

Percepção dos profissionais de Saúde da Família sobre a qualidade de vida no trabalho

Perception of Family Health Professionals of the quality of life at work

Marcia Januzzi Lara*

- * Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família Unidade Básica de Saúde Jóquei Club I, da Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora; Especialização em: Administração dos Serviços de Saúde Pública e Hospitalar, Universidade de Ribeirão Preto; Enfermagem em Saúde Mental, Universidade Federal de Juiz de Fora; Enfermagem na Saúde da Família e da Comunidade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Gestão Estratégica Pública da Escola de Governo, Fundação João Pinheiro; Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem em parceria entre o Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz e UFMG.

Endereço: Rua José Apolônio dos Reis, 209. Bairro Aeroporto. Juiz de Fora MG. E-mail: marciajlara@bol.com.br

RESUMO

O presente trabalho teve como foco a qualidade de vida dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família da Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. O objeto deste estudo foi, portanto, as equipes que compõem a Estratégia de Saúde da Família. Discutimos o processo saúde-doença, trabalho em equipe e as atribuições das equipes da Estratégia de Saúde da Família, segundo o Ministério da Saúde. A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa através de entrevistas semi-estruturadas com profissionais de 5 equipes que atuam na ESF. A análise das entrevistas nos demonstra que os profissionais entrevistados possuem, em sua maioria, especialização ou capacitação para atuarem na ESF, acreditam no trabalho que realizam e investem para alcançar os objetivos dessa Estratégia. Destaca-se, também, que não existe participação interdisciplinar na atenção primária e menos ainda integração entre os demais setores da PMJF, ficando até mesmo o apoio dos administradores passível de questionamentos. Os entrevistados relatam ter um bom relacionamento e ressaltam a importância do trabalho em equipe. Constatou-se, ainda, a necessidade de educação continuada, para aprimorar a qualificação dos profissionais, com a finalidade de complementar e atualizar conhecimento, trocas de experiências e suporte técnico científico. A questão salarial é outro questionamento que fazem ressaltando a falta de vontade política de se resolver esta questão. São levantadas propostas para planejamento de reestruturação do espaço físico das UBS, formação de equipes de suporte para melhorar a qualidade de vida dos profissionais e, conseqüentemente, da população assistida pelos mesmos.

Palavras-chave: Equipe de Assistência ao Paciente; Qualidade de Vida; Medicina de Família

ABSTRACT

This study focused on the quality of life for professionals who work in the Family Health Strategy of the Director of Health, Sanitation and Environmental Development of the Municipal Government of the city of Juiz de Fora. The objective of this study was, therefore, the teams that make up the Family Health Strategy. We discussed the health-disease process, teamwork and the attributions of the Family Health teams, according to the Ministry of Health. The methodology used was qualitative research via semi-structured interviews with professionals from the 5 teams that work in Family Health Strategy (FHS). An analysis of the interviews shows that the professionals interviewed have, for the most part, specialization which enables them to work in FHS, they believe in the work they do, and they invest to meet the objectives of this Strategy. We also want to point out that interdisciplinary participation in primary health care does not exist, nor is there yet integration with the other sectors of the Juiz de Fora Municipal Government, and even the support of the administrators could be

called into question. The interviewees said they had a good relationship and emphasized the importance of teamwork. We also noted the need for continuing education, to improve the qualifications of the professionals, in order to complement and update their knowledge, exchanges of experience and scientific technical support. The salary question is another area where we found a lack of political will to resolve the problem. Proposals are given for restructuring the physical space of the Basic Health Units, the formation of support teams to improve the quality of life of the professionals, and consequently of the population they care for.

Key words: Patient Care Team; Family Practice; Quality of Life

INTRODUÇÃO:

O foco central desta pesquisa é verificar, junto aos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família da Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, como está sua saúde, como está sua atuação no Programa e o que o levou a trabalhar na Estratégia de Saúde da Família.

Desse modo, o objeto deste estudo foram as equipes que compõem a Estratégia de Saúde da Família em Juiz de Fora.

A partir de então, tomou-se a equipe como referência e, nela, os profissionais que a compõem. Nesse sentido, buscou-se focar a habilitação desses profissionais para atuar com o indivíduo como ser integral, o seu lidar com as emoções dos indivíduos e das famílias as quais prestam atendimento à sua saúde, sua capacitação para atuar no novo modelo como agente de mudança, principalmente na melhoria da qualidade de saúde da população.

A proposta da escolha deste tema se deu a partir do objetivo de se compreender como foram inseridos os profissionais na ESF e, ainda, discutir a relação entre estes profissionais.

A motivação para o estudo deste assunto partiu do pressuposto de que a dificuldade em estar lidando com os problemas dos indivíduos e das famílias por alguns profissionais que integram as equipes da ESF levam estes a manifestarem uma sobrecarga emocional e depressões. Como afirma Mourão (2001, p.19), podem ocorrer outras manifestações de estresse, como hipertensão arterial, diabetes, doenças osteo-articulares e insônia.

O que foi proposto neste trabalho, portanto, foi levantar as necessidades dos profissionais e solicitar ações que possibilitem a prevenção e ou a diminuição da situação de estresse que porventura venha a acontecer, para se diminuir o risco de adoecer.

Na realidade, ninguém vive sem estresse, alguns autores afirmam que ele é parte inerente de todo ser humano e que tem seu ponto positivo, e o que é necessário é que se aprenda a lidar com este estresse e mantê-lo sob controle.

