

# Qualidade de vida no trabalho: discurso dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

*Quality of life at work: speech of professionals of the Family Health Strategy*

*Calidad de vida en el trabajo: el discurso de los profesionales en Estrategia Salud de la Familia*

Carolina Feliciano Bracarense<sup>1</sup>

Nara dos Santos Costa<sup>1</sup>

Joyce Mara Gabriel Duarte<sup>1</sup>

Maria Beatriz Guimarães Ferreira<sup>2</sup>

Ana Lúcia de Assis Simões<sup>1</sup>

1. Universidade Federal do Triângulo Mineiro.  
Uberaba, MG, Brasil.

2. Universidade de São Paulo.  
Ribeirão Preto, SP, Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender os significados que os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) atribuem à qualidade de vida no trabalho. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, descritiva. Realizada nas Unidades de ESF, com 123 profissionais de saúde. Os dados foram coletados entre julho e setembro de 2014. O material resultante das entrevistas foi exposto à análise do Discurso do Sujeito Coletivo, com o auxílio do software QualiQuantsoft®. **Resultados:** Os significados conferidos a qualidade de vida no trabalho, perpassam tanto pelos aspectos subjetivos, como também pelos quesitos das condições de trabalho e dos relacionamentos interpessoais. Com 121 expressões-chave, as questões das condições de trabalho foram as mais expressivas, seguida pelas relações interpessoais no trabalho, com 72 expressões-chave. **Conclusão:** Os profissionais conferem significados subjetivos e objetivos à qualidade de vida no trabalho, além de reconhecerem a interferência dessa temática para a melhoria da assistência ao usuário.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida; Trabalho; Profissional de Saúde; Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

**Objective:** To understand the meanings that health professionals of the Family Health Strategy attribute to quality of life in the workplace. **Method:** This is a qualitative, descriptive study with a qualitative-quantitative approach, performed with 123 health professionals. Data were collected between July and September 2014 and subsequently exposed to descriptive analysis and the Collective Subject Discourse (CSD) analysis method, with the aid of the QualiQuantsoft® software. **Results:** The meanings given to quality of life in the workplace include both subjective aspects and those associated with work conditions and interpersonal relationships. Issues related to work conditions were the most relevant, totaling 121 key expressions, followed by interpersonal relationships in the workplace with 72 expressions. **Conclusions:** Professionals provide subjective meanings and objectives to the quality of life in the workplace, apart from recognizing the interference that this has on user health care.

**Keywords:** Quality of life; Work; Health Personnel; Family Health Strategy.

## RESUMEN

**Objetivos:** Comprender los significados que los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) atribuyen a la calidad de vida en el trabajo. **Método:** Investigación cualitativa, descriptiva, con abordaje cualicuantitativa, realizada en Unidades de ESF, con 123 profesionales de salud. Los datos fueron colectados entre Julio y Septiembre de 2014. El material resultante fue expuesto al método de Análisis del Discurso del Sujeto Colectivo, con auxilio del software QualiQuantsoft®. **Resultados:** Los significados conferidos a la calidad de vida en el trabajo emergen desde los aspectos subjetivos, como en quesitos de las condiciones laborales y relaciones interpersonales. Con 121 expresiones-clave, las cuestiones referentes a condiciones de trabajo fueron las más expresivas, seguida por las relaciones interpersonales, con 72 expresiones-clave. **Conclusión:** Los profesionales confieren significados subjetivos y objetivos a la calidad de vida en el trabajo, además de reconocieron la interferencia del tema en la mejora de la asistencia al usuario.

**Palabras clave:** Calidad de vida; Trabajo; Personal de salud; Estrategia de Salud Familiar.

### Autor correspondente:

Carolina Feliciano Bracarense.  
E-mail: carolinafbracarense@gmail.com

Recebido em 31/07/2015.  
Aprovado em 08/11/2015.

DOI: 10.5935/1414-8145.20150072

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa faz parte de um projeto amplo que investigou o trabalho e a qualidade de vida de profissionais da ESF deste município de médio porte, por meio de abordagens de pesquisa diferentes: um estudo quantitativo, analítico e um estudo qualitativo, de cunho descritivo, pautado no discurso do sujeito coletivo (DSC).

