

FATORES ASSOCIADOS A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Recebido em: 11/09/2023

Aceito em: 09/10/2023

DOI: 10.25110/arqsaude.v27i10.2023-008

Adriana Batista Gonçalves Gomes¹
Ludmila Grego Maia²
Beatriz Maria dos Santos Santiago Ribeiro³
Hugo Machado Sanchez Ludmila Grego Maia⁴
Ana Carolina Mesquita do Nascimento⁵
Sérgio Valverde Marques dos Santos⁶
Luiz Almeida da Silva⁷

RESUMO: Objetivo: analisar os principais fatores que estão associados a qualidade de vida no trabalho de profissionais da saúde da atenção primária à saúde. Método: Estudo transversal de abordagem quantitativa, realizada com 163 trabalhadores, os quais responderam ao questionário *Total Quality of Work Life-42* e a um outro sobre características sociodemográficas e laborais. Resultados: Dos respondentes 84% sexo feminino; 47,9% pardos; 55,2% casados; 55,8% com grau de escolaridade médio, 23,9% graduados e 15,5% possuíam pós-graduação. A renda foi observada correlação positiva entre renda e qualidade de vida, além de fatores pessoais como ser do sexo masculino, solteiro, tempo de trabalho no município (anos). Verificou-se que profissionais do sexo feminino apresentaram menores escores de qualidade de vida no aspecto econômico e político quando comparados aos do sexo masculino. Conclusão: Medidas devem ser tomadas para promover um ambiente laboral que mantenha a qualidade de vida no trabalho e, por sua vez, favorecer a saúde física e mental dos profissionais de atenção primária à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

FACTORS ASSOCIATED WITH THE QUALITY OF LIFE AT WORK OF HEALTH PROFESSIONALS IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Objective: to analyze the main factors that are associated with the quality of life at work of health professionals in primary health care. Method: Cross-sectional study with a quantitative approach, carried out with 163 workers, who answered the *Total Quality of Work Life-42* questionnaire and another on sociodemographic and labor

¹ Mestre em Ensino na Saúde. Universidade Federal de Goiás (UFG).

E-mail: adriana-bbg@hotmail.com

² Doutora em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Jataí (UFJ).

E-mail: ludmila@ufj.edu.br

³ Doutoranda em Ciências em Saúde. Universidade de São Paulo (USP).

E-mail: beatrizsantiago1994@hotmail.com

⁴ Doutor em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Jataí (UFJ).

E-mail: hmsfisio@yahoo.com.br

⁵ Mestre em Gestão Organizacional. Universidade Federal de Catalão (UFCAT).

E-mail: acarolmnascimento@gmail.com

⁶ Doutor em Ciências. Universidade de São Paulo (USP).

E-mail: sergiovalverdemarques@hotmail.com

⁷ Doutor em Ciências. Universidade Federal de Catalão (UFCAT).

E-mail: enfer_luiz@ufcat.edu.br

characteristics. Results: Of the respondents, 84% were female; 47.9% brown; 55.2% married; 55.8% had a high school education, 23.9% graduated and 15.5% had a postgraduate degree. Income was observed to have a positive correlation between income and quality of life, in addition to personal factors such as being male, single, working time in the municipality (years). It was found that female professionals had lower quality of life scores in the economic and political aspects when compared to males. Conclusion: Measures must be taken to promote a work environment that maintains the quality of life at work and, in turn, favors the physical and mental health of primary health care professionals.

KEYWORDS: Quality of Life; Primary Health Care; Nursing.

FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

RESUMEN: Objetivo: analizar los principales factores que se asocian a la calidad de vida en el trabajo de los profesionales de la salud en la atención primaria de salud. Método: Estudio transversal con enfoque cuantitativo, realizado con 163 trabajadores, quienes respondieron el cuestionario de *Total Quality of Work Life-42* y otro sobre características sociodemográficas y laborales. Resultados: De los encuestados, el 84% eran mujeres; 47,9% marrón; 55,2% casados; El 55,8% tenía educación secundaria, el 23,9% se graduó y el 15,5% tenía posgrado. Ingreso, se observó una correlación positiva entre ingreso y calidad de vida, además de factores personales como ser hombre, soltero, tiempo de trabajo en la ciudad (años). Se constató que las mujeres profesionales tenían puntajes de calidad de vida más bajos en los aspectos económico y político en comparación con los hombres. Conclusión: Se deben tomar medidas para promover un ambiente de trabajo que mantenga la calidad de vida en el trabajo y, a su vez, favorezca la salud física y mental de los profesionales de la atención primaria de salud.

PALABRAS CLAVE: Calidad de Vida; Atención Primaria de Salud; Enfermería.

1. INTRODUÇÃO

Os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) constituem-se como contingente robusto de força de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), são responsáveis pela cobertura assistencial direta de 62,74% da população brasileira, segundo dados no Ministério da Saúde (BRASIL, 2018).

Conforme descrito na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a equipe de Saúde da Família (ESF) é formada por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Além disso, podem fazer parte da equipe, o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Estes profissionais da saúde apresentam desgaste acelerado, o qual é proveniente de inúmeras situações de estresse, na maioria das vezes, trabalham sem condição laboral adequada. Deve-se levar em conta a estrutura física, muitas vezes inapropriada, a falta de recursos humanos e materiais e, estão expostos a riscos de origem biológica, química, física e psicossocial.

Dessa forma, a qualidade de vida do trabalhador (QVT) pode ser resultado de programas que visem facilitar e satisfazer às necessidades dessas pessoas, ao desenvolver suas atividades nas organizações produzem mais quando estão satisfeitas e envolvidas com o trabalho (CARVALHO, 2014).

Diante da magnitude e complexidade do tema, de forma a contribuir com estudos relacionados à QVT dos profissionais da saúde, e considerando os aspectos apontados, justifica-se a relevância deste estudo, cuja análise teve a seguinte questão norteadora: qual a relação da Qualidade de Vida no Trabalho com as características sociodemográficas e também laborais dentro da equipe multiprofissional de profissionais da saúde?

A partir dessa questão, a compreensão dos significados que os trabalhadores da APS atribuíram à QVT é importante para subsidiar, no âmbito do ensino na saúde, ações que colaborem com a gestão para melhores tomadas de decisão, pautando-se na lógica do aprender a aprender, que tem como ponto de partida e chegada do estudo um recorte da realidade concreta, observada sob diversos ângulos, o que permite extrair e identificar os problemas ali existentes. Assim, objetivou-se com este estudo, analisar os principais fatores que estão associados a qualidade de vida no trabalho de profissionais da saúde da atenção primária.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, descritivo, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do Sudoeste Goiano brasileiro, com população estimada de 99.674 habitantes (IBGE, 2019).

O município é sede da Regional de Saúde Sudoeste II, referência para dez municípios, tendo como proposta de organização da rede de atenção à saúde (RAS) as ações e serviços da APS, por meio da ESF, com 21 equipes, das quais 20 são da zona urbana, distribuídas em nove UBS, e 01 da zona rural, distribuída em 03 UBS, com cobertura populacional de 73,83% (BRASIL, 2017).

