

Hábitos de trabalho, esforço e qualidade de vida em profissionais da estratégia da saúde da família em município do semiárido nordestino

Work habits, effort and quality of life in family health strategy professionals in a municipality in the semi-arid northeastern region

Hábitos de trabajo, esfuerzo y calidad de vida en profesionales de estrategia de salud familiar en un municipio del noreste semiárido

Fernanda Pereira Lelis de Lima

Tarcísio Viana Cardoso

Resumo

A Estratégia da Saúde da Família (E.S.F.) expandiu o acesso à saúde no Brasil e minimizou a morbimortalidade. Apesar dos desafios constantes, a Saúde da Família vem contribuindo com os atributos da Atenção Básica e os trabalhadores são os importantes atores sociais para a garantia das ações e cuidados. Entretanto, muitos dos trabalhadores de saúde se encontram expostos a sobrecarga de trabalho e precariedade de vínculo e de trabalho, fatores que podem impactar a saúde física e mental. O objetivo do presente estudo foi avaliar os hábitos de trabalho, esforço e qualidade de vida dos trabalhadores da E.S.F. no município de Guanambi Bahia. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo. Foram utilizados os seguintes instrumentos validados: Escala de Borg, WHOQOL Bref e questionário socioeconômico. Foi possível observar que os componentes das equipes de saúde estão sujeitos a componentes negativos relacionados aos desgastes físicos, psicológicos e também ambientais, fatores que influenciam na qualidade de vida e concomitantemente nos hábitos de trabalho e esforços. Destarte, é preciso considerar que deve-se pensar em políticas públicas de saúde de atenção primária, mas também é proporcionalmente importante o entendimento da qualidade de vida dos trabalhadores que produzem saúde da família.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Qualidade de Vida; Saúde Ocupacional.

Abstract

The Family Health Strategy (FHS) has expanded access to health care in Brazil and minimized morbidity and mortality. Despite ongoing challenges, Family Health has contributed to the attributes of Primary Care, and workers are important social actors in ensuring actions and care. However, many health workers are exposed to work overload and precarious employment relationships, factors that can impact physical and mental health. The objective of this study was to evaluate the work habits, effort, and quality of life of FHS workers in the municipality of Guanambi, Bahia. This is a descriptive, cross-sectional, and quantitative study. The following validated instruments were used: Borg Scale, WHOQOL Bref, and socioeconomic questionnaire. It was possible to observe that the components of health teams are subject to negative components related to physical, psychological, and environmental exhaustion, factors that influence quality of life and, concomitantly, work habits and effort. Therefore, it is necessary to consider that we must think about public health policies for primary care, but it is also proportionally important to understand the quality of life of workers who produce family health.

Keywords: National Health Strategies; Quality of Life; Occupational Health.

Resumen

La Estrategia de Salud de la Familia (E.S.F.) amplió el acceso a la salud en Brasil y minimizó la morbilidad y la mortalidad. A pesar de los constantes desafíos, la Salud de la Familia viene contribuyendo a los atributos de la Atención Primaria y los trabajadores son actores sociales importantes para garantizar las acciones y los cuidados. Sin embargo, muchos trabajadores de la salud están expuestos a sobrecargas de trabajo y empleos precarios, factores que pueden afectar la salud física y mental. El objetivo del presente estudio fue evaluar los hábitos de trabajo, esfuerzo y calidad de vida de los trabajadores de la E.S.F. en el municipio de Guanambi Bahía. Se trata de un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. Se utilizaron los siguientes instrumentos validados: Escala de Borg, WHOQOL Bref y cuestionario socioeconómico. Se pudo observar que los componentes de los equipos de salud están sujetos a componentes negativos relacionados con el estrés físico, psicológico y ambiental, factores que influyen en la calidad de vida y, concomitantemente, en los hábitos y esfuerzos de trabajo. Por lo tanto, es necesario considerar que se deben considerar políticas públicas de salud para la atención primaria, pero también es proporcionalmente importante comprender la calidad de vida de los trabajadores que producen la salud familiar.

Palabras-clave: Estrategias de Salud Nacionales; Calidad de Vida; Salud Laboral.

