



**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E
NEGÓCIOS DE SERGIPE NÚCLEO DE
PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO NPGE**

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATU SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE OCUPACIONAL**

ANA CÉLIA MACEDO FONTES DA FONSECA

SILVANA MARIA GOIS GOMES

**A QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS QUE
ATUAM NO PSF DA 7.^a REGIÃO NO MUNICÍPIO
DE ARACAJU/SE**

**ARACAJU
2007**

ANA CÉLIA MACEDO FONTES DA FONSECA

SILVANA MARIA GOIS GOMES

**A QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS QUE
ATUAM NO PSF DA 7.ª REGIÃO NO MUNICÍPIO
DE ARACAJU/SE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Núcleo de Pós-graduação e
Extensão da Faculdade de Administração
e Negócios de Sergipe como exigência
para obtenção do título de Especialista em
Enfermagem Cardiológica.

Prof. Especialista Eduardo Schoucair

ARACAJU

2007

ANA CÉLIA MACEDO FONTES DA FONSECA

SILVANA MARIA GOIS GOMES

**A QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS QUE
ATUAM NO PSF DA 7.ª REGIÃO NO MUNICÍPIO
DE ARACAJU/SE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-graduação e Extensão da Faculdade de Administração de Sergipe, como exigência para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Cardiológica.

BANCA EXAMINADORA

1.º Examinador

2.º Examinador

3.º Examinador

Aracaju, _____ de _____ de _____

AGRADECIMENTOS

A Deus fonte de luz e de amor.

Aos nossos pais, filhos e esposos que ao longo dessa jornada nos apoiaram e confortaram nos momentos difíceis.

Aos colegas de curso e de trabalho, que não pouparam esforços em colaborar com mais essa conquista.

Ao Prof. Especialista Eduardo Schoucair, sempre pronto a ajudar, apoiar e orientar durante o período deste curso.

Aos enfermeiros que atuam na 7ª Região do Município de Aracaju, por sua devotada e solidária colaboração.

RESUMO

O trabalho monográfico em tela procura investigar melhor o binômio qualidade de vida X trabalho do enfermeiro junto as unidades básica de atendimento de Programa de Saúde da Família da 7ª Região no município de Aracaju capital de Sergipe. O estudo ora objeto de comentário, se encontra dividido em cinco tópicos. A introdução apresenta considerações iniciais sobre o trabalho enquanto conquista humana e sob a perspectiva de que, embora necessário, em algum nível provoca desconforto e em alguns casos prejuízos à qualidade de vida daqueles que o executa. O capítulo primeiro reflete o espaço no qual fora realizado o estudo, especificamente o universo em torno de uma das unidades que compõe a sétima região de atendimento público municipal de saúde em Aracaju. Na seqüência o capítulo segundo traz a conceituação e os procedimentos que ensejaram a criação do P.S.F., enquanto política pública que objetiva o atendimento primário claramente direcionado às populações de baixa renda, e que de outra forma não teriam acesso a prestação de serviço de saúde não fosse tal iniciativa englobada pelo Sistema Unificado de Saúde vigente no país. O capítulo terceiro consiste em discussões teórico-conceituais sobre "Qualidade de vida dos enfermeiros", considerados no âmbito das unidades de atendimento básico de saúde coadjuvada pelo programa P.S.F. Como consequência da proposta metodológica encampada neste trabalho monográfico, houve uma pesquisa de campo da qual resultaram dados, os quais foram tabulados e analisados no quarto e último capítulo. As considerações finais reportam-se ao conjunto dos resultados coletados em consonância com a literatura pertinente a temática aqui levada a termo. A metodologia empreendida no trabalho constou no primeiro momento de uma pesquisa bibliográfica, a qual foi seguida de uma pesquisa de campo com o objetivo de melhor investigar o tema que nomeia o presente trabalho científico.

Palavras Chaves: Enfermeira, P.S.F., qualidade, saúde, trabalho.

ABSTRACT

The monographic work in screen looks for to investigate better the binomial quality of life X work of the nurse next to a basic unit of attendance of Program of Health of the Family that acts in 7^a Region in the city of capital Aracaju of Sergipe. The study however commentary object, if finds divided in five topics. The introduction presents initial considerações on the work while conquest human being and under the perspective of that, even so necessary, in some level it provokes discomfort and in some cases damages to the quality of life of that it executes it. The first chapter reflects the space in which it are carried through the study, specifically the universe around one of the units that the seventh region of municipal public attendance of health in Aracaju composes. Na sequência o capítulo segundo traz a conceituação e os procedimentos que ensejaram a criação do P.S.F., enquanto política pública que objetiva o atendimento primário claramente direcionado às populações de baixa renda, e que de outra forma não teriam acesso a prestação de serviço de saúde não fosse tal iniciativa englobada pelo Sistema Unificado de Saúde vigente no país. O capítulo terceiro consiste em discussões teórico-conceituais sobre "Qualidade de vida dos trabalhadores em enfermagem", considerados no âmbito de uma unidade de atendimento básico de saúde coadjuvada pelo programa P.S.F. . Como consequência da proposta metodológica encampada neste trabalho monográfico, houve uma pesquisa de campo da qual resultaram dados, os quais foram tabulados e analisados no quarto e último capítulo. As considerações finais reportam-se ao conjunto dos resultados coletados em consonância com a literatura pertinente a temática aqui levada a termo. A metodologia empreendida no trabalho constou no primeiro momento de uma pesquisa bibliográfica, a qual foi seguida de uma pesquisa de campo com o objetivo de melhor investigar o tema que nomeia o presente trabalho científico.

Keywords: Nursing, P.S.F., quality, health, work.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AO SEXO	33
TABELA 2. PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO A FAIXA ETÁRIA	34
TABELA 3. PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AO ESTADO CIVIL	35
TABELA 4. PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AO ENTRETENIMENTO E LAZER	36
TABELA 5. PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO A FORMA DA PRÁTICA DO LAZER	37
TABELA 6. PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AO TEMPO QUE EXERCE A PROFISSÃO	38
TABELA 7. PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AO TEMPO DE SERVIÇO NO POSTO DE SAÚDE	39
TABELA 8. PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AO NÍVEL DE COMPROMETIMENTO DA QUALIDADE DE VIDA	40
TABELA 9. PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AO TEMPO DE SERVIÇO JUNTO AO PSF	41
TABELA 10. PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AO DESENVOLVIMENTO DA ROTINA DE TRABALHO	42
TABELA 11. PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AOS FATORES POSITIVO ATINENTES AO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	43
TABELA 12. PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AOS FATORES NEGATIVOS ATINENTES AO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	44
TABELA 13. PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO ÀS CONDIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	45

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. CARACTERIZAÇÃO DO ESPAÇO	11
2.1 Considerações Gerais sobre o Programa de Saúde da Família	12
2.1.2 O Programa de Saúde da Família em Aracaju consoante a realidade de 2000 ..	14
2.2.2 Estrutura da saúde pública do município de Aracaju	17
3. QUALIDADE DE VIDA X TRABALHO	22
3.1 Questões acerca da qualidade de vida dos enfermeiros	26
3.2 A natureza do trabalho dos profissionais em enfermagem	26
3.3 A enfermagem no contexto do PSF	29
4. DADOS ESTATÍSTICOS REFERENTES À PESQUISA	32
4.1 A enfermagem e a qualidade de vida no contexto da 7. ^a Região do município de Aracaju	32
4.2 Discussão dos Resultados: Apresentação e Análise dos Dados	33
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
APÊNDICE	49
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

As inovações tecnológicas e organizacionais que vêm ocorrendo na área da saúde seja em hospitais públicos ou privados e seus congêneres, busca, se não solucionar, pelo menos amenizar as tarefas penosas ou pesadas, desenvolvidas pelos trabalhadores enfermeiros, levando a uma nova relação homem/trabalho. Nos últimos anos têm surgido muitas discussões envolvendo a temática da qualidade de vida e o trabalho, objetivando otimizar o bem estar do ser humano como homem e como trabalhador.