A população do estudo foi a Equipe Multiprofissional (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Combate a

Endemias, Cirurgião Dentista, Auxiliares de Saúde Bucal) das 21 equipes da ESF e, ainda, os Recepcionistas/Administrativos e Auxiliares de Serviços Gerais de todas as Unidades Básicas de Saúde, em exercício de sua função.

A amostra foi composta por toda a população (Censo), que totaliza 163 trabalhadores entre os períodos de julho a setembro de 2018 que se enquadrava nos critérios de inclusão que eram: trabalhadores de todas as categorias que compõem a ESF, vinculados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), inclusive os Recepcionistas/Administrativos e Auxiliares de Serviços Gerais, mesmo em desvio de função. Foram excluídos da amostra os trabalhadores que estavam de licença médica, licença por interesse particular e licença prêmio.

Para a realização da pesquisa, foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados. O primeiro para avaliar a qualidade de vida no trabalho, o *Total Quality of Work Life* (TQW7-42) e um questionário sociodemográfico referentes ao perfil e laborais, contendo dados ocupacionais e hábitos de vida dos participantes. O TQW7-42 constituiu por 47 questões, sendo cinco para conhecimento da amostra e 42 em cinco esferas que contemplam as dimensões da qualidade de vida no trabalho validada no ano de 2012 no Brasil (Pedroso et al., 2014). Ambos aplicados pela primeira autora.

Os dados foram analisados no programa *Software for Statistics and Data Science STATA*, versão 14.0 (StataCorp, 2015). Foi realizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, com correção de *Lillifors* (RAZALI; WAH, 2011), análise descritiva das variáveis. As variáveis qualitativas foram apresentadas como frequência absoluta e relativa e as quantitativas como média e desvio-padrão (DP). Para análise da consistência interna, foi utilizado o coeficiente de alfa de *Cronbach*, padronizado em cada período de avaliação. Valores $> 0,7$ sugerem boa confiabilidade interna (CRONBACH, 1951; TAVAKOL; DENNICK, 2011). Para análise de consistência, também foi utilizado o coeficiente de correlação intraclasse (CCI). Valores inferiores a 0,5, entre 0,5 e 0,75, entre 0,75 e 0,90 e $> 0,90$ são indicativos de confiabilidade pobre, moderada, boa e excelente, respectivamente (BRAVO; POTVIN, 1992; KOO; LI, 2016).

Para verificar os fatores associados aos aspectos de QVT, foram realizadas análises bivariadas e múltiplas. Na análise bivariada, foram utilizados os testes de *Mann-Whitney* ou *Kruskal-Wallis* para comparar os escores médios da QVT entre as variáveis nominais. Para verificar a relação entre as variáveis ordinais e quantitativas e as esferas de QVT, foi utilizada análise de correlação de *Spearman* (r_s). Valores de r_s foram classificados como muito alta ($\pm 0.90-1.00$), alta ($\pm 0.70-0.90$), moderada ($\pm 0.50-0.70$),

baixa ($\pm 0.30-0.50$) e correlação negligenciável ($\pm 0.00-0.30$).

Em seguida, foi realizada análise de regressão linear múltipla, tendo como variáveis dependentes os aspectos de QVT. As análises foram realizadas para cada esfera e para a escala global. Foram incluídos, no modelo, variáveis com p-valor $< 0,20$ com idade e sexo para ajuste. Tempo de trabalho no SUS e tempo de trabalho na unidade apresentaram alta correlação entre elas ($r_s = 0,930$; p-valor $< 0,001$), sugerindo a presença de redundância de uma variável no modelo e possível colinearidade, confirmada pela análise do *Variance Inflation Factor* (VIF) dos modelos. Assim, optou-se pela exclusão da variável tempo de trabalho da unidade de todos os modelos de regressão, permanecendo apenas a variável tempo de trabalho no SUS. Em todas as análises, valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

O presente estudo atendeu os preceitos éticos da Resolução CNS nº 466/2012, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, com o CAAE nº. 65277517.8.0000.5083, número do parecer 2.012.622.

3. RESULTADOS

Dos respondentes 84% sexo feminino; 47,9% pardos; 55,2% casados; 55,8% com grau de escolaridade médio, 23,9% graduados e 15,5% possuíam pós-graduação/especialização / mestrado. Autopercepção do estado de saúde foi boa, com média de idade 40,8 anos, a média de renda R\$ 3.485,30 (DP \pm R\$ 3.075,30); média de tempo de trabalho no município 12 anos (DP \pm 7,4 anos); média por tempo de trabalho no SUS 5,9 anos (DP \pm 3,9 anos) e média por tempo de trabalho na UBS, 5,6 anos (DP \pm 3,5 anos). Para conhecer a população estudada, são apresentadas, na Tabela 1, as características sociodemográficas e laborais dos trabalhadores do estudo.

A tabela 1 apresenta a análise descritiva das variáveis pessoais e profissionais dos profissionais da saúde da Atenção Primária.

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis pessoais e profissionais dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Jataí, GO, Brasil, 2018.

Variáveis	N = 163	%	IC 95%
Qualitativas			
Sexo			
Masculino	26	16,0	11,1-22,3
Feminino	137	84,0	77,6-88,9
Raça/cor da pele			
Branca	64	39,3	32,1-46,9
Parda	78	47,9	42,1-53,9
Negra	19	11,7	6,2-17,2
Amarela	2	1,2	0,7-1,9
Estado civil			
Solteiro	50	30,7	24,1-38,1
Casado/união consensual	90	55,2	47,5-62,6
Separado/divorciado/viúvo	23	14,1	9,6-20,3
Grau de escolaridade			
Ensino fundamental	6	3,7	1,7-8,0
Ensino médio	91	55,8	48,2-63,2
Graduação	39	23,9	18,0-31,0
Pós-graduação	15	9,2	5,7-14,6
Mestrado	3	1,8	0,6-5,3
Categoria profissional			
ACS	30	18,4	13,2-25,1
ACE	30	18,4	13,2-25,1
Técnico de Enfermagem	17	10,4	6,6-16,1
Enfermeiro	16	9,8	6,1-15,3
Médico	14	8,6	5,2-13,9
Cirurgião-dentista	12	7,4	4,3-12,4
Auxiliar de saúde bucal	11	6,7	3,8-11,7
Serviços gerais	8	4,9	2,5-9,4
Recepcionista	25	15,3	10,6-21,7
Possui outro trabalho			
Sim	33	20,2	14,8-27,1
Não	130	79,8	72,9-85,2
Autopercepção do estado de saúde			
Excelente	7	4,3	2,1-8,6
Muito boa	33	20,2	14,8-27,1
Boa	72	44,2	36,8-51,8
Regular	49	30,1	23,5-37,5
Ruim	2	1,2	0,3-4,4
Quantitativas			
	Média (DP)	Mediana (IIQ)	IC 95%
Idade (anos)	40,8 (9,9)	40,0 (16,0)	39,2-42,3
Renda (reais)	3485,3 (3075,3)	1908,0 (4320,0)	3009,7-3961,0
Tempo de trabalho no município (anos)	12,0 (7,4)	11,0 (11,0)	10,9-13,2
Tempo de trabalho no SUS (anos)	5,9 (3,9)	6,0 (4,0)	5,3-6,5
Tempo de trabalho na unidade (anos)	5,6 (3,5)	6,0 (4,0)	5,1-6,1

IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; DP: Desvio-padrão; IIQ: Intervalo interquartil.

