

QUALIDADE DE VIDA, SATISFAÇÃO E ESFORÇO/RECOMPENSA NO TRABALHO, TRANSTORNOS PSÍQUICOS E NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA ENTRE TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Quality of life, job satisfaction and effort-reward imbalance at work: mental disorders and levels of physical activity among Primary Care workers

Desirée Sant'Ana Haikal¹, Thalita Thyrza de Almeida Santa-Rosa², Pedro Emílio Almeida de Oliveira³,
Luís Otávio Silveira Sales⁴, Ana Carolina Amaral Pereira⁵, Carolina Carneiro Soares Macedo⁶,
Raquel Conceição Ferreira⁷, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins⁸, Efigênia Ferreira e Ferreira⁹

RESUMO

Estudo transversal que investigou qualidade de vida, satisfação com o trabalho, presença de transtornos psíquicos e hábitos de atividade física entre trabalhadores da atenção primária à saúde de Montes Claros – MG. Foram utilizados instrumentos validados (WHOQOL-Bref, Escala de Equilíbrio Esforço/Recompensa no trabalho, Questionário de Saúde Geral e o Questionário Internacional de Atividades Físicas). Foram conduzidas análises descritivas e bivariadas. Na análise bivariada, as categorias profissionais foram reunidas em três grupos (ACS; técnicos/auxiliares; enfermeiros/dentistas/médicos). Foram avaliados 752 trabalhadores (95% do total), sendo 470 ACS, 69 Técnicos/Auxiliares de Enfermagem e 51 de Saúde Bucal, 52 Cirurgiões-dentistas, 71 Enfermeiros e 39 Médicos. A idade média foi 32 anos ($\pm 8,3$), sendo 80% mulheres. Cerca de 20% apresentaram insatisfação com o trabalho. Relações Sociais e Meio Ambiente foram respectivamente as dimensões de menor e maior impacto na qualidade de vida. No trabalho, 67% apresentaram desequilíbrio entre esforço/recompensa. Cerca de 16% apresentaram saúde psíquica debilitada e 22% eram sedentários/insuficientemente ativos. A satisfação com o trabalho, o esforço/recompensa no trabalho, a saúde psíquica e o nível de atividade física mostraram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os três grupos

ABSTRACT

This is a cross-sectional study conducted to investigate quality of life, job satisfaction, presence of mental disorders, and level of physical activities among primary care workers in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. Validated instruments were used (WHOQOL-Bref, Effort-Reward Imbalance, General Health Questionnaire, and the International Physical Activity Questionnaire). Descriptive and bivariate analyses were performed. Occupational categories were aggregated into three groups in bivariate analysis (General Services/Community Health Workers; Technicians/assistants; nurses/dentists/doctors). 752 workers (95% of the total) were evaluated – 470 Community Health Workers; 69 Technicians/Nursing Assistants; 51 Technicians/Dental Assistants; 52 Dentists; 71 Nurses; and 39 Doctors. The mean age was 32 years (± 8.3) - 80% were women. About 20% had job dissatisfaction. The Social Relations and Environmental dimensions had respectively the least and greatest impact on quality of life. 67% showed an imbalance between effort and reward at work. About 16% had mental disorders and 22% were sedentary / insufficiently active. Job satisfaction, effort-reward imbalance, mental health, and physical activity level showed statistically significant differences ($p < 0.05$) among the three occupational groups. The results call

¹ Desirée Sant'Ana Haikal, Docente Departamento de Odontologia da Unimontes. E-mail: desireehaikal@gmail.com

² Thalita Thyrza de Almeida Santa-Rosa, Docente Departamento de Odontologia da Unimontes

³ Pedro Emílio Almeida de Oliveira, Acadêmico do Departamento de Odontologia da Unimontes

⁴ Luís Otávio Silveira Sales, Acadêmico do Departamento de Odontologia da Unimontes

⁵ Ana Carolina Amaral Pereira, Acadêmico do Departamento de Odontologia da Unimontes

