

Qualidade de vida de profissionais da saúde pública

Juliana Prestes Ferigollo, Elenir Fedosse, Valdete Alves Valentins dos Santos Filha

Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

Resumo: Introdução: O termo ‘qualidade de vida’ tem ganhado destaque nos últimos anos, sendo objeto de várias pesquisas. Porém, ainda existem poucos estudos que buscam identificar a qualidade de vida de profissionais da saúde pública. Objetivo: Este estudo tem como objetivo identificar a qualidade de vida dos profissionais do serviço público de saúde de um município de pequeno porte (3.401 habitantes), do interior do Rio Grande do Sul. Método: Trata-se de um estudo descritivo transversal, realizado em maio de 2015, tendo como população-alvo os 27 profissionais que atuam diretamente na saúde pública do município. Os dados foram coletados por meio do instrumento *WHOQOL-Bref* da Organização Mundial da Saúde. A análise estatística dos dados foi realizada por meio do cálculo dos escores e estatística descritiva do instrumento *WHOQOL-Bref*, usando o *Microsoft Excel* e o *Software Statistica 9.1*. Resultados: A taxa de resposta foi de 22 servidores (81,48%). A média da qualidade de vida dos profissionais foi de 76,03, sendo o domínio físico o escore mais alto (80,17) e o psicológico (73,48), seguido do meio ambiente (73,58), os mais baixos. Conclusão: O instrumento *WHOQOL-Bref* é de fácil aplicação e eficiente para indicar/acompanhar a qualidade de vida de profissionais da saúde; os níveis de qualidade de vida dos servidores públicos do município são satisfatórios; o domínio ambiental foi o mais prejudicado (pode ser investigado com maior profundidade por meio do *WHOQOL-100* – conforme recomendação do grupo responsável pela elaboração e descrição deste instrumento de qualidade de vida).

Palavras-chave: *Qualidade de Vida, Profissional da Saúde, Saúde Pública.*

Professional quality of life of public health

Abstract: Introduction: The term quality of life has gained prominence in recent years and been the subject of several studies. However, there are still few studies that seek to identify the quality of life of public health professionals. Objective: This study aims to identify the quality of life of those working in public health service of a small city (3,401 habitants) in the interior of Rio Grande do Sul. Method: This is a cross-sectional descriptive study, conducted in May 2015, targeting the 27 city professionals who work directly in public health. Data were collected through the *WHOQOL-Bref* instrument of the World Health Organization. The statistical analysis was performed by calculating scores and descriptive statistics of the *WHOQOL-Bref* instrument, using *Microsoft Excel* and *Software Statistica 9.1*. Results: The response rate was 22 servers (81.48%). The average professional quality of life was 76.03, being physical domain with the highest score (80.17) and psychological (73.48), followed by the environment (73.58) with lower score. Conclusion: The *WHOQOL-Bref* instrument is easy to use and efficient to indicate/monitor the quality of life of health professionals; levels of quality of life of the municipality public servants are satisfactory; the environmental area was the most affected (can be investigated in greater depth through the *WHOQOL-100* - as recommendation of the group responsible for the preparation and description of quality of life instrument).

Keywords: *Quality of Life, Health Personnel, Public Health.*

1 Introdução

Indiscutivelmente, o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou de enfermidade (ORGANIZACIÓN..., 2014), mantém-se atualizado e é o objetivo a ser alcançado por todos os trabalhadores, especialmente aqueles que se relacionam diretamente com os usuários do setor Saúde – a quem, naturalmente, é atribuída tal responsabilidade social.

No Brasil, a saúde é um direito fundamental e o Estado é o responsável por sua garantia por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual dispõe de objetivos e atribuições, diretrizes e princípios reguladores, nos diferentes níveis de Atenção à Saúde – Primária, Secundária e Terciária (BRASIL, 1990). Desde a Lei 8.080/90, o cuidado primário à saúde é responsabilidade dos municípios, enquanto o secundário e terciário podem ser garantidos por meio de consórcios e convênios ou contratos com serviços privados, como acontece no município pesquisado neste estudo.

1.1 Saúde do trabalhador e da trabalhadora

Um dos campos de atuação do SUS é o da Saúde do Trabalhador, o qual, por meio da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012b), pressupõe que seja promovida a saúde por meio de ambientes e processos de trabalho saudáveis. Ainda, traz como finalidade a

[...] atenção integral à saúde do trabalhador com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores, e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012b, p. 1).

