida é eminentemente interdisciplinar, sendo necessária a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o aprimoramento metodológico e conceitual.

As equipes de saúde do PSF, referenciadas na estratégia definida pelo atual modelo de organização da saúde pública do Brasil, têm realizado suas atividades visando cumprir com o compromisso de promover a saúde e elevar a qualidade de vida da população que atende. No entanto, no que se refere à qualidade de vida desses profissionais percebe-se que ainda existe uma lacuna porquanto há poucos trabalhos voltados para essa questão.

Este estudo e outros nessa direção podem dar sustentação para a implementação de novas estratégias para a melhoria das condições de vida e trabalho dos profissionais de saúde da família, o que, sem dúvida, poderá trazer um impacto nas ações desempenhadas por esses profissionais e, conseqüentemente, na saúde pública do Brasil, além de poder servir de motivação para novas pesquisas, utilizando-se combinação de outros instrumentos para coleta de dados, bem como outras abordagens metodológicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORGES, E. S. Qualidade de Vida em Psicologia. Porto Alegre, RS. Disponível em: <http://www.drgate.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=291&Itemid=189> Acesso em: 09 de agosto de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF. 2008. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>> Acesso em: 07 de junho de 2008.

FLECK, Marcelo Pio de A. Projeto Desenvolvido no Brasil pelo Grupo de Estudos em Qualidade de Vida. Porto Alegre, RS. 2000. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>> Acesso em: 12 de maio de 2008.

GOLDBAUM, Moisés et al. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.39, n.1, 90-99, fevereiro 2005.

HADDAD, Maria do Carmo L. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/QUALIDADE.htm>> Acesso em: 17 de maio de 2008.

LACAZ, Francisco Antônio de C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, vol.5, n.1, 151-161, 2000.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Metodologia Científica. 4. ed. São Paulo. Atlas, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de S.; HARTZ, Zulmira Maria de A; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v.5, n.1, 7-18, 2000.

NAHAS, M.V. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4. ed. Londrina-SC. Midiograf, 2006.

National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), Atlanta-USA. 1983. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/NIOSH/>>. Acesso em 5 de junho de 2008.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de. Metodologia da Pesquisa: abordagem teórico-prática. 10. ed. Campinas, SP. Papirus, 2004.

PEDROSA, José Ivo dos S.; TELES, João Batista Mendes. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. Revista de Saúde Pública. São Paulo. v.35, n.3, Junho 2001.

PENTEADO, Regina Zanella; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. Revista de Saúde Pública. São Paulo. v.41, n.2, 236-246, abril 2007.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. v.20, n.2, 438-446. março-abril 2004.

RIBEIRO, N.C. A semente da vitória. 43ª ed. São Paulo, SP. Senac, 2003.

VIANA, Ana Luiza D`ávila; POZ, Mario Roberto Dal. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v.15, 225-264, 2005.

WIKIPÈDIA - A enciclopédia livre. Disponível em:
<<http://pt.wikipedia.org/wiki/Qualidadedevida>>. Aceso em: 21 de junho de 2008.