

QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Claudio Henrique Meira Mascarenhas¹, Fabio Ornellas Prado², Marcos Henrique
Fernandes³, Eduardo Nagib Boery⁴, Edite Lago da Silva Sena⁶

-
1. Fisioterapeuta. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Professor do Departamento de Saúde da UESB.
 2. Cirurgião-Dentista. Doutor em Estomatopatologia pela UNICAMP. Professor Adjunto do Departamento de Saúde da UESB. Professor do PPGES da UESB.
 3. Fisioterapeuta. Doutor em Ciências da Saúde pela UFRN. Professor do Departamento de Saúde da UESB. Professor do PPGES da UESB.
 4. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela UNIFESP. Professor Titular do Departamento de Saúde da UESB. Professor do PPGES da UESB.
 5. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Professora Adjunta do Departamento de Saúde da UESB. Professora do PPGES da UESB.

► **CONTATO:** Claudio Henrique Meira Mascarenhas | Avenida Rio Branco, 1373 | Centro. 45200-585. Jequié - BA | Tel. (73) 9142-7798 | E-mail: claudio12fisio@hotmail.com

Resumo

Este artigo teve como objetivo avaliar estudos sobre a qualidade de vida em trabalhadores da área de saúde por meio de uma revisão sistemática de trabalhos científicos. A fonte de busca foi a Biblioteca Virtual de Saúde, por meio da BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), nas bases de dados Medline, Lilacs e SciELO, referente aos anos de 2000 a junho de 2010. A estratégia de busca utilizada foi: qualidade de vida AND pessoal de saúde, e quality of life AND health personnel. Os critérios de inclusão foram: artigos originais de pesquisa sobre o tema proposto, nos idiomas inglês e português, e que utilizaram o WHOQOL-Bref como instrumento de avaliação da qualidade de vida. Seguindo a estratégia definida, a busca bibliográfica resultou em 3.984 artigos, sendo que apenas 8 se adequaram ao tema proposto. Observou-se que o domínio meio ambiente apresentou os menores escores em 75% dos estudos, e que o psicológico foi o único que não obteve maior escore dentre os domínios do WHOQOL-Bref. Dentre os fatores que interferiram na qualidade de vida desses profissionais estão: o estresse decorrente do ambiente de trabalho e das atividades profissionais; o excesso, a insegurança e as inadequadas condições de trabalho; além da insatisfação com os recursos financeiros. Nesta perspectiva, o conhecimento dos aspectos comprometidos aponta para a necessidade de reflexão e atitudes que possam influenciar positivamente na saúde e qualidade de vida desses profissionais, contribuindo, assim, para a melhoria da sua produtividade e qualidade assistencial.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida, Pessoal de Saúde, Ocupações Relacionadas com Saúde, Organização Mundial da Saúde.

Introdução

As necessidades nas relações de trabalho e os diversos problemas que envolvem o trabalhador são estabelecidos a partir das profundas transformações tecnológicas e sociais vivenciadas numa sociedade globalizada¹. Na área da saúde, indiferentemente das outras áreas, os impactos relacionados à saúde do trabalhador são frutos do sistema capitalista vigente.

Esta reestruturação do modelo socioeconômico mundial tem levado a consequências negativas, tais como condições precárias de trabalho, intensificação das atividades profissionais e aumento da exposição a fatores de risco à saúde, que, por sua vez, resulta na exclusão social e no declínio progressivo das condições de saúde da classe trabalhadora²⁻³.

Em decorrência de um processo de construção de um sistema de saúde que exige uma prática ampliada, crítica e reflexiva que necessita de condições salubres para que se consolide, juntamente com a inserção de novos saberes e fazeres no âmbito da saúde coletiva, vem também o debate sobre “a saúde de quem produz saúde”, ou seja, a mudança do sistema de saúde e das práticas também promoveu, de certa forma, uma preocupação com a qualidade do trabalho em saúde e com a qualidade de vida desses profissionais⁴.