Ressalta-se que a qualidade de vida dos trabalhadores está assegurada na Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2011). O fortalecimento e a articulação das ações de vigilância em saúde, a identificação dos fatores de risco ambiental e a realização de intervenções nos ambientes, nos processos de trabalho e no entorno de onde se pratica a atividade laboral são pressupostos para se alcançar a qualidade de vida dos trabalhadores e da população em geral. De acordo com o decreto nº 7.602 de 07 de novembro de 2011, a PNSST tem como objetivo a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, além da redução dos riscos ocupacionais e acidentes ocasionados pelo

trabalho (BRASIL, 2011). Por isso, convém que o trabalho seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e da realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejudicar a sua saúde, a sua integridade física e mental.

A saúde dos trabalhadores de saúde tem sido uma preocupação frequente de pesquisadores dedicados às condições de vida e trabalho, especialmente em relação aos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB). Um exemplo disso são os estudos de Fernandes et al. (2010, 2012), em que os autores pesquisam a qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família e percebem que, apesar de apresentarem escores de qualidade de vida satisfatórios, existem fatores determinantes que interferem no estado de saúde desses profissionais, como, por exemplos: o nível de independência, o tipo de vínculo empregatício, a carga horária de trabalho e a satisfação com o trabalho.

1.2 Equipes de saúde pública

Nota-se uma grande responsabilidade sendo atribuída aos profissionais da Atenção Básica (AB), sejam os trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS), das Estratégias de Saúde da Família (ESFs), que contam com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dos tradicionais servidores (enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, etc) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais são compostos por especialidades, como Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, entre outras. Atualmente, existem três modalidades de NASF, as quais variam pelo número de equipes de ESF vinculadas, pela carga horária dos profissionais da equipe e pelo tipo de população atendida. São essas: NASF 1- vinculado a 5 a 9 ESFs ou AB, com no mínimo 200 horas semanais, sendo que cada ocupação deve ter, no mínimo, 20 e, no máximo, 80 horas; NASF 2- vinculado a 3 a 4 ESFs ou AB, com no mínimo 120 horas semanais, sendo que cada ocupação deve ter, no mínimo, 20 e, no máximo, 40 horas; NASF 3- vinculado a uma ou duas ESFs ou AB, com no mínimo 80 horas semanais, sendo que cada ocupação deve ter, no mínimo, 20 e, no máximo, 40 horas (BRASIL, 2012c).

Os profissionais das ESFs são responsáveis por desenvolver um trabalho de qualidade e por estimularem a comunidade a buscar melhores condições de saúde. Isso faz com que se envolvam com a população em diversas condições biopsicossociais, econômicas, culturais e espirituais; e, para que isso se concretize, é necessário que o profissional possua qualidade de vida, “já que os fatores que nela interferem podem

comprometer sobremaneira a qualidade do cuidado prestado” (FERNANDES et al., 2010, p. 435).

As equipes de NASF são constituídas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e atuam juntamente com as equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde desenvolvidas por essas. Os NASF, por sua vez, atuam segundo diretrizes definidas pela APS/AB, como, por exemplo:

[...] ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010, p. 7).

1.3 Qualidade de vida

Nos últimos anos, o termo ‘qualidade de vida’ tem estado em evidência e existem vários autores que buscam conceituá-lo. Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 8) considera a qualidade de vida como o “grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”. Já para o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é

a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL..., 1995, p. 1405).

A definição proposta pelo Grupo WHOQOL não coloca em questão a natureza objetiva do meio ambiente, estado funcional ou psicológico, ou ainda como o profissional de saúde irá avaliar esses aspectos, mas sim propõe uma avaliação subjetiva, em que é a percepção do próprio respondente que estará sendo avaliada (FLECK, 2000).

O tema ‘qualidade de vida’ tem sido objeto de estudo de vários pesquisadores que, na maioria das vezes, utilizam populações que possuem uma doença específica como amostra. Como exemplo, podemos citar o estudo de Cardoso et al. (2011), no qual eles avaliaram a qualidade de vida, força e capacidade funcional de mulheres com fibromialgia. Também se destacam o de Takemoto et al. (2011) e Grasselli et al. (2012), que avaliaram a qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise, e o de Silveira et al. (2012), em que foi avaliada a qualidade de vida de pacientes oncológicos. Entretanto, são escassos os estudos voltados para equipes de saúde,

especialmente as de ESF, NASF e de AB, justificando a realização do presente estudo.

Pelo exposto anteriormente, este estudo buscou identificar como se encontra a qualidade de vida da totalidade dos profissionais que prestam cuidado aos usuários da saúde pública de um município de pequeno porte do interior gaúcho.

1.4 O município estudado

O município possui área total de 114,346 km², população de 3.401 habitantes (INSTITUTO..., 2014) e está dividido em oito microrregiões/comunidades, sendo quatro rurais e quatro bairros na zona urbana.