Dantas (1996) define estresse como sendo *uma reação biológica prolongada, caracterizada pela destruição do estado de equilíbrio interno do organismo (homeostase), em resposta a estímulos ambientais inusitados ou hostis* (DANTAS, 1996. p. 80-81).

Taylor (1922) também define estresse como sendo *transtornos psicofisiológicos que têm uma causa emocional que afeta o sistema orgânico e envolve a inervação do sistema nervoso autônomo. Os indivíduos afetados apresentam uma doença física na qual existe evidência de alteração orgânica* (TAYLOR, 1992, p.251).

Dantas (1996) e Taylor (1992) afirmam que a definição de estresse é difícil, bem como seu reconhecimento e diagnóstico, levando as pessoas a tratamentos somáticos prolongados.

Dantas (1996) afirma ainda que

a persistência da reação prolongada ao estresse pode desencadear uma série de sinais e sintomas que estão associados ou são consequência desse estado, que são; no sistema nervoso: ansiedade, irritabilidade, nervosismo, incapacidade de concentração, sensação de fadiga ou mal-estar e insônia, dor de cabeça e enxaqueca; no sistema cárdio-vascular: taquicardia, palpitações, dores no peito e falta de ar; no aparelho digestivo: azia, dor no estômago, gastrite, úlcera, diarreia, “prisão de ventre” e “colite crônica”; no sistema osteomuscular: aumento da tensão e dores nos músculos do pescoço e ombros; outros: uso excessivo do fumo, álcool e tranqüilizantes (DANTAS, 1996, p. 81-82).

Faz-se necessário, portanto, questionamentos sobre fatores que possam interferir na saúde dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Estratégia de Saúde da Família, pois, a partir do momento em que fatores internos ou externos começam a afetar a saúde destes profissionais, possivelmente o seu trabalho sofrerá intercorrências e prestar assistência de qualidade, quando o que se está em jogo é a própria saúde, pode tornar-se uma tarefa complexa.

Conceituar “Qualidade de Vida” não é tão simples quanto parece; para alguns autores, equivale a “bem-estar”, “status de saúde”; outros autores dizem que é a busca de “satisfação do trabalhador”.

Para Walton, citado em Goulart (1998, p.12), *a expressão “Qualidade de vida” tem sido utilizada com crescente freqüência para descrever certos valores ambientais e humanos, negligenciados pelas sociedades industriais em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico.*

O mesmo autor define “Qualidade de Vida” no trabalho como sendo

o nível de satisfação do trabalhador enquanto indivíduo associado e pode ser identificada através de oito categorias, que são: compensação justa e adequada — justa distribuição pela realização do trabalho; segurança e saúde — jornada de trabalho razoável e ambiente seguro e saudável; desenvolvimento das capacidades — autonomia, informações sobre o processo como um todo, utilização das qualidades múltiplas; crescimento e segurança — manutenção do emprego, possibilidade de crescimento pessoal e profissional com avanço salarial; integração social — ausência de preconceitos, favorecimento dos relacionamentos, senso comunitário; constitucionalismo na organização — privacidade pessoal, tratamento imparcial, direitos trabalhistas e de proteção, liberdade de expressão; o trabalho e o espaço total de vida — estabilidade de horários, papel balanceado do trabalho, poucas mudanças geográficas, tempo para lazer e família; relevância social no trabalho — valorização de sua

participação no processo produtivo, bem como de sua imagem pessoal, responsabilidades e práticas (WALTON apud RODRIGUES, 1994 in GOULART, 1998, p.12-13).

Goulart (1998, p.13) observa que algumas vezes torna-se difícil a diferenciação entre Qualidade de Vida e Qualidade de Vida no Trabalho, pois o indivíduo, continua o autor, “não vive duas vidas simultâneas, ele é o mesmo homem, analisado sob a ótica do trabalho ou da vida cotidiana, isto é, em certos casos os interesses do trabalho chegam a dificultar a dissociação da vida privada, impedindo a concretude da plenitude da vida”.

Albreech (1998) também revela que “*toda organização possui sua própria ecologia humana distintiva (ou ambiente psicológico qualitativo) que influencia muitíssimo os processos emocional-cognitivos gerais das pessoas que nela trabalham*” (ALBREECH, 1998, p.124, citado em GOULART, 1998, p.14).

Retornando ao objeto de estudo deste trabalho, que são as equipes da Estratégia de Saúde da Família, pode-se inferir que um dos paradigmas da Estratégia da Saúde da Família é o trabalho interdisciplinar, que tem como fundamento a lógica do trabalho em equipe. O Programa de Saúde da Família, que foi implantado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1994, e que, a partir de 1998, passou a ser reconhecido pelo próprio Ministério como Estratégia de Saúde da Família, tem como lógica viabilizar a transformação do modelo de atenção à saúde, que era centrado na doença e no indivíduo.

A ESF tem como diretrizes operacionais a adscrição da clientela, a integração dos vários níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), o planejamento, o trabalho em equipe, a ação intersetorial e o controle social (Brasil, 1996). O ponto central da ESF pode-se dizer que é o estabelecimento de vínculos da equipe com a comunidade e a corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, ou seja, esta (a população), passa a participar dos processos de combate às doenças e melhoria da qualidade de vida em um território definido.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 deu subsídios para a Constituição de 1988 que, em seu artigo 196, define saúde em seu sentido mais amplo: “Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2001).

A saúde, segundo a Constituição de 1988 (BRASIL, 2001), não está relacionada somente como bem-estar físico, social e mental, mas com as relações de trabalho, meio ambiente, lazer, entre outros.