⁶ Carolina Carneiro Soares Macedo, Acadêmico do Departamento de Odontologia da Unimontes

⁷ Raquel Conceição Ferreira, Docente Departamento de Odontologia da Unimontes

⁸ Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins, Docente Departamento de Odontologia da Unimontes

⁹ Efigênia Ferreira e Ferreira, Docente Departamento de Odontologia da Unimontes

Financiamento: FAPEMIG

profissionais. Os resultados alertam sobre riscos psicossociais existentes entre tais trabalhadores, evidenciando necessidade de estímulo a estilos de vida saudáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida; Saúde do Trabalhador; Epidemiologia; Atenção Primária à Saúde; Satisfação no Emprego.

INTRODUÇÃO

A estruturação psicossocial do homem ocorre pela sua interseção nas fontes de socialização, entre as quais se destaca a instituição trabalho/emprego. O trabalho/emprego exerce papel relevante na saúde mental quer pelos aspectos positivos quer pelos possíveis aspectos negativos decorrentes de sua organização.^{1,2}

Desde a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), observa-se um aumento significativo no número de trabalhadores nas Unidades de Saúde da Família (USF) onde estão inseridos médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, agentes comunitários de saúde (ACS), entre outros.³ O processo de trabalho em que estão inseridos é bastante peculiar, no qual interagem habilidades técnicas e relações interpessoais, recaindo sobre eles grandes e crescentes responsabilidades.⁴ A sobrecarga de trabalho, somada à elevada e necessária produtividade, pode interferir na rotina e estilo de vida desses trabalhadores, contribuindo para a deterioração da sua saúde e qualidade de vida (QV), favorecendo o desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho.⁵

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Esse conceito foi criado a partir de um projeto multicêntrico, na década de 90, quando foi construído o instrumento WHOQOL-100 e sua versão reduzida, o WHOQOL-Bref. Tais instrumentos possuem dimensão transcultural e contemplam três aspectos fundamentais referentes à QV: 1) subjetividade (percepção do indivíduo em questão); 2) multidimensionalidade; 3) presença de dimensões positivas e negativas.⁶⁻⁸

Já o nível de estresse gerado pela relação do indivíduo com seu trabalho pode ser aferido a partir do modelo teórico da Escala de Equilíbrio entre Esforço e Recompensa (ERI). Essa escala foi traduzida e validada para diversos idiomas e tem sido amplamente utilizada.^{9,10} Dois componentes de esforço e recompensa são apresentados

attention to psychosocial risks posed for these workers, demonstrating the need for encouraging healthy lifestyles.

KEYWORDS: Quality of Life; Occupational Health; Epidemiology; Primary Health Care; Job Satisfaction.

no modelo: um componente extrínseco, mostrando condições distintas do trabalho (esforço: demandas, obrigações; recompensa: dinheiro, apoio, oportunidades na carreira e segurança), e um componente intrínseco, o estilo pessoal de ajustamento chamado de comprometimento excessivo.¹¹ Associações entre situações estressantes de desequilíbrio entre esforço-recompensa no trabalho aumentaram o risco de doenças cardiovasculares, distúrbios psiquiátricos e alcoolismo.^{9,12,13} Situações de estresse crônico no trabalho deixariam o trabalhador com especial propensão para iniciar distúrbios autonômicos e respostas neuroendócrinas desfavoráveis.¹⁴

As condições sociais de trabalho e o estresse psicológico mostram-se também como fatores de risco ocupacional.⁵ Transtornos psíquicos leves ou não-psicóticos, quando presentes, afetam a QV do trabalhador. O Questionário de Saúde Geral (QSG) foi criado para fins de exames de saúde mental dos indivíduos¹⁵, aferindo a vulnerabilidade e os transtornos psíquicos não psicóticos entre trabalhadores.¹⁶ O QSG, originalmente composto de 60 itens, teve outras versões posteriormente formuladas (com 30, 20 e 12 itens). Mesmo a última versão, mais reduzida (QSG-12), apresentou boa confiabilidade e, devido à sua simplicidade, tem se tornado comum em estudos ocupacionais.^{16,17} Do ponto de vista psicométrico, há bastante convergência sobre as avaliações da consistência e validade do QSG-12.¹⁸