Nesse sentido, apresenta-se como unanimidade o fato de que a capacidade para o exercício de atividades laborativas não se mantém inalterada com o passar dos anos, uma vez que esta é inegavelmente afetada pelo estilo de vida e ambiente ocupacional onde o trabalho do profissional efetivamente se realiza.

Dessa feita, profissionais na área da saúde, sofrem, grosso modo, as consequências das interferências oriundas da natureza do trabalho que exercem associados também a problemas e dificuldades infra-estruturais sob as quais vivenciam seu cotidiano (quer enquanto trabalhadores quer como cidadãos).

Não se pode esquecer que a qualidade de vida das pessoas pode ser influenciada por fatores como as condições de trabalho, satisfação no trabalho, salário, relações familiares, disposição, estado de saúde, longevidade, lazer, prazer, hereditariedade, estilo de vida e mesmo até questões relativas à espiritualidade.

Apresenta-se como problema a ser aprofundado neste trabalho monográfico, à resposta ao seguinte questionamento: Qual a relação entre qualidade de vida e a capacidade para o trabalho no contexto dos enfermeiros que trabalham na 7.^a região do município de Aracaju, em uma unidade do Programa de Saúde da Família?

Ecoa como objetivo geral a ser perseguido no presente estudo a tentativa de conhecer a realidade do trabalho e suas relações com a qualidade devida dos enfermeiros que atuam na 7.^a Região no município de Aracaju, nas unidades do PSF (Programa de Saúde da Família). Especificamente o trabalho procurará avaliar a qualidade de vida dos profissionais enfermeiros no contexto da 7.^a região do município de Aracaju, identificar os pontos negativos e positivos do local de trabalho, identificar os níveis de satisfação dos profissionais enfermeiros que atuam na referida região, identificar as opções de lazer dos profissionais enfermeiros que atuam na já referida regional, apontar soluções para melhoria no ambiente de trabalho como instrumento potencializador da qualidade de vida dos profissionais em enfermagem que atuam naquela localidade.

No que tange a metodologia de trabalho aqui empreendida, o trabalho fora estruturado mediante a realização de pesquisas bibliográficas coadjuvado por uma pesquisa de campo, cujo instrumento de pesquisa aplicado para efeito de coleta de dados foi o questionário, composto por questões abertas, fechadas e semi-estruturadas¹. A coleta de dados teve como universo os enfermeiros da 7.^a Região do município de Aracaju, totalizando dessa forma quatorze profissionais.

Justifica-se, pois a realização do estudo em tela como instrumento propiciador de um novo olhar sobre a questão da qualidade de vida e seus reflexos na qualidade e capacidade de trabalho no âmbito das unidades de saúde básica que compõem a 7.^a região do município de Aracaju enquanto unidade de saúde do Programa de Saúde da Família.

De modo concreto o estudo monográfico em tela, fora estruturado a partir de um tópico introdutório onde são explicitadas a temática do estudo, seus objetivos gerais e específicos, justificativa, e procedimentos metodológicos. Na sequência o capítulo primeiro cuja tônica é caracterizar o espaço da pesquisa a aqui encampada, tecendo considerações

¹ A coleta de dados pertinente a pesquisa em tela teve como universo todos os profissionais pertencentes a 7.^a Região do Município de Aracaju, totalizando dessa forma quatorze enfermeiros.

gerais sobre o Programa de Saúde da Família. No capítulo segundo serão explicitado as noções conceituais sobre qualidade de vida no contexto e mundo do trabalho, oportunidade em que serão apontados pontos de inter-relações com a temática de que trata o presente estudo monográfico. No capítulo terceiro serão aprofundadas as questões particularmente relacionadas com a qualidade de vida dos enfermeiros em face de sua atuação profissional enquanto profissionais de saúde, como no âmbito das atribuições deste em meio às atividades desenvolvidas junto ao PSF na 7.^a região no município de Aracaju.

As leituras realizadas correlacionadas às análises dos dados coletados são indicativas de que, segundo os profissionais enfermeiros que atuam na 7^a Região do Município de Aracaju e no contexto do PSF, o trabalho por ele realizado ocorre dentro de padrões pré-estabelecidos e característicos laborativas destes, sendo que os problemas mais freqüentes (e quem em geral envolve relacionamento com o público), não compromete a qualidade de vida dos profissionais enfermeiros nem tão pouco os serviços que estes desempenham na referida região.

2 CARACTERIZAÇÃO DO ESPAÇO

O universo a partir do qual o presente estudo monográfico fora elaborado particulariza-se em aprofundar conhecimento sobre a qualidade de vida de um conjunto de profissionais enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família - PSF, em bairros periféricos situados no município de Aracaju, capital do Estado de Sergipe. Nesse sentido necessário se faz uma breve digressão histórica a cerca da fundação da cidade de Aracaju, e consideração sobre as características gerais dos bairros abrangidos pela 7.^a Região onde atua o PSF.

A histórica mudança da Capital de São Cristóvão para Aracaju teve seu nascedouro segundo Bonifácio Fortes, nas sugestões recebidas pelo então presidente de província Joaquim Barbosa, para que este escolhesse a Praia de Aracaju, perto da povoação de Santo Antônio do Aracaju, foi o fato de que, através do Canal Pomonga, a cidade poderia receber os produtos do vale do Cotinguiba e do Japarutuba, embarcando-os em navios.

Aracaju, palavra de origem Tupi, junção da palavra “ARARA” e “CAJUEIRO DOS PAPAGAIOS”, faz desta cidade um lugar aprazível e repleto de encantos e tradições. Fundada em 17 de março de 1885, pelo então presidente de província Inácio Joaquim Barbosa, transferiu a sede da administração que era a cidade de São Cristóvão, com o nome de Sergipe Del Rey para Aracaju. Situada à beira-mar fora a mola propulsora que justificara a transferência, vez que sua topografia facilitava o transporte e escoamento da produção açucareira.

A formação da cidade de Aracaju surgiu de uma vila de pescadores localizada no alto da colina do Santo Antônio, que atualmente constitui-se em ponto turístico dos mais visitados, proporcionando a todos que nos visitam, uma visão completa da cidade.

Vale destacar que Aracaju ao longo do seu desenvolvimento uma das primeiras cidades planejadas do país, fato comprovável quando se observa o traçado geométrico de suas ruas e avenidas. Todas as ruas da cidade foram projetadas e sob a forma de um tabuleiro de xadrez, direcionadas às margens do Rio Sergipe. Com uma população de cerca de 468.297 mil habitantes², localiza-se a leste da região Nordeste, possui uma área geográfica de 21.910,3 Km.³.

O trabalho em epígrafe consiste na compreensão da qualidade de vida dos enfermeiros que atuam na 7.^a região, a qual reúne um grupo de unidade de saúde básica da família, quais sejam: Unidade de Saúde da Família José Machado de Souza (situada na Av. Euclides Figueiredo s/nº Stos Dumont); Unidade de Saúde da Família João Cardoso Nascimento Jr. (R. Alagoas, nº 252) ; Unidade de Saúde da Família João Oliveira Sobral (R. Senhor do Bomfim S/N –Santos Dumont); Unidade de Saúde da Família Renato Mazze Lucas (Av. Euclides Figueredo s/nº Stos Dumont); Unidade de Saúde da Família Anália Pina (Av. Ayrton Senna s/n B. Tamandaré). Ressalte-se que a referida região engloba bairros periféricos da zona oeste da capital sergipana.