O trabalho em saúde possui suas especificidades, o que lhe confere denominação de trabalho vivo em ato. Esse é de origem relacional, em que o produto confeccionado emerge da relação entre o produtor e o consumidor. Na saúde, o usuário incorpora o papel de consumidor e o profissional de saúde exerce a função de produtor<sup>1</sup>.

O cenário atual no qual se desempenha o trabalho em saúde é consequência de sucessivas mudanças sociais e políticas. Pode-se citar a VIII Conferência Nacional de Saúde, que contribuiu para elaboração da Secção da Saúde na Constituição Federal de 1988 e do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>2</sup>.

O SUS é estruturado em princípios organizacionais e doutrinários, que visam promover, dentre outros propósitos, a substituição do modelo flexneriano de atenção à saúde, que tem como característica a centralidade nos procedimentos, para um modelo pautado em ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde<sup>3</sup>.

Para auxiliar nessa mudança de modelos de atenção à saúde e de consolidação do SUS, criou-se o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, com a finalidade de alcançar um modelo pautado na integralidade do cuidado individual, familiar e coletivo, reorientando as práticas de saúde<sup>4</sup>. Devido a sua abrangência e características inovadoras, no ano de 1998, o Programa Saúde da Família passa a ser compreendido e denominado Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>5</sup>.

E, nessa transição, devem ser contextualizadas reflexões e ações referentes ao processo de humanização das práticas assistenciais. O Ministério da Saúde, por intermédio da Política Nacional de Humanização (PNH), pontua ações para todos os atores que participam do processo de produção da saúde: usuários, gestores e trabalhadores<sup>6</sup>.

Dos princípios que regem a PNH, destacam-se os que sustentam as modificações necessárias para os trabalhadores, sendo: fortalecimento do trabalho em equipe, compromisso com a democratização das relações e valorização dos profissionais de saúde<sup>6</sup>.

Estudo realizado no Brasil, com 797 trabalhadores que atuavam na Atenção primária à Saúde identificou, que, quando insatisfeito com o seu trabalho o profissional apresentava uma maior probabilidade de avaliar sua qualidade de vida de forma negativa nos domínios: físico, psicológico e social. Assim como, aqueles que percebiam a própria saúde como comprometida, também, julgavam negativamente a sua qualidade de vida nos domínios citados<sup>7</sup>.

Entendido como determinante de saúde, já que saúde não significa somente ausência de doença<sup>8</sup>, o trabalho é um elemento que exerce influência sobre a qualidade de vida das

pessoas, por meio do aumento da jornada de trabalho, acúmulo de vínculos empregatícios e exigências cada vez maiores do mercado<sup>9</sup>.

Diante do exposto, é relevante contextualizar a variável Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Não há um consenso na literatura sobre sua definição, entretanto há um ponto em comum que QVT está intimamente relacionada à humanização do trabalho, sendo uma ferramenta para garantir o bem-estar e a participação dos trabalhadores no ambiente laboral<sup>10</sup>.

O trabalho em saúde da família é composto por relações complexas, devido à necessidade de um vínculo, não só com o usuário, mas também com toda sua família e com o ambiente social no qual ele está inserido. Para compreender essa nova configuração de processo de trabalho, dado ao seu tempo de existência, há ainda muito que se pesquisar.

Com intenção de contribuir com estudos de QVT e auxiliar no processo de consolidação da Política Nacional de Humanização, no que tange aos trabalhadores, o presente estudo teve as seguintes questões norteadoras: que significados os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família atribuem à qualidade de vida no trabalho? Na percepção desses profissionais, que fatores podem influenciar na qualidade de vida no trabalho?

Assim, o objetivo deste estudo foi compreender os significados que os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família atribuem à qualidade de vida no trabalho.

## MÉTODOS

Trata-se de pesquisa qualitativa e descritiva. Participaram da pesquisa, agentes comunitários de saúde, auxiliares de consultório dentário, dentistas, enfermeiros, médicos e auxiliares/técnicos em enfermagem vinculados à Estratégia de Saúde da Família de um município de médio porte. No período da coleta dos dados, o município contava com 50 Equipes Saúde da Família, sendo 46 na zona urbana e quatro na zona rural, totalizando uma população de 531 profissionais.

O processo de seleção de amostragem para o estudo analítico quantitativo obteve o número final de tentativas de entrevista de 342.