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

A Tabela 2 mostra a estatística descritiva e a confiabilidade interna dos cinco aspectos de QVT e aspecto global na amostra em estudo.

Tabela 2. Análise dos domínios do QVT em trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Jataí,GO, Brasil, 2018.

Aspectos	Média (DP)	IC 95%	Mediana	IIQ	Valor		Alfa de Cronbach	CCI	P-valor*
					Min.	Máx.			
Biológico e Fisiológico	60,5 (11,9)	58,6-62,3	59,4	15,6	21,9-93,7		0,607	0,579	< 0,001
Psicológico e Comportamental	67,1 (12,2)	65,2-69,0	65,6	15,6	34,4-100,0		0,638	0,639	< 0,001
Sociológico e Relacional	56,4 (13,8)	53,2-58,5	56,2	18,7	28,1-90,6		0,653	0,665	< 0,001
Econômico e Político	47,3 (12,0)	45,4-49,1	46,9	12,5	15,6-93,7		0,584	0,592	< 0,001
Ambiental e Organizacional	52,4 (11,8)	50,6-54,3	53,1	12,5	15,6-90,6		0,639	0,635	< 0,001
Global	57,0 (9,5)	55,5-58,4	56,4	11,9	32,7-82,7		0,877	0,875	< 0,001

Abreviações: DP: Desvio-padrão; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; IIQ: Intervalo interquartil;

Min: Mínimo; Máx: Máximo; CCI: coeficiente de correlação intraclasse; *Teste F

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Observou-se que o maior escore foi observado para o aspecto psicológico e comportamental (67,1). O menor escore foi verificado para a esfera econômica e política (47,3).

A Tabela 3 mostra a análise comparativa dos escores de QVT por categoria profissional.

Tabela 3. Análise comparativa da QVT por categoria profissional. Jataí, GO, Brasil, 2018.

Variáveis Aspecto	Agentes Comunitário de Saúde	Agente Comunitário Endemia	Técnico Enfermagem	Enfermeiro	Médico	Cirurgião Dentista	Auxiliar Saúde Bucal	Serviços Gerais	Recepcionista	P-valor*
QVT										
Biológico/Fisiológico	57,7 (8,7)	53,8 (9,9)	63,3 (7,8)	66,8 (15,3)	61,8 (11,8)	57,9 (17,3)	62,2 (11,6)	58,6 (7,6)	66,0 (11,7)	0,007
Psicológico/Comportamental	65,0 (10,0)	60,0 (12,0)	64,3 (10,0)	70,1 (13,0)	73,2 (7,8)	67,4 (12,2)	70,7 (12,7)	62,9 (9,2)	74,4 (12,4)	0,001
Sociológico/ Relacional	56,1 (10,0)	54,6 (12,6)	46,5 (10,1)	59,8 (12,8)	63,2 (11,0)	60,4 (19,9)	56,8 (16,4)	51,6 (15,2)	59,0 (15,6)	0,042
Econômico/Político	46,6 (7,2)	48,5 (10,9)	40,2 (10,4)	51,9 (14,8)	48,4 (9,6)	42,4 (12,7)	49,1 (19,8)	46,5 (16,3)	49,6 (10,9)	0,203
Ambiental/Organizacional	47,3 (9,3)	50,1 (12,5)	54,7 (7,7)	59,4 (15,3)	56,5 (10,7)	51,0 (12,9)	55,7 (13,7)	48,8 (10,4)	54,2 (10,6)	0,055
Geral	54,8 (5,7)	53,5 (9,3)	54,1 (5,8)	62,0 (12,7)	60,9 (7,5)	55,8 (12,6)	58,9 (11,3)	54,2 (7,2)	60,9 (9,7)	0,017

Nota: Dados apresentados como média (desvio-padrão).

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Os Aspecto biológico/fisiológico: ACE apresentaram menores escores de QVT comparados aos médicos, TE, ASB, enfermeiros e recepcionistas ($p < 0,05$); maior escore para os enfermeiros com QVT (66,8); Aspecto econômico/político: menor escore dos cinco aspectos de QVT; melhor escore para os enfermeiros (62,0). Aspecto ambiental/organizacional: maior escore para identidade da tarefa (78,0); menor escore para oportunidade de crescimento (21,3); concluiu-se que os profissionais da saúde pesquisados não estão tendo uma QVT significativa.

As análises de post hoc mostraram que os ACE apresentaram menores escores de QVT no aspecto biológico e fisiológico quando comparados aos médicos, técnicos de enfermagem, ASB, enfermeiros e recepcionistas. Os ACS também apresentaram menores escores de QVT neste domínio quando comparados aos técnicos de enfermagem, enfermeiro e recepcionistas (p -valor $< 0,05$). Em seguida, o terceiro menor escore de QVT foi registrado para os CD, comparados aos médicos, técnicos de enfermagem, ASB, enfermeiros e recepcionistas (p -valor $< 0,05$).

Com relação ao aspecto psicológico e comportamental, os ACE também apresentaram menores escores de QVT quando comparados aos ASB, enfermeiros, médicos, CD e recepcionistas (p -valor $< 0,05$). Os ACS apresentaram menores escores quando comparados a médicos e recepcionistas (p -valor $< 0,05$). Recepcionistas apresentaram maiores escores de QVT quando comparados aos Serviços Gerais (SG) e técnicos de enfermagem (p -valor $< 0,05$). Por fim, médicos apresentaram maiores escores quando comparados aos SG e técnicos de enfermagem (p -valor $<$

0,05).

A análise de *post hoc* para o aspecto sociológico e relacional mostrou que técnicos de enfermagem apresentaram menores escores quando comparados aos ASB, CD, recepcionistas, enfermeiros e médicos (p-valor < 0,05). Sobre esse aspecto, médicos apresentaram menores escores de QVT quando comparados aos ACE.

Para o aspecto global, verificou-se que TE e ACS apresentaram menores escores de QVT quando comparados aos recepcionistas, enfermeiros, CD e médicos (p-valor < 0,05). ACE apresentaram menores escores quando comparados a recepcionistas e médicos (p-valor < 0,05).

De forma geral, as categorias que obtiveram menores escores foram os técnicos de enfermagem, os ACE e os ACS, levando em consideração as seguintes categorias: recepcionistas, serviços gerais, enfermeiros, CD, ASB e médicos.

Na tabela 4, o maior escore global (62,0) foi para os enfermeiros, que apresentaram melhores escores nos aspectos biológico/fisiológico, econômico/político e ambiental/organizacional. A categoria enfermagem apresentou o maior escore (66,8) dentre a equipe multiprofissional em estudo na esfera biológica/fisiológica.