1 Introdução

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) é a principal doutrina de atenção primária à saúde (APS) retratada no Brasil, definida como um sistema de APS de abordagem comunitária e estabelecida a partir dos anos 2000. Esse modelo é nivelado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e está relacionado aos atributos essenciais e derivados, bem como nas dimensões de participação social, intersetorialidade e multidisciplinaridade.¹

Nesse contexto, a atuação da ESF promoveu progressos e aquisições significativos, no que tange a expansão de acesso ao atendimento à saúde e consequentemente, a redução da morbimortalidade por razões evitáveis e o decréscimo das desigualdades em saúde.² Diante disso, torna-se evidente a consideração da aplicação de ações sociais e o acesso à saúde por parte do governo. No entanto, é importante analisar os bastidores da saúde pública, posto que para alcançar esses objetivos, é fundamental a atuação dos profissionais de saúde, não obstante da função que exercem.³

São muitos desafios encontrados pelos profissionais da ESF, como grande procura por atendimento, carência de recursos, sujeição a violência e a complexidade dos problemas de saúde pública. Contudo, esses processos demandam esforço e colaboram para a vulnerabilidade do profissional. Por isso, podem levar ao estresse, o que afeta a saúde física e mental, bem como a excelência no serviço ofertado aos pacientes.⁴

Nesse sentido, Silva e colaboradores⁵ ponderam que estudos relatam a presença do desprazer e desgaste no trabalho. Para compreender tal fato, é importante salientar a respeito da determinação social da saúde, que elucida que a saúde é historicamente e socialmente determinada. Por isso, ela submete-se aos estados de desenvolvimento e das oportunidades que a sociedade traz para desfrutá-la. Diante de tal fato, as condições de saúde no capitalismo resultam do vínculo entre potenciais de fortalecimento e de desgaste, característicos às condições laborais e às condições de vida.

Partindo desse pressuposto, tal circunstância na Atenção Básica deve ser posta em análise quando acompanha-se o regime de acumulação do modo de produção, o que expõe potenciais de desgaste aos trabalhadores. Assim, esses elementos são caracterizados pela precariedade das condições de trabalho, carência de direitos trabalhistas, fracos vínculos de trabalho, bem como adversidades no ambiente ocupacional.⁵

Mello *et al.*⁶ destacam que a situação de adoecimento convive com o regime e desempenho no trabalho. Isso está relacionado com cenários de risco, quesito de produtividade, reveses no trabalho em grupo, falta de plano de cargos e salários, bem como déficits das demais esferas de cuidado. Em mesma linha, Viana e Ribeiro⁷ argumentam que, por mais que haja transformações na política da APS, a disposição do processo laboral e o desdém da valorização dificultam seus alcances. Sendo assim, o serviço de saúde no Brasil apresenta descoordenação entre a excelência do atendimento e os que concedem o serviço. Devido a isso, torna-se inviável fazer saúde pública de qualidade sem levar em conta o profissional que a institui.

Portanto, o convívio com trabalhadores de saúde e a visualização de relatos frequentes de piora da qualidade de vida no exercício da ESF, fomentaram a confecção do presente estudo, no qual busca estender o escopo e enfatizar sobre a relevância dessa temática, que em contrapartida, encontra-se em invisibilidade política.³

Nesse contexto adverso e patológico, onde aumentam as regulamentações, metas e a extensão da ESF, torna-se indispensável a produção de investigações sobre a saúde desses trabalhadores, ressaltando a influência dos hábitos de trabalho, esforço, e qualidade de vida em profissionais da ESF no município de Guanambi, no estado da Bahia.³

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa é do tipo descritiva, transversal e quantitativa. Desse modo, trata-se de um estudo observacional e seccional que busca responder a pergunta de pesquisa com base na presença de uma determinada característica no momento de realização da pesquisa ou o enfoque pontual dos participantes. Portanto, esse método documenta uma circunstância presente em um dado período.⁸

No que concerne ao lado quantitativo, refere-se a uma forma objetiva de estudo baseada em dados numéricos e estatísticos, que busca testar teorias existentes e formular elementos para avaliação e comparação.⁹

2.1 Caracterização da amostra e amostragem

Teve como participação os profissionais de saúde elencados no Sistema de Cadastros Nacionais de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) no ano de 2015, com vínculo na Secretaria de Saúde do Município de Guanambi - BA, em especial na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Em relação a área de estudo, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁰, Guanambi possuía uma população residente em 2022 de 87.817 habitantes. A área territorial é de 1.272,366 Km².¹⁰

2.2 Critérios de exclusão

Considerou-se como critérios de eliminação os profissionais que: estivessem afastados no exercício de suas funções no período de realização da pesquisa e falta de cadastro no SCNES; encontrassem em licença prêmio; estiverem em afastamento por problemas de saúde; não apresentassem no mínimo seis meses no setor; não concordassem em participar da pesquisa; desistissem de participar em qualquer fase da pesquisa; ter outro vínculo trabalhista formal.