Sendo assim, este estudo, que adotou o DSC, foi utilizado uma amostra complementar, ou seja, foram participantes os sujeitos não sorteados para o estudo analítico quantitativo, resultando em um total de 189 profissionais. Essa decisão apoiou-se no fato de oportunizar a participação de toda população na pesquisa e, ainda, evitar a influência nas respostas, visto que os profissionais entrevistados não foram abordados, anteriormente, por questões relacionadas à mesma temática.

Considerando recusas, afastamentos e período de férias dos profissionais, obteve-se 123 entrevistas, no período de julho a setembro de 2014. O roteiro de entrevista foi elaborado pelo autor e composto por duas partes: a primeira com dados referentes à identificação profissional e, a segunda com perguntas a respeito da percepção sobre QVT e dos fatores que a influenciam.

Foram realizadas entrevistas individuais, previamente agendadas. Estas contaram com a participação dos autores e a colaboração de mais cinco entrevistadores treinados. O local variou de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e da estrutura física oferecida pelas unidades de saúde. Os dados foram gravados em formato de áudio e, posteriormente, transcritos na íntegra para o computador. Para garantir a confidencialidade dos participantes, eles foram identificados por números sequenciais.

Os dados foram submetidos à análise exploratória por meio de frequências simples e medidas de posição (média). O material empírico resultante da transcrição das entrevistas foi exposto ao método de análise do DSC, que consiste em uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, elaborado por Lefevre e Lefevre na década de 90<sup>11</sup>.

O material foi submetido a uma leitura exaustiva que buscou extrair os conteúdos relevantes de cada resposta, as expressões-chaves e suas correspondentes ideias centrais. O termo expressão-chave designa os fragmentos, trechos do material coletado. Esses segmentos são escolhidos pelos pesquisadores e retratam a essência da resposta do entrevistado. Cada conjunto homogêneo de expressão-chave recebe uma denominação ou expressão linguística que expõe de maneira sintética e concisa o significado presente nas respostas analisadas, que é designado como ideias centrais. O agrupamento de ideias centrais semelhantes pode ser chamado de categoria<sup>11</sup>.

O desfecho da técnica do DSC é a concepção de um discurso-síntese, escrito na primeira pessoa do singular, das apreensões semelhantes que pertencem à mesma ideia central. Como metodologia de pesquisa, o DSC torna possível resgatar no contexto social estudado a natureza das contradições e similaridades entre as percepções dos agentes sociais ou sujeitos coletivos<sup>11</sup>.

Para análise dos dados foi utilizado o *software* QualiQuantsoft®. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade Federal, sob o protocolo N°673.850.

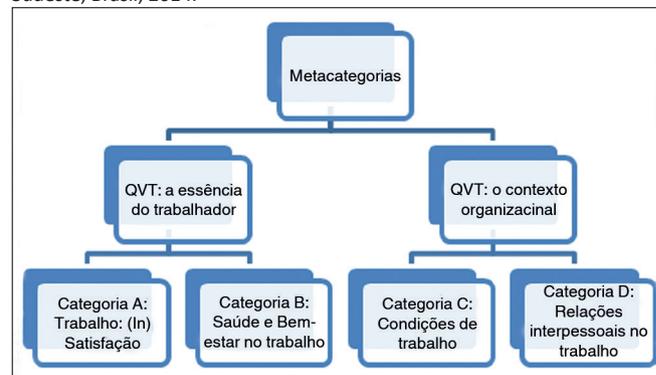
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 123 (100%) profissionais entrevistados, 114 (92,68%) eram do sexo feminino e nove (7,32%) do sexo masculino. A idade média foi de 40,41 anos, idade mínima de 22 e máxima de 68 anos. No que concerne à categoria profissional, os entrevistados foram distribuídos da seguinte forma: 66 agentes comunitários de saúde (53,66%), 10 auxiliares de consultório dentário (8,13%), nove dentistas (7,32%), 12 enfermeiros (9,76%), 12 médicos (9,76%) e 14 auxiliares/técnicos em enfermagem (11,38%). Tempo médio de trabalho na ESF foi de 6,39 anos, mínimo de um mês e máximo de 225 meses (18 anos e nove meses).