2.1 Considerações Gerais sobre o Programa de Saúde da Família

Segundo dados informativos coletados e fornecido pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), constitui uma modalidade de atendimento e prestação de serviços de saúde a populações carentes, cujo principal propósito “constitui-se na reorganização prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional,

² Dados estatísticos oriundos do IBGE–Censo de 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/>. ACESSO EM 20 D OUT. DE 2007.

³ Idem.

levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros”⁴.

Sob essa ótica, a estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Nesse sentido o atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. Diante dos ótimos resultados já alcançados, o Ministério da Saúde está estimulando a ampliação do número de equipes de Saúde da Família no Brasil. E, para isso, é fundamental a mobilização das comunidades e dos prefeitos, pois só por intermédio deles as portas dos municípios se abrirão para a saúde entrar.

A introdução e criação do P.S.F. têm suas origens nos últimos dez anos, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) passou por transformações importantes. Fato é que do período que vai da aprovação da nova Constituição (1988) até os dias de hoje, as políticas públicas em saúde no Brasil, têm concentrado esforços em dois grandes eixos, os quais se apresentam como questões complexas, quais sejam: a descentralização político-administrativa e a organização da atenção à saúde.

No que tange ao P.S.F. a estratégia saúde da família é formulada e assume como foco a reorganização da atenção básica, para garantir a oferta de serviços à população brasileira e o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS.

A criação do referido programa de assistência à saúde da família brasileira, teve origem e foi lançada pelo Ministério da Saúde em 1994. Em linhas gerais o P.S.F. apresenta

⁴ Saúde da Família. O que ?.Disponível em : <http://www.unioeste.br/projetos/saudefamilia/principal.asp>. Acesso em 20 de out. de 2007.

em sua missão primordial um elenco de propostas e preocupações que podem ser resumidas em:

- a) a família é o espaço social e núcleo básico da abordagem e atendimento médico;
- b) o programa busca empreender assistências integrais, resolutivas, contínuas e de boa qualidade;
- c) humanização das práticas de saúde;
- d) democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- e) reconhecimento da saúde como um direito da cidadania;
- f) organização da sociedade para o efetivo exercício do controle social.

2.1.2 O Programa de Saúde da Família em Aracaju consoante a realidade de 2000

O Sistema único de Saúde Brasileiro constitui-se em um dos maiores exemplos de política pública promotora de inclusão social no Brasil e no mundo. Em seus pressupostos e princípios, define o acesso universal dos cidadãos, a integralidade do cuidado em saúde e controle social. Desde sua criação em 1988, tem promovido uma grande expansão no volume de serviços e ações ofertadas aos cidadãos, principalmente a partir da ampliação da cobertura dos mesmos no país. Concomitantemente ao processo de expansão numérica, tornou-se cada vez mais presente a preocupação quanto à ampliação dos serviços, mas também torná-los mais eficientes e mais resolutivos, qualificando ações para o atingimento da melhoria do perfil da saúde da população brasileira.

A preocupação com a qualidade no atendimento nos serviços públicos de saúde concentrou esforços no atendimento e atenção primários da saúde, ou atenção básica na chamada “porta de entrada” para o atendimento no sistema público, efetivado também através da implantação do Programa de Saúde da Família (P.S.F.).

Segundo Santos (2006, p.181) “a realidade da rede básica de saúde da família no município de Aracaju representava o único serviço de atendimento de saúde sob a gestão municipal em janeiro de 2001”. Naquele período o município de Aracaju contava com 37 (trinta e sete) Unidades de Saúde e quatro Postos de Saúde (PS), os quais agregavam mais de 05 (cinco) Unidades de Pronto Atendimento Ambulatorial, respondendo dessa forma por toda a rede de equipamentos assistenciais de saúde sob gestão municipal.

No que concerne ao Programa de Saúde da Família (PSF) o município de Aracaju, ainda em 2001⁵ contava com 48 (Quarenta e oito) equipes implantadas e distribuídas em 22 (Vinte e duas) unidades da rede municipal com cobertura em torno de 32%⁶ da população. Tal estado de coisa configurava um atendimento insuficiente diante uma demanda sempre crescente. Assim, bairros como Santa Maria, América, Novo Paraíso e Coqueiral que apresentava, 95%⁷ da população atendida pelo SUS, possui uma capacidade instalada que conseguiu atender apenas 40%⁸ da demanda da clientela aracajuana.

Quanto à infra-estrutura de atendimento do PSF, via-se que ‘as unidades de saúde da família não dispunham de salas de espera humanizadas, salas de reuniões para grupos, de acesso para deficientes físicos, configurando um padrão estrutural e funcional impróprio para a realização de diversos procedimentos de manutenção preventiva e toda rede estava em processo de sucateamento.

⁵ Santos, Rogério C. IBGE. **Sistema de Informação de Atenção Básica de Aracaju (Sinmis/Siab)**, 2001

⁶ Idem.

⁷ Idem

⁸ Idem

Quanto aos recursos humanos que compõem as Equipes de Saúde da Família no contexto do P.S.F. elaborado pelo Ministério da Saúde estas são formadas por: Médico, Enfermeiro, Odontólogo, Assistente Social, Auxiliar de Consultório Dental, Auxiliar de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde.

A administração municipal pós 2000, a partir de análises e pesquisas realizadas para aferir as condições gerais do atendimento público da saúde municipal, coadjuvada pelas orientações oriundas do Manual de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, bem como consoante a avaliação do binômio oferta-demanda em face dos dados sobre dos critérios de atenção básica que estabelece um número mínimo de consulta habitantes / ano, foram elaborados investimentos tanto na infra-estrutura (reformas, ampliações e construção) de unidades de atendimento de Saúde da Família. Nesse contexto Aracaju passou a ter 43 (quarenta e três) unidades de saúde da família e 130 (cento e trinta) equipes de saúde da família, respondendo agora por 85% do atendimento médico básico do município.

De modo específico as reformas e alterações promovidas na estrutura e no funcionamento do atendimento das unidades de saúde da família em Aracaju, apresentaram as seguintes modificações, que segundo Santos (2006, p.181-182):

[...] a) ambiente confortável e acolhedor; b) espaço amplo de recepção da clientela, com sala de espera ampla e com televisão; c) investimento em sinalização para melhor esclarecer à população os serviços que a unidade de saúde da família presta; d) humanização dos consultórios, salas de vacina, e outros; e) sala de reuniões para facilitar a interação entre os profissionais, usuários e gestores; f) sala de observação para usuários em situação de urgência e que requerem acompanhamentos temporário; g) adequado sistema de esterilização e de depósitos de resíduos, conforme normas da vigilância sanitária; h) gabinete odontológico estilo “roseta”, associando otimização do espaço com conforto, divisão do trabalho e eficiência; i) divisão do espaço físico em área de fluxo rápido representada; j) espaços distintos para procedimentos, em geral de consumo rápido, e para atendimento individual, facilitando os fluxos da unidade e o acesso dos usuários aos serviços; l) padrão de cores e comunicação visual; m) rede lógica em todos os consultórios para operar sistema cartão nacional de saúde e possibilitar a realização do agendamento de consultas e exames durante o atendimento individual.

Em sua estrutura basilar de atendimento do Programa de Saúde da Família que se concretizada nas unidades de atendimento básico, o PSF, aponta para uma realidade segundo a qual Aracaju com suas 130 equipes de saúde da família implantadas e em funcionamento consegue atingir cerca de 85% das necessidades de atendimento de público via Sus.