Atualmente, conta com duas equipes de ESF (uma rural e outra urbana) e um NASF 3, que cobre as necessidades dessas equipes, com o objetivo de colocar em prática os princípios e diretrizes preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a). As equipes de ESF rural e urbana contam, cada uma, com três profissionais de nível superior (um médico generalista, um enfermeiro e um dentista), dois técnicos em saúde (um técnico de enfermagem e um auxiliar de consultório dentário) e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe do NASF conta com quatro profissionais de nível superior (uma assistente social, uma psicóloga, uma nutricionista e uma terapeuta ocupacional), totalizando 80 horas semanais.

Além desses serviços de AB, o setor público de saúde do município dispõe de uma unidade de saúde, localizada no centro da cidade, que conta com quatro profissionais de nível superior (um farmacêutico, um enfermeiro, um dentista e um médico generalista) e um auxiliar de farmácia.

Completando o quadro dos servidores de saúde, há duas recepcionistas na unidade de saúde central, dois motoristas de ambulância e dois motoristas de carro, que transportam os usuários para os serviços conveniados e consorciados, assim como transportam os profissionais das equipes de saúde para visitas e atendimentos domiciliares.

2 Método

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal realizado em um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul (RS).

2.1 Participantes da pesquisa

O estudo envolveu o quadro de profissionais que prestam cuidados específicos de saúde aos usuários,

totalizando 27 trabalhadores. Foram excluídos da pesquisa os profissionais em férias ou afastados (licenças médica, maternidade, prêmio e por interesse particular) e aqueles que não concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), alcançando a adesão de 22 profissionais (81,48% do quadro de funcionários ativos).

2.2 Coleta dos dados

A coleta foi realizada no mês de maio de 2015, por meio da aplicação do questionário de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, na sua versão abreviada, *WHOQOL-Bref* (FLECK et al., 2000). A aplicação do instrumento ocorreu durante o horário de trabalho dos participantes e uma das pesquisadoras acompanhou o processo para o esclarecimento de eventuais dúvidas. O instrumento conta com 26 questões distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, além de duas questões gerais que se referem à autopercepção da qualidade de vida e à satisfação com a saúde. Todas as questões foram consideradas na análise dos dados (FLECK et al., 2000).

No domínio físico, foram avaliados dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamentos, e a capacidade de trabalho. No domínio psicológico, foram analisados sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais. No domínio referente às relações sociais, foi abordada a satisfação referente a amigos, parentes, conhecidos e colegas, assim como o suporte social e a atividade sexual; no último domínio, referente ao meio ambiente, foi avaliada a segurança física e a proteção, o ambiente no domicílio, os recursos financeiros, a disponibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde, as oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, a participação e oportunidades de lazer, e o transporte (WORLD..., 2012).

2.3 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio do cálculo dos escores e da estatística descritiva do instrumento *Whoqol-bref*, usando o *Microsoft Excel* (PEDROSO et al., 2010) e o *Software Statistica 9.1*.

2.4 Procedimentos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, sob o protocolo número 996.670, 14/abr./2015, conforme a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa com seres humanos. Ressalta-se que a coleta ocorreu após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos trabalhadores participantes.

3 Resultados

Conforme descrito, fizeram parte da presente pesquisa, 22 profissionais dos 27 trabalhadores de saúde do município. Predominou o sexo feminino (95,45%); a idade variou de 22 a 62 anos (em média, os participantes tinham 36,13 anos, sendo que 50% deles tinham 32,5 anos ou mais e 50% tinham 32,5 anos ou menos); a idade mais frequente foi 42 anos, se repetindo três vezes; o desvio padrão foi de 9,97. O tempo de serviço dos profissionais pesquisados no local apresentou uma média de 3,17 anos, sendo que o profissional com menos tempo de serviço trabalhava havia quatro meses e o com mais tempo de serviço trabalhava havia 15 anos, no local (desvio padrão de 3,59). Para maior compreensão da população envolvida neste estudo, apresenta-se, na Tabela 1, o detalhamento dos resultados acima obtidos, com identificação da profissão dos participantes, dos seus locais e do tempo de serviço no local.

Na Tabela 2, encontra-se a análise descritiva dos escores alcançados por todos os trabalhadores, em cada domínio do questionário de qualidade de vida.

A média geral do escore da qualidade de vida dos profissionais resultou em 76,03, constatando-se 80,17 no domínio físico, 73,48 no psicológico, 76,9 nas relações sociais e 73,58 no meio ambiente. O menor escore da qualidade de vida foi 59,9% e o maior, 93,3% (desvio padrão = 10,02).

Na Tabela 3 podemos observar os escores de qualidade de vida, por equipe, com média, mediana, mínimo, máximo e desvio padrão. Na ESF urbana, a média geral do escore 'qualidade de vida' foi de 85,6 (desvio padrão = 5,54), sendo o domínio 'meio ambiente', o mais baixo (83,22), e as 'relações sociais', o mais alto (87,5). Na ESF rural, os profissionais apresentaram uma média igual a 74,82 (desvio padrão = 8,22), com o domínio 'meio ambiente' mais baixo (68,76) e o 'físico' mais alto (81,42).