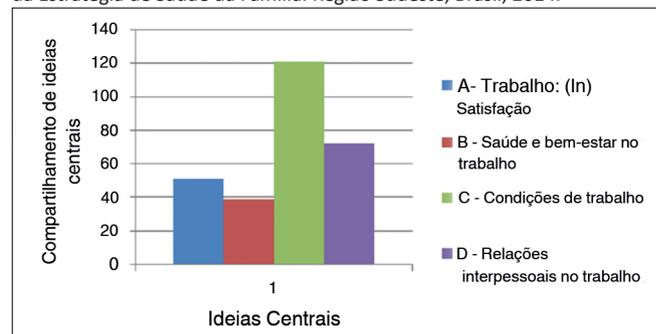
Do processo de análise emergiram metacategorias e categorias, expostas na figura 1. Com o objetivo de evidenciar as categorias, a figura 2 retrata o compartilhamento das ideias

centrais alcançadas nos discursos dos 123 participantes. É importante lembrar que cada entrevistado pode ter contribuído com mais de uma ideia central para a elaboração do DSC.

**Figura 1.** Plano de análise com metacategorias e categorias temática. Região Sudeste, Brasil, 2014.



**Figura 2.** Quantitativo do compartilhamento de ideias centrais, referentes às questões "Qualidade de vida no trabalho: o que é isso para você? O que influencia a sua qualidade de vida no trabalho?" nos discursos dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Região Sudeste, Brasil, 2014.



### Metacategoria - Qualidade de vida no trabalho: a essência do trabalhador

Essa metacategoria apresenta aspectos subjetivos presentes na percepção de QVT.

#### Categoria A: Trabalho: (In) Satisfação

Os critérios utilizados para incluir expressões-chave e ideias centrais nessa categoria foram respostas que os profissionais descrevem o fato de gostar, ter amor e sentirem realizados na profissão, bem como, sentimentos de satisfação e insatisfação com o trabalho.

*Para mim eu acho que qualidade de vida no trabalho é a gente ter satisfação naquilo que a gente faz, é o nível de satisfação que eu tenho com o que eu escolhi para fazer na minha vida, é minha realização pessoal. Eu tenho que me sentir feliz e satisfeito com o meu trabalho, gostar da profissão, Eu costumo dizer que quando a gente gosta, tem força de vontade e amor à profissão, você faz bem feito e tem um bom rendimento. Mas nós vemos muitas*

*coisas, problemas, que não temos condições de resolver, isso faz com que você se sinta mal, desanimada, sente que poderia e deveria fazer mais, se sente frustrado e trabalhando insatisfeito você adocece (04-06-09-10-18-19-33-49-52-59-67-68-73-86-89-91-92-95-97-102-103-106-109-114-115-127-129-132-134-165-166-168-169-170-172-174-179-183-223-210-217-226).*

O "gostar do que faz" foi apontado como principal motivo de satisfação no trabalho para profissionais da atenção primária. Essa afinidade com a profissão atua de modo favorável ao trabalhador<sup>12</sup>. É destacada a importância do profissional se reconhecer no seu trabalho, até perante situações difíceis e complicadas<sup>13</sup>.

No discurso foi encontrado que os profissionais gostam do trabalho que executam, porém ao se depararem com dificuldades, como incapacidade de solucionar problemas dos usuários, expressam sentimentos de desânimo, frustração e insatisfação.

Observa-se que o discurso desses profissionais apresenta concordância com resultados encontrados na literatura, nos quais agentes comunitários de saúde referem ser a resolução dos problemas das pessoas, principal razão de satisfação no trabalho, pois, quando o trabalho não alcança resultados esperados, a frustração acomete o profissional<sup>14</sup>.

### **Categoria B: Saúde e bem-estar no trabalho**

Expressões-chave e ideias centrais dessa categoria fazem alusão à saúde do profissional, ao seu bem-estar no trabalho e aos acontecimentos que interferem nesse estado de tranquilidade.