Entre os trabalhadores da área da saúde a relação qualidade de vida e trabalho é ainda maior devido às dificuldades encontradas no exercício profissional, as quais abrangem um ambiente formado por intensos estímulos emocionais, como o contato com a dor e o sofrimento, o lidar com pacientes terminais, deprimidos, queixosos, rebeldes e não aderentes ao tratamento, e o lidar com as limitações do sistema assistencial que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares⁵. Soma-se a isto o fato de que muitos profissionais possuem mais de um vínculo empregatício, o que gera um intenso desgaste físico; além das insatisfatórias condições de trabalho em decorrência da baixa remuneração, hierarquização, diversidade e complexidade dos procedimentos técnicos⁶.

Diante dessas assertivas, a preocupação com a qualidade de vida do ser humano tem sido cada vez maior nos últimos anos. Este tema tem instigado pesquisadores de diversas áreas, sendo, atualmente, um dos conceitos mais utilizados no cenário da saúde e do trabalho, direcionando e determinando condutas e tratamentos específicos⁷. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁸, qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e com relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Este conceito é considerado abstrato, subjetivo e multidimensional por envolver vários aspectos como trabalho, meio ambiente, relações sociais, saúde, família, dentre outros; além de estar relacionado com aspectos culturais, religiosos, éticos e valores pessoais⁶.

A importância da avaliação da qualidade de vida em diferentes populações fez com que a OMS desenvolvesse medidas de avaliação que pudessem servir de parâmetro para diversos países e culturas. Assim, inicialmente foi elaborado o instrumento WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Questionnaire) e em seguida WHOQOL- Bref, WHOQOL-OLD e WHOQOL-HIV/AIDS, WHOQOL-SRPB dos domínios da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, elaborados e validados no Brasil⁹⁻¹¹.

É importante destacar que o comprometimento da qualidade de vida dos trabalhadores de saúde pode influenciar diretamente na prestação de serviços, afetando a dinâmica do atendimento e trazendo prejuízos à assistência dos pacientes.

Apesar da qualidade de vida ter sido amplamente pesquisada, nos últimos anos, especialmente relacionada com doenças crônicas, efeitos de medicamentos e outros tratamentos não medicamentosos, poucos são os estudos voltados para os trabalhadores da área da saúde. Assim, as informações relacionadas à qualidade de vida destes profissionais podem dar sustentação para a implantação de estratégias voltadas para melhorar

as condições de vida e trabalho dessa população e, conseqüentemente, garantir uma melhoria na qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Nesta perspectiva, este artigo tem como objetivo avaliar estudos sobre a qualidade de vida em trabalhadores da área de saúde por meio de uma revisão crítica, baseando-se em experiências de trabalhos já relatados anteriormente na literatura científica.

Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão sistemática de trabalhos científicos que estudaram a qualidade de vida em trabalhadores da área da saúde. A fonte de busca das informações científicas foi a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), por meio da BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), nas bases eletrônicas Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e SciELO (Scientific Electronic Library Online), referente aos anos de 2000 a junho de 2010.

A estratégia de busca utilizada foi: qualidade de vida AND pessoal de saúde, e quality of life AND health personnel. Quanto aos critérios adotados para a inclusão dos artigos neste estudo, foram obedecidos: artigos originais de pesquisa (excluindo-se editoriais e relatos de casos) sobre o tema proposto, que tenham sido publicados nos idiomas inglês e português; e que utilizaram o WHOQOL-Bref como instrumento de avaliação da qualidade de vida dos participantes. Os artigos que não obedeceram a esses critérios foram excluídos.

A partir deste levantamento bibliográfico foi realizado o ordenamento e a análise da bibliografia científica selecionada, de modo a avaliar e discutir os aspectos principais apresentados nos estudos com relação à temática qualidade de vida em trabalhadores de saúde, considerando a distribuição das publicações segundo o autor do estudo, ano de publicação, cidade, estado e país em que foram

realizados as pesquisas, tamanho da amostra, idade e sexo da amostra, profissão da amostra, e os domínios de qualidade de vida do WHOQOL-Bref.