O modelo do Programa Saúde da Família adotado em Aracaju segue os parâmetros do Ministério da Saúde e ainda traz um adicional: além dos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas e agentes comunitários de saúde, assistentes sociais fazem parte das equipes, no modelo de gestão cuja tônica revela-se no fortalecimento do trabalho em equipe onde a saúde e o social são concebidos em conjunto.

2.2.2 Estrutura da saúde pública do município de Aracaju

Segundo o site da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Aracaju, a estrutura de atendimento está organizada por regiões, as quais compreendem as respectivas unidades de saúde básica existentes em bairros circunvizinhos.

Dessa feita assim se configura a estrutura e redes de atendimento da saúde no município de Aracaju:

- 1) Rede de Atenção Básica – REAB (antiga RASF) - formada por 8 (oito) regiões:**

• Região I

- Unidade de Saúde da Família Niceu Dantas;
- Unidade de Saúde da Família João Bezerra;
- Unidade de Saúde da Família Santa Terezinha;
- Unidade de Saúde da Família Augusto Cezar Leite;
- Unidade de Saúde da Família Antonio Alves;
- Unidade de Saúde da Família Augusto Franco.

• Região II

- Unidade de Saúde da Família Osvaldo Leite;
- Unidade de Saúde da Família Elizabeth Pita;
- Unidade de Saúde da Família Celso Daniel;
- Unidade de Saúde da Família Geraldo Magela;
- Unidade de Saúde da Família Humberto Mourão.

• Região III

- Unidade de Saúde da Família Hugo Gurgel;
- Unidade de Saúde da Família Ministro Costa Cavalcante;
- Unidade de Saúde da Família Dona Sinhazinha;
- Unidade de Saúde da Família Ávila Nabuco;
- Unidade de Saúde da Família Marx Carvalho.

• Região IV

- Unidade de Saúde da Família Manoel de Souza;
- Unidade de Saúde da Família Madre Tereza de Calcutá;
- Unidade de Saúde da Família Joaldo Barbosa;
- Unidade de Saúde da Família Edézio Vieira de Melo;
- Unidade de Saúde da Família Adel Nunes;
- Unidade de Saúde da Família Fernando Sampaio.

• Região V

- Unidade de Saúde da Família Maria do Céu;
- Unidade de Saúde da Família Amélia Leite;
- Unidade de Saúde da Família CAIC;
- Unidade de Saúde da Família Cândida Alves;
- Unidade de Saúde da Família Dona Jovem.

• Região VI

- Unidade de Saúde da Família Porto Dantas;
- Unidade de Saúde da Família José Augusto Barreto;
- Unidade de Saúde da Família Eunice Barbosa;
- Unidade de Saúde da Família José Quintiliano da Fonseca;
- Unidade de Saúde da Família Francisco Fonseca.

• Região VII

- Unidade de Saúde da Família José Machado de Souza;
- Unidade de Saúde da Família João Cardoso Nascimento Jr.;
- Unidade de Saúde da Família João Oliveira Sobral;
- Unidade de Saúde da Família Renato Mazze Lucas;
- Unidade de Saúde da Família Anália Pina.

• Região VIII

- Unidade de Saúde da Família Walter Cardoso;
- Unidade de Saúde da Família Onésimo Pinto;
- Unidade de Saúde da Família Lauro Dantas Horas;
- Unidade de Saúde da Família Carlos Hardmam;
- Unidade de Saúde da Família Carlos Fernandes de Melo.

2) Rede de Atenção Especializada – REAE (antiga RAE)

3) Rede de Atenção Psicossocial – REAP (antiga RAPS)

4) Rede Hospitalar - REHOSP

5) Rede de Urgência e Emergência – REUE (antiga RUE)

· SAMU

· Hospital Nestor Piva

· Hospital Fernando Franco

II - COORDENADORIAS

1) Coordenadoria de Vigilância Sanitária (COVISA).

2) Coordenadoria de Regulação – COREG (antigo NUCAAR).

3) Coordenadoria de Gestão do Cuidado – COGEC (antigo NUDEP).

4) Coordenadoria de Educação Permanente da Saúde – COEPS (antigo CEPS).

III – NÚCLEOS

1) Núcleo de Logística – NULOG (antiga COLOG).

2) Núcleo de Informação – NUINF (antigo COTIN).

3) Núcleo de Gestão de Pessoas – NUGEP (antigo COPES).

4) Núcleo Jurídico – NUJUR (antigo DCC).

5) Núcleo de Comunicação – NUCOM – (antigo NUCIS).

6) Núcleo de Gestão Financeira – NUGEF – (antigo COFIN).

7) Núcleo de Planejamento – NUPLAN.

3 QUALIDADE DE VIDA X TRABALHO

Via de regra, as concepções que norteiam a expressão qualidade de vida, assumem sempre contextos de ampla complexidade, pois sua plena apreensão implica em um estado de coisas em que sua conceituação, ponderação e valorização vêm sofrendo uma evolução, em consonância com a dinâmica da humanidade, suas diferentes culturas, suas prioridades e crenças.

Nesse passo, e no afã de perceber o espectro conceitual sobre o tema, vê-se que em ROMANO (1993), a expressão qualidade de vida “é mais que simplesmente a ausência ou presença de saúde, abrangendo também educação, saneamento básico, acesso a serviços de saúde, satisfação e condições de trabalho, além de outros aspectos”.

A literatura que versa sobre a questão da qualidade de vida revela-se ampla uma vez que os critérios para o estabelecimento de parâmetros para revelar uma boa qualidade de vida e ou o seu inverso, difere de país para país, região para região, envolvendo também aspectos sócio-econômicos e padrões de desenvolvimento e crescimento que escapam a compreensão segmentada e focalizada por critérios apenas de ordem médica e de saúde.

Ao tratar-se da questão da qualidade de vida no ambiente laboral (ambiente de trabalho), vê-se que Segundo Haddad⁹

⁹ HADDAD, Maria do C. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. Disponível em <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/qualidade.htm>. Acesso em 10 de out. de 2007.

[...] A qualidade de vida no trabalho é o maior determinante da qualidade de vida. Vida sem trabalho não tem significado... Assim sendo, na sociedade contemporânea, o trabalho passou a ocupar um lugar central na vida do homem, mais especificamente o trabalho organizacional. De acordo com HANDY (1978) apud MORENO (1991), o trabalho deve ser visto como parte inseparável da vida humana, talvez sendo hoje a organização o principal meio para o homem adquirir sua identidade. O trabalho também é determinante de aspectos vitais como status e identidade pessoal.

Claro está que a forma como o local onde as pessoas desenvolvem suas atividades profissionais assume relevância incontestável, haja visto que boa parte do tempo e de suas vidas são no ambiente de trabalho. Nesse sentido a forma como as organizações privadas e ou institucionais estruturam os espaços e as condições específicas para que os profissionais trabalhem, merece um olhar e atenções especiais, pois a depender da forma com estas estruturas são implementadas pode vir a comprometer a qualidade do trabalho efetivamente realizado (ou não-realizado) e o mais importante a qualidade de vida (em sua mais ampla concepção) das pessoas que ali trabalham.

No mesmo diapasão, FERNANDES (1988, p.129) afirma que:

[...] não há uma definição consensual a respeito de qualidade de vida no trabalho, mas sim várias correntes ou abordagens. Porém esse tema está frequentemente associado à melhoria das condições físicas do servidor, programas de lazer, estilo de vida, instalações organizacionais adequadas, atendimento a reivindicações dos trabalhadores e ampliações do conjunto de benefícios. Entretanto, o atendimento a essas necessidades, envolvem custos adicionais, o que já é obstáculo para a implantação de programas de qualidade de vida no trabalho.