A Tabela 4 mostra a análise bivariada dos potenciais fatores associados aos aspectos da QVT dos profissionais da ESF.

Tabela 4. Análise bivariada dos potenciais fatores associados à QVT em trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Jataí, GO, Brasil, 2018.

Variáveis	ABF		APC		ASR		AEP		AAO		AG	
	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor
Sexo												
Masculino	60,7 (15,5)	0,998*	65,7 (11,4)	0,799*	59,2 (14,4)	0,254*	52,4 (11,8)	0,007*	54,3 (9,0)	0,325*	58,7 (9,0)	0,201*
Feminino	60,4 (11,2)		67,4 (12,3)		55,8 (13,7)		46,3 (11,8)		52,1 (12,2)		56,6 (9,6)	
Estado civil												
Solteiro	59,9 (14,2)	0,396**	67,5 (11,7)	0,568**	58,6 (15,9)	0,023**	48,2 (13,0)	0,009**	52,7 (12,1)	0,388**	57,1 (10,7)	0,048**
Casado	59,8 (10,1)		66,4		53,8		46,2 (11,3)		51,5		55,8	

Separado/viúvo	64,1 (13,0_		(11,9)		(12,7)		54,1 (10,5)		(11,9)		(8,6)	
			69,0		61,5				55,3		61,3	
			(14,4)		(11,2)				(10,5)		(9,0)	
Raça/cor da pele												
Branca	59,7 (11,5)	0,535**	68,2	0,485**	57,8	0,242**	48,1 (11,3)	0,830**	53,8	0,995**	57,6	0,499**
			(11,5)		(12,8)				(12,4)		(9,1)	
Parda	60,3 (11,6)		66,3		54,6		46,4 (12,5)		53,2		52,3	
			(12,0)		(14,5)				(11,1)		(11,1)	
Negra	63,6 (14,9)		57,8		59,5		48,7 (13,0)		52,1		52,1	
			(14,0)		(13,7)				(13,3)		(13,3)	
Outro trabalho												
Sim	58,9 (12,9)	0,658*	70,3	0,126*	56,1	0,825*	46,0 (11,5)	0,601*	54,7	0,587*	57,5	0,642*
			(11,6)		(17,3)				(11,6)		(9,9)	
Não	60,8 (11,7)		66,2		56,5		47,6 (12,2)		51,9		56,8	
			(12,3)		(12,9)				(11,9)		(9,4)	
	r_s***	p-valor	r_s***	p-valor	r_s***	p-valor	r_s***	p-valor	r_s***	p-valor	r_s***	p-valor
Idade (anos)	-0,124	0,114	-0,162	0,039	-0,017	0,831	0,077	0,329	-0,088	0,267	-0,089	0,261
Renda (reais)	0,043	0,589	0,173	0,027	0,078	0,324	-0,042	0,595	0,181	0,021	0,110	0,163
Escolaridade	0,101	0,200	0,118	0,134	0,079	0,319	-0,100	0,203	0,080	0,309	0,064	0,415
Tempo de trabalho no município (anos)	-0,351	< 0,001	-0,285	< 0,001	0,153	0,052	-0,085	0,282	-0,202	0,010	-0,292	< 0,001
Tempo de trabalho no SUS (anos)	-0,151	0,055	-0,187	0,017	-0,115	0,143	0,034	0,662	-0,132	0,094	-0,147	0,061
Tempo de trabalho na unidade (anos)	-0,172	0,028	-0,182	0,020	-0,127	0,106	0,039	0,619	-0,122	0,121	-0,151	0,055
Percepção da saúde	0,199	0,011	0,187	0,017	0,047	0,554	0,090	0,253	0,228	0,003	0,188	0,016

*Teste de Mann-Whitney; **Teste de Kruskal-Wallis; ***Coeficiente de correlação de Spearman. Abreviações: ABF: Aspecto biológico e fisiológico; APC: Aspecto psicológico e comportamental; ASR: Aspecto sociológico e relacional; AEP: Aspecto econômico e político; AAO: Aspecto ambiental e organizacional; AG: Aspecto global; DP: desvio-padrão.

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Verificou-se correlação negativa entre idade e QVT no aspecto psicológico e comportamental ($r_s = -0,162$; p-valor = 0,039). Essa associação pode ser atribuída à experiência, relacionada ao treinamento e à qualificação profissional adquiridos pelos trabalhadores mais velhos. Foi observada correlação positiva entre renda e QVT, tanto no aspecto psicológico e comportamental ($r_s = 0,173$; p-valor = 0,027) quanto no aspecto ambiental e organizacional ($r_s = 0,181$; p-valor = 0,021).

Correlação negativa foi verificada entre esta variável e QVT nos aspectos psicológico e comportamental ($r_s = -0,285$; p-valor < 0,001), no aspecto ambiental e organizacional ($r_s = -0,202$; p-valor = 0,010) e no aspecto global ($r_s = -0,292$; p-valor < 0,001). Correlação negativa foi observada entre tempo de trabalho no sistema público de saúde e QVT no aspecto psicológico e comportamental ($r_s = -0,187$; p-valor = 0).

Observa-se que essa correlação negativa foi verificada também no aspecto psicológico e comportamental entre tempo de trabalho no município e QVT. Tempo de trabalho na unidade apresentou correlação positiva com QVT no aspecto biológico e fisiológico ($r_s = -0,172$; p-valor = 0,028) e no aspecto psicológico e comportamental ($r_s = -0,182$; p-valor = 0,020).

Por fim, verificou-se correlação positiva entre aumento da percepção do estado de saúde e QVT no aspecto biológico e fisiológico ($r_s = 0,199$; p-valor = 0,011), aspecto psicológico e comportamental ($r_s = 0,187$; p-valor = 0,017), aspecto ambiental e organizacional ($r_s = 0,228$; p-valor = 0,003) e aspecto global ($r_s = 0,188$; p-valor = 0,016). Além de fatores pessoais como ser do sexo masculino, solteiro, tempo de trabalho no município (anos) influenciam a QVT.

A Tabela 5 traz os fatores associados à QVT na amostra investigada, obtidos em análise de regressão linear múltipla.

Tabela 5. Fatores associados às esferas de Qualidade de Vida no Trabalho em trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Jataí, GO, Brasil, 2018.