Resultados

Seguindo a estratégia definida, a busca bibliográfica resultou em 3.984 artigos. Os artigos que focavam a qualidade de vida no tratamento de doenças de pacientes, artigos de revisão bibliográfica, artigos envolvendo outras temáticas, e aqueles que não apresentavam todas as dimensões da qualidade de vida abordadas pelo WHOQOL-Bref foram desconsiderados. Após a adoção dos critérios sistemáticos citados, foram incluídos apenas 8 artigos, os quais se adequaram aos critérios propostos para este estudo.

Na análise dos artigos selecionados, observou-se que, em relação ao país onde se desenvolveram os estudos, 7 (87,5%) foram realizados no Brasil e apenas 1 (12,5%) no Chile; sendo Paraná e São Paulo as regiões onde foi realizada a maior quantidade de estudos relacionados à temática (25% cada). No que diz respeito ao tamanho da amostra, os trabalhos de Kluthcovsky et al.¹² e Nunes e Freire¹³ foram os que apresentaram maior quantidade de participantes (169 e 149, respectivamente) (Tabela 1).

Em relação à idade, verificou-se a presença de trabalhadores de saúde na faixa etária dos 18 anos, no estudo de Vasconcellos e Costa-Val¹⁴ com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), até 66 anos, no estudo de Nunes e Freire¹³ com odontólogos. A maior média de idade foi encontrada no estudo de Calumbi et al.¹⁵ envolvendo médicos anesthesiologistas, com 43,2 (+11,1) anos; e a menor média de idade foi encontrada no estudo de Paschoa et al.⁶ envolvendo técnicos e auxiliares de enfermagem, com 30,9 (+8,5) anos. Quanto ao sexo dos trabalhadores de saúde, com exceção do estudo de Barrientos e Suazo¹⁶ que utilizou apenas o sexo feminino em sua amostra, todos os outros estudos evidenciaram uma maior proporção do sexo feminino em relação ao sexo masculino (Tabela 1).

Tabela 1. Características metodológicas dos estudos selecionados sobre qualidade de vida em trabalhadores da área de saúde, 2000 - junho/2010.

AUTOR/ANO	CIDADE/ESTADO/ PAÍS	AMOSTRA	IDADE ¹	SEXO	PROFISSÃO DA AMOSTRA
Nunes e Freire, 2006	Goiânia/Goiás/ Brasil	149	28-66/ 41,3(+8,7)	48 Mas. 101 Fem.	Odontólogos ³
Kluthcovsky et al.,2007	Interior ² /Paraná/ Brasil	169	19-60/ 31,1(+8,8)	18 Mas 151 Fem.	Agentes Comunitários de Saúde
Barrientos e Suazo, 2007	Região do Bío Bío/ Concepción/ Chile	100	Não menc.	100 Fem.	Enfermeiras ⁴
Paschoa et al., 2007	São Paulo/ São Paulo/ Brasil	126	20-56/ 30,9(+8,5)	22 Mas 104 Fem.	TE e AE ⁵
Spiller et al., 2008	Curitiba/ Paraná/ Brasil	109	Não menc.	6 Mas. 103 Fem.	Enfermeiros, Fisioterapeutas e Nutricionistas ⁶
Vasconcellos e Costa-Val.,2008	Lagoa Santa/Minas Gerais/ Brasil	60	18-57/ 33,0 (+11)	2 Mas. 58 Fem.	Agentes Comunitários de Saúde
Santos e Beresin, 2009	São Paulo/ São Paulo/ Brasil	24	22-52/ 34,0	2 Mas. 22 Fem.	Enfermeiros ⁷
Calumbi et al., 2010	Recife/Pernambuco/ Brasil	110	43,2 (+11,1)	34 Mas. 76 Fem.	Médicos ⁸

Mas.=Masculino; Fem.=Feminino; Não Menc.=Não Mencionado; 1-Mínima e máxima, média e desvio-padrão; 2-município do interior do Paraná; 3-cirurgiões-dentistas do quadro permanente da Secretaria Municipal de Saúde; 4-de um hospital público; 5-Técnicos e Auxiliares de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva; 6-de um hospital universitário; 7-do centro cirúrgico de um hospital privado; 8-anestesiologistas.