A inatividade física representa outro fator de risco à saúde física e mental.¹⁹ O Questionário Internacional de Atividades Físicas (International Physical Activity Questionnaire, IPAQ) é um instrumento desenvolvido pela OMS em parceria com outros centros de pesquisa, com o objetivo de avaliar o nível de atividade física, apresentando características psicométricas aceitáveis para uso em estudos de prevalência.²⁰ No Brasil, foi demonstrado que o IPAQ possui boa estabilidade de medidas e precisão aceitável.^{21,22}

Embora os trabalhadores da atenção primária constituam um enorme contingente de força de trabalho no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), pouco ainda se sabe sobre suas condições de saúde e relações com

o trabalho.⁴ O Governo Federal entende ser importante o processo de desprecarização das relações de trabalho no SUS, reconhecendo a necessidade de formulação de políticas voltadas a essa questão, o que vem sendo difundido buscando-se ações voltadas à valorização dos trabalhadores.²³ Embora considerados elementos chave para a garantia de eficiência e eficácia dos serviços e ações de saúde, tais trabalhadores têm tido sua trajetória marcada pelo abandono de sua valorização, resultando em dívida política e social.²⁴

Seguindo essa concepção, objetivou-se investigar a qualidade de vida, a satisfação e o equilíbrio esforço/recompensa no trabalho, a presença de transtornos psíquicos leves, bem como os níveis de atividade física entre os trabalhadores da atenção primária à saúde do município de Montes Claros – MG.

METODOLOGIA

Estudo transversal realizado em 2009. O universo da pesquisa foi composto pelos trabalhadores da atenção primária das Unidades Básicas de Saúde (UBS), do município de Montes Claros. A lista desses trabalhadores foi inicialmente identificada no Datasus e atualizada nas UBS. Foram identificados 786 trabalhadores, nas categorias ACS, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal, Cirurgiões-Dentistas, Enfermeiros e Médicos.

Entrevistas estruturadas foram realizadas com esses profissionais nas próprias UBS onde atuavam, após assinatura do termo de consentimento. Foram excluídos aqueles que não aceitaram participar ou não encontrados após a terceira tentativa de contato. Foram coletadas informações relativas a:

Condições Socioeconômicas: sexo, idade em anos, anos de estudo, estado civil, renda mensal líquida e satisfação com o trabalho. A satisfação com o trabalho foi aferida a partir da pergunta: O quanto você está satisfeito com seu trabalho? (extremamente satisfeito, moderadamente satisfeito, regularmente satisfeito, insatisfeito, totalmente insatisfeito).

Qualidade de Vida: avaliada pelo WHOQOL-Bref, testado e validado no Brasil.⁸ O WHOQOL-Bref é constituído por 26 questões, sendo duas relativas à Qualidade de Vida Geral (QVG) e 24 relacionadas a quatro domínios: Físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho); Psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender,

memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais); Relações sociais (relações pessoais; suporte/apoio social e atividade sexual); e Meio ambiente (físico e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação social e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico e transporte). As questões apresentam opções seguindo a escalagem Lickert, variando entre 1 e 5 na qual a pior percepção é 1 e a melhor 5.⁶⁻⁸