Os profissionais da equipe do NASF apresentaram média geral de 69,15 (desvio padrão = 6,75), sendo o domínio 'psicológico', o mais comprometido (65,6), e o 'físico', o menos comprometido (75,85).

Tabela 1. Distribuição por profissão, sexo, faixa etária, local e tempo de trabalho dos participantes da pesquisa.

Profissional	Sexo	Idade	Equipe de saúde	Tempo de serviço
Dentista	M	52 anos	ESF urbana	10 anos
Médico	F	29 anos	ESF urbana	6 meses
Técnica de Enfermagem	F	41 anos	ESF urbana	2 anos
Enfermeira	F	42 anos	ESF urbana	15 anos
ACS urbana 1	F	62 anos	ESF urbana	8 anos
ACS urbana 2	F	22 anos	ESF urbana	2 anos
ACS urbana 3	F	30 anos	ESF urbana	2 anos
ACS urbana 4	F	47 anos	ESF urbana	2 anos
Dentista	F	30 anos	ESF rural	4 anos
Enfermeira	F	28 anos	ESF rural	5 anos
Técnica de Enfermagem	F	42 anos	ESF rural	2 anos
ACS rural 1	F	38 anos	ESF rural	4 anos
ACS rural 2	F	47 anos	ESF rural	2 anos
Assistente Social	F	32 anos	NASF	1 ano
Nutricionista	F	42 anos	NASF	1 ano
Psicóloga	F	31 anos	NASF	1 ano
Terapeuta Ocupacional	F	24 anos	NASF	1 ano
Farmacêutica	F	28 anos	Unidade de Saúde central	4 meses
Enfermeira	F	38 anos	Unidade de Saúde Central	1 ano
Auxiliar de Farmácia	F	32 anos	Unidade de Saúde Central	1 ano
Agente de endemias	F	33 anos	Unidade de Saúde Central	4 anos
Técnica de Enfermagem	F	25 anos	Unidade de saúde Central	1 ano

F = feminino; M = masculino.

Tabela 2. Análise descritiva dos escores alcançados em cada domínio por todos os profissionais participantes do estudo.

Domínio	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Desvio Padrão
Físico	80,17	82,1	57,1	100	71,4	85,7	10,61
Psicológico	73,48	75	50	95,8	62,5	79,2	12,96
Relações Sociais	76,9	75	50	100	66,7	91,7	15,20
Meio Ambiente	73,58	71,9	53,1	100	65,6	81,3	11,28
Qualidade de Vida	76,03	76,65	59,9	93,3	68,5	85	10,02

Na unidade de saúde central, os profissionais atingiram a média de 67,22 (desvio padrão = 6,88), sendo que o domínio 'relações sociais' foi o menor (63,34) e o 'físico', o maior (73,56) (Tabela 2).

Foi possível observar, quando analisados os escores de cada classe profissional isoladamente, que os ACSs foram os que apresentaram o maior escore referente à qualidade de vida (85,6). Outro aspecto importante diz respeito aos escores baixos,

que podem ser observados nos domínios psicológico e ambiental – 31% dos profissionais apresentaram baixo escore no domínio psicológico (o menor escore foi 50, do profissional de enfermagem da ESF rural) e 31% dos profissionais apresentaram baixo escore no domínio meio ambiente (o menor escore foi 53,1, do profissional de técnico em enfermagem da unidade de saúde central); em contrapartida, os domínios físico e social: 36,3% apresentaram alto escore no

Tabela 3. Distribuição das medidas descritivas dos escores de qualidade de vida por equipes e por domínio.

DOMÍNIO	Nº de respondentes	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
ESF URBANA						
Físico	8	85,7	85,7	71,4	100	9,15
Psicológico	8	85,95	83,35	79,2	95,8	7,6
Relações sociais	8	87,5	91,7	66,7	100	11,78
Meio ambiente	8	83,22	82,85	68,8	100	9,99
Qualidade de vida	8	85,6	85,95	78,2	93,3	5,54
ESF RURAL						
Físico	5	81,42	82,1	71,4	89,3	6,87
Psicológico	5	69,18	75	50	79,2	11,64
Relações sociais	5	80	75	66,7	100	15,13
Meio ambiente	5	68,76	68,8	62,5	75	4,94
Qualidade de vida	5	74,82	74,9	62,6	85	8,22
NASF						
Físico	4	75,85	78,55	64,2	82,1	8,45
Psicológico	4	65,6	66,65	54,1	75	10,98
Relações sociais	4	68,72	66,65	58,3	83,3	12,5
Meio ambiente	4	66,37	65,6	59,3	75	6,47
Qualidade de vida	4	69,15	67,15	63,5	78,8	6,75
UNIDADE DE SAÚDE CENTRAL						
Físico	5	73,56	71,4	57,1	96,4	14,41
Psicológico	5	64,16	62,5	54,2	70,8	6,94
Relações sociais	5	63,34	66,7	50	75	9,51
Meio ambiente	5	68,76	68,8	53,1	84,4	11,91
Qualidade de vida	5	67,22	70,3	59,9	75,1	6,88