Dentre as profissões dos trabalhadores da área da saúde, observou-se que os estudos pesquisaram oito categorias profissionais diferentes, sendo cinco de nível superior e três de nível médio. Os profissionais “enfermeiro” e “agente comunitário de saúde” foram as categorias mais prevalentes entre os estudos (37,5% e 25%, respectivamente) (Tabela 1).

A média e o desvio-padrão referentes a cada domínio do WHOQOL-Bref, segundo autor/ano dos estudos selecionados, estão descritos na Tabela 2. Pode-se observar que na avaliação geral de qualidade de vida, ou seja, média dos quatro domínios do WHOQOL-Bref, o estudo de Santos e Beresin¹⁷ envolvendo enfermeiros do centro cirúrgico de um hospital privado, e o estudo de Vasconcellos e Costa-Val¹⁴ com ACS foram os que obtiveram os maiores escores (85,5 e 73,8, respectivamente); enquanto que o estudo de Calumbi et al.¹⁵ com anestesiologistas do sexo feminino, e o estudo de Paschoa et al.⁶, envolvendo técnicos e auxiliares de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva, foram

os que obtiveram os menores escores (65,0 e 57,4, respectivamente).

Verificou-se ainda que dentre os três estudos envolvendo o profissional enfermeiro, a avaliação geral da qualidade de vida obteve maior escore entre os enfermeiros de um hospital privado (85,5), seguido pelo estudo envolvendo enfermeiras de um hospital público (67,6) e pelo estudo com enfermeiros de um hospital universitário (65,2).

Ao analisar os dois estudos envolvendo os ACS, observou-se que o domínio mais comprometido foi o meio ambiente, seguido pelo domínio psicológico.

Pode-se perceber que, tanto no domínio físico quanto no domínio psicológico, os maiores escores foram encontrados no estudo de Vasconcellos e Costa-Val¹⁴ envolvendo os ACS (82,8 e 76,0, respectivamente). Os menores escores desses domínios foram encontrados no estudo de Paschoa et al.⁶, o qual pesquisou técnicos e auxiliares de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (53,1 e 60,8, respectivamente).

No domínio relação social pode-se observar que o maior escore (94,03) foi encontrado no estudo de Santos e Beresin¹⁷ envolvendo enfermeiros do centro cirúrgico de um hospital privado; enquanto que o menor escore (63,71) foi obtido entre os médicos anesthesiologistas do sexo feminino do estudo de Calumbi et al.¹⁵.

No domínio meio ambiente verificou-se que o maior escore (96,73) foi encontrado no estudo de Santos e Beresin¹⁷; enquanto que o menor escore (49,4) foi encontrado entre os técnicos e auxiliares de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do estudo de Paschoa et al.⁶.

Ao analisarmos cada estudo em relação aos domínios, pode-se observar que nos estudos de Nunes e Freire¹³ (odontólogos); Spiller et al.¹⁸ (Fisioterapeutas); Vasconcellos e Costa-Val¹⁴

(ACS); e Calumbi et al.¹⁵ (médicos de ambos os sexos), o domínio físico foi o que apresentou maior escore em relação aos outros domínios. Já nos estudos, Kluthcovsky et al.¹² (ACS); Barrientos e Suazo¹⁶ (enfermeiras); Paschoa et al.⁶ (técnicos e auxiliares de enfermagem); Spiller et al.¹⁸ (nutrição e enfermagem), o domínio relações sociais foi o que apresentou maior escore. No estudo de Santos e Beresin¹⁷ (enfermeiros), o domínio de maior escore foi o meio ambiente.

É importante destacar que o domínio psicológico foi o único que não obteve maior escore dentre os domínios do WHOQOL-Bref nos estudos analisados. Vale ainda ressaltar que em 6 (75%) estudos, o domínio meio ambiente foi o que apresentou os menores escores.

Tabela 2. Escores médios e desvio padrão dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-Bref segundo autor/ano dos estudos selecionados, 2000 – junho/2010.