De fato, a discussão acerca dos conceitos e meandros que permeia a expressão *qualidade de vida*, indica uma multiplicidade de pontos de vistas, os quais confluem para uma noção generalizante onde qualidade de vida implicitamente envolve a noção de bem-estar e de felicidade.

Rememorando as lições de WALTON (1993, p.89), qualidade de vida no trabalho visa proteger o empregado e propiciar-lhe melhores condições de vida dentro e fora da organização. O mesmo autor reúne um conjunto de características que contribuem para uma maior compreensão e significação da qualidade de vida no ambiente de trabalho as quais podem ser elencadas como:

- a) compensação adequada e justa (relativo aos salários percebidos pelo trabalhador);
- b) condições de segurança e saúde no trabalho;
- c) oportunidade para desenvolvimento das capacidades humanas;
- d) oportunidade para crescimento contínuo e segurança;
- e) integração na organização;
- f) cumprimento da legislação constitucional e trabalhista referente à atividade desenvolvida;
- g) trabalho e o espaço total da vida (respeito à vida privada e familiar do trabalhador);
- i) relevância social do trabalho desenvolvido.

Ao discorrer sobre a natureza e importância da qualidade de vida em face do trabalho humano, DEJOURS et al.(1994,p.98) afirmam que,

[...] a organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora.

Vê-se, pois que, a organização do trabalho e as condições gerais em que este é executado possui repercussões no âmbito físico, psíquico e social do trabalhador, independentemente da natureza dos trabalhos e qualificação do trabalho desenvolvido.

Reiteram as perspectivas retromencionadas BELAND e PASSOS (1978, p.156) os quais consideram que as necessidades pessoais do trabalhador de enfermagem e sua ansiedade em relação às circunstâncias com as quais ele se defronta geralmente prejudicam o tipo de atendimento que ele sabe dar e que gostaria de poder dar, podendo causar um sofrimento no profissional.

Novamente em HADDAD et al. (1985,p.96), em estudo realizado em um hospital oncológico constataram,

[...] um despreparo emocional do trabalhador de enfermagem no cuidado com pacientes terminais. A equipe sentia-se ansiosa diante da aplicação de tratamentos agressivos, como a quimioterapia que provoca efeitos colaterais intensos e visíveis. Relataram que os profissionais não sentiam-se preparados para enfrentar a morte do paciente, expressando sentimentos de impotência profissional. Muitas vezes a equipe de enfermagem identifica-se com os pacientes temendo que lhes possa acontecer a mesma coisa e sentem-se culpados quando o paciente morre.

Todo profissional de enfermagem que militam e vivenciam as rotinas hospitalares e demais modalidades de atendimento público de saúde, reconhecem que independentemente no nível de qualificação dos profissionais que ali desempenham suas atividades, há uma intensa cobrança dos profissionais médicos, as quais, por vezes potencializam os níveis de stress, insatisfações que indubitavelmente interferem na qualidade das suas atividades profissionais.

Frise-se os modelos de organização do trabalho no mundo ocidental, à luz do Taylorismo, associam o trabalho tanto ao espaço e local onde este se efetiva, como a produtividade (no acaso em pauta, o número de atendimentos realizados) pelo trabalhador. Em termos práticos, o cotidiano do trabalho desenvolvido, propiciam a geração de rotinas as quais ao longo do tempo, podem provocar comprometimentos físicos a exemplo da LER e DORTH tão comuns nos dias atuais.

3.1 Questões acerca da qualidade de vida dos enfermeiros

À guisa de introdução sobre a qualidade de vida dos enfermeiros, corresponde a uma atividade profissional que exige bastante dedicação uma vez que envolve atividades estressantes, num ambiente onde freqüentemente as pessoas estão enfermas ou debilitadas e no limiar de suas existências. Tal estado de coisas reflete-se num elevado índice de estressores no ambiente de trabalho. Vale ressaltar que, cada profissional trás consigo influências culturais, familiares, convívios diferente que precisam ser levados em conta e devem ser analisados para entender o comportamento humano no trabalho.

Dessa feita, e a partir de criteriosa revisão bibliográfica literatura, verifica-se que não há uma definição consensual a respeito de qualidade de vida no trabalho (QVT), mais sim várias correntes ou abordagens. Esse universo temático é freqüentemente associado à melhoria das condições físicas do servidor, programas de lazer, estilo de vida, instalações organizacionais públicas e privadas apontam diversas abordagens sobre (QVT), porém sempre valorizando o ambiente em que este ocorre e as suas peculiaridades.

Na sequência serão cotejadas as contribuições dos teóricos que se debruçaram sobre o tema, de modo a carrear àquelas construções teórico-metodológicas para um aprofundamento e conhecimento da realidade e cotidiano do trabalho desenvolvido por enfermeiros, e em especial no setor público em todas as esferas da administração.

3.2 A natureza do trabalho dos profissionais em enfermagem

A enfermagem ao longo de sua trajetória histórica enfrenta uma gama variada de desafios no afã de melhor construir àquilo que represente sua identidade, desde o momento

em que ocorre a apropriação do objeto do trabalho do enfermeiro (que é cuidar) até o reconhecimento do seu fazer profissional. As realidades com as quais o cotidiano do profissional em enfermagem se depara, imprimem cada dia mais comprometimentos quanto à eficácia dessa atividade.

Fato é que, o cenário biossocial no qual o trabalho do enfermeiro se efetiva, envolve uma ampla rede de relacionamentos sociais (nem sempre pacíficos e cordiais), onde permeiam interações no seio das quais circulam informações pela via da comunicação verbal, transmissão de relatório intra e interequipes, e escrita a exemplo dos diversos registros documentais, as rotinas administrativas, objetivando assegurar a continuidade da ação terapêutica.

De modo geral todo profissional que milita na área da saúde é consciente das complexidades inerentes a este tipo de serviço, sobretudo pelo fato de a produção e consumo correrem de maneira simultânea, uma vez que, assim que o atendimento é prestado, sua ação já fora consumida pelo usuário na área pública e cliente no setor privado.

Nesse passo, o processo a partir do qual se estrutura o trabalho da enfermagem, que se define numa contínua construção e reconstrução, a qual envolve profissionais, tecnologias, crenças e valores tudo visando atingir e suprir necessidades vitais de um indivíduo e sua família ou mesmo de um grupo, no árduo caminho de uma vida plena e com qualidade.

Dessa feita, desde o surgimento das organizações hospitalares e as congêneres, onde as rotinas e percurso que os profissionais em saúde cumprem, envolvem um lenço de procedimentos necessários à manutenção da qualidade dos serviços, do trabalho e também dos que os executam.

O profissional enfermeiro lida em seu cotidiano com situações limites, e que envolve seres humanos enfermos, com diagnóstico e prognósticos ruins, baixa auto-estima,

problemas de toda sorte os quais são pontuados, notadamente no contexto do serviço e atendimento públicos, pela mais absoluta carência de material, de informações e mesmo de trato doméstico.

O estresse constitui-se a tônica que confere visibilidade o quão complexa é a atividade fim dos profissionais em enfermagem, situação muitas vezes potencializada pela ausência de infra-estrutura adequada às demandas com as quais executam seu trabalho.

O art.1.º do Código de ética em Enfermagem já aponta o mister profissional dos enfermeiros quando apregoa que: “a Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais” (BRASIL, 1995).

Em meio à trajetória e compromisso de bem realizar o seu fazer profissional, os profissionais convivem em seus ambientes de trabalho, com o stress, as más condições de trabalho (espaciais e materiais), as jornadas escravizantes, os salários questionáveis e políticas públicas que promovem um discurso favorável ao pleno desenvolvimento das ações em saúde, mas que na prática abarrotam os serviços públicos de saúde de encargos os quais não estão devidamente aparelhados para atender à demanda.