2.3 Procedimentos de coleta de dados

Para a coleta de dados foi realizado o levantamento numérico desses trabalhadores no município, no qual baseou-se nos relatórios do Departamento de Atenção Básica e o Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Posteriormente, foi feita a programação de reuniões para elucidação sobre a pesquisa. Após aprovação pelo Comitê de Ética, iniciou-se a coleta de dados mediante entrevistas com cada trabalhador.

Utilizou-se a escala de percepção de esforço BORGCategoryRatio (CR 10), o questionário validado de qualidade de vida (WHOQOL Bref) e um questionário de levantamento de dados epidemiológicos.

Desse modo, a escala de BORG mede como o indivíduo percebe o esforço físico mediante a classificação de uma escala de 0 a 10.¹¹ Por isso, esse método fornece ao entrevistado âncoras verbais para que possa julgar a respeito da intensidade de um estímulo.¹²

O WHOQOL-bref é a versão abreviada do WHOQOL-100, no qual demonstrou ser válido e confiável, o que apresenta propriedades psicométricas apropriadas. Esse questionário pode avaliar a qualidade de vida em quatro domínios: saúde física, psicológica, relacionamentos sociais e meio ambiente. Nele constam 26 questões, o que inclui dois tópicos acerca da qualidade de vida e saúde geral e os demais itens compõem um elemento de cada uma das 24 facetas do instrumento original. Esses itens possuem uma escala de Likert com 5 pontos, onde uma pontuação mais alta significa uma melhor qualidade de vida.¹³

Além disso, pensando nas variáveis que podem intervir na qualidade de vida, criou-se 33 perguntas objetivas aplicadas para conjunturas sociais, econômicas e culturais. Esse questionário foi aplicado com o propósito de obter informes que permitissem verificar o perfil dos entrevistados.

2.4 Análise de dados

Utilizou-se os testes de Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fischer ou G de Willians para correlatar e avaliar os dados colhidos no questionário epidemiológico com os índices de qualidade de vida. Os testes foram utilizados a depender da distribuição dos resultados em termos de frequência. Na análise inferencial apresentou-se as variáveis com valor de $P < 0,05$. As análises deste trabalho foram feitas com o auxílio do programa Epi Info 7.1.3.

2.5 Aspectos éticos

O trabalho foi proposto ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade do Estadual de Feira de Santana (UEFS), cujo registro está sob o CAAE 37540114.4.0000.0053 e protocolo número 944812, aprovado no dia 04 de Fevereiro de 2015.

Os trabalhadores convidados a compor a pesquisa foram comunicados sobre a natureza do projeto, seu objetivo e quais dados poderão ser alcançados.

Os indivíduos que consentiram na participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em duas vias.

As perguntas que foram disponíveis aos participantes atestaram o anonimato, no qual cada profissional recebeu apenas o número de identificação alfanumérico, o que preserva a confidencialidade das informações.

Cabe ressaltar que a pesquisa cumpriu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.¹⁴

3 Resultados e discussão

A presente pesquisa obteve participação de 197 colaboradores, nos quais foram segregados em quinze categorias conforme Tabela 1.³ Essa distribuição é fundamentada no estado de trabalho em equipe, que conforme Peduzzi *et al.*¹⁵, é a base da estrutura da ESF. Dada a sua importância, o trabalho em equipe é caracterizado pela precisão do estabelecimento de objetivos e responsabilidades partilhadas, a fim de possibilitar o desenvolvimento individual e coletivo para a assistência entre os profissionais envolvidos.¹⁶

Tabela 1 - Frequência absoluta (Fi), frequência relativa (fi) e intervalo de confiança 95% (IC95%) da distribuição por categoria profissional, dos trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Guanambi, BA. 2015.

Profissão	Fi	fi	LI-IC95%	LS-IC95%
-----------	----	----	----------	----------

Agente Comunitário de Saúde	101	51,27%	44,06%	58,44%
Auxiliar de Saúde Bucal	8	4,06%	1,77%	7,84%
Auxiliar de Serviços Gerais	6	3,05%	1,13%	6,51%
Assistente Social	2	1,02%	0,12%	3,62%
Profissional de Educação Física	2	1,02%	0,12%	3,62%
Enfermeiro(a)	20	10,15%	6,31%	15,24%
Farmacêutico(a)	2	1,02%	0,12%	3,62%
Fisioterapeuta	4	2,03%	0,56%	5,12%
Médico(a)	3	1,52%	0,32%	4,39%

Fonte: Cardoso, 2016.³

Tabela 1 - Frequência absoluta (Fi), frequência relativa (fi) e intervalo de confiança 95% (IC95%) da distribuição por categoria profissional, dos trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Guanambi, BA. 2015. (conclusão)