Equilíbrio esforço/recompensa no trabalho: mensurado através de versão traduzida e validada para o português do ERI.¹⁰ O modelo ERI tem sido operacionalizado como medida padrão, autorrelatada, contendo 23 itens reunidos em três escalas unidimensionais: Esforço (6 itens): perguntas relacionadas ao ambiente de trabalho, avaliação da cargas quantitativa e qualitativa, aumento da carga de trabalho ao longo do tempo e carga física; Recompensa (11 itens): perguntas relacionadas à recompensa financeira e da estima, remuneração suficiente, perspectivas de promoção e segurança no trabalho; Comprometimento (6 itens): perguntas relacionadas à incapacidade de abster-se das obrigações do trabalho, impaciência e irritabilidade aumentada. As opções de resposta para as questões referentes à “Esforço” e “Recompensa” são “concordo” e “discordo”, que são complementadas por cinco itens distribuídos em escala do tipo Lickert, variando desde 1 (nem um pouco estressado) até 5 (muito estressado). Em relação ao “Comprometimento”, quatro foram as opções de resposta dispostas, variando desde 1 (discordo totalmente) até 4 (concordo totalmente).

Transtornos psíquicos: aferidos pela versão traduzida e validada para o português do QSG-12.¹⁸ Tal método consiste em uma avaliação psicológica, composta por 12 itens com opções de resposta segundo a escala Lickert, sendo 1 (não absolutamente), 2 (não mais do que de costume), 3 (um pouco mais do que de costume), 4 (muito mais do que de costume). O objetivo do instrumento é avaliar os sintomas psíquicos através dos fatores: tensão ou stress psíquico; desejo de morte; falta de confiança na capacidade de desempenho (autoeficácia); distúrbios do sono; distúrbios psicossomáticos e ausência de saúde psíquica.²⁵

Nível de Atividade Física: avaliado através da versão curta do IPAQ validada no Brasil.²² Essa versão tem como referência a última semana e contém perguntas em relação à frequência e duração da realização de atividades

físicas moderadas (aquelas que produzem aumento moderado na frequência cardíaca e respiratória), vigorosas (atividades que produzem grande aumento nas frequências cardíacas e respiratórias) e caminhada (como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício). O IPAQ leva em conta a prática dessas atividades por, no mínimo, dez minutos consecutivos.^{21,22}

O programa estatístico SPSS® para Windows® foi utilizado para análise dos dados. Para as variáveis nominais foram estimados percentuais (%) dos indivíduos em cada categoria. Média (\bar{x}) e desvio-padrão (DP) foram obtidos para variáveis numéricas. As variáveis idade, anos de estudo e renda mensal, embora coletadas de forma numérica, foram dicotomizadas pela mediana. A variável satisfação com o trabalho foi também dicotomizada em satisfeito (extremamente, moderadamente e regularmente satisfeito) e insatisfeito (insatisfeito e extremamente insatisfeito).

No cálculo do WHOQOL-Bref, a pontuação obtida na QVG e em cada domínio foi obtida a partir da média e desvio-padrão da soma de pontos das facetas que os compõem, seguida da multiplicação por quatro (para que esses valores sejam comparáveis ao WHOQOL-100). Por fim, os valores da QVG e de cada domínio são transformados em uma escala de 0 a 100, onde o 0 é a mais baixa pontuação e 100 a mais alta e com melhor avaliação.^{6,7,26}

O cálculo do ERI foi obtido através do somatório do “Esforço” dividido pelo somatório da “Recompensa” multiplicada por uma constante (fator de correção com valor aproximado de 0,54).²⁷ De acordo com os resultados, os profissionais foram divididos em dois grupos em relação ao Esforço/Recompensa: Equilíbrio (valores menores que um, caracterizando esforço pequeno e recompensa relativamente elevada) ou Desequilíbrio (valores superiores a um, quando as recompensas não são percebidas como suficientes ao serem comparadas ao esforço despendido). Em relação ao “Comprometimento”, as respostas foram somadas obtendo-se valores de 6 a 24 pontos. Valores superiores a 19 pontos foram considerados indicativos de Comprometimento Excessivo, enquanto valores inferiores foram considerados como indicativos de “Comprometimento Normal”.^{12,27}

Quanto ao QSG-12, os escores foram obtidos pelo somatório das respostas e posteriormente categorizados em três grupos quanto à saúde psíquica: boa (abaixo de 25 pontos); limítrofe (entre 26 e 43 pontos) e debilitada (entre 44 e 48 pontos).²⁵ Foi também calculado o escore médio por categoria profissional.