domínio físico (o maior escore foi 100, do profissional ACS da ESF urbana) e 40,9%, no domínio social (o maior escore foi 100, dos profissionais de técnico em enfermagem e médica da ESF urbana).

4 Discussão

Este estudo revelou a prevalência de mulheres atuando no serviço municipal de saúde; apenas um homem, do total de três homens que trabalham nas equipes pesquisadas, participou. Esse aspecto foi compatível com outro estudo, ainda na década de 1980, o qual indicou que, na área da saúde, existia uma tendência à feminização, pela expansão e elevação dos níveis de escolaridade e de instrução das mulheres, além da redução da taxa de fecundidade (BRUSCHINI, 1985). Além disso, as mudanças econômicas no Brasil propiciaram um mercado de trabalho aberto para a mulher, principalmente no setor terciário da economia. Portanto, este estudo corrobora com outros que evidenciaram a inserção da mulher nos serviços de saúde e em outras instâncias e setores (PINTO et al., 2010; COSTA; DURÃES; ABREU, 2010; COSTA et al., 2013).

Quanto à faixa etária, a média da idade dos participantes deste estudo foi de 36,13 anos – adultos jovens – realidade semelhante à de outros estudos realizados com profissionais de saúde, os quais também mostraram a prevalência de adultos jovens atuantes nesses serviços (ZANETTI et al., 2010; FERREIRA et al., 2010; LINO et al., 2012). Neste estudo, apenas três profissionais possuem mais de 45 anos. Constatou-se idade inferior a 30 anos nas profissões de Enfermagem (nível superior e médio), Medicina, Terapia Ocupacional, Farmácia e ACS. Entre 30 e 60 anos, ficaram os profissionais de Enfermagem, Dentistas, ACS, Nutricionista, Psicóloga e Assistente social. O profissional com menor idade corresponde a um ACS (22 anos) e o com mais idade também corresponde a um ACS (62 anos).

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, no início do século 21, avaliando a implementação dos Programas de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos, apresentou como resultado a existência de equipes bastante jovens. O estudo ressaltou que as equipes mais jovens possuem menor escolaridade, ou seja, a maioria dos profissionais não possui especialização ou experiência de trabalho (BRASIL,

2002). No caso do presente estudo, pode-se assegurar que o ACS mais velho tem Ensino Médio completo e o mais novo tem Ensino Superior incompleto; na equipe do NASF, duas das quatro profissionais possuem especialização, uma em Saúde Pública e outra em Saúde Coletiva; quanto aos profissionais da ESF urbana, todos que participaram do estudo possuem Ensino Superior completo (nenhum profissional possui pós-graduação), exceto a técnica de enfermagem e os ACSs, que atuam juntamente com essa equipe, o que acontece da mesma forma na ESF rural, em que apenas a enfermeira possui especialização; e, na Unidade de Saúde central, apenas a farmacêutica e a enfermeira, dos trabalhadores que participaram da pesquisa, possuem Ensino Superior completo. A característica de formação desses profissionais corrobora o que foi encontrado na pesquisa apontada anteriormente, mostrando que são poucos os profissionais que possuem experiência de trabalho ou especialização. Lino et al. (2012) concluíram, em seu estudo, que os profissionais da AB acabam possuindo facilidade nas tarefas básicas de suas áreas, porém eles ainda encontram dificuldades em atuar no formato de ESF. Tal fato ressalta a necessidade de capacitações e de cursos de reciclagem através da Educação permanente, visando a desenvolver nestes profissionais habilidades condizentes com as necessidades da comunidade cuidada pela ESF.

Referente à avaliação da qualidade de vida, foi possível observar que as equipes que revelaram os menores escores de qualidade de vida foram as da Unidade de Saúde Central e do NASF, sendo que o NASF apresentou o menor escore referente ao domínio psicológico (65,6) e a Unidade de Saúde Central obteve o menor escore referente ao domínio relações sociais (63,34) e ao domínio psicológico (64,16).