AUTOR/ANO	CARACTERÍSTICA	DOMÍNIO 1 FÍSICO MÉDIA (dp)	DOMÍNIO 2 PSICOLÓGICO MÉDIA (dp)	DOMÍNIO 3 RELAÇÕES SOCIAIS MÉDIA (dp)	DOMÍNIO 4 MEIO AMBIENTE MÉDIA (dp)
Nunes e Freire, 2006	--	70,3 (14,6)	69,7 (14,2)	69,4 (17,0)	59,4 (13,7)
Kluthcovsky et al., 2007	--	74,2 (13,2)	74,0 (11,4)	75,8 (14,2)	54,1 (12,0)
Barrientos e Suazo, 2007	--	54,56 (12,04)	66,62 (11,78)	77,38 (17,62)	71,93 (12,40)
Paschoa et al., 2007	--	53,1 (11,9)	60,8 (11,9)	66,3 (18,0)	49,4 (14,5)
Spiller et al., 2008	Nutrição	69,05 (17,59)	69,44 (14,11)	75,0 (11,79)	65,63 (13,40)
	Fisioterapia	79,08 (14,95)	70,24 (15,49)	76,79 (19,66)	65,85 (16,37)
	Enfermagem	66,73 (12,25)	65,45 (13,10)	70,41 (17,72)	58,29 (11,44)
Vasconcellos e Costa-Val, 2008	--	82,8 (12,0)	76,0 (12,7)	77,0 (18,0)	59,5 (12,5)
Santos e Beresin, 2009	--	81,10	69,97	94,03	96,73
		(dp não menc)	(dp não menc)	(dp não menc)	(dp não menc)
Calumbi et al., 2010	Mulheres	68,80 (14,49)	66,23 (13,48)	63,71 (19,89)	61,35 (11,39)
	Homens	74,16 (14,37)	72,67 (11,10)	73,04 (16,16)	65,72 (14,42)

dp=desvio-padrão; dp não menc=desvio padrão não mencionado.

Discussão

Os estudos selecionados evidenciaram uma grande variação na faixa etária dos trabalhadores da área de saúde, sendo que a maioria das médias encontrava-se na faixa etária de adultos jovens. Essa faixa etária também foi mais frequente em outros estudos envolvendo trabalhadores da área da saúde¹⁹⁻²².

As faixas etárias mais avançadas, entre os agentes comunitários de saúde, possibilitam conhecer melhor a comunidade, além de favorecer um maior número de amizades e vínculos; no entanto, esses trabalhadores podem ser mais resistentes a novos conceitos voltados à promoção da saúde, já que possuem sua própria concepção a respeito do processo saúde/doença. Ao contrário, os agentes mais jovens podem ter um envolvimento menor com a comunidade por não conhecê-la tão bem; entretanto, podem estar mais abertos às mudanças e aos novos conceitos¹².

Dentre as características dos entrevistados, observou-se uma frequência elevada de trabalhadores do sexo feminino quando comparado ao sexo masculino. Diversos estudos confirmam a tendência cada vez maior do sexo feminino entre os trabalhadores da área de saúde^{7,23,24}. A crescente participação feminina nas profissões de saúde decorre das mudanças nas relações entre mulher e trabalho advindas dos movimentos feministas, levando-as a uma progressiva participação no mercado de trabalho²⁵.

A presença quase absoluta de mulheres entre os ACS pode ser atribuída ao fato das mesmas desempenharem o papel de cuidador na sociedade e também por constituir mais uma oportunidade para que as mulheres ingressem no mercado de trabalho, possibilitando um incremento salarial^{24,26}.

Segundo Nunes e Freire¹³, a acentuada presença feminina pode gerar modificações na profissão dos cirurgiões-dentistas, a exemplo das especializações escolhidas e da quantidade de horas trabalhadas em função da dupla jornada de trabalho.

No presente estudo, ao analisar os domínios do WHOQOL-Bref encontrados na avaliação da qualidade de vida dos trabalhadores de saúde, observou-se que o domínio meio ambiente apresentou os menores escores em 6 estudos, inclusive entre os dois estudos envolvendo os ACS. No entanto, foi o domínio que apresentou maior escore no estudo de Santos e Beresin¹⁷ envolvendo enfermeiros. Esse domínio compreende a satisfação do indivíduo sobre diversos aspectos relacionados ao ambiente que ele vive, como: acesso aos serviços de saúde, meio de transporte, segurança na vida diária, salubridade no ambiente físico, oportunidades de recreação/lazer, disponibilidade de informações e recursos financeiros.