*Qualidade de vida para mim é você se sentir bem, ter felicidade de trabalhar. Está relacionado com o bem estar da gente, envolve a nossa autoestima e saúde de maneira geral: a saúde física, mental e emocional. É você ter prazer de sair de sua casa e ir para o local de trabalho. É quando seu trabalho não prejudica sua saúde, seu bem-estar. A gente escuta muito os problemas dos outros, vê situações que adocece a gente, então a gente acaba carregando um pouco disso, fica tenso, em casa quer desligar do problema, mas não consegue, fica pensando naquilo (02-05-08-11-14-15-16-22-32-49-56-57-58-59-60-91-98-100-113-115-123-139-153-177-178-188-224-06-44-48-226-95-149-153).*

A terminologia bem-estar no trabalho tem sido empregada para indicar os efeitos subjetivos da QVT, aqueles que remetem às consequências das condições laborais sobre os modos, emoções e afeições dos trabalhadores<sup>15</sup>.

O estudo que procurou apreender concepções e experiências de enfermeiros sobre qualidade de vida e QVT na atenção básica, evidenciou falas que enfocam o sentir-se bem no trabalho e ser saudável, tendo saúde tanto física quanto psicológica<sup>16</sup>.

O discurso expõe que bem-estar é ter saúde de modo geral, tanto física quanto mental e emocional. Essa concepção condiz com o proposto na definição de saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), que compreende a saúde não como inexistência de doença, e sim de modo abrangente, que envolve o biológico, o psicológico, o social e, ultimamente, também, o espiritual<sup>17</sup>.

O trabalho é capaz de suscitar repercussões na saúde global, como, também, na física e emocional. Tal ocorrência é mencionada no discurso dos entrevistados na presente pesquisa<sup>18</sup>.

### **Metacategoria: Qualidade de vida no trabalho: o contexto organizacional**

Essa metacategoria exhibe o ponto de vista dos profissionais quanto aos fatores externos, aqueles de responsabilidade das instituições e a teia de relações que são estabelecidas nos locais de trabalho.

### **Categoria C: Condições de trabalho**

A presente categoria abarca expressões-chave e ideias centrais que dizem respeito às condições de trabalho.

*Para mim a qualidade de vida no trabalho é tudo que tem que ter para o desenvolvimento do nosso trabalho, envolve muita coisa. É uma questão de ambiência, espaço físico adequado, recursos materiais que são dados para a gente trabalhar, se você tem condições de trabalho ou não. Recursos humanos, suficiente ou não, ainda tem o estresse diário, a rotina de trabalho, a carga horária, segurança e ter um salário bom... Então, a gente tem que ter condições de trabalho, tem que ter tudo para exercer o nosso trabalho dignamente, tendo o respaldo, o respeito e pelo menos o mínimo necessário para trabalhar (01-02-03-04-07-09-11-15-16-20-23-27-31-32-39-43-49-52-55-59-60-63-68-70-71-72-78-82-83-85-86-87-89-90-92-97-98-99-100-106-108-109-113-114-115-119-123-127-129-130-131-139-140-142-149-158-167-168-169-170-171-172-173-174-183-184-188-189-196-197-209-217-219-222-223-224-225).*

A insuficiência ou inadequação dos meios de trabalho dificultam ou impedem o cumprimento dos propósitos da assistência de Saúde da Família, como a integralidade e promoção da saúde. Observa-se, então, que há uma relação diretamente proporcional entre condições de trabalho e QVT<sup>19</sup>.

Concomitantemente ao aumento da demanda de usuários por procura de atendimento, os profissionais têm que lidar com entraves que impedem ou dificultam a realização do atendimento. O desempenho do exercício laboral nas referidas condições, além de acarretar uma limitação das atividades, pode esclarecer tanto o adoecimento dos profissionais, como comprometer a qualidade da assistência oferecida<sup>20</sup>.

A carga horária de trabalho, também, foi um fator mencionado como condicionante da qualidade de vida no trabalho. Os entrevistados referem que a carga horária, de oito horas,

é muito extensa e que deveria ser reduzida para seis horas. Tal entendimento corrobora com a literatura, em que os profissionais expressaram vontade de ter uma carga horária de trabalho menor, indicando que essa mudança ocasionaria melhoria da qualidade de vida no trabalho<sup>21</sup>.

A terminologia segurança foi utilizada pelos entrevistados para fazerem alusão à segurança física e designar estabilidade no emprego. No que condiz à segurança física, foi destacado que as unidades de saúde estão localizadas em ambientes com altos índices de violência e que ao saírem para visitas domiciliares, há exposição às situações de perigo iminente.