Profissão	Fi	fi	LI-IC95%	LS-IC95%
Nutricionista	2	1,02%	0,12%	3,62%
Odontólogo(a)	7	3,55%	1,44%	7,18%
Psicólogo(a)	2	1,02%	0,12%	3,62%
Recepcionista	11	5,58%	2,82%	9,77%
Segurança	1	0,51%	0,01%	2,80%
Técnico(a) de Enfermagem	26	13,20%	8,81%	18,74%
Total	197	100,00%		

Fonte: Cardoso, 2016.³

Conforme os dados obtidos, os grupos com maior quantitativo foram os agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem, enfermeiros e recepcionistas, respectivamente.³ Dentre eles, os agentes comunitários de saúde, que atuam na linha de frente na promoção de hábitos saudáveis, podem ter demandas e desafios no processo de trabalho que impactam em sua saúde.¹⁷

Desse modo, Nunes *et al.*¹⁸ relatam a dificuldade em ouvir os problemas da população sem absorver a carga para si entre os ACS, assim como a presença de autocobranças, necessidade de acompanhar a sociedade e a tecnologia, frustrações, ansiedade, estresse e perda de privacidade. Como consequência, esses fatores contribuem para a sobrecarga e interferem na saúde física, mental e emocional desses profissionais.

Já em relação ao gênero, o sexo feminino (89,34%) obteve maior representatividade em relação ao sexo masculino (10,66%).³ Sendo assim, observa-se a feminização dos profissionais de

saúde, um fenômeno altamente registrado em espectro global com cerca de 75% da força de trabalho.¹⁹

A Tabela 2 apresenta as variáveis associadas ao processo de trabalho. Portanto, como apresentado, 188 indivíduos trabalham durante 40 horas semanais, enquanto que 8 trabalhadores possuem carga horária de 20 horas.³

Tabela 2 - Frequência absoluta (Fi), frequência relativa (fi) e intervalo de confiança 95% (IC95%) dos aspectos ocupacionais envolvendo os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Guanambi, BA. 2015.

Variável	Fi	fi	LI-IC95%	LS-IC95%
Carga horária semanal				
20 HORAS	8	4,06%	1,77%	7,84%
40 HORAS	188	95,43%	91,50%	97,89%
48 HORAS	1	0,51%	0,01%	2,80%
Doença relacionada ao trabalho				
NÃO	119	60,41%	53,21%	67,29%
SIM	78	39,59%	32,71%	46,79%
Relação trabalho-doença				
NÃO	118	59,90%	52,69%	66,80%
SIM	79	40,10%	33,20%	47,31%
Usa transporte				
NÃO	75	38,07%	31,26%	45,24%
SIM	122	61,93%	54,76%	68,74%
Qual transporte				
BICICLETA	9	4,57%	2,11%	8,50%
CARRO	40	20,30%	14,92%	26,61%
MOTO	73	37,06%	30,30%	44,21%
NÃO SE APLICA	75	38,07%	31,26%	45,24%
Trabalho influencia na alimentação				
NÃO	72	36,73%	29,98%	43,90%
SIM	124	63,27%	56,10%	70,02%
Trabalha em pé				
NÃO	131	66,84%	59,77%	73,38%
SIM	65	33,16% ²	6,62%	40,23%
Trabalha andando				
NÃO	69	35,20%	28,53%	42,33%
SIM	127	64,80%	57,67%	71,47%
Trabalha sentado				
NÃO	127	64,80%	57,67%	71,47%
SIM	69	35,20%	28,53%	42,33%
Esforço repetitivo				
NÃO	54	27,41%	21,31%	34,20%
SIM	143	72,59%	65,80%	78,69%

Sente dor no trabalho				
NÃO	83	42,13%	35,15%	49,36%
SIM	114	57,87%	50,64%	64,85%

Fonte: Cardoso, 2016.³

Tabela 2 - Frequência absoluta (Fi), frequência relativa (fi) e intervalo de confiança 95% (IC95%) dos aspectos ocupacionais envolvendo os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Guanambi, BA. 2015. (conclusão)