No estudo de Nunes e Freire¹³, na faceta do domínio meio ambiente referente à quantidade de recursos financeiros para satisfazer as necessidades dos cirurgiões-dentistas, pode-se perceber que aproximadamente 30% dos indivíduos a consideraram insuficiente, enquanto que mais de 50% consideraram que é mais ou menos suficiente.

Entre estudos envolvendo os ACS, o baixo escore desse domínio está relacionado à questão da remuneração e ao vínculo empregatício. Os trabalhos mostram que os ACS estão insatisfeitos com o salário que recebem diante do trabalho que é realizado por eles, além das inadequadas condições trabalhistas^{7,12,14,27}.

O domínio meio ambiente, no estudo de Spiller et al.¹⁸, recebeu os piores escores em todas as categorias profissionais; sendo influenciado, principalmente, pelos aspectos de remuneração, condições de trabalho e ambiente harmonioso.

No estudo envolvendo técnicos e auxiliares de enfermagem⁶, as facetas que mais contribuíram para o menor escore nesse domínio foram as oportunidades de lazer, e a baixa quantidade de dinheiro para a satisfação das necessidades.

Dentre os quatro domínios avaliados no estudo de Calumbi et al.¹⁵ envolvendo anesthesiologistas, os piores escores foram registrados no domínio meio

ambiente. Esses trabalhadores enfrentam riscos relacionados com o seu exercício profissional como a contaminação ambiental causada por inalação de agentes anestésicos e desinfetantes usados no centro cirúrgico, a exposição às radiações, além da contaminação por agentes infecciosos, dentre outros fatores²⁸.

De acordo com Santos e Beresin¹⁷, o elevado escore no domínio meio ambiente, encontrado no estudo envolvendo a qualidade de vida dos enfermeiros do centro cirúrgico, pode estar relacionado ao fato do lugar de trabalho ser um hospital privado, que possui uma estrutura qualificada e moderna e que oferece aos seus funcionários vários benefícios, dentre eles plano de saúde, serviço de transporte, cursos de reciclagem e atualização, creche para os filhos dos funcionários e salários equivalentes ou superiores aos do mercado de trabalho.

Em relação ao domínio psicológico, verificou-se que este foi o único que não obteve maior escore dentre os domínios do WHOQOL-Bref nos estudos analisados, sendo seu menor escore encontrado no estudo de Paschoa et al.⁶. Esse domínio está relacionado à percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva, cujas facetas são: sentimentos positivos; memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/ religião/ crenças pessoais.

Paschoa et al.⁶, em estudo envolvendo técnicos e auxiliares de enfermagem, percebeu que uma parcela importante destes profissionais considera não estar aproveitando a vida e que não é rara a presença de sentimentos negativos, o que justificaria o escore relativamente baixo no domínio psicológico.

No estudo de Kluthcovsky et al.¹² com ACS, as facetas que receberam os maiores escores foram espiritualidade, religião e crenças pessoais; enquanto que o menor escore foi a faceta sobre pensar, aprender, capacidade de memória e concentração. Entre os ACS, alguns aspectos

influenciam negativamente o domínio psicológico, dentre eles o fato desses trabalhadores integrarem uma equipe de profissionais com maior nível educacional, hierárquico, salarial, e maior prestígio social, gerando um ambiente propício para a degradação de sua autoestima²⁸.

O baixo escore do domínio psicológico no estudo de Santos e Beresin¹⁷, entre enfermeiros do centro cirúrgico, pode estar relacionado ao sofrimento psíquico que, na maioria das vezes, se deve ao acúmulo de dois ou mais vínculos empregatícios; longas jornadas de trabalho; escala de turnos, mesmo nos finais de semana ou feriados; ritmos acelerados de produção; pressão repressora e autoritária; fragmentação de tarefas; desqualificação do trabalho realizado; e prejuízo na participação de atividades culturais, sociais, entre outras^{25, 29, 30}.