Convém considerar, apoiadas em Trindade e Pires (2013), que o trabalho realizado pelos profissionais da Unidade Central, muitas vezes, é desgastante, tendo em vista que todos os profissionais pesquisados trabalham 40 horas/semana em contato direto com os usuários do serviço, realizando triagem, acolhimento e consultas. Tais profissionais vivenciam, diariamente, a responsabilidade de responderem à busca por assistência de saúde incompatível com o número de profissionais, a estrutura, os equipamentos e os recursos disponíveis nas UBS. A demanda excessiva de trabalho acaba acarretando dificuldades no âmbito ocupacional. Neste sentido, pode-se compreender o porquê dos escores referentes ao domínio relações sociais e ao domínio psicológico se apresentarem baixos neste local de trabalho. Referindo-se às relações

sociais, o baixo escore se justifica devido ao tempo excessivo dedicado ao trabalho, o que prejudica a vida pessoal dos trabalhadores bem como diminui o tempo disponível para passar com os filhos e a família, além da baixa remuneração e da precariedade do emprego (MEDEIROS et al., 2006). Ainda, outro fator que interfere tanto nas relações sociais quanto no domínio psicológico é a ansiedade causada pelos apontamentos acima e pelas relações interpessoais que permeiam o trabalho diariamente, além do contato direto desses profissionais com o sofrimento humano dos usuários do sistema, que chegam ao serviço (BARROS et al., 2003). Medeiros et al. (2006, p. 239) ainda nos mostram que as condições de trabalho, muitas vezes precárias, são consideradas um agente desencadeador do sofrimento no trabalho, pois o

trabalhador se vê impotente em relação a qualidade da assistência ao cliente gerando insatisfação no trabalho e ainda um rompimento no seu processo de trabalho.

Além disso, trazem que a vida privada também é afetada, especialmente pelo sentimento de culpa que os profissionais acabam adquirindo por passar pouco tempo com a família e dedicarem-se pouco a ela.

No que se refere à equipe de NASF, levando-se em consideração as atribuições desta equipe, pode-se dizer que esses profissionais precisam ter amplos conhecimentos para atuarem como apoiadores das ESF, além de serem itinerantes. Agravando esta situação, há o fato de os profissionais apresentarem, eventualmente, dificuldades no processo de trabalho, principalmente no que tange à formação dos mesmos, que, muitas vezes, não atende às necessidades do SUS e, especialmente, às da AB. No processo de trabalho, vê-se a necessidade de atuar com conhecimento sobre vínculo, acolhimento, escuta qualificada e trabalho em equipe – fundamentais para o trabalho no NASF; note-se que, às vezes, esses aspectos não foram discutidos, minimamente, durante a graduação e/ou na admissão do profissional na equipe, tornando-se um fator estressor (NASCIMENTO; OLIVEIRA et al., 2010), ao lado da demanda excessiva e variada de trabalho. Nascimento e Oliveira (2010) apontam que existe um distanciamento entre a formação e a realidade dos serviços, e que é necessário diálogo e aproximação entre essas duas instâncias, para que um novo modo de trabalho em saúde se concretize.

O trabalho realizado na equipe do NASF acaba, então, se tornando bastante complexo, devido aos vários fatores que intervêm no processo de trabalho. Muitas vezes, as responsabilidades atribuídas a essa equipe ultrapassam as atribuições do cargo e os profissionais prestam serviços para além do apoio às

ESF. O NASF abre a possibilidade de as especialidades integrarem a AB e, apesar da atribuição ser de apoio, muitas vezes, a demanda exacerbada, devido à falta de outros profissionais, acarreta a necessidade de esses atuarem clinicamente, realizando atendimentos individualizados e resultando em uma lista de espera para atendimento, a qual seria de responsabilidade do setor secundário ou terciário de saúde. O excesso de demanda e a precarização de recursos acabam fazendo com que os profissionais do NASF se sintam pressionados a desenvolver ações ambulatoriais e especializadas, tendo em vista que deveriam, na verdade, dedicar a maior parte do seu tempo com reuniões, consultas, atendimentos domiciliares e grupos compartilhados com as Equipes de ESF (LANCMAN; BARROS, 2011). Isso acaba sendo um aspecto estressor e desencadeador da demanda excessiva de trabalho, o que acaba influenciando diretamente na qualidade de vida dos profissionais que buscam atender às necessidades do serviço, mas que nem sempre conseguem atingir seus objetivos.