Variável	Fi	fi	LI-IC95%	LS-IC95%
Carga horária extra				
NÃO	138	70,05%	63,13%	76,35%
SIM	59	29,95%	23,65%	36,87%
Trabalho excessivo				
NÃO	97	49,24%	42,06%	56,44%
SIM	100	50,76%	43,56%	57,94%
Tem metas				
NÃO	23	11,68%	7,55%	17,00%
SIM	174	88,32%	83,00%	92,45%
Metas exageradas				
NÃO	149	75,63%	69,03%	81,46%
SIM	48	24,37%	18,54%	30,97%
Metas diárias				
NÃO	154	80,21%	73,86%	85,60%
SIM	38	19,79%	14,40%	26,14%
Metas semanais				
NÃO	162	84,38%	78,45%	89,20%
SIM	30	15,63%	10,80%	21,55%
Metas mensais				
NÃO	72	37,50%	30,63%	44,76%
SIM	120	62,50%	55,24%	69,37%
Metas anuais				
NÃO	179	93,23%	88,70%	96,35%
SIM	13	6,77%	3,65%	11,30%
Cansaço devido às metas				
NÃO	92	47,42%	40,23%	54,70%
SIM	102	52,58%	45,30%	59,77%
Trabalha no fim de semana				
NÃO	145	73,98%	67,25%	79,97%
SIM	51	26,02%	20,03%	32,75%
Risco à saúde no trabalho				
NÃO	28	14,21%	9,66%	19,88%
SIM	169	85,79%	80,12%	90,34%

Influencia a vida familiar				
NÃO	165	83,76%	77,85%	88,62%
SIM	32	16,24%	11,38%	22,15%

Fonte: Cardoso, 2016.³

A respeito disso, estudos indicam que longas horas trabalhadas podem transfigurar o modo de vida dos colaboradores, o que caracteriza em estresse, más condições de sono, redução do autocuidado e de exercícios físicos. Muitas vezes isso vem acompanhado de hábitos alimentares não saudáveis, nos quais afetam a saúde mental, bem como a recuperação de doenças. Além disso, uma alta jornada de trabalho colabora para condutas precárias de saúde, impactando negativamente no bem estar geral do indivíduo.²⁰

A constância entre tempo e a assistência a ser executada, estado físico, social e psicológico, bem como atribuições e funções podem resultar em sobrecarga de trabalho. Dessa maneira, a jornada trabalhada associa-se a sobrecarga no que se trata da quantidade de afazeres excedentes e o tempo disponível, nos quais ultrapassam as limitações físicas e psíquicas do indivíduo. Consequentemente, isso torna-se um elemento apreensivo na qualidade de vida tal como na particularidade da assistência.²¹

No que tange a doenças diagnosticadas, 55,33% (n=109) alegaram não possuí-las e 44,67% (n=88) adquiriram pelo menos uma.³ Diante disso, pesquisas mostram que a exaustão entre profissionais da saúde leva a infortúnios físicos e mentais como problemas relacionados ao sono, depressão, doenças cardiovasculares e qualidade deficiente de cuidados de saúde, bem como diminuição do rendimento laboral.²² Ademais, o regime de trabalho pode interferir na saúde e acarretar em distúrbios biopsicossociais, o que o torna fundamental influenciador na qualidade de vida do trabalhador.²³

Diante do exposto, em 40,10% dos casos essas doenças tiveram relação com o trabalho, o que inclui artrose, depressão, osteoporose, lombalgia, lúpus, hipertensão, gastrite, hérnia de disco, osteoartrose, fibromialgia, bursite, litíase renal, bursite, entre outras.³ Isso correlata-se com o contexto de uma sociedade capitalista que mudou a maneira de comunicação, relacionamento, trabalho e informação nas últimas décadas, o que a torna causadora do aumento de doenças do trabalho. Desse modo, a busca por produtividade diverge com as limitações humanas, levando à evolução do sofrimento.²⁴