No estudo de Camelo e Angerami³¹ sobre a avaliação do estresse em profissionais do Programa de Saúde da Família, foi destacado que a autoestima de um indivíduo pode ser influenciada por sua satisfação no trabalho. Logo, o estresse ocupacional poderá levar as dificuldades desses profissionais tanto para o seu ambiente familiar quanto para seu ambiente profissional, o que pode traduzir-se em sentimentos de insegurança.

Os domínios físico e relações sociais foram os que apresentaram maiores escores entre os estudos, com exceção do estudo de Santos e Beresin¹⁷. O domínio físico tem relação com algumas necessidades humanas básicas quando relaciona dor física e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade para o trabalho. Já o domínio relações sociais aborda a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida através das seguintes facetas: atividade sexual, suporte (apoio) social, e relações pessoais.

No estudo de Vasconcellos e Costa-Val¹⁴ com ACS, observou-se que a ausência de queixas, pela maioria dos entrevistados, relacionadas à

condição dolorosa que causassem falta de energia ou limitação da mobilidade e que necessitassem de tratamento, sono/ repouso e diminuição da capacidade para o exercício da profissão, contribuiu para o elevado escore no domínio físico.

Em outro estudo com ACS realizado por Kluthcovsky et al.¹² foi observado que o elevado escore encontrado no domínio físico se deu aos elevados escores encontrados nas facetas mobilidade e capacidade para o trabalho, o que pode estar relacionado com a faixa etária predominante de adultos jovens dos pesquisados.

Já o estudo de Barrientos e Suazo¹⁶ apresentou o menor escore no domínio físico. Foi observado que as enfermeiras que se encontravam na faixa etária entre 20 e 30 anos foram as que pior avaliaram este domínio. Segundo os autores, uma das explicações é que estas profissionais se encontram numa etapa de desenvolvimento e crescimento pessoal, de busca de estabilidade laboral, de criação de filhos, de busca e/ou estabilização de parceiro, tendo que em muitas das vezes cumprir uma dupla ou tripla jornada de trabalho, gerando assim um excesso de trabalho, cansaço, falta de sono, e até dores osteomusculares.

No estudo de Paschoa et al.⁶, onde foi encontrado o menor escore para esse domínio dentre os estudos analisados, pode-se ressaltar que a insatisfação com o sono por grande parte dos participantes pode ter influenciado no valor médio do escore, uma vez que um terço dos técnicos e auxiliares de enfermagem trabalham no período noturno e alguns em até dois períodos consecutivos, visto que essa condição pode deixar o indivíduo sonolento, afetando o nível de energia, a capacidade para o trabalho e para as atividades cotidianas.

Em relação ao domínio relações sociais, no estudo de Barrientos e Suazo¹⁶, os quais avaliaram a qualidade de vida de enfermeiras de um hospital público no Chile, esse foi o domínio que obteve maior escore. Segundo os autores, ao compartilhar a dor, os êxitos e fracassos com os companheiros de trabalho, esses profissionais acabam reforçando os laços de amizade que se traduzem posteriormente

em redes de apoio social, os quais promovem o fortalecimento das relações interpessoais e da própria interioridade.

Outro estudo onde foi encontrado o maior escore no domínio relações sociais foi o de Kluthcovsky et al.¹², sendo a faceta relacionada às relações pessoais a que recebeu maior escore, seguida da faceta atividade sexual. Segundo os autores, o ACS é um profissional que reside na própria comunidade onde trabalha e desenvolve seu trabalho diretamente com a comunidade, permitindo, dessa forma, um maior relacionamento com as pessoas, além do relacionamento com a equipe de saúde.

Conclusão

A partir deste estudo, pode-se concluir que, em meio à vasta produção científica sobre a qualidade de vida, ainda são poucos os estudos voltados para os trabalhadores da área da saúde.