Os profissionais da ESF estabelecem vínculos estreitos com a população, além de conviverem rotineiramente com desordens sociais e familiares; diante disso, são explicitados a presença da violência urbana, o medo e a insegurança na execução das atividades de trabalho nas áreas marginais da cidade<sup>22</sup>.

Foi expresso, ainda, o desejo de poder trabalhar sem preocupações com relação aos contratos de serviços. Os vínculos empregatícios em saúde por meio de contrato não regulamentado, por tempo determinado, a terceirização e subcontratação têm aumentado, de modo significativo, entre as prefeituras. Tal iniciativa corrobora com a desregulamentação do trabalho no mundo contemporâneo<sup>23</sup>.

As falas dos profissionais sinalizam o salário como uma condição que influencia a qualidade de vida no trabalho. A questão da remuneração é abordada de dois modos, sendo referido pelos entrevistados que o salário não precisa ser ótimo, apenas compatível com as funções desempenhadas. Por outro lado, foi expressa, também, a necessidade de melhor distribuição da renda, pois há discrepância considerável entre os salários pagos aos profissionais na ESF.

#### **Categoria D: Relações interpessoais no trabalho**

Nessa categoria serão apresentadas expressões-chave e ideias centrais referentes às relações interpessoais no trabalho. Optou-se por apresentar essa categoria em três discursos, devido às falas dos entrevistados indicarem que as relações na ESF acontecem entre profissionais/profissionais; profissionais/usuários e profissionais/gestores. Os atores sociais entrevistados expressaram 72 ideias centrais.

*Eu entendo que qualidade de vida no trabalho é você ter um bom relacionamento profissional com as pessoas que trabalham com você, ter um bom convívio no ambiente de trabalho... É muito ruim você vir para um lugar desarmonioso, porque a gente faz uma carga horária grande, a gente fica aqui o dia inteiro, se a gente não tem um bom relacionamento entre os colegas de trabalho e a equipe não se dá bem, isso vai desgastando, você vai ficando desestimulado, estressado e vai gerando um ambiente que a gente não suporta. Aqui tem conversa demais, aí isso estressa, tem muita gente afastada por conta de conversinha, pessoas preocupando com sua*

*vida [...] (01-02-09-18-19-23-27-33-39-48-67-70-82-85-88-89-90-95-97-102-113-119-123-138-144-150-151-153-158-169-173-178-179-189-198-225).*

O relacionamento interpessoal, a interação por meio do diálogo, embasada na amizade e na cumplicidade, nas equipes de saúde da família favorecem a realização do trabalho cooperativo e afetuoso<sup>24</sup>. Os entrevistados acrescentam respeito e bom humor para conquista de um local de trabalho harmonioso. O trabalho em equipe é considerado um fator necessário para alcançar uma qualidade de vida no trabalho aceitável<sup>16</sup>.

Os agentes comunitários de saúde, entrevistados em um estudo, consideraram as relações firmadas na equipe como fundamentais para execução de um bom trabalho, principalmente, no que diz respeito à resolução de problemas da comunidade<sup>9</sup>. O discurso expressa tal ideia, quando diz ser preciso a união de todos profissionais para desempenhar um trabalho bem feito, tendo como finalidade a melhor assistência ao usuário, pois a ESF concretiza-se com a integração do trabalho dos diversos profissionais que nela atuam.

Dentre as causas interpessoais que interferem na qualidade de vida no trabalho, na visão dos participantes deste estudo, a relação da população usuária dos serviços de saúde com os profissionais foi apontada como relevante descrito no discurso a seguir.

*[...] eu acho que a qualidade de vida no trabalho passa pelos relacionamentos com a comunidade. É você ter uma boa convivência com os usuários, uma boa recepção dos moradores e ser acolhido pela população. Entretanto, é observado uma falta de humanização das pessoas, as pessoas não respeitam mais os pacientes, eles chegam tão carentes e os próprios atendentes estão com falta de educação. Outro problema é quando tem falta de materiais, e você tem que lidar com o paciente, bater de frente, ele discute, não entende que nós estamos passando por falta de material, o equipamento está estragado. O paciente não quer entender isso, ele simplesmente quer chegar e ser atendido, ele não entende que não é que a gente não quer atender, é porque não tem o material para fazer, aí acaba brigando, discutindo. O usuário chega, ofende a gente e ainda liga na ouvidoria [...] (01-02-09-18-19-23-27-33-39-48-67-70-82-85-88-89-90-95-97-102-113-119-123-138-144-150-151-153-158-169-173-178-179-189-198-225).*