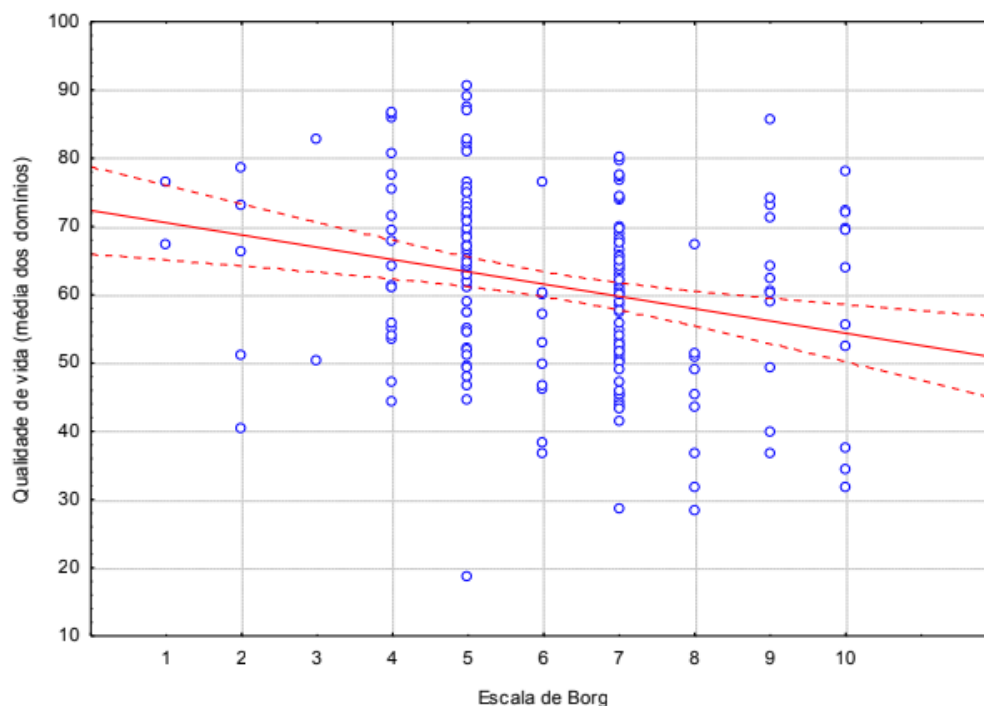
Em conformidade com Assis *et al.*²⁵, a Política Nacional de Atenção Básica chegou ao paradoxo de produtividade em relação a quantidade de consultas e visitas domiciliares. Nessa situação, equipes incompletas e sobrecarga podem motivar reveses de saúde, bem como a insatisfação no trabalho. Em razão disso, a busca de produção constante associa-se com execuções biomédicas, o que enfraquece a ESF.

Outrossim, 85,79% (n=169) dos participantes relatam o risco a saúde devido ao trabalho, enquanto que 72,59% (n=143) realizam esforços repetitivos, 57,87% (n=114) sentem dor no trabalho, 52,58% (n=102) passam por cansaço por conta das metas e 50,76% (n=100) possuem trabalho excessivo.³

A partir da pesquisa foi possível obter uma média de 61,51 pontos no WhoqolBref, onde o domínio ambiental apresentou a menor média. Enquanto isso, o domínio físico alcançou 61,90 pontos, o psíquico 63,19 pontos e o social uma pontuação de 66,96.³

Como resultado, no domínio físico somente 14 de 197 entrevistados estiveram no intervalo (85-100) considerado ideal. Já no psíquico, 32,49% encontram-se na lacuna 70-85 com relatos de ansiedade e estresse ocupacional. No domínio social, mais de um quarto estão entre 80-100, à medida que no ambiental mais da metade encontraram-se em 40-55. Em modo geral, 7,55% dos indivíduos obtiveram 91,25 pontos, e 143 profissionais compuseram a escala 47,5-62,25 e 62,25-76,75. Adicionalmente, esses dados são complementados na Figura 1 que demonstra o diagrama de dispersão entre os resultados logrados na escala de BORG e a média do WhoqolBref.³

Figura 1 - Diagrama de dispersão entre os valores obtidos na escala de Borg e a média dos domínios de Qualidade de Vida aferida pelo WHOQOL Bref para profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Guanambi, BA. 2015.



Fonte: Cardoso, 2016.³

Nesse contexto, atribuições que requerem atenção, bem como desgaste físico e mental podem exigir a adoção de posturas indevidas, rotações da coluna, movimentos monótonos e, conseqüentemente, ocasionar lesões musculoesqueléticas.²⁶ Diante do exposto, essas tarefas contribuem para o surgimento de lesões por esforço repetitivo (LER) e de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), qualificados por alterações corporais e agravantes ocupacionais. Contudo, essas conjunturas não impactam apenas o físico, mas também na motivação, satisfação e na qualidade de vida do trabalhador.²⁷

De acordo com Zhang²⁸, a sobrecarga no trabalho é proeminente e imperativa, na qual pode ocorrer, por exemplo, devido a deficiência de recursos para o cumprimento das obrigações impostas. Isso acarreta diretamente no bem-estar e satisfação dos funcionários. Além disso, as exigências do trabalho estão associadas ao comprometimento indireto na saúde. Isso ocorre porque o esgotamento é um processo que sucede em etapas que vão de estresse até problemas de saúde, sintomas físicos e desespero.²⁹

Sobrecarga excessiva, estresse, esgotamento e dificuldade de equilibrar trabalho e família podem levar a não visualização dos momentos gratificantes da assistência e prejudicar a satisfação no trabalho.²⁹ Nesse sentido, esse contentamento pode ser visualizado como um estado de prazer associado a experiências no trabalho e é considerado um pré-requisito para aprimorar a eficiência organizacional e proporcionar uma atenção de qualidade no serviço

público. Posto que trabalhadores satisfeitos possuem maior comprometimento organizacional, menos rotatividade e adquirem maior desempenho.²⁸

De acordo com Frota *et al.*³⁰, condições de organização da administração, sistema de trabalho e padrão das relações humanas são decisivos para o desenvolvimento do estresse ocupacional. Em outros termos, demandas psicológicas elevadas podem ser determinantes na qualidade de vida, principalmente quando pertinentes a baixa autonomia na ocupação laboral e ao baixo apoio social. Sendo assim, o esgotamento profissional está mais relacionado ao social do que ao individual.