Para análise do IPAQ, o tempo gasto semanalmente nas atividades moderadas e vigorosas foi calculado se-

paradamente, sendo a caminhada incluída nas atividades moderadas.²⁸ O tempo gasto nas atividades moderadas foi somado ao tempo gasto nas atividades vigorosas, esse último multiplicado por dois. A partir desse valor, os indivíduos foram classificados em Sedentários/Insuficientemente Ativos (abaixo de 150 minutos), Regularmente Ativos (entre 150 e 1000 minutos) e Muito Ativos (acima de 1000 minutos).^{28,29} Foi também calculada a média de tempo gasto semanalmente em atividades físicas por categoria profissional.

Foi conduzida análise bivariada entre as categorias profissionais e as variáveis de interesse (satisfação com o trabalho, QV, esforço/recompensa no trabalho, transtorno psíquico e nível de atividade física). Para tanto, as categorias profissionais foram reunidas em três grupos a partir do nível mínimo de escolaridade exigido pelo cargo: Nível fundamental (ACS); Nível técnicos/auxiliar (técnicos e auxiliares em enfermagem e em saúde bucal); Nível superior (enfermeiros, cirurgiões-dentistas, médicos). Na avaliação da QV, foi calculado um escore médio a partir das médias obtidas na QVG e nos domínios do WHOQOL-Bref. Foi realizada Análise de Variância (ANOVA) para comparação de médias (variáveis numéricas – QV, transtorno psíquico, nível de atividade física) e teste do Qui-quadrado para comparação de frequências (variáveis dicotômicas – satisfação com o trabalho e esforço/recompensa no trabalho) entre os três grupos profissionais. Após a ANOVA, utilizou-se teste *Post-hoc* de Bonferroni para identificar diferenças entre pares de grupos profissionais. O nível de significância adotado foi 5% ($p \leq 0,05$). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/Soebras) sob o parecer nº0208/08 e financiado pela Fapemig.

RESULTADOS

Dos 786 trabalhadores identificados, 752 (95,6%) participaram deste estudo. Verificou-se maioria do sexo feminino, com menos de 30 anos, casado/união estável, com renda mensal de até 1,17 salários mínimos e satisfeitos com o trabalho (Tabela 1). A renda média mensal relatada foi R\$ 1.287,65 ($\pm 1.604,00$), sendo a mínima R\$400,00 e a máxima R\$ 11000,00. A idade média foi 32 anos ($\pm 8,2$), sendo a mínima 18 e a máxima 59 anos.

Na análise da qualidade de vida (WHOQOL-Bref), o domínio Meio ambiente revelou-se o mais comprometido, sendo que ACS apresentaram menor média. Por outro lado, o domínio Relações sociais foi o que causou menor impacto, com o seu valor médio mais alto entre cirurgiões-dentistas. Na QVG, médicos e ACS obtiveram piores médias (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição em números absolutos (n) e percentuais (%) dos trabalhadores da atenção primária à saúde segundo condições sociodemográficas. Montes Claros, 2009.