A partir de então, não só os profissionais de saúde têm a responsabilidade para com as ações de saúde, mas também outros setores públicos, privados e a própria comunidade, que passam a ser partes integrantes desse processo. São as denominadas parcerias, participações intersetoriais.

Surgem, então, os conflitos entre os profissionais e os diversos setores envolvidos na lógica do trabalho, multi e interdisciplinar.

Trabalho em equipe, trabalho multidisciplinar e equipes interdisciplinares têm sido usados com regularidade na ESF, porém têm sua fundamentação na Saúde Mental.

Campos (1992, p.255) afirma que:

nos serviços públicos não existem reais equipes de trabalho multidisciplinar e, sim, profissionais de diversas áreas de conhecimento, desenvolvendo suas atividades numa instituição, sem que haja, por parte desta, definição de uma proposta de trabalho voltada para um objeto comum. As ações desenvolvidas que têm como alvo o paciente, com frequência carecem de articulações e se perdem ou se diluem por somarem, justaporem ou mesmo se contraporem.

O trabalho multidisciplinar e interdisciplinar não deve ser estático; ele deve caminhar junto e não ser agrupamento de vários profissionais de áreas diferentes.

Souza (1999, p.14) complementa que *as “reflexões sobre interdisciplinariedade apontam para a necessidade de transformação do trabalho isolado em trabalho coletivo que, a nosso ver, é um momento de síntese da apreensão dos múltiplos conhecimentos e práticas determinando um novo modo de contribuir para a produção da saúde”*.

Campos infere, ainda, que *“um grupo de profissionais só configura uma equipe quando opera de modo cooperativo, convergindo seus objetivos para uma dada situação, de forma a haver complementariedade e não soma de superposição”*. (CAMPOS, 1992, p.255). A autora (Campos, 1992) continua afirmando que operar de modo cooperativo, por sua vez, não implica em trabalhar sem conflitos e que a presença destes é inevitável e universal.

Japiassu, citado em Campos (1992, p.256), enfatiza que a *“cooperação interdisciplinar exige, por definição, qualidades de tolerância mútua, de abnegação e, até mesmo, de apagamento dos indivíduos em proveito do grupo”*. Reforça, também, a necessidade de ajustamento de papéis de uns para com os outros.

As referências literárias quanto à equipe de saúde são raras, predominando, segundo Ciamponi et al, a *“concepção de equipe como senso comum, onde a equipe é representada como um conjunto de profissionais em situação comum de trabalho”* (CIAMPONI et al, 2000, p.144).

As autoras destacam, ainda, que a “equipe” no processo de “trabalho” em saúde refere-se à obtenção de bens ou produtos para a atenção às necessidades humanas, *“cabendo a*

responsabilidade pela obtenção de resultados que expressem a finalidade do trabalho que produz” (CIAMPONI, 2000, p.144).

O trabalho em equipe, para Habermas (1989, 1994), citado em Ciamponi (2000, p.144), significa a relação recíproca entre duas dimensões complementares — trabalho e interação. O autor destaca que a comunicação entre os profissionais faz parte do exercício cotidiano do trabalho e considera duas dimensões inerentes ao trabalho em equipe: “*a articulação das ações e a interação dos profissionais*”. Por articulação, o autor refere-se à recomposição de processo de trabalhos distintos, respeitando as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional com suas respectivas especificidades. Por integração da equipe, considera-se a preservação das técnicas e flexibilização das fronteiras entre as áreas profissionais.

Souza (1999) preconiza também que no processo de trabalho coletivo, considerando a perspectiva interdisciplinar,

a lógica da descoberta é elemento nuclear em que a predisposição a descobrir o novo, o ponto de interseção e de afastamento entre os conceitos, significa estar disponível para entender o discurso das outras disciplinas, assim como se despojar de conceitos, técnicas e procedimentos que reproduzem conhecimentos, atitudes e metodologias, quase sempre corporativas e refratárias a um tipo de convívio, no qual tem espaço a comunicação aberta e democrática. Somente deste modo é possível o trabalho coletivo e a ampliação das condições para efetivar a política constitucional de acesso universal à saúde (SOUZA, 1999, p.10).

Ao longo do trabalho, vem-se falando em equipe, em multidisciplinariedade e interdisciplinariedade, porém, resta especificar ao leitor qual a equipe que compõe a Saúde da Família e sua função neste modelo de assistência.

As equipes da ESF, preconizadas pelo Ministério da Saúde e ditas como equipe mínima, são compostas de 1 (um) médico de família (ou generalista), 1 (um) enfermeiro, 1 (um) auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Porém, nada impede que outros profissionais venham a integrar esta equipe, como dentistas, assistentes sociais, psicólogos, entre outros.

As equipes da ESF, segundo o Ministério da Saúde (1997), têm como atribuições: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde; resolver, através de adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detec-

tados; desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos; promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.

Ao mesmo tempo, cada profissional da equipe tem suas atribuições de acordo com suas especificidades que são, segundo o Ministério da Saúde (1997):

a) Atribuições do Médico:

Prestar assistência integral aos indivíduos sob sua responsabilidade; valorizar a relação médico-paciente e médico-família como parte de um processo terapêutico e de confiança; oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária; empenhar-se em manter seus clientes saudáveis, quer venham à consulta ou não; executar ações básicas de vigilância epidemiológica e sanitária; executar ações de assistência à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao adulto e ao idoso; promover qualidade de vida; dentre outros.

b) Atribuições do Enfermeiro:

Executar, no nível de sua competência, ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso; desenvolver ações de capacitação de ACS e auxiliares de enfermagem; oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde; promover a qualidade de vida; dentre outros.

c) Atribuições do Auxiliar de Enfermagem:

Desenvolver, com os ACS, atividades de identificação das famílias de risco; realizar visitas domiciliares; executar os procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso; dentre outros.

d) Atribuições do ACS:

Realizar mapeamento na área de atuação; cadastrar e atualizar as famílias de sua área; identificar indivíduos e famílias expostas a situações de risco; realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; promover educação em saúde e mobilização comunitária; incentivar a formação de conselhos locais; dentre outros.