No contexto da ESF, relacionamento entre profissional-usuário é complexo e circundado por questões éticas. Esse relacionamento não é limitado às práticas curativas, porque o encontro entre tais atores sociais ocorre, também, durante atividades de educação em saúde. Os aspectos éticos presentes nas relações estabelecidas pela ESF exibem interconexões com a sociedade, família e a própria equipe<sup>25</sup>.

A existência de um relacionamento efetivo entre profissional-usuário acarretará em impactos positivos tanto para usuários como para profissionais<sup>25</sup>. A insatisfação dos usuários quanto aos serviços prestados ocasiona insatisfação dos próprios trabalhadores<sup>12</sup>.

O discurso exemplifica essa situação, uma vez que os profissionais expressam que ausência de condições adequadas para exercer o trabalho com qualidade e resolutividade é fator de tensão na relação com os usuários. Pelo discurso, pode-se perceber que os entrevistados acreditam que há uma incompreensão por parte dos usuários acerca das condições reais e limitantes para realização do trabalho, impedindo-os de entender que o atendimento não está sendo feito por falta de condições. Essa conjuntura desestabiliza o relacionamento entre os trabalhadores de saúde e a comunidade.

*[...] eu entendo que o acolhimento da secretária de saúde, dos gestores, contribui com a minha qualidade de vida no trabalho, porque, muitas vezes, o gestor não procura saber a necessidade do profissional, a gente fica bastante isolado, geralmente, não existe um contato, uma aproximação maior. A gente fica recebendo as ordens e temos a impressão de que essas pessoas não têm uma noção clara do que acontece aqui. Eles se preocupam muito mais com os usuários do que com os profissionais. Mas, se o profissional não tem uma qualidade de vida boa, como é que vai ficar o usuário que é a finalidade disso tudo. Então, a gestão, muitas vezes, ela não colabora com a gente, a gente se sente bastante desvalorizado quanto profissional (01-02-09-18-19-23-27-33-39-48-67-70-82-85-88-89-90-95-97-102-113-119-123-138-144-150-151-153-158-169-173-178-179-189-198-225).*

O respaldo da gestão é um aspecto essencial para execução das tarefas no setor saúde, fator que desencadeia sentimento de satisfação no profissional. A ausência de um relacionamento efetivo entre profissionais e gestores gera a frustração do trabalhador, pois o gestor cobra por resultados sem saber se há ou não condições para desenvolver o que foi pedido<sup>23</sup>.

A carência de retorno aos profissionais, por parte dos gestores, pelos resultados alcançados no serviço, é obstáculo encontrado por eles para participarem dos processos de tomada de decisão, além de comprometer a relação de cooperação que deve haver entre esse binômio, gestores/trabalhadores<sup>20</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante os resultados encontrados, é possível considerar que os significados conferidos à qualidade de vida no trabalho, pelos profissionais de saúde da ESF, perpassam tanto pelos aspectos subjetivos, do gostar da profissão e sentir-se bem no trabalho, como pelos quesitos das condições de trabalho e dos relacionamentos oriundos da atividade laboral.

Cabe destacar que a representação social que estava mais compartilhada no cenário estudado, diz respeito à percepção de qualidade de vida no trabalho relacionada ao contexto organizacional. Com 121 expressões-chave, as questões referentes às condições de trabalho foram as mais expressivas, seguidas pelas relações interpessoais no trabalho, com 72 expressões-chave.

Tal resultado sinaliza para necessidade das instituições avaliarem as condições de trabalho que estão ofertando, tendo em vista que investimentos, com a intenção de melhorar a qualidade de vida no trabalho dos profissionais refletirão na assistência, na satisfação do usuário como, também, poderão diminuir o absenteísmo, casos de acidente de trabalho e eventos adversos.

Como limitações deste estudo, apontam-se o fato das entrevistas terem sido feitas nos locais de trabalho, pois é sabido que tal situação pode vir a coibir o surgimento de temáticas polêmicas. Outra limitação versa sobre a delimitação da população somente ao município estudado, circunstância que não permite generalizações dos resultados do estudo.