Os profissionais que obtiveram o maior escore de qualidade de vida foram os ACS, sendo que o domínio ambiental foi o com menor escore. Este domínio inclui as oportunidades de adquirir novas informações e habilidades. A respeito disso, há um estudo que afirma que os ACS estão alocados em um espaço em que existem incertezas quanto a competências, habilidades e saberes, sendo que, muitas vezes, eles não estão capacitados para atenderem às demandas (GALAVOTE et al., 2011). Além disso, este domínio compreende segurança física e proteção, qualidade dos cuidados de saúde e sociais, e as oportunidades de ambiente físico. O estudo de Santos e David (2011) revela que é comum o fato de os ACS utilizarem estratégias de negação dos riscos, sinais, sintomas e sentimentos de desgaste percebidos no trabalho, buscando, inconscientemente, minimizá-los. Segundo o referido estudo, são identificados danos à saúde decorrentes de situações de trabalho e da incapacidade/ dificuldade de implementação de estratégias de controle eficazes, fazendo com que as demandas corpóreas para a manutenção do equilíbrio sejam insuficientes, devido ao constante ataque dos fatores de estresse nesse ambiente. Ainda, percebemos que existem outros fatores influenciando a qualidade de vida desses profissionais, como nos mostram Santos e David (2011), ao apontarem o baixo reconhecimento do trabalho dos ACS, além da intensidade e do ritmo acelerado, devidos ao excesso de tarefas, a burocracia acarretada pela necessidade de valores estatísticos, a insegurança e a periculosidade, a sobrecarga psíquica e as queixas físicas como as principais condições de estresse percebidas no estudo

desenvolvido com esses profissionais. Isso, segundo os autores, nos mostra que:

[...] a prática estende-se para além dos conceitos normatizados contidos nas portarias e outros instrumentos que regulamentam o trabalho dos ACS. O trabalho real representa um universo mais complexo e rico do que o trabalho prescrito, que, neste estudo, apresentou-se como fonte geradora de tensão, adoecimento e mal-estar, expresso nas vocalizações de queixas (SANTOS; DAVID, 2011, p. 56).

No âmbito geral, os escores de todos os profissionais foram menores no domínio do meio ambiente, quando comparados aos demais domínios; tal resultado corrobora os achados em outros estudos, como o de Saupe et al. (2004), Nunes e Freire et al. (2006), Souza e Stancato (2010), Rios et al. (2010) e Mascarenhas, Prado e Fernandes (2012), que também utilizaram o *WHOQOL-Bref* para avaliar a qualidade de vida de profissionais da área da saúde.

Saupe et al. (2004) trazem, em seu estudo, que esse resultado possa se dar devido à insegurança e às incertezas que a sociedade brasileira vive atualmente. O que ele busca mostrar é que aspectos como segurança, recursos financeiros, oportunidades, desgaste físico e pouco reconhecimento no trabalho acabam interferindo na qualidade de vida desses profissionais. Da mesma forma, Mascarenhas, Prado e Fernandes (2012), em seu estudo com agentes comunitários de saúde com dor musculoesquelética, atribuíram o baixo escore no domínio meio ambiente, apontando como desencadeador o deslocamento realizado pelos ACS para fazer as visitas domiciliares, o que acarreta um desgaste físico significativo. No estudo de Nunes e Freire et al. (2006), o aspecto encontrado para esse resultado diz respeito à insatisfação salarial; e, por fim, Rios et al. (2010) relacionam o baixo escore no domínio ambiente de trabalho ao trabalho desgastante, à submissão hierárquica e ainda ao envolvimento com as fragilidades dos pacientes.

É imprescindível, então, que os aspectos apresentados como estressores ou desencadeadores de ambientes de trabalho desfavoráveis sejam levados em consideração para que novos projetos e processos de trabalho mais saudáveis sejam pensados. Vê-se também a formação como processo fundamental para que a trajetória profissional seja mais bem desenvolvida e para que os profissionais sejam preparados para as adversidades e para os locais de trabalho que poderão encontrar durante a vida profissional.

Sabendo-se que o domínio ambiental se encontra expressivamente com menor escore neste estudo,

vê-se a necessidade de buscar informações mais detalhadas, por exemplo, por meio do *WHOQOL-100*, para compreender quais os aspectos do domínio ambiental estão interferindo na qualidade de vida dos profissionais da saúde. E, a partir da aplicação regular desse questionário, o gestor poderá identificar os riscos que desfavorecem a qualidade de vida e, assim, promover ações que contribuam para o aprimoramento do processo de trabalho saudável.

5 Conclusão

Neste estudo, foi possível identificarmos a percepção de profissionais da saúde sobre sua qualidade de vida. Neste sentido, ficaram evidentes os domínios que apresentaram menor escore, os domínios Psicológico e Ambiental, apesar de variarem de uma equipe para outra.

Foi possível perceber semelhanças nos escores dentro de uma mesma equipe, como houve diferenças de uma equipe para outra, o que acontece devido às diferentes atribuições de cada uma. Percebe-se baixo escore no domínio psicológico na equipe do NASF e AB, e baixo escore no domínio ambiental na ESF urbana e na ESF rural.