Dentro deste quadro onde há tantas atribuições, tanto para o trabalho individual, como para o coletivo, faz-se necessário um estudo sobre: como as equipes que compõem a Estratégia da Saúde da Família em Juiz de Fora estão lidando com este novo modelo de assistência? Existe uma formação destas categorias para este tipo de trabalho?

Retornando ao ponto central desta pesquisa, que é a Qualidade de Vida das equipes que compõem a Estratégia de Saúde da Família de Juiz de Fora, retorna-se a um dito popular na saúde, que preconizava que a idéia de saúde das pessoas diz respeito às próprias pessoas. Mas, ao se transportar para os profissionais que estão envolvidos com a saúde de toda uma comunidade, fica a pergunta: a saúde destes profissionais interessa somente a eles?

Sabendo que cada profissional tem sua história, seu passado, seu presente, sua família e idealiza seu futuro, é necessário que haja um equilíbrio nos fatores que cercam seu cosmos. O desequilíbrio, interno ou externo, como foi dito anteriormente, pode interferir no seu processo de saúde e, conseqüentemente, no seu processo de trabalho.

Para Dejours (1986, p.9), o trabalho é um elemento fundamental na vida do indivíduo, e ter saúde “*não é só o perfeito estado de bem-estar físico, mental e social; pois, na realidade, este não existe*”. Para o autor, o que existe é que a saúde é um fim, é a busca de um objetivo a ser atingido, e está relacionado à **fisiologia** (ao que tange ao funcionamento do organismo, às regras que asseguram seu equilíbrio e sobrevivência); o segundo ponto é a **psicossomática** (por exemplo, a angústia — é uma causa de sofrimento; saúde não consiste em não se ter angústia, mas em se tornar possível a luta contra ela, de tal modo que se resolva, que se acalme momentaneamente para ir em direção a outra angústia); e o terceiro ponto é a **psicopatologia do trabalho**; a falta de trabalho afeta a saúde do indivíduo, mas o oposto também é verdadeiro, ou seja, quando as condições de trabalho não são favoráveis, estas também afetam a saúde do indivíduo: por exemplo: a pressão, excesso de horas extras, o calor, o frio, a repetição de técnicas, entre outros (DEJOURS, 1986, p. 9-11).

Pode-se dizer, então, segundo o mesmo autor, que a saúde é uma questão que não vem “somente” do exterior; é alguma coisa que muda o tempo todo, é uma sucessão de compromissos com a realidade.

Pöin-Nordenfelt, citado em Dejours (1986), defende que a saúde não é a ausência objetiva de patologia e, sim, a inexistência de enfermidade.

Observa-se, então, que a saúde no trabalho é influenciada por uma série de fatores que podem interferir ou não no emocional do profissional. Estas interferências podem estar relacionadas ao sistema hierárquico da empresa, à modalidade de liderança, à divisão de trabalho, ao excesso de responsabilidades, às relações interpessoais, ao conteúdo das tarefas e ao retorno insuficiente de dados ou reconhecimento por parte das chefias.

Ao se transportar para a ESF, onde o enfoque são as equipes multidisciplinares, o lidar com o emocional dos indivíduos e suas famílias pode desencadear elementos da ordem dos

afetos, das especificidades de cada profissional, podendo gerar estresse na equipe, que poderá ser positivo ou não; baseados em Vasconcelos, que afirma: *a complexidade das situações enfrentadas requer dos serviços e de suas equipes enorme flexibilidade, um alargamento da abordagem, com alto custo adicional e fortes exigências para os profissionais, causando até mesmo sobrecarga emocional e depressões entre eles* (VASCONCELOS, 2001, p.19).

Necessário se faz, portanto, um estudo da saúde dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, sua qualidade de vida no trabalho, suas necessidades em relação à capacitação, ao acesso à especialização e outros a fatores que possam interferir e aprimorar sua qualificação para atuar na promoção, prevenção e recuperação da saúde da população que está sob sua responsabilidade.

Metodologia

Para a elaboração deste estudo, realizou-se uma observação sistemática do funcionamento da Unidade Básica de Saúde, o trabalho dos membros que compõem a Estratégia de Saúde da Família e o relacionamento dos membros da equipe entre si e com as demais equipes. Posteriormente, foi realizada a entrevista semi-estruturada com os profissionais destas equipes.

O ambiente da investigação foi, portanto, o mesmo de atuação dos profissionais da equipe que atuam na Estratégia de Saúde da Família da Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora..

Com relação à investigação qualitativa, Monteiro a define como aquelas

cujas estratégias de pesquisa privilegiam a compreensão do sentido dos fenômenos sociais para além de sua explicação, em termos de relação causa-efeito”. O mesmo autor argumenta que a teoria da investigação qualitativa “não é para ser imposta ao fenômeno, como modelo explicativo, mas para alimentar a imaginação interpretativa do investigador e iluminar os ‘insights’ que venham a ter diante da intensidade de experiência vivida dos sujeitos de sua investigação. (MONTEIRO, 1998, p.11)

Bogdan (1998, p.64) afirma que o “*dever principal do observador é o de conduzir a investigação, e que os investigadores procedem com rigor no que diz respeito ao registro detalhado daquilo que descobrem*”.