Esferas	B	IC 95%	p-valor
Aspecto biológico e fisiológico			
Idade (anos)	0,043	-0,147; 0,233	0,654
Sexo			
Masculino (R)			
Feminino	-0,881	-5,715; 3,951	0,719
Tempo de trabalho no município (anos)	-0,448	-0,698; -0,198	0,001
Tempo de trabalho no sistema público (anos)	-0,402	-0,883; 0,079	0,101
Percepção do estado de saúde	2,410	0,322; 4,509	0,024
Valor de F (p-valor): 12,9 (< 0,001)			
R²: 0,153			
R² ajustado: 0,126			
VIF: 1,13			

Aspecto psicológico e comportamental			
Idade (anos)	-0,021	-0,220; 0,177	0,832
Sexo			
Masculino (R)			
Feminino	1,471	-3,607; 6,549	0,568
Renda (reais)	0,035	-0,280; 0,351	0,827
Outro trabalho			
Sim (R)			
Não	-3,126	-7,760; 1,506	0,184
Tempo de trabalho no município (anos)	-0,304	-0,573; -0,034	0,027
Tempo de trabalho no sistema público (anos)	-0,406	-0,908 0,096	0,113
Percepção do estado de saúde	2,999	0,117; 4,481	0,039
Valor de F (p-valor): 12,9 (< 0,001)			
R²: 0,131			
R² ajustado: 0,920			
VIF: 1,14			
Aspecto sociológico e relacional			
Idade (anos)	0,032	-0,203; 0,268	0,787
Sexo			
Masculino (R)			
Feminino	-4,490	-10,465; 1,483	0,140
Estado civil			
Solteiro (R)			
Casado	-4,164	-8,992; 0,663	0,090
Separado ou viúvo	4,057	-3,102 11,217	0,265
Tempo de trabalho no município (anos)	-0,159	-0,463; 0,144	0,302
Tempo de trabalho no sistema público (anos)	-0,374	-0,965; 0,216	0,212
R²: 0,075			
R² ajustado: 0,039			
VIF: 1,24			
Aspecto econômico e político			
Idade (anos)	0,007	-0,176; 0,192	0,933
Sexo			
Masculino (R)			
Feminino	-7,242	-12,194; -2,290	0,004
Estado civil			
Solteiro (R)			
Casado	0,659	-3,429; 4,748	0,750
Separado ou viúvo	7,248	11,194; -1,478	0,342
R²: 0,100			
R² ajustado: 0,078			
VIF: 1,19			
Aspecto ambiental e organizacional			
Idade (anos)	0,040	-0,155; 0,237	0,682
Sexo			
Masculino (R)			
Feminino	-2,161	-7,152; 2,823	0,394
Renda (reais)	0,145	-0,160; 0,451	0,350
Tempo de trabalho no município (anos)	-0,204	-0,725 0,268	0,364
Percepção do estado de saúde	2,685	0,531; 4,839	0,015
R²: 0,090			
R² ajustado: 0,056			
VIF: 1,14			
Global			
Idade	0,048	-0,107; 0,203	0,541
Sexo			
Masculino (R)			
Feminino	-2,349	-6,299; 1,601	0,242
Renda (reais)	0,005	-0,237; 0,247	0,966
Tempo de trabalho no município (anos)	-0,275	-0,487; -0,065	0,011

Tempo de trabalho no sistema público (anos)	-0,269	-0,662; 0,124	0,178
Percepção do estado de saúde	2,058	0,353; 3,763	0,018
R²:	0,119		
R² ajustado:	0,085		
VIF:	1,14		

Abreviações: IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; R: Categoria de referência; β : Coeficiente de regressão.

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Verificou-se que profissionais do sexo feminino apresentaram menores escores de QVT no aspecto econômico e político quando comparados aos do sexo masculino ($\beta = -7,242$; p-valor = 0,004). Associação negativa foi encontrada entre tempo de trabalho no município e escores de QVT no aspecto biológico e fisiológico ($\beta = -0,448$; p-valor = 0,001), aspecto psicológico e comportamental ($\beta = -0,304$; p-valor = 0,027) e aspecto global ($\beta = -0,275$; p-valor = 0,011). Esse resultado indica que o maior tempo de trabalho influencia a uma pior QVT

Por outro lado, associação positiva foi encontrada entre aumento da percepção do estado de saúde e QVT no aspecto biológico e fisiológico ($\beta = 2,410$; p-valor = 0,024), aspecto psicológico e comportamental ($\beta = 2,999$; p-valor = 0,039), aspecto ambiental e organizacional ($\beta = 2,685$; p-valor = 0,015) e aspecto global ($\beta = 2,058$; p-valor = 0,018). Indicando que maior a percepção positiva do estado de saúde, maior a QVT,

4. DISCUSSÃO

O predomínio do sexo feminino neste estudo é corroborado pelos dados censitários do Brasil sobre a força de trabalho em saúde, em que se observa um aumento significativo de mulheres em atividades laborais. As modificações da participação da mulher no mercado de trabalho e na sociedade são inevitáveis, acompanhadas de efeitos na sobreposição de papeis. (FERREIRA et al., 2015; SILVA; CRUZ, 2023). A caracterização da amostra em relação à idade e ao estado civil, parece com os resultados encontrados por Ferreira e colaboradores (2015), em que a média de idade foi de 39,59 anos e, em relação à situação conjugal, 64,1% eram casados ou em união estável. Justificam-se esses dados em decorrência da faixa etária, idade em que é prevalente a busca por estabilidade socioemocional (MOREIRA et al., 2016).

O estado de saúde é um construto complexo que abarca bem-estar e funcionalidade nas diversas áreas da vida, em termos físico, mental, emocional e social, entre outros. A autopercepção do estado de saúde corresponde a uma avaliação geral de como a pessoa percebe sua própria saúde. Nesse estudo, 44,2% consideraram que o estado de

saúde está bom. A avaliação subjetiva e individual de saúde tem se mostrado válida e confiável por apresentar estabilidade temporal (ALLEN et al., 2016).

Estudo realizado num município mineiro de médio porte (2014), cujo objetivo foi compreender os significados que os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família atribuem à qualidade de vida no trabalho, alertou sobre a importância do plano de carreira e incentivo salarial como variáveis fundamentais para determinar a satisfação profissional (BRACARENCE et al., 2015).

Infere-se, então, que os trabalhadores têm boa autoestima no ambiente de trabalho; percebem o quão importantes para a comunidade são seus serviços, que a comunicação sobre o desempenho das tarefas descritas no cargo está ocorrendo e que a instituição incentiva e libera o trabalhador para aperfeiçoar o seu conhecimento no intuito de lhe possibilitar crescimento em nível pessoal e/ou profissional, proporcionando qualidade de vida no trabalho.

A remuneração é um fator decisivo para o contentamento dos profissionais (MACEDO et al., 2015). Além disso, remunerações adequadas vinculadas às cargas de trabalho apropriadas favorecem a QVT (TRINDADE et al., 2014), pois, a remuneração básica consiste no pagamento que o trabalhador recebe de maneira regular.

A análise comparativa dos escores de QVT por categoria profissional. Corroborou com tais dados um estudo mineiro, que buscou significados atribuídos pelos profissionais de saúde da ESF à qualidade de vida no trabalho, segundo o qual, mesmo os profissionais que gostam do trabalho que executam, expressam sentimentos de desânimo e frustração ao se depararem com dificuldades relacionadas à incapacidade de solucionar problemas dos usuários (BRACARENCE et al., 2015).