Acresce ressaltar que, em toda e qualquer atividade humana laborativa ou não, esta necessita de um mínimo de motivação para que as pessoas nela envolvidas desenvolvam com eficácia e eficiência suas atividades laborativas. Assim, o grau de satisfação e motivação de uma pessoa é uma questão que pode afetar a harmonia e a estabilidade psicológica dentro do local de trabalho.

A satisfação retromencionada muitas vezes estabelece íntimas relações com o ambiente e as condições gerais em que o trabalho é efetivamente executado. Trabalhadores desmotivados, insatisfeitos produzam menos, cometem mais erros, tornam-se intolerantes, mau humorados, o que assume reflexos em todos os âmbitos do trabalho que realizam.

3.3 A enfermagem no contexto do PSF

Como já fora reportado, o Programa Saúde da Família-PSF em Sergipe, foi criado em janeiro de 1994, pelo Ministério da Saúde onde foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2003).

Em Sousa (2000, p 17) encontram-se considerações sobre o PSF que definem o programa como:

[...] A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e acima de tudo resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, identificando os fatores de riscos, aos quais ela está exposta, e nele intervindo de forma apropriada.

Uma análise comparativa sobre a natureza das propostas de trabalho e atendimento à saúde encampadas pelo PSF, e a qualidade do trabalho dos enfermeiros que ali atuam, exige uma compreensão, segundo a qual o PSF deva incorporar e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado a partir da Unidade Básica de Saúde da Família. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), o PSF trabalha com base nos seguintes princípios: Caráter Substitutivo, onde se verifica que o PSF não significa criação de novas unidades de saúde, pois veio substituir o modelo antigo e tradicionalista; Hierarquização, a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência; Territorialização, porque há um território de abrangência definido; Equipe multiprofissional, onde cada equipe do PSF é composta, no

mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).

Segundo preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), são atribuições afetas à atividade dos profissionais enfermeiros no contexto do PSF:

a) Enfermeiro: realizar cuidados diretos de enfermagem, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada; consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações; planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF; supervisão e coordenação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde e de auxiliares de enfermagem;

b) Auxiliar de enfermagem: realizar procedimentos de enfermagem dentro das suas competências técnicas e legais, nos diferentes ambientes, USF e nos domicílios.

A legislação que pertine à atividade fim dos profissionais enfermeiros, Lei n.º 7498 de 25 de junho de 1986, menciona claramente que: o exercício da enfermagem deve obedecer aos critérios a seguir elencados;

[...] Art. 01. São pontos mais relevantes para a prática da enfermagem no PSF: a Consulta de Enfermagem, feita pelo enfermeiro em toda a sua complexidade de execução Art. 11, alínea i; a prescrição de medicamentos desde que sejam estabelecidos em programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde Art. 11, alínea c; o exercício de enfermagem por profissionais de nível técnico e elementar, vinculado à supervisão do enfermeiro Art. 15.

À luz da legislação retro expostas, o universo a partir do qual se efetiva a ação do enfermeiro indica a sua ação concreta e enquanto gerente do trabalho realizado pelos técnicos em enfermagem, o que de fato, avoluma as responsabilidades e tensões a elas inerentes.

Ademais, os artigos integrantes do capítulo III do Código de ética do enfermeiro, indica que no tocante as responsabilidades, postulam que o enfermeiro:

[...] tem responsabilidade de assegurar uma assistência de enfermagem de qualidade, garantindo a integridade física do paciente e refere ainda que o mesmo só deve executar algum procedimento após criteriosa análise da sua competência técnica e legal, devendo o enfermeiro buscar constante atualização visando melhorar a qualidade da prestação dos seus serviços”.

4 DADOS ESTATÍSTICOS REFERENTES À PESQUISA

4.1 A enfermagem e a qualidade de vida no contexto da 7.^a Região do município de Aracaju

O conhecimento da realidade quanto à qualidade de vida dos Enfermeiros, fora concebida mediante a realização de uma pesquisa de campo em meio a um universo de 14 (quatorze) profissionais, que desenvolvem suas atividades nas unidades de atendimento básico de saúde da referida regional.

Por opção metodológica optou-se no presente estudo pela não especificação da unidade de saúde investigada, além das demais garantias quanto ao sigilo das informações coletadas.

A pesquisa de campo empreendida pelas monografistas que assinam o trabalho em questão fora realizada mediante ocorrência de uma preleção prévia, onde foram explicitadas a natureza, objetivo da pesquisa ali empreendida, sendo na sequência apresentado um termo de consentimento de modo a garantir o sigilo dos resultados.

O instrumento metodológico para a realização da coleta dos dados fora o questionário o qual fora elaborado com questões abertas, fechadas e semi-estruturadas; composto por 14 (catorze) questões a serem aplicadas aos profissionais enfermeiros retroinformados. O referido questionário foi aplicado entre os dias 5 e 9 de novembro de 2007. Após a coleta dos dados promoveu-se a tabulação e análise dos mesmos.

4.2 Discussão dos Resultados: Apresentação e Análise dos Dados.

TABELA O1

PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AO SEXO

RESPOSTAS	FREQUENCIA RELATIVAS (fri %)
MASCULINO	15%
FEMININO	85%

Fonte: Pesquisa de Campo –os autores out/nov-2007.

Quanto ao sexo, 15% dos respondentes são do sexo masculino, o que equivale a 02 (dois) profissionais; enquanto que 85% dos respondentes são do sexo feminino, o que equivale a 12 (doze) respondentes.

TABELA 02

PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO A FAIXA ETÁRIA

RESPOSTAS	FREQUENCIA RELATIVAS (fri %)
25 à 30 anos	43%
31 à 40 anos	21%
41à 50 anos	36%

Fonte: Pesquisa de Campo –os autores out/nov-2007.

Quanto a idade dos respondentes, 43% possuem de 25 à 30 anos; o que equivale a 06 (seis) profissionais; 21% possuem de 31 à 40 anos, o que equivale a 03 (três) profissionais; enquanto que 36% possuem de 41 à 50 anos, o que equivale a 05 (cinco) profissionais.

TABELA O3

PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AO ESTADO CIVIL

RESPOSTAS	FREQUENCIA RELATIVAS (fri %)
SOLTEIROS	50%
CASADOS	43%
SEPARADOS	7%

Fonte: Pesquisa de Campo –os autores out/nov-2007.

Quanto ao estado civil dos respondentes, 50% dos mesmos são solteiros; o que equivale a 7 (sete) profissionais; 43% são casados, o que equivale a 6 (seis) profissionais; enquanto que 7% são separados, o que equivale a 01 (um) profissional.

TABELA O4

PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AO
ENTRETENIMENTO E LAZER

RESPOSTAS	FREQUENCIA RELATIVAS (fri %)
SIM	100%
NÃO	-----

Fonte: Pesquisa de Campo –os autores out/nov-2007.

Quanto à existência de atividades de lazer 100% dos respondentes afirmaram realizar atividades de lazer, o que equivale a 14 (quatorze) profissionais.

TABELA O5
PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO A FORMA DA
PRÁTICA DO LAZER

RESPOSTAS	FREQUENCIA RELATIVAS (fri %)
Passeios familiares com esposo (a) e filhos	14%
Durante os finais de semana: cinema, praia, shoppings e festas	43%
Realizando leituras diversas	10%
Viagens e passeios turísticos	21%
Teatro, academia de ginástica	12%

Fonte: Pesquisa de Campo – os autores out/nov-2007.