Para esse autor, as características da investigação qualitativa são

a parte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal; é descritiva, os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não de números. Os resultados escritos da investigação contêm citações feitas com base nos dados para ilustrar e substanciar a apresentação; os investigadores qualitativos interessam-se mais por processos do que pelos resultados ou produtos; os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva; o significado é de importância vital na abordagem qualitativa. (BOGDAN, 1998, p.47-51).

Vale ressaltar que a observação na investigação qualitativa é fundamental para o investigador, porém este deverá ter o cuidado de não se deixar envolver emocionalmente, ou seja, deverá eliminar sua influência sobre o que está vendo e ter o cuidado de registrar o observado.

De acordo com Bogdan (1998, p.48), “*o número de sujeitos a serem investigados não deve ser um imperativo prévio ao investigador*”. Durante o trabalho de campo, à medida em que a coleta de dados qualitativos se desenvolve é o momento em que o pesquisador toma a decisão de encerrar ou prosseguir sua busca. Dependerá de uma exaustiva repetição de dados, o bastante para a redução a unidades de significados.

Propôs-se, então, em princípio, investigar duas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Juiz de Fora, considerando os critérios: uma, com três equipes, tendo sido uma das primeiras a ser implantada; outra, uma Unidade com duas equipes, que foi implantada no segundo momento. Ambas situam-se na região periférica da cidade. Para que essas equipes se sintam em liberdade para exporem seus problemas, foram designadas durante todo o trabalho, como equipe A₁, A₂ e A₃ da Unidade A, e equipe B₁ e B₂ da Unidade B.

Baseado em Monteiro, um aspecto importante na trajetória de uma pesquisa é ressaltar a importância do pesquisador em *“procurar tornar-se familiarizado com as pessoas e seu comportamento, em seu contexto, a fim de compreender suas ações e os significados que estas lhe imprimem”*. Também destaca o autor, *“que a negociação que o pesquisador precisa fazer de modo a ser aceito socialmente pelas pessoas locais como participante de seu universo de relações”* é um aspecto importante na trajetória de uma pesquisa (MONTEIRO, 1998, p.15).

Outro aspecto que merece destaque na pesquisa qualitativa é com relação à questão ética. O uso do consentimento informado (trata de garantir que o sujeito da pesquisa conscientemente concorde em ser pesquisado) e a proteção do sujeito no caso de sua exposição a risco em decorrência da participação da pesquisa são as garantias que o pesquisador deve fornecer ao pesquisado, antes que se inicie todo o processo da pesquisa (BOGDAN e BIKLEN, citados em MONTEIRO, 1998, p.18).

No anexo I, encontra-se o modelo do termo de consentimento assinado pelos componentes da equipe após explicação dos objetivos da pesquisa.

Em relação ao método quantitativo, este tem relação com a objetividade, ou seja, segundo Minayo, *“os dados relativos à realidade social seriam objetivos, se produzidos por instrumentos padronizados, visando a eliminar fontes de propensões de todos os tipos e a apresentar uma linguagem observacional neutra”* (MINAYO, 2000, p.30).

A autora afirma, ainda, que este instrumento não deixa de ter o seu valor, mas a crítica que é feita por vários autores e pesquisadores *“está no fato de se restringir a realidade social ao que pode ser observado e quantificado apenas”* (MINAYO, 2000, p.30).

Optou-se, então, pela pesquisa qualitativa, pois o que se quer alcançar é um aprofundamento maior da compreensão da realidade onde estão inseridos os profissionais que atuam nas equipes da Estratégia de Saúde da Família, como está sua saúde, o que interfere no seu trabalho para comprometer sua *“Qualidade de Vida”*. Portanto, essa realidade, para ser colocada em evidência, não pode ficar restrita apenas a coleta de dados quantitativos.

A coleta de dados se deu através de fonte primária, que tem as equipes das UBS como informantes.

Iniciou-se dizendo que a entrevista semi-estruturada seria a base da coleta de dados através da investigação direta nas UBS, porque oferece maior oportunidade para que as pessoas coloquem seu pensamento e permite ao mesmo tempo ao pesquisador observar a postura, a fala e os gestos dos entrevistados.

Um roteiro prévio para o pesquisador conduzir a entrevista foi elaborado (anexo II) .

Como instrumento, foi utilizado um gravador e, terminada a entrevista, o pesquisador a transcreveu fazendo, posteriormente, a análise dos dados, que serão publicados a seguir.

Relato das entrevistas

Para a realização desta pesquisa, foram entrevistados três médicos de família, quatro enfermeiras, um auxiliar de enfermagem e duas técnicas de enfermagem, doze agentes comunitários de saúde, uma assistente social.

Foram realizadas nove perguntas que foram respondidas de forma clara e objetiva. Percebemos, também, tranquilidade e disponibilidade dos profissionais em participarem da pesquisa, apesar de tantos afazeres nas unidades de saúde.

A seguir, faremos um relato destas entrevistas.

Em relação ao tempo de atuação em Estratégia de Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde responderam de 10 meses a dois anos e cinco meses (caso da maioria), o que corresponde ao período em que se iniciou o trabalho desses profissionais nas UBS que possuem ESF.

Dos quatro enfermeiros entrevistados, dois estão atuando desde a implantação da ESF; outro atua há 3 anos e cinco meses - e são funcionários efetivos, ou seja, prestaram concurso para a Prefeitura Municipal de Juiz de Fora; a quarta enfermeira não é funcionária de carreira, mas, somando os períodos de contratação, presta serviços na ESF há quatro anos.