Conforme a Lei nº 13.595/2018, no que concerne às atividades típicas a serem desempenhadas pelos ACE em sua área geográfica de atuação e, ainda, considerando a PNAB e as atribuições específicas dos médicos, técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas, ASB, enfermeiros e recepcionistas, verifica-se que há uma discrepância com relação às atividades laborais, principalmente, relacionando as ambiências de trabalho e as intempéries climáticas. Daí esse menor escore em comparação com demais categorias, igualmente para os ACS com relação aos técnicos de enfermagem, enfermeiro e recepcionistas.

Estudo realizado em Rondônia, com profissionais da saúde de níveis médio e superior, com o objetivo de determinar os principais fatores psicossociais do trabalho

relacionados a prejuízos no domínio físico em uma Unidade pública de saúde, essa esfera tem relação direta com o absenteísmo do trabalhador no ambiente laboral, licenças ou troca de setor produtivo e é capaz de reduzir a produtividade, bem como a qualidade dos serviços prestados (KOGIEN e CEDARO, 2014).

Tais resultados permitem pensar o quão penoso pode ser para esses profissionais (ACE e ACS) enxergarem as necessidades da comunidade e, em contrapartida, suas limitações na solução, de forma independente e autônoma, das carências em questão. Ponderações como essas demonstram a importância da atuação articulada entre os profissionais, na qual cada um exerce aquilo que lhe compete, dentro dos limites da possibilidade, do que é preconizado e regulamentado para sua profissão. Além disso, fica evidente a necessidade de serem discutidas as atribuições desenvolvidas por esses profissionais, em busca de estratégias que venham otimizar o processo de trabalho e que resultem em condições dignas de assistência com qualidade aos usuários.

Levando em consideração a esfera psicológica/comportamental, os menores escores para os ACE e ACS e as atividades desempenhadas por essas duas categorias, principalmente, nos manejos para evitar a proliferação e incidência de diferentes doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti* - dengue, chicungunha, febre amarela e zika -, as autoavaliações desses profissionais são de suma importância para o processo de trabalho, pois, o sentimento de impotência que pode ser gerado a partir da autorreflexão sobre a importância do seu trabalho, nesse cenário, é capaz de desestimular as ações e acarretar sentimentos negativos frente aos entraves vivenciados por esses trabalhadores.

A capacidade intelectual advinda da aquisição de novos saberes e práticas, bem como o desenvolvimento de novas habilidades e conhecimentos, é convertida em oportunidades de mudança de hábitos, que podem e devem primar pela saúde dos trabalhadores, posto que minimiza comportamentos de risco e fornece empoderamento ao profissional para enfrentar as adversidades do cotidiano laboral, propiciando melhoras na percepção sobre sua QVT e na assistência oferecida (KOGIEN e CEDARO, 2014).

Na esfera sociológica/relacional, os trabalhadores da ESF apresentam melhor satisfação profissional, pois, participam das tomadas de decisão relacionadas à profissão e à condução da atenção ao usuário (MOREIRA et al., 2016).

A falta de autonomia no ambiente laboral torna-se um aspecto deletério da QVT, porquanto a desvalorização das competências pessoais dos trabalhadores, por parte das instituições públicas, afeta sentimentos como o comprometimento com o trabalho, a

satisfação para a realização das atividades laborais e, por conseguinte, a QVT e a produtividade (SILVA et al., 2013).

Outro estudo - que avaliou quantitativamente a satisfação da equipe de enfermagem que atua na ESF de um município do interior de Minas Gerais-concluiu que a remuneração é um fator decisivo para o contentamento dos profissionais (MACEDO, et al., 2015); além disso, remunerações adequadas lincadas a cargas de trabalho apropriadas favorecem a QVT. No mesmo sentido foram os resultados de estudo realizado na 7ª Regional de Saúde, no Paraná, com profissionais da equipe da ESF, com o objetivo de identificar aspectos do trabalho dos profissionais que contribuem para aumentar e/ou reduzir as cargas de trabalho desses mesmos profissionais (TRINDADE et al., 2014).

Como essa esfera tem relação direta com o absenteísmo do trabalhador no ambiente laboral, licenças ou trocas de seu setor produtivo e é capaz de reduzir a produtividade, bem como a qualidade dos serviços prestados (KOGIEN e CEDARO 2014), subentende-se que essa categoria pode estar comprometida com o trabalho desempenhado e com um indicador satisfatório para a qualidade de vida no trabalho.

Estudos afirmam que trabalhadores satisfeitos tendem a ser mais comprometidos com o seu trabalho, pois, apresentam-se mais felizes e motivados, haja vista que existem outras fontes de motivação envolvidas e que não dependem exclusivamente do salário. Tais fatores podem estar ligados às condições favoráveis de trabalho, bom relacionamento com a equipe e com a comunidade, potencial de desenvolvimento de habilidades e talentos (FERREIRA et al., 2015; TELES et al., 2014; RENNEN et al., 2014).

Aliada à jornada de trabalho, a remuneração deve ser justa e adequada à função desempenhada. Salários satisfatórios e benefícios extras impactam positivamente sobre o comprometimento do trabalhador com sua atividade laboral e os sentimentos positivos relacionados ao trabalho (KOGIEN e CEDARO, 2014).

A atividade laboral adequada é condição *sine qua non* para que as condições de trabalho sejam elencadas como prioridade para a gestão, uma vez que o fornecimento de aporte adequado para o desenvolvimento das atividades é essencial, não apenas para a eficiência do trabalho e para a qualidade do serviço oferecido, mas, para a manutenção da QVT dos trabalhadores (BITTENCOURT et al., 2007).

Quanto à diferenciação na remuneração, os achados deste estudo assemelham-se aos resultados do Censo de Recursos Humanos da APS, realizado no estado de Minas Gerais (BARBOSA et al., 2006). Outro estudo, realizado em um município do Paraná,

chamou a atenção para o desequilíbrio entre os salários pagos aos profissionais de nível superior da ESF. Pagava-se aos médicos, em média, mais que o triplo dos salários dos enfermeiros (NUNES et al., 2015).

Entre os profissionais de nível superior da ESF, os médicos são os detentores de maior poder de negociação, ocasionado pelas múltiplas alternativas que o mercado lhes oferece. Entretanto, a ESF não é o local de trabalho preferido deles (NEY, 2014). O estudo *Demografia Médica no Brasil* apontou que quase 80% dos recém-formados em medicina preferem trabalhar no hospital, enquanto 50% pretendem trabalhar em consultório particular (SCHEFFER et al., 2018).

Para os médicos recém-formados, as condições de trabalho e a qualidade de vida são os principais fatores que os levariam a permanecer em um local de trabalho (SCHEFFER et al., 2018).

Outra questão é que profissionais que atuam em municípios sem planos de cargos, carreiras e salários (PCCS) apresentaram maior média de remuneração mensal. Esse achado pode ser atribuído à consequente restrição dos gastos com pessoal na administração direta, determinada pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que se reflete nos PCCS, mas que não se aplica da mesma forma nos gastos com contratações intermediadas de pessoal para o serviço público (VIEIRA, 2014).