## AGRADECIMENTO

A Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG pelo financiamento da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2012; 6(2):151-63.
2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Legislação Estruturante do SUS. Brasília (DF): Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011.
3. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianasInterface: Comunicação, Saúde, Educação 2005;16(9):53-66.
4. Seclen J, Fernandes AS. Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. In: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, Organização Mundial da Saúde - OMS, Ministério da Saúde (BR). Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2004.p.1-122.
5. Silva-roosli ACB, Athayde MG. Trabalho e Psicodinâmica do Reconhecimento no Cotidiano da Estratégia Saúde da Família. In: Assunção AA; Brito J. Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. 22ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011. cap. 3, p. 29-37.
6. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF): Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2004.
7. Teles MAB, Barbosa MR, Vargas AMD, Gomes VE, e Ferreira EF, de Barros Lima AME et al. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. Health Qual Life Outcomes. 2014;12(1):1-12.
8. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 19 set 1990: Seção 1:1.

9. Araújo GA, Soares MJGOI, Henriques MERM. Qualidade de vida: percepção de enfermeiros numa abordagem qualitativa. *Rev Eletr Enf.* 2009;11(3):635-41.
10. Sant'anna AS, Kilimnik ZM, Moraes LFR. Antecedentes, origens e evolução do movimento em torno da Qualidade de Vida no Trabalho. In: Sant'anna AS; Kilimnik ZM, org. *Qualidade de vida no trabalho: abordagens e fundamentos.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. Cap. 1, p. 3-30.
11. Lefevre F, Levefre AM. *Pesquisa de Representação Social: Um enfoque quali-quantitativo.* 2ª ed. Brasília (DF): Liber Livro Editora; 2012. 224 p.
12. Lima CA, Oliveira APS, Macedo BF, Dias OV, Costa SM. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. *Rev. Bioét.* 2014 Jan./Apr. 22(1):152-60.
13. Leite DF, Nascimento DDG, Oliveira, MAC. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis (Rio de Janeiro): Revista de saúde coletiva.* 2014; 24(2):507-25.
14. Brand CI, Antunes RM, Fontana RT. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. *Cogitare enferm.* 2010 Jan./Mar.;15(1):40-7.
15. Silva CA, Ferreira MC. Dimensões e indicadores da qualidade de vida e do bem-estar no trabalho. *Psicol.* 2013 July/Sep.;29(3):331-9.
16. Daubermann DC, Tonete VLP. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. *Acta Paul. Enferm* 2012; 25(2):277-83.
17. Lima CA, Oliveira APS, Macedo BF, Dias OV, Costa SM. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. *Rev. Bioét.* 2014 Jan./Abr. 22(1):152-60
18. Martellet EC, Motta RF, Carpes AD. A saúde mental dos profissionais de saúde e o programa de educação pelo trabalho. *Trab. Educ. Saúde.* 2014 Set./Dez.; 12(3):637-54.
19. Bertocini JH, Pires DEP, Scherer MDA. Condições de Trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. *Trab. Educ. Saúde.* 2011 Jan./Abr.; 9(1):157-73.
20. Assunção AÁ, Jackson Filho JM. Transformações do Trabalho no Setor Saúde e Condições para Cuidar. In: Assunção AÁ. Brito J. *Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.* 22ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011. cap. 2, p. 45-66.
21. Leite DF, Nascimento DDG, Oliveira MAC. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Revista de Saúde Coletiva.* 2014;24(2):507-25.
22. Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Tavares DMS, Santos CBD. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2012 Apr.; 46(2):404-12
23. Assunção AÁ. Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. In: Gomez CM, Machado JMH, Pena PGL. *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea.* Rio de Janeiro. Fiocruz; 2011. cap.21, p. 453-478.
24. Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva Alcione L, Gonçalves LHT et al. Significado do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Jan./Mar.; 16(1):71-9;
25. Lima L, Pires DEP, Forte ECN & Medeiros F. Job satisfaction and dissatisfaction of primary health care professionals. *Esc. Anna Nery.* 2014 Jan./Mar.; 18(1):17-24.

---

Observação: Recorte da dissertação de Mestrado aprovada em 2014 pelo Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.