Dois médicos atuam desde a implantação do programa, há sete anos; o terceiro deles tem cinco anos de atuação

Os auxiliares e técnicos também estão atuando na ESF desde a fase de implantação nas unidades, seis e sete anos respectivamente.

Percebe-se que, dos entrevistados, somente a enfermeira contratada não possui nenhum tipo de capacitação para atuar na ESF, tendo participado somente do curso introdutório com sua equipe, em 2003. Os demais profissionais têm curso de especialização para atuar na

ESF (médicos, enfermeiros e assistentes sociais), capacitação de auxiliares de enfermagem (auxiliares e técnicos) e capacitação para agentes comunitários de saúde.

Na questão da saúde, o que mais tem afetado esses profissionais é:

— **Depressão:** cinco profissionais relatam terem problemas de depressão, porém, só uma profissional relata ter iniciado tratamento, os demais alegam não terem “tempo” para cuidarem de si mesmos. Associam essa depressão a não terem como dar solução a todos os problemas que surgem na comunidade.

— **Problemas de coluna:** cinco profissionais relatam sofrerem problemas de coluna e dores fortes nas pernas, devido ao estresse, a andar muito, subir muita escada.

— **Estresse:** sete profissionais relatam estresse devido ao aumento da demanda, a pressão da comunidade que busca atendimento, sobrecarga de serviços, excesso de burocracia e por não terem condições de resolver todos os problemas.

— **Fadiga:** três profissionais relatam fadiga também devido à pressão da demanda e por não poderem resolver todos os problemas.

— **Problemas de pele:** três profissionais relatam já estarem acometidos por problemas de pele, por andarem muito no sol e por picada de inseto.

— **Gripe e sinusite:** dois ACS associam esse fato ao sol e à poeira.

— **Ansiedade exacerbada:** relatado por três profissionais e, dentre eles, dois expressam que este fato está interferindo em sua vida familiar.

— **Problema de estômago:** relatado por um profissional, em tratamento.

— **Dor de cabeça constante:** relatado por dois profissionais.

— Três profissionais relatam não terem problemas de saúde.

Quanto aos conflitos de equipe, todos expressam não terem conflito de grandes proporções; relatam existirem “divergências”, mas que isto não é prejudicial para as equipes.

Com relação aos sentimentos e reações ao lidar com as famílias e com os problemas dessas famílias, os profissionais relatam sentir:

— **Impotência:** “a gente se vê impotente com os problemas que eles têm; a gente quer resolver e não consegue”, e continuam, “nem sempre depende só de um profissional ou da equipe, mas de outros setores, como da própria Diretoria de Saúde e também de outros órgãos que pertencem à Prefeitura. Outros problemas são puramente sociais e não temos como resolvê-los”, relatam outros profissionais. A falta do suporte de outros especialistas para as equipes também gera esta impotência nos profissionais e nas equipes.

— **Incapacidade:** apesar de possuírem especialização e capacitação, existem fatos que ultrapassam os limites dos profissionais que fazem parte das equipes.

— **Frustração:** por não terem condições de dar continuidade para a resolução dos fatos que são levantados e que são fatores de risco para a saúde de um indivíduo ou de uma comunidade.

— **Angústia:** pelos mesmos motivos.

Na verdade, os profissionais relatam, de modo geral, terem este tipo de sentimentos e/ou reações devido a estarem lidando com problemas que são mais sociais como os relacionados ao menor, ao alcoolismo, à droga, prostituição, violência, tornando-se necessário que outros profissionais sejam envolvidos, para estarem atuando junto a essas equipes.

Como fatores positivos, foram destacados:

— *a aderência da população ao tipo de trabalho, ao trabalho de grupos, ao preventivo, à puericultura, ao aumento da cobertura vacinal e ao ingresso dos agentes comunitários nas equipes;*

— *o trabalho em equipe;*

— *a identificação das doenças mais freqüentes;*

— *a prevenção, “por que deixa a comunidade a par do que ela pode fazer para evitar doenças”;*

— *o acompanhamento; o convívio com as pessoas; “acompanha a família dela toda, você sabe quase tudo dela. A partir do momento em que você conhece como as famílias vivem, você tem a possibilidade de planejar alguma ação referente a essas dificuldades que as famílias, ou que a comunidade em geral tem, e direcionar mais as atividades”;*

— *trabalhar a prevenção é bem melhor do que trabalhar a parte curativa;*

— *o apoio emocional e o carinho que a gente dá é muito importante;*

— *o conhecimento dos problemas do bairro onde trabalha;*

— *as pessoas se sentem felizes em poder desabafar com a gente;*

— dá para desenvolver uma boa relação médico-paciente, fica mais fácil conhecer até alguma coisa que pode estar acontecendo com as pessoas, algum distúrbio, fica até mais fácil acompanhar e tratar;

— levar a informação nas casas das pessoas;

— as pessoas passam a acreditar que a vida pode mudar;

— a comunidade tem mais liberdade, eles o recebem melhor nas casas;

— conhecer a família e ver o “usuário” como um todo, dentro de sua família, do seu habitat, do seu bairro, é o ponto mais positivo talvez da ESF, pois você tem condições de fazer um diagnóstico mais adequado;

— estar tentando melhorar a qualidade de vida da população.