Um estudo realizado no estado do Rio de Janeiro concluiu que a inexistência de PCCS é um dos fatores que levavam à desmotivação e à rotatividade dos profissionais atuantes na ESF (NEY, 2014). É necessária a conscientização de que instituir um PCCS não se resume a ganhos remuneratórios, mas, sim, em uma ferramenta poderosa de melhoria nas condições de trabalho, aperfeiçoamento profissional e valorização do trabalhador (VIEIRA et al., 2017).

Embora o apoio familiar seja importante para a preservação dos aspectos psicológicos do sujeito, o fato de viver com companheiro e, até mesmo, ter filhos, influencia negativamente na capacidade para o trabalho, devido aos afazeres domésticos e aos cuidados que as relações sociais demandam, acrescentando as exigências do trabalho e outras exigências físicas e mentais no lar. Ainda assim, há fortes evidências dos benefícios da rede e do apoio social na saúde dos indivíduos. Seguindo essa ideia, depreende-se que os laços sociais exercem influência sobre a manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situações de estresse e a manutenção da capacidade para o trabalho (HILLESHEIN et al., 2011).

Há uma associação entre a idade e a capacidade para o trabalho, indicando que trabalhadores mais velhos relataram melhor capacidade para o trabalho (ALCÂNTARA et al., 2014). O envelhecimento funcional não está, necessariamente, relacionado ao envelhecimento cronológico, dependendo, além das condições de vida e de trabalho, das características individuais e do estilo de vida adotado (MARQUEZE et al., 2009).

Nesse sentido, pode-se afirmar que a renda está diretamente relacionada à avaliação que o trabalhador faz de si próprio no ambiente laboral, ou seja, o quanto esse trabalhador percebe sua importância para a instituição e para a sociedade. Além disso, importam também questões sobre retroinformação entre chefia e trabalhador, esclarecendo o quão correto ou errado está com relação ao seu desempenho no trabalho, se esse trabalhador está sendo incentivado e liberado para aperfeiçoar o seu conhecimento - no intuito de possibilitar-lhe crescimento em nível pessoal e/ou profissional, se os aspectos ergonômicos do ambiente laboral em que está inserido são favoráveis, ou, ainda, se não exerce atividade monótona e possui uma identidade com a tarefa em que desempenha.

Observou-se correlação negativa baixa entre tempo de trabalho no município e QVT no aspecto biológico e fisiológico ($r_s = -0,351$; $p\text{-valor} < 0,001$). Essa correlação negativa considera que quanto maior o tempo de trabalho, menor é a disposição física e mental, diminuindo também a capacidade de realizar com eficácia as tarefas que lhe são incumbidas no cargo. É possível que isso esteja relacionado à falta de serviços de saúde e assistência social disponibilizada pelo município e pelo tempo de repouso entre um dia de trabalho e outro. Contudo, há necessidade de estudos futuros que confirmem ou não essa premissa.

A média do tempo de trabalho no município é de 12 anos ($\pm 7,4$ anos). Esse tempo influencia a satisfação no trabalho, pois, esta é proporcional à exposição dos trabalhadores às jornadas exaustivas de trabalho e aos fatores de risco, como exposição biológica e sobrecarga física e psíquica de trabalho, que interferem na satisfação profissional (MARTINEZ, 2004; BORGES, et al., 2016).

Deve-se, sobretudo, considerar o contexto em que grande parte desses trabalhadores se inserem, ou seja, são concursados, efetivos, devendo a estabilidade profissional ser levada em consideração.

Pode-se inferir que, quanto menor o tempo de trabalho no SUS, mais o trabalhador terá sua autoestima elevada e perceberá o quão importante é para a instituição e para a

sociedade, de forma que as coordenações ficarão mais atentas com relação ao *feedback*, incentivando e liberando esses trabalhadores para capacitações que permitam o aperfeiçoamento de seu conhecimento e, conseqüentemente, melhor produtividade. Todavia, ainda não terão condições de fazer uma análise a respeito das condições de trabalho, das variedades e identificação das tarefas a serem desempenhadas.

Nessa perspectiva, o trabalho nem sempre é patogênico, pois, pode estabelecer o equilíbrio da saúde física e/ou mental do trabalhador e, ainda, fortalecer a sua identidade pessoal, por manter contato com meio produtivo e, também, com os outros que fazem parte do seu mundo de socializações (ROBAZZI et al., 2012).

O respeito e a valorização do profissional também são essenciais, seja pelo integrante ou por parte dos gestores e usuários. Nesse sentido, as equipes que conseguem reunir esses aspectos, certamente, conseguem estreitar os laços entre seus membros e, por conseguinte, estabelecer relações interpessoais mais saudáveis no ambiente de trabalho (LIMA et al., 2016).

Silva et al. (2015) afirmam que, por vezes, as funções desempenhadas pelos membros de uma equipe não estão claras para todos, mas, pelo contrário, ficam restritas e confusas, devido ao funcionamento instituído para a equipe e para a UBS. Ressalta-se que, a partir do momento que cada um passa a ter conhecimento do trabalho do outro e compreensão sobre a importância da inserção de cada membro na equipe, os papéis e funções ficam mais claros para todos os profissionais e o processo de trabalho flui melhor.

A ênfase na vida profissional em detrimento da vida privada, revelada pela extensa carga horária advinda dos múltiplos empregos, tem reduzido o tempo de lazer, de convívio social e de integração familiar entre esses profissionais (ROBAZZI et al., 2010).

5. CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, torna-se possível concluir que, as características sociodemográficas e laborais apresentaram associações significativas com a QVT da equipe multiprofissional de profissionais da saúde. A equipe de APS teve maior escore em relação ao aspecto psicológico e comportamental. Observou fatores relacionados a esfera econômica e político, a aspecto ambiental/organizacional, sociológico e relacional, biológico/fisiológico e fatores de percepção. Medidas devem ser tomadas para promover um ambiente laboral que mantenha a qualidade de vida no trabalho e, por sua vez, favorecer a saúde física e mental dos profissionais de APS.

Acredita-se que os resultados obtidos nesse estudo poderão subsidiar a construção de novos modelos de atenção a saúde dos trabalhadores na APS, principalmente relacionados a QVT adequada aos trabalhadores da saúde, o que poderá impactar de forma positiva na qualidade da assistência a saúde prestada aos usuários. Além disso, o estudo poderá contribuir com o conhecimento científico, pela temática abordada que ainda é tão sucinta.

Este estudo apresenta algumas limitações, sendo essa principalmente relacionada ao desenho transversal, que não possibilitou alcançar todos os profissionais que não estavam presentes nas Unidades de Saúde, bem como analisar a causa-efeito dos fatores estudados, mas permitiu analisar a situação dos que estavam trabalhando naquele período. Diante dos achados, sugere-se a realização de estudos longitudinais abordando esta temática. Assim, espera-se que futuramente possa ser evidenciado onexo-causal e a causa-efeito das QVT dos profissionais da saúde da APS.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, M. A.; SAMPAIO, R.; F.; ASSUNÇÃO, A. A.; SILVA, F. C. M. Work ability: using structural equation modeling to assess the effects of aging, health and work on the population of Brazilian municipal employees. **Work**, v. 49, n. 3, p. 465–472, 2014.