Por fim, percebeu-se que existem vários fatores que interferem na qualidade de vida dos profissionais da saúde, sendo importante atentar para questões que envolvem os processos de trabalho, bem como para fatores como a segurança e a proteção, os recursos financeiros, a disponibilidade e a qualidade dos cuidados em saúde, e as oportunidades de lazer e transporte. Além disso, ainda é necessário cuidar dos fatores psicológicos, os quais envolvem autoestima, espiritualidade, sentimentos positivos, entre outros.

Assim, observou-se que o instrumento *Whoqol-bref* é eficiente na avaliação da qualidade de vida dos profissionais de saúde, mas há o indicativo da necessidade de se compreenderem mais a fundo quais os aspectos de cada domínio estão interferindo na qualidade de vida dos mesmos. Neste sentido, novas pesquisas, usando, como, por exemplo, o *Whoqol-100*, poderão ser realizadas para aprimorar as condições de entendimento e cuidado da qualidade de vida de trabalhadores da saúde.

Referências

BARROS, A. L. B. L. et al. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 585-592, 2003.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. 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] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 08 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 ago. 2012b.

BRASIL. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 dez. 2012c.

BRUSCHINI, C. M. *Mulher e trabalho: uma avaliação da década da mulher*. São Paulo: Nobel, 1985.

CARDOSO, F. S. et al. Avaliação da qualidade de vida, força muscular e capacidade funcional em mulheres com fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 51, n. 4, p. 344-350, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000400006>. Acesso em: 19 maio 2015.

COSTA, S. M.; DURÃES, S. J. A.; ABREU, M. H. N. G. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1865-1873, 2010. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700100&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 maio 2015.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-96, 2013. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/530>>. Acesso em: 19 maio 2015.

- FERNANDES, J. S. et al. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 404-412, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200019>. Acesso em: 20 maio 2015.
- FERNANDES, J. S. et al. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 434-442, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300004>. Acesso em: 19 maio 2015.
- FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. D.; CÁCERES, N. C. Necessidade de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª coordenadoria regional de saúde do estado do Rio Grande do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2611-2620, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500035&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 maio 2015.
- FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2015.
- FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14138123200000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 maio 2015.
- GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100026&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 maio 2015.
- GRASELLI, C. S. M. et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 10, n. 8, p. 503-507, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n6/a3185.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Dados gerais do município de Dona Francisca, RS*. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=430670&search=||inifogr%E1ficos:-dados-gerais-do-munic%EDpio>>. Acesso em: 29 jun. 2015.
- LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 263-269, 2011.
- LINO, M. M. et al. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 57-64, 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/26375/17568>>. Acesso em: 19 maio 2015.
- MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Dor musculoesquelética e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, Bogotá, v. 14, n. 4, p. 668-680, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsap/v14n4/v14n4a11.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.
- MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123200000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 maio 2015.
- MEDEIROS, S. M. et al. Condições de trabalho e enfermagem: transversalidade do sofrimento no cotidiano. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 233-240, 2006.
- NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010. Disponível em: <http://saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf>. Acesso em: 20 maio 2015.
- NUNES, M. F.; FREIRE, M. C. M. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1019-1026, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000700009>. Acesso em: 19 maio 2015.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. *Documentos básicos*. Genebra: OMS, 2014.
- PEDROSO, B. et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, Ponta Grossa, v. 2, n. 1, p. 31-36, 2010.
- PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 657-664, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300015>. Acesso em: 19 maio 2015.

- RIOS, K. A.; BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. Avaliação da qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 413-420, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000300017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 maio 2015.
- SANTOS, L. F. B.; DAVID, H. M. S. L. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 52-57, 2011. Disponível em: <<http://www.faccenf.uerj.br/v19n1/v19n1a09.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2015.
- SAUPE, R. et al. Qualidade de vida de acadêmicos de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 636-642, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400009>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- SOUZA, M. A.; STANCATO, K. Avaliação da qualidade de vida de profissionais de saúde em Campinas. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 12, n. 49, p. 154-162, 2010. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/adm/adm_824.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- SILVEIRA, A. et al. Oncologia de cabeça e pescoço: enquadramento epidemiológico e clínico na avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 38-48, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2012000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 maio 2015.
- TAKEMOTO, A. Y. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 256-262, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200007>. Acesso em: 19 maio 2015.
- THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1410, 1995.
- TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *WHOQOL-HIV Instrument: users manual*. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77776/1/WHO_MSD_MER_Rev.2012.03_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 14 jul. 2015.
- ZANETTI, T. G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 9, n. 3, p. 448-455, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/7664/6655>>. Acesso em: 19 maio 2015.

Contribuição dos Autores

Juliana Prestes Ferigollo realizou a concepção do texto, elaboração, coleta e análise dos dados. Elenir Fedosse e Valdete Alves Valentins dos Santos Filha orientaram e revisaram o texto. Todas as autoras aprovaram a versão final do texto.