Os pontos negativos levantados foram:

— a falta de trabalho educativo por falta de espaço físico, apesar de as equipes trabalharem com grupos de hipertensos, puericultura e pré-natal;

— a falta de tempo para desenvolver outras atividades, devido à pressão da demanda;

— falta de retorno da população em cima do trabalho que se está realizando;

— o desconhecimento da população do que seja ESF; eles ainda têm idéia de que, para ter saúde, tem que ter médico;

— falta de insumos para se realizar qualquer tipo de trabalho;

— áreas sem cobertura, o que impede de se organizar o trabalho;

— falta de profissionais para completar as equipes;

— falta de respaldo da Diretoria de Saúde e de outros departamentos, o que impede que se possa dar continuidade para resolver determinadas situações que fogem da competência das equipes;

— não conseguir o que se planeja, por falta de respaldo, levando à frustração;

— *sobrecarga de trabalho e emocional, pois você passa a ser referência das famílias e “ela sabe que, se precisar, você vai estar ali”;*

— *o envolvimento muito grande passa a ser um ponto negativo, pois você não consegue resolver todos os problemas, gerando estresse e ansiedade;*

— *algumas pessoas não reconhecem, ainda, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde;*

— *muita burocracia, sobrecarga de serviços, impedem de “estar atuando de maneira que a gente quer”.*

Na questão aberta, se você gostaria de complementar mais alguma coisa?

Vários relatos foram feitos com relação à questão salarial, ressaltando a diferenciação entre os níveis e a falta de vontade política de que se solucione esta situação. Também foi ressaltada a importância da necessidade de haver participação de outros setores, de apoio com referência e contra-referência de outras especialidades. Melhoria das condições de trabalho, colaboração e participação mais efetiva dos dirigentes, respaldo da administração em relação às equipes e à ESF, e maior divulgação, pela PMJF, do que seja ESF e do trabalho dos ACS foram outros tópicos levantados pelas equipes.

Além das entrevistas, foi realizada uma observação sistemática do funcionamento das Unidades de Saúde pesquisadas. O que se observou, é que existe um bom relacionamento entre os profissionais e destes com a clientela que se utiliza de seus serviços.

Em relação à estrutura física e condições de trabalho, o que se observa são paredes e tetos mofados, sem reboco em alguns locais (umidade) e arquivos pesados, danificados, tendo seu uso sendo substituído por caixas de papelão sobrepostas sobre os mesmos arquivos, que foram deitados ao chão (Unidade B).

Sabe-se, entretanto, que o mofo e a poeira são fatores de complicação para a saúde dos profissionais que ali atuam, pois podem levar a processos alérgicos e outros danos à saúde. E a questão dos arquivos pode levar até a lesões graves nos membros e na coluna.

Resultados

A partir da análise dos dados coletados nas entrevistas, observou-se que os profissionais envolvidos na Estratégia de Saúde da Família, possuem, em sua maioria, especialização ou capacitação para estar atuando neste novo modelo de assistência.

Todos os profissionais que participaram da pesquisa acreditam no trabalho que realizam e investem para alcançar os objetivos dessa Estratégia, ultrapassando a capacidade profissional e criando, até mesmo, laços afetivos com a comunidade com a qual trabalham.

Constata-se, ainda, conforme afirma Dantas (1996, p. 81-82), que a reação prolongada ao estresse pode causar, entre outros, ansiedade, dor de cabeça, dor no estômago, dores musculares.

Destaca-se, também, que não existe participação interdisciplinar na atenção primária, ou seja, comprovou-se que não há integração entre os níveis secundário e terciário da Diretoria de Saúde e, menos ainda, entre os outros setores da PMJF, ficando, até mesmo, o apoio dos administradores passível de questionamentos.

Apesar das divergências de opiniões, os entrevistados relatam terem um bom relacionamento em equipe e alguns chegam a ressaltar ser o “trabalho em equipe um ponto importante na ESF”.

Ao se trabalhar a interdisciplinariedade, surgem, ainda, pontos importantes a serem destacados, como: as equipes são formadas, em sua maioria por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde; em Juiz de Fora, algumas equipes contam com a participação do serviço social; é constatada a necessidade de participação de outros profissionais de outras especialidades, para dar suporte a essas equipes como, por exemplo, psicólogos, fisioterapeutas, neurologistas, cardiologistas, educação física e outros.

As atribuições das equipes, já citadas na introdução desse artigo, são ressaltadas pelos profissionais ao destacarem os pontos positivos do programa, porque facilitam a integração do profissional com a comunidade e, conseqüentemente, o trabalho de prevenção.

Constatou-se, ainda, a necessidade de educação continuada, para aprimorar a qualificação dos profissionais, com a finalidade de complementar e atualizar conhecimento, trocas de experiências e suporte técnico-científico.

A questão salarial é outro questionamento que fazem, ressaltando os desníveis salariais. É necessário que haja vontade política da PMJF em se resolver esta questão o mais rápido possível, para que o desestímulo não leve os profissionais a estarem se demitindo, ou a desis-

tirem de continuar mantendo o padrão de atuação, de buscar melhorias na qualidade de vida da população.

Outro ponto a ser levantado é a necessidade urgente de se melhorar as condições físicas e estruturais das UBS, diminuindo o risco dos profissionais de adoecerem.

Em relação à pressão da demanda, fazem-se necessários estudos da Diretoria de Saúde para avaliação da necessidade de criação de novas UBS em áreas descobertas ou, até mesmo, nova territorialização, para se readequar as atuais UBS que sofrem esta questão.