Desse modo, a equipe multidisciplinar está sujeita a componentes negativos do ambiente laboral, tendo em vista a insalubridade e a presença de riscos ergonômicos, os quais influenciam no psicológico desses profissionais. Ademais, esses indivíduos podem se deparar com circunstâncias que exigem preparo emocional, como a falta de recuperação total e o óbito. Esses fatores levam a insatisfação pessoal e como resultado, atingem a qualidade de vida.³¹

4 Conclusão

Os resultados possibilitaram a verificação dos hábitos de trabalho, esforço e da qualidade de vida dos trabalhadores da ESF de Guanambi-Bahia. A partir disso surge a necessidade de refletir sobre a saúde pública e valorizar o qualitativo da atenção básica, enfocando no ser humano e no bem-estar dos profissionais. Ao garantir a qualidade de vida e um ambiente de trabalho saudável, haverá benefícios para o trabalhador e, conseqüentemente, para a assistência prestada. Ainda assim, estudos futuros são fundamentais para ampliar essa investigação a fim de proporcionar a qualidade de vida dos trabalhadores da ESF. Destarte, é preciso considerar que deve-se pensar em políticas públicas de saúde de atenção primária, mas também é proporcionalmente importante o entendimento da qualidade de vida dos trabalhadores que produzem saúde da família.

Referências

1. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF de, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da

- Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc Saúde Coletiva*. 14 de junho de 2021;26:2543–56.
2. Moreira DC, Bispo Júnior JP, Nery AA, Cardoso JP. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(12):e00031420.
 3. Cardoso TV. Dor, esforço e qualidade de vida de profissionais da Estratégia Saúde da Família em Guanambi-Bahia [tese de mestrado]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2016.
 4. Santos RN dos, Marques FRV, Tiago KP, Martins KP, Brito DL, Souza ARB de, et al. Síndrome de Burnout e estresse ocupacional em profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Contrib LAS Cienc Soc*. 31 de janeiro de 2024;17(1):7690–707.
 5. Silva LMP da, Gaiotto EMG, Campos CMS, Soares CB. Potenciais de desgaste no trabalho da Atenção Básica no Brasil: uma revisão integrativa. *Conjecturas*. 12 de outubro de 2022;22(14):401–41.
 6. Mello IAP de, Cazola LH de O, Rabacow FM, Nascimento DDG do, Pícoli RP. Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil. *Trab Educ E Saúde*. 11 de maio de 2020;18:e0024390.
 7. Viana VGA, Ribeiro MFM. Fragilidades que afastam e desafios para fixação dos médicos da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Fam Ciclos Vida E Saúde No Contexto Soc*. 2021;1:216–27.
 8. Merchán-Hamann E, Tauil PL. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 28 de abril de 2021;30:e2018126.
 9. Soares WD, Abritta MLR, Freitas DA, Soares RSMV, Correa PDS, Finelli LAC. PESQUISA QUALITATIVA E QUANTITATIVA: UM ESTUDO COMPARATIVO. Em: *Revisão Bibliográfica: o uso da metodologia para a produção de textos* [Internet]. 1º ed Editora Científica Digital; 2022 [citado 9 de julho de 2024]. p. 39–45. Disponível em: <http://www.editoracientifica.com.br/articles/code/220508792>
 10. Guanambi (BA) | Cidades e Estados | IBGE [Internet]. [citado 9 de julho de 2024]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/guanambi.html>
 11. Porto VF de A, Bezerra TT, Zambon F, Behlau M. Fadiga, esforço e desconforto vocal em professores após atividade letiva. *CoDAS*. 21 de junho de 2021;33:e20200067.
 12. Ramos-Favaretto FS, Fukushima AP, Scarmagnani RH, Yamashita RP. Escala de Borg: um novo método para avaliação da hipernasalidade de fala. *CoDAS*. 2 de dezembro de 2019;31:e20180296.
 13. West EC, Williams LJ, Stuart AL, Pasco JA. Quality of life in south-eastern Australia: normative values for the WHOQOL-BREF in a population-based sample of adults. *BMJ Open*. 9 de dezembro de 2023;13(12):e073556.
 14. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. — Conselho Nacional de Saúde [Internet]. [citado 25 de agosto de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>