Quanto à forma como os respondentes vivenciam o lazer 43% respondeu que durante os finais de semana vão ao cinema, praia, shoppings e festas, o que equivale a 06 (seis) dos respondentes; 21% afirmaram que realizam viagens e passeios turísticos, o que equivale a 03 (três) respondentes; 14% afirmaram realiza passeios com a família, o que equivale a 02 (dois) respondentes; 12% freqüentar teatro e academias de ginástica, o que equivale a 02 (dois) respondentes; enquanto que 10% afirmaram realizar leituras diversas, o que equivale a 01 (um) respondente.

TABELA O6
PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AO
TEMPO QUE EXERCE A PROFISSÃO

RESPOSTAS	FREQUENCIA RELATIVAS (fri %)
01 à 05 anos	36%
06 à 10 anos	28%
11 à 20 anos	36%

Fonte: Pesquisa de Campo – os autores out/nov-2007.

Quanto ao tempo de exercício profissional, 36% possuem de 01 a 05 anos de atividade profissional, o que equivale a 05 (cinco) dos respondentes; 28% possuem de 06 a 10 anos de atividade profissional, o que equivale a 04 (quatro) respondentes; enquanto que 36% possuem de 11 a 20 anos de atividade profissional, o que equivale a 05 (cinco) respondentes.

TABELA 07

PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AO TEMPO DE
SERVIÇO NO POSTO DE SAÚDE

RESPOSTAS	FREQUENCIA RELATIVAS (fri %)
01 à 05 anos	36%
06 à 10 anos	28%
11 à 20 anos	36%

Fonte: Pesquisa de Campo – os autores out/nov-2007.

Quanto ao tempo de exercício profissional em postos de saúde, 36% possuem de 01 a 05 anos de atividade profissional, o que equivale a 05 (cinco) dos respondentes; 36 % possuem de 06 a 10 anos de atividade profissional, o que equivale a 05 (cinco) respondentes; enquanto que 28% possuem de 11 a 20 anos de atividade profissional, o que equivale a 04 (quatro) respondentes.

TABELA O8
PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AO NÍVEL DE
COMPROMETIMENTO DA QUALIDADE DE VIDA

RESPOSTAS	FREQUENCIA RELATIVAS (fri %)
Não, por possuir um só vínculo empregatício	7%
Não apenas	14%
Sim, em função da carga-horária , e intensa cobrança	7%
Sim, em função das múltiplas atribuições funcionais	7%
Sim apenas	58%
Às vezes	7%

Fonte: Pesquisa de Campo – os autores out/nov-2007.

Quanto à natureza do trabalho realizado junto à 7.^a Região comprometendo sua qualidade de vida, 58% afirmaram que compromete o serviço realizado, o que equivale a 08 (oito) respondentes, 14% afirmaram que não compromete o serviço realizado, o que equivale a 02 (dois) respondentes, 7% afirmaram que não compromete o serviço realizado, pois somente possui um vínculo empregatício, o que equivale a 01 (um) respondentes, 7% dos respondentes afirmaram que sim, em função da carga horária e da intensa cobrança, o que equivale a 01 (um) respondentes; 7% dos respondentes afirmaram que sim, em função das

múltiplas atribuições; e 7% dos respondentes afirmaram que as vezes interfere na qualidade do atendimento.

TABELA O9
PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AO TEMPO DE
SERVIÇO JUNTO AO PSF

RESPOSTAS	FREQUENCIA RELATIVAS (fri %)
01 à 05 anos	43%
06 à 10 anos	36%
+ de 10 anos	21%

Fonte: Pesquisa de Campo – os autores out/nov-2007.

Quanto ao tempo de atuação junto ao programa PSF na 7.^a Região, 43 % dos entrevistados afirmaram atuar entre 01 a 05 anos, o que equivale a 06 (seis), 36% afirmaram atuar entre 06 a 10 anos, o que equivale a 05 (cinco) dos respondentes, enquanto que 21% afirmaram atuar a mais de 10 anos, o que equivale a 03 (três) respondentes enfermeiros.

TABELA 10

PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AO
DESENVOLVIMENTO DA ROTINA DE TRABALHO

RESPOSTAS	FREQUENCIA RELATIVAS (fri %)
Acolhimento, agendamento	14%
Acolhimento, consultas, visitas , palestras e reuniões	7%
Desenvolvimento das atividades preconizadas pelo MS para o atendimento no PSF	79 %

Fonte: Pesquisa de Campo –os autores out/nov-2007.

Sobre a rotina de trabalho desenvolvida pelos enfermeiros que atuam nas unidades da 7.^a região, 79% desenvolvem as atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para o atendimento no PSF, o que equivale a 11 (onze) dos respondentes, 14% afirmaram que atuam no acolhimento, e agendamento, o que equivale a 02 (dois) respondentes, enquanto que 7% atuam no acolhimento, atendimento, consultas, visitas domiciliares, palestras e reuniões, o que equivale a 01 (um) respondente.

TABELA 11
PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AOS FATORES
POSITIVO ATINENTES AO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

RESPOSTAS	FREQUENCIA RELATIVAS (fri %)
Realização profissional	43%
Presto serviço relevante a pessoas carentes	14%
Equipe de Trabalho	21%
Organização da Unidade Básica de Saúde	14%
Trabalho com horário e atividades preestabelecidos	8%

Fonte: Pesquisa de Campo – os autores out/nov-2007.

Quanto aos pontos positivos apontados pelos enfermeiros que atuam nas unidades da 7.^a região, 43 % afirmaram realizar-se profissionalmente, o que equivale a 06 (seis) respondentes, 14% afirmaram que gostam do trabalho com pessoas carentes, 21% afirmaram gostar da equipe de trabalho, o que equivale a 3 (três) respondentes, 14 % disseram gostar do que fazem, devido a que a forma com encontra-se organizada a unidade de saúde em que atuam, o que equivale a 02 (dois) respondentes, enquanto que 8% afirmaram o horário de trabalho como fato positivo, o que equivale a 01 (um) respondente.

TABELA 12

PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO AO FATORES
NEGATIVOS ATINENTES AO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

RESPOSTAS	FREQUENCIA RELATIVAS (fri %)
Falta de condições de trabalho, ausência de preocupações com a ergonomia do trabalho da enfermagem	14%
Carga horária extensa e intensa, baixos salários	14%
O trabalho de acolhimento e agendamento	29%
Ausência de auxiliares de enfermagem na unidade	7%
Estrutura física e deficiência de recursos humanos	7%
Falta de materiais e medicamentos	7%
Dificuldade na marcação de exames, inclusive os especializados	14%
Estress	8%

Fonte: Pesquisa de Campo – os autores out/nov-2007.

Quanto aos pontos negativos apontados pelos enfermeiros que atuam nas unidades da 7.^a região, 14% apontaram a falta de condições de trabalho e ausência de preocupações com a ergonomia do trabalho da enfermagem, o que equivale a 02 (dois) respondentes, 14% afirmaram ser a carga horária extensa e intensa, bem como os baixos salários, o que equivale a 02 (dois) respondentes, 29% apontaram o trabalho de acolhimento e agendamento, o que equivale a 04 (quatro) respondentes, 7% afirmaram que é ausência de auxiliares de enfermagem na unidade, o que equivale a 01 (um) respondente, 7% afirmaram ser problemas com a Estrutura física e deficiência de recursos humanos, 14% afirmaram ser as dificuldade na marcação de exames, inclusive os especializados, o que equivale a 02 (dois) respondentes, enquanto que 8% afirmaram ser o estress, o que equivale a 01 (um) respondente.