O instrumento WHOQOL-Bref utilizado na avaliação da qualidade de vida, a partir dos Domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, possibilita conhecer os aspectos que mais comprometem a vida das pessoas ou grupos específicos. Neste sentido, o amplo conceito de qualidade de vida e suas variáveis possibilitaram elencar e discutir alguns fatores que interferem na qualidade de vida dos trabalhadores da área da saúde, e que podem comprometer o atendimento prestado aos usuários dos serviços. Dentre os fatores valem ser ressaltados o excesso de trabalho, os altos esforços, o estresse decorrente do ambiente de trabalho e das atividades profissionais, a insegurança no trabalho, as inadequadas condições de trabalho, e a insatisfação com os recursos financeiros.

É importante destacar que não se pode responsabilizar apenas o local (instituição) de trabalho desses profissionais pelos comprometimentos encontrados, já que a qualidade de vida engloba vários aspectos que vão além do trabalho. O conhecimento dos aspectos comprometidos

aponta para a necessidade de reflexão e atitudes que possam influenciar positivamente na saúde e qualidade de vida desses profissionais, ajudando-os não somente a sobreviver, e sim a viver com mais qualidade; além de contribuir para implementação de programas voltados para a melhoria das condições de vida e trabalho dos mesmos, o que pode favorecer a instituição e a população por eles assistida, na medida em que esses profissionais possam melhorar sua produtividade e qualidade da assistência.

Referências Bibliográficas

1. Neves SF. Trabalho docente e qualidade de vida na rede pública de ensino de Pelotas [dissertação]. Pelotas (RS): Universidade Católica de Pelotas; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF, 2001. 580 p.
3. Assunção AA. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8(4):1005-1018.
4. Guimarães LAM, Grubits S. *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
5. Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(1):81-91.
6. Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(3):305-10.
7. Gessner CLS. Qualidade de vida das equipes de saúde da família do município de Timbó-SC [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade Vale do Itajaí; 2006.
8. Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 1995;41:1403-9.
9. Bertan FC, Castro EK. Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. *Psico* 2009; 40(3):366-372.
10. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(1):19-28.
11. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):178-183.
12. Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM, Santos CB, Kluthcovsky FA. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Rev Psiquiatr RS* 2007; 29(2):176-183.
13. Nunes MF, Freire MCM. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(6):1019-26.
14. Vasconcellos NPC, Costa-Val R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa-MG. *Rev. APS* 2008; 11(1):17-28.
15. Calumbi RA, Amorim JA, Maciel CMC, Filho OD, Teles AJF. Avaliação da qualidade de vida dos anesthesiologistas da cidade do Recife. *Rev Bras Anesthesiol* 2010; 60(1):42-51.
16. Barrientos LA, Suazo SV. Fatores associados a qualidade de vida de enfermeiras hospitalares chilenas. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007; 15(3):480-486.
17. Santos RMA, Beresin R. A qualidade de vida dos enfermeiros do centro cirúrgico. *Einstein* 2009; 7(2): 152-8.
18. Spiller APM, Dyniewicz AM, Slomp MGFS. Qualidade de vida de profissionais de saúde em hospital universitário. *Cogitare Enferm* 2008; 13(1): 88-95.

19. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10(2):347-55.
20. Fogaça MC, Carvalho WB, Nogueira PCK, Martins LAN. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Rev Bras Ter Intensiva* 2009; 21(3):299-305.
21. Martins MM. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
22. Talhaferro B, Barboza DB, Domingos NAM. Qualidade de vida da equipe de enfermagem da central de materiais e esterilização. *Rev Ciênc Méd* 2006; 15(6):495-506.
23. Pereira MF, Botelho TL. Perfil do cirurgião-dentista no estado de Goiás. *Rev Fac Odontol UFG* 1997;1:37-40.
24. Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Filho MB. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(5):809-15.
25. Spindola T, Santos RS. Mulher e trabalho – a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm* 2003;11(5):593-600.
26. Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador “sui generis”: o agente comunitário de saúde. IPEA. Texto para discussão nº 735. Rio de Janeiro, 2000.
27. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2001;35(3):303- 11.
28. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública* 2002;18(6):1639-46.
29. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
30. Marziale MHP, Rozestraten RJA. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm* 1995;3(1):59-78.
31. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004;12(1):14-21.