15. Peduzzi M, Agreli HLF, Espinoza P, Koyama MAH, Meireles E, Baptista PCP, et al. Relações entre clima de equipe e satisfação no trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 5 de janeiro de 2022;55:117.
16. Guimarães BEDB, Castelo Branco ABDA. Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: Pesquisa Bibliográfica. *Rev Psicol E Saúde*. 7 de fevereiro de 2020;143–55.
17. Magalhães NP, Sousa P da S, Pereira GV, Silveira MF, Brito MFSF, Rocha JSB, et al. Hábitos relacionados à saúde entre agentes comunitários de saúde de Montes Claros, Minas Gerais: estudo transversal, 2018. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 4 de agosto de 2021;30:e2020976.
18. Nunes RZ de S, Vitali MM, Souza CZ de, Amboni G, Tuon L, Gomes KM. Entre o sofrimento e a saúde: considerações sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Rev APS [Internet]*. 25 de julho de 2022 [citado 29 de agosto de 2024];25(1). Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/article/view/30082>
19. Shannon G, Minckas N, Tan D, Haghparast-Bidgoli H, Batura N, Mannell J. Feminisation of the health workforce and wage conditions of health professions: an exploratory analysis. *Hum Resour Health*. 17 de outubro de 2019;17(1):72.
20. Woo D, Lee Y, Park S. Associations among working hours, sleep duration, self-rated health, and health-related quality of life in Korean men. *Health Qual Life Outcomes*. 24 de agosto de 2020;18(1):287.
21. Santos C de SCS, Abreu DPG, Mello MCVA de, Roque T da S, Perim LF. Avaliação da sobrecarga de trabalho na equipe de enfermagem e o impacto na qualidade da assistência. *Res Soc Dev*. 29 de março de 2020;9(5):e94953201–e94953201.
22. Leite WP, Leite CA, Guedes CAL, Leite MCA. BURNOUT COMO FENÔMENO OCUPACIONAL EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIO DO SERTÃO PARAIBANO : BURNOUT AS AN OCCUPATIONAL PHENOMENON IN PRIMARY CARE PROFESSIONALS IN A CITY OF THE PARAÍBA BACKLANDS. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança*. 29 de abril de 2024;22(1):07–21.
23. Lopes DR da S, Ferreira F de S, Honorato KAM, Maia JA, Araújo RCF de, Belchior A de S. ESTRESSE OCUPACIONAL DEVIDO À SOBRECARGA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS: SCOPING REVIEW. *DêCiência Em Foco*. 2021;5(1):63–77.
24. Zenkner KV, Denardin EF, Jesus AA de, Strom BR, Silva ES da, Carlesso JPP. Saúde mental dos profissionais da saúde: o adoecimento de quem se dedica a cuidar a doença do outro. *Res Soc Dev*. 16 de junho de 2020;9(7):e916974747–e916974747.
25. Assis BCS de, Sousa GS de, Silva GG da, Pereira MO. Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde? *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 16 de abril de 2020;12(6):e3134.
26. Teixeira EJS, Petersen R de S, Marziale MHP. Work-related musculoskeletal disorders and work instability of nursing professionals. *Rev Bras Med Trab*. 20(2):206–14.
27. Silva A, Bruno, Linardi R, D C, Nogueira G, Campos P, et al. ARTIGO ORIGINAL LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS E DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO E REDUÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA. 25 de junho de 2020;12:2020.

28. Zhang Y. Disclosing the relationship between public service motivation and job satisfaction in the Chinese public sector: A moderated mediation model. *Front Psychol* [Internet]. 16 de fevereiro de 2023 [citado 20 de agosto de 2024];14. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1073370/full>
29. Chênevert D, Kilroy S, Johnson K, Fournier PL. The determinants of burnout and professional turnover intentions among Canadian physicians: application of the job demands-resources model. *BMC Health Serv Res*. 20 de setembro de 2021;21(1):993.
30. Frota SCM, Nogueira LT, Cavalcante ALP, Ibiapina NMS, Silva AD da. Síndrome de Burnout em profissionais de saúde atuantes na atenção básica: um estudo transversal. *Rev Pesqui Em Fisioter*. 7 de janeiro de 2021;11(1):32–9.
31. Soares LMB, Borges A dos S, Santos DO dos. Qualidade de vida no trabalho (qvt) nos profissionais de enfermagem. *Orientación Soc*. 17 de dezembro de 2020;20(2):e026–e026.