TABELA 13
PARTICIPAÇÃO (%) DOS ENFERMEIROS QUANTO ÀS CONDIÇÕES
PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

RESPOSTAS	FREQUENCIA RELATIVAS (fri %)
Não, mobiliário inadequado para as atividades ali desenvolvidas	14%
Não, ausência de adequada estrutura física e recursos humanos	21%
Não, apenas	58%
Sim	7%

Fonte: Pesquisa de Campo – os autores out/nov-2007.

Quanto à existência de plenas condições de trabalho na 7.^a região, 14 % afirmaram “não”, em função da presença de mobiliário inadequado para as atividades ali desenvolvidas, o que equivale a 02 (dois) respondentes, 21% afirmaram “não”, em função da ausência de adequada estrutura física e recursos humanos, o que equivale a 03 (três) respondentes, 58% afirmaram “não”, o que equivale a 08 (oito) respondentes, enquanto que 7% afirmaram “sim”, o que equivale a 01 (um) respondente.

Diante do exposto o estudo sobre a enfermagem e a qualidade de vida no contexto da 7.^a Região do município de Aracaju consoante análise dos dados coletados, apresenta um perfil de um grupo de enfermeiros, sendo grande parte, do sexo feminino, com predominância de faixa etária compreendida dos 25 a 30 Anos de idade, prevalecendo o estado civil solteiro, e possuindo como atividades de lazer um elenco de opções que envolvem saída com a família, viagens, freqüências às praias, teatro, cinemas, shoppings etc...

Nesse contexto as reclamações e posicionamentos quanto aos pontos negativos e mesmo insalubres inerente a ação dos profissionais em comento, apontam o contato inicial com o usuário do SUS/ P.S.F. nos procedimentos de acolhimento e agendamento, pois é nesse momento que os embates ,discussões e animosidades costumam ocorrer, e em certa medida, gerar uma série de desconfortos entre profissionais e usuários.

Claro está que independentemente do sofrimento, a ansiedade e a insatisfação se constroem no contexto do exercício profissional do enfermeiro podendo produzir comportamentos defensivos; a abnegação e compromisso profissional são marca definidora dos enfermeiros que atuam no P.S.F junto a 7.^a Região no município de Aracaju.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este estudo, constatamos que a natureza e forma como o trabalho dos profissionais enfermeiros, no contexto do P.S.F. na 7.^a Região do município de Aracaju, não compromete a qualidade de vida dos mesmos. Ademais, via de regra restou cristalina a concepção que a maioria significativa dos respondentes afirmaram que gostam do que fazem, realizam-se profissionalmente com sua atividade, trabalham em sintonia com a equipe, são proativos e procuram conjuntamente superar as dificuldades inerentes ao trabalho com saúde básica em comunidades carentes.

A observação in loco de como o trabalho da enfermagem ocorre no contexto da já referida região, tem relevante significado na qualidade de vida do profissional enfermeiro. Os dados coletados evidenciaram que o trabalho direciona o estilo de vida adotado por este profissional e sua família, particularmente quanto aos momentos de lazer, à guisa do estress contingente à sua atividade fim.

A baixa remuneração, as jornadas intensas, os problemas relacionados aos procedimentos de acolhimento e atendimento ao usuário são os elementos considerados pelos profissionais que responderam ao questionário, como sendo o fator primordial para potencializar o estress nas ações empreendidas pelos profissionais enfermeiros lotados em uma das unidades da 7.^a Região aracajuana.

A sobrecarga de trabalho embora tenha sido apontada como elemento negativo ao trabalho do enfermeiro, não implica em perda significativa de qualidade de vida entre os respondentes da pesquisa.

A singularidade do trabalho realizado pelos enfermeiros que atuam no P.S.F. da referida localidade objeto do presente estudo, são uníssonos em mencionar do prazer em realizar um trabalho em prol dos mais carentes, e de sentir utilidade prática e concreta naquilo

que efetivamente praticam em seu fazer profissional cotidiano, o que se constitui parâmetro positivo para a discussão sobre qualidade de vida nesse nicho profissional.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO A SER APLICADO AOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA 7.^a REGIÃO DO MUNICÍPIO DE ARACAJU

QUALIDADE DE VIDA X TRABALHO

1) SEXO : () M () F

2) Qual a sua idade?

3) qual o seu estado civil?

4) Você costuma tem lazer?

() SIM () NÃO

5) De que maneira você exercita seu lazer?

6) Há quanto tempo exerce a profissão?

7) Há quanto tempo atua junto a postos de saúde?

8) A natureza do trabalho que você realiza junto na 7.^a Região compromete sua qualidade de vida?

10) Há quanto tempo atua junto ao programa PSF na 7.^a Região?

11) Descreva sua rotina de trabalho junto a unidade do PSF da 7.^a Região?

12) Quais os fatores positivos em sua rotina de trabalho no PSF no contexto da 7.^o Região

13) Quais os pontos negativos e ou estressantes em sua atividade no PSF?

14) Na unidade de saúde onde atua existem plenas condições para o desenvolvimento do seu trabalho?

15) Como otimizar as suas condições de trabalho de modo a potencializar sua qualidade de vida e dos serviços prestados na unidade

REFERÊNCIAS

BELLAND, I. L.; PASSOS, J. Y. **Enfermagem clínica; aspectos fisiopatológicos psicossociais**. São Paulo: EPU/ Edusp, 1978. V. 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem / Instituto para o Desenvolvimento da Saúde**. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília, 2001.

_____. Programa saúde da família: o que é, como começou, como funciona e como implantar. Retirado do site: <http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>, baixado em 23.de Março. de 2003.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Legislação do exercício profissional da enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEN, 2001.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET C. **Psicodinâmica do trabalho: Contribuição da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DUNCAN, Bruce, B et.al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária básica em evidências**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FONTES, Paulo A. de C., MARTINS, Cleide de L. **A ética, a humanização e a saúde da família**. *Rev. Brasileira de Enfermagem*: saúde da família. V.53, nº especial. Brasília: ABEn, dez.2000.

_____. **Código de ética da enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEN, 2001.

LAKATOS, E. M. e MARCONI M. de A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 4. ed. rev. e amp, l. São Paulo: Atlas, 2001.

MARCONI, Marina de A., LAKATOS, Eva M^a. **Metodologia científica**. 3ed. São Paulo; Atlas, 2000.

_____. **Metodologia do trabalho científico**. 3ed. São Paulo; Atlas, 2001.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito do Trabalho**. 15^a ed. São Paulo: Atlas, 2002.

RUSSOMANO, Mozart Victor. **Curso de Direito do Trabalho**. 8^a ed. Curitiba: Juruá, 2000.

SANTOS, Elaine F. dos et all. **Legislação em enfermagem**: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2002. 367p.

SANTOS, Rogério C. **Saúde Todo Dia, uma construção coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

SOUSA, M^a Fátima de. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Brasileira de Enfermagem**: saúde da família. V.53, n^o especial. Brasília: ABEn, dez.2000. p. 25 – 30.

DISPONÍVEL EM INTERNET

HADDAD, Maria do C.L. **Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem**. Disponível em : <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/QUALIDADE.htm>. Acesso em 12 de Agos. de 2007.

KAWAKAME, Patrícia M.G. e MIYADAHIRA, A.M.K. **Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem**. Disponível em: <http://www.usp.br/reeusp/upload/pdf/19.pdf+enfermagem+e+qualidade+de+vida&hl=pt-BR>. Acesso em 10 de Set.de 2007.

MARTINS, Marilú M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos**. Disponível em: http://www.nucidh.ufsc.br/teses/dissertacao_marilu.pdf. Acesso em 29 de Agos. De 2007.

SIQUEIRA, Gallo e Cegano. **Qualidade de vida e o trabalho sob a ótica do enfermeiro.** Disponível em: <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1669/1395>. Acesso em 22 de Set.de 2007.