Conclusão

Ao concluir este trabalho, gostaríamos de ressaltar as propostas já levantadas anteriormente: que nossos administradores possam planejar melhorias, que os profissionais diminuam os riscos de adoecer e que a população melhore sua qualidade de vida.

Para a melhoria das condições de trabalho nas UBS é necessário:

- melhoria das condições físicas das UBS; refeitório; salas arejadas; salão para reuniões;
- propaganda veiculada em rádio, televisão e jornal, com divulgação correta do que é a ESF e o trabalho do ACS, não centrando a divulgação somente na figura do médico, mas de toda a equipe;
- revisão da questão salarial para todos os profissionais que atuam na ESF;
- suporte psicoterapêutico para as equipes, com a finalidade de se trabalhar a saúde mental desses profissionais e diminuir o estresse e outros agravos que, porventura, estejam surgindo;
- estímulo da Diretoria de Saúde e PMJF à participação de outros setores na atenção primária, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população.

Contamos, portanto, com o apoio da Diretoria de Saúde, para que este projeto seja implementado o mais rápido possível, pois torna-se de suma importância que as equipes sejam assessoradas em seu local de atuação para aprenderem a lidar com as divergências que existem e discutirem as dificuldades que são encontradas no seu processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.3, n. 3/4, p.14-15, jul./ dez., 1994.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. Características da investigação qualitativa.. In: BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Portugal: Porto, 1998, p. 47-108.

BRASIL. Constituição Da República. Art. 196, p. 118, 27ª edição, Brasília: Saraiva, 2001.

BRASIL. Lei n. 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 União**, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre participação da comunidade na gestão do SUS.. **Diário Oficial da União**, 28 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 247-E, 22 de dez. de 1997, seção I, p. 11.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia de modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL. Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

CAMPOS, M. A. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Ribeirão Preto, v. 41, n.6, p. 255-257, 1992.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CIAMPONI, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. esp., p.143-146, dez. 2000.

DANTAS, J. **Coração e fatores de risco**: qualidade total na promoção da saúde. Belo Horizonte: Health, 1996.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.14, n. 54, Abr./maio/jun., 1986.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas para a década de 90. In: IPEA/IPLAN. **Prioridades e perspectivas de políticas públicas**. Brasília, 1990. Cap. 1, p. 1-11.

DRAIBE, S. M. Repensando a política social dos anos 80 ao início dos anos 90. In: SOLA, L.; PAULANI, L. M. **Lições da década de 80**. São Paulo: EDUSP, 1993. p. 201-21.

- GOULART, I. B.; SAMPAIO, J. R. Psicologia do trabalho e Gestão de Recursos Humanos: estudos contemporâneos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. In: ROCHA, A. F. **Apostila Curso Especialização em Gestão Estratégica Pública**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro. Escola de Governo, 2001. p.1-14.
- LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática”- anos 80. **PHISIS - Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p.201-216, 1991.
- MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 1995.
- MENDES, E. V. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998.
- MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde, 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed., São Paulo, Rio de Janeiro: Abrasco, Hucitec, 2000.
- MONTEIRO, R. A. A pesquisa em educação, alguns desafios da abordagem qualitativa. In: MONTEIRO, R. A. **Fazendo e aprendendo pesquisa qualitativa em educação**. Juiz de Fora: UFJF, 1998. p. 7-23.
- SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campos, 1979.
- SOUZA, H. M. Programa de Saúde da Família. Entrevista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n.esp., p.7-16, dez. 2000.
- TAYLOR, C. M. **Fundamentos da enfermagem psiquiátrica**, 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

A N E X O S

I

Escola de Governo

Curso de Gestão Estratégica Pública

Título da pesquisa: “Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família”

O presente documento tem por objetivo convidá-lo a participar de uma pesquisa sobre **Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família**.

O principal objetivo desta pesquisa é verificar o nível de satisfação dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família em Juiz de Fora. O estudo será realizado através

da aplicação de um questionário. Todas as informações têm caráter confidencial, serão de uso exclusivo para a pesquisa.

Sua participação é voluntária, mas é de extrema importância sua informação para o desenvolvimento do trabalho. Fica também assegurada sua identidade, uma vez que, no questionário, é necessária apenas a identificação da unidade e da categoria profissional a que pertence. Qualquer publicação dos dados não o identificará.

Colocamo-nos à sua disposição para maiores esclarecimentos quanto ao assunto em questão.

Ao assinar este formulário de consentimento, você estará autorizando o pesquisador a utilizar as informações prestadas na entrevista, em sua pesquisa.

Eu _____, fui informado sob a pesquisa acima referida e compreendi seus objetivos. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, o que indica meu consentimento para participar neste estudo, até que eu decida ao contrário.

Assinatura do Entrevistado

Juiz de Fora, / /

II

Qualidade de Vida do Profissional da Saúde que atua na Estratégia de Saúde da Família da Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora

QUESTIONÁRIO

- 1 - Qual a sua categoria profissional?
- 2 - Há quanto tempo está atuando na Estratégia de Saúde da Família?
- 3 - Você teve alguma capacitação para atuar nesse modelo?
- 4 - Em relação à sua saúde, quais os problemas de saúde que mais tem lhe afetado?
- 5 - Existe algum conflito em sua equipe? Qual ou quais?
- 6 - Fale-me sobre seus sentimentos e reações ao lidar com as famílias e com os problemas dessas famílias.
- 7 - Quais os fatores positivos desse tipo de trabalho?
- 8 - Quais os fatores negativos desse tipo de trabalho?
- 9 - Você gostaria de complementar mais alguma coisa?

Submissão: dezembro de 2004
Aprovação: abril de 2005