ALLEN, C. D.; MCNEELY, C. A.; ORME, J. G. Self-rated health across race, ethnicity, and immigration status for US adolescents and young adults. **Journal of Adolescent Health**, v. 58, n.1, p. 47-56, 2016.

BARBOSA, A. C. Q.; RODRIGUES, J. M. Primeiro censo de recursos humanos da atenção primária do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/ UFMG, 2006.

BITTENCOURT, M. S.; CALVO, M. C. M.; REGIS FILHO, G. I. Qualidade de vida no trabalho em serviços públicos de saúde – um estudo de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 12, n. 1, p. 21-26, jan./ abr. 2007.

BORGES, J. L.; BEZERRA, A. L. Q.; TOBIAS, G. C. Nurses professional satisfaction of a public hospital. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 10, n. 8, p. 2974-2982, 2016.

BRACARENSE, C. F.; COSTA, N. S.; DUARTE, J. M. G.; FERREIRA, M. B. G.; SIMÕES, A. L. A. Qualidade de vida no trabalho: discurso dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 542-548, out./dez. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informação e gestão da atenção básica – cobertura da atenção básica. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRAVO, G.; POTVIN, L. Estimating the reliability of continuous measures with Cronbach's alpha or the intraclass correlation coefficient: toward the integration of two traditions. **J Clin Epidemiol.**, v. 44(4-5), p. 381-390. 1992.

CARVALHO, M. F. S. Gestão de Pessoas: implantando qualidade de vida no trabalho sustentável nas organizações. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 7, n. 1, p. 1-7, 2014.

CROMBACH, L. J. Coeficiente alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, v. 16, p. 197-333, 1951.

FERREIRA, M. B. G.; SOUZA, D. J.; FÉLIX, M. M. S.; CONTIM, D.; SIMÕES, A. L. A. Caracterização do contexto de trabalho e qualidade de vida dos profissionais de estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 565-572, jul/set. 2015.

HILLESHEIN, E. F.; SOUZA, L. M.; LAUTERT, L.; PAZ, A. A.; CATALAN, V. M.; TEIXEIRA, M. G.; MELLO, D. B. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 3, p. 509–15, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Jataí-GO. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/jatai/panorama>. Acesso em: 27 mai. 2019.

KOGIEN, M.; CEDARO, J. J. Pronto-socorro público: impactos psicossociais no domínio físico da qualidade de vida de profissionais de enfermagem. **Rev Latino-Americ. Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 51-58, fev. 2014.

KOO, T. K.; LI, M. Y. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. **J Chiopr Med**, v. 15, n. 2, p. 155-163, 2016.

LIMA, F. S.; AMESTOY, S. C.; JACONDINO, MB.; TRINDADE, L. M.; SILVA, C. N.; FUCULO JÚNIOR, P. R. B. Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Rev. Pesqui Cuid Fundam**, v. 8, n. 1, p. 3893-906, jan./mar./ 2016.

MACEDO, R. M. F.; SILVA, L. A.; TERRA, F. S.; SANTOS, S. M.V.; MIRANDA, R. R. P.; SÁ, M. D. Satisfaction level of nurses acting in family health strategy. **Journal of Nursing UFPE**. Recife, 2015; 9(11):9671-8.

MARQUEZE, E. C.; MORENO, C. C. Satisfação no trabalho e capacidade para o trabalho entre docentes universitários. **Psicol Estud**, v. 14, n. 1, p. 75-82, 2009.

MATINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B.; LATORRE, M. R. D. O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 55-61, 2004.

MOREIRA, I. J. B.; HORTA, J. A.; DURO, L. N.; BORGES, D. T.; CRISTOFARI, A. B.; CHAVES, J.; BASSANI, D. C. H.; CERIZOLLI, E. D.; TEIXEIRA, R. M. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.11, n. 38, p. 1-12, jan./dez, 2016.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**. v. 22, n. 4, p. 1293-311, 2014.

NUNES, E. F. P. A.; SANTINI, S. M. L.; CARVALHO, B.G.; CORDONI JÚNIOR, L. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 29-41, 2015.

RAZALI, N. M.; WAH, Y. B. Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. **J Stat Model Analytics**, v. 2, n. 1, p. 21-33, 2011.

RENNER, J. S.; TASCETTO, D. V. R.; BAPTISTA, G. L. Qualidade de vida e satisfação no trabalho: a percepção dos técnicos de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. **Rev. Min. Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 440-446, abr./jun. 2014.

ROBAZZI, M. L. C. C.; MAURO, M. Y. C, SECCO, I. A. O.; DALRI, R. C. M. B.; FREITAS, F. C. T.; TERRA, F. S. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde. **Rev. Enf. UERJ**, v. 20, n. 4, p. 526-32, 2012.

ROBAZZI, M. L. C. C.; MAURO, M. Y. C.; DALRI, R. C. M. B.; SILVA, L. A.; SECCO I. A. O.; PEDRÃO, L. J. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. **Rev. Cubana Enferm.**, v. 26, n. 1, p. 52-54, 2010.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A.; GUILLOUX, A. G. A.; BIANCARELLI, A.; MIOTTO, B. A.; MAINARDI, G. M. **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva; Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina, 2018.

SILVA, C. C. S.; RODRIGUES, L. M. C.; SILVA, V. K. B. A.; SILVA, A. C. O.; SILVA, V. L. A.; MARTINS, M. O. Percepção da enfermagem sobre condições de trabalho em unidades de saúde da família na Paraíba – Brasil. **Rev. Eletr. Enf.** v. 15, n. 1, p. 205-14, 2013.

SILVA, E. A. D.; da Cruz, A. C. A. Qualidade de vida de trabalhadoras da saúde no contexto da pandemia de Covid-19. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 5, p. 2527–2547.

SILVA, S. E. M.; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3033-42, 2015.

TAVAKOL, M.; DENNICK, R. Making sense of Cronbach's alpha. **J Med. Educ.**, v. 2, p. 53-55, 2011.

TELES, M. A. B.; BARBOSA, M. R.; VARGAS, A. M. D.; GOMES, V. E.; FERREIRA, E. F.; MARTINS, A. M. E. B. L.; FERREIRA, R. C. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 12, n. 72, 2014.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P.; AMESTOY, S. C.; FORTE, E. C. N.; MACHADO, F. L., BORDIGNO, M. M. Trabalho na estratégia da saúde da família: implicações nas cargas de trabalho de seus profissionais. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 528-535, jul./set. 2014.

VIEIRA, N. P. **Gestão do trabalho em saúde: planos de carreira, cargos e salários como demanda histórica na saúde pública e características de sua implantação em municípios paulistas**. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.

VIEIRA, S. P.; PIERANTONI, C. R.; MAGNAGO, C.; FRANÇA, T.; MIRANDA, R. G. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde Debate**, v. 41, n. 112, p. 110-21, 2017.