	ACS n (%)	Técnico/Auxiliar Enfermagem n (%)	Técnico/Auxi- liar Saúde Bucal n (%)	Cirurgião- Dentista n (%)	Enfermeiro n (%)	Médico n (%)	Total n (%)
Sexo							
Masculino	94 (20,0)	7(10,1)	1(2,0)	16(30,8)	11(15,5)	21(53,8)	150 (19,9)
Feminino	376 (80,0)	62(89,9)	50(98,0)	36(69,2)	60(84,5)	18 (46,2)	602 (80,1)
Idade em anos							
< 30	261 (55,5)	29(42,0)	12(23,5)	28(53,8)	49(69,0)	17(43,6)	396 (52,7)
≥ 30	209 (44,5)	40(58,0)	39(76,5)	24(46,2)	22(31,0)	22(56,4)	356 (47,3)
Anos de estudo §							
≥ 12	169 (37,5)	44(68,8)	32(62,7)	50(98,0)	69(98,6)	37(100,0)	401 (55,4)
< 12	282 (62,5)	20(31,3)	19(37,3)	1(2,0)	1(1,4)	0,0(0,0)	323 (44,6)
Estado Civil							
Solteiro	208 (44,2)	25(36,2)	15(29,4)	26(50,0)	46(64,8)	13(33,3)	330 (44,1)
Casado/União estável	239 (50,9)	38(55,1)	32(62,7)	23(44,2)	25(35,2)	23(59,0)	380 (50,7)
Separado / Viúvo	23(4,9)	6(8,7)	4(7,8)	3(5,8)	0,0 (0)	3(7,7)	39 (5,2)
Renda mensal £							
1,17 SM* ou mais	90 (19,9)	57(86,4)	42(91,3)	51(100,0)	70 (100)	37(100,0)	347 (48,1)
Até 1,16 SM*	362 (80,1)	9(13,6)	4(8,7)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	00(0,0)	375 (51,9)
Satisfação Trabalho							
Satisfeitos	360 (76,6)	65 (94,2)	44 (86,3)	43(82,7)	60(84,5)	26(66,7)	598 (79,6)
Insatisfeitos	110 (23,4)	4 (5,8)	7(13,7)	9(17,3)	11(15,5)	13(33,3)	153(20,4)
Total	470	69	51	52	71	39	752

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação ao esforço/recompensa no trabalho, aproximadamente dois terços dos trabalhadores apresentaram desequilíbrio, embora tenha sido baixa a frequência de comprometimento excessivo. ACS apresentaram maior proporção de desequilíbrio esforço/recompensa e comprometimento excessivo, enquanto técnicos/auxiliares de saúde bucal apresentaram maior proporção de equilíbrio. A maioria das categorias profissionais apresentou ausência de comprometimento excessivo (Tabela 3).

Quanto aos transtornos psíquicos, a grande maioria dos trabalhadores enquadrou-se na categoria limítrofe, sendo que cirurgiões-dentistas e enfermeiros apresentaram maiores prevalências de saúde psíquica debilitada, embora técnicos/auxiliares de enfermagem e saúde bucal a apresentassem os maiores escores médios no QSG-12 (Tabela 4).

Com relação à atividade física, cerca de um quinto dos

trabalhadores foram classificados como Sedentários/Insuficientemente Ativos, sendo que enfermeiros apresentaram maior percentual nessa categoria. Já ACS apresentaram maior proporção de muito ativos. Entretanto, considerando o tempo médio de atividade física realizada semanalmente, constataram-se as mais baixas médias entre médicos, seguidos por cirurgiões-dentistas (Tabela 5).

Na análise bivariada, a QV foi a única variável que não esteve associada entre os grupos de categorias profissional (Tabela 6). No teste Post-hoc para transtornos psíquicos, verificou-se que apenas os pares que envolviam a categoria técnico/auxiliar diferiram, enquanto para atividade física todos os pares diferiram ($p < 0,05$).

Tabela 2 - Valores médios (\bar{x}) e desvio padrão (DP) para cada domínio do WHOQOL-Bref segundo categoria profissional. Trabalhadores da atenção primária a saúde de Montes Claros, 2009.

	QVG \bar{x} (\pm DP)	Domínio Físico \bar{x} (\pm DP)	Domínio Psicológico \bar{x} (\pm DP)	Domínio Relações sociais \bar{x} (\pm DP)	Domínio Meio ambiente \bar{x} (\pm DP)
ACS	71,1 (\pm 15,4)	67,2 (\pm 10,1)	65,9 (\pm 10,2)	76,8 (\pm 14,6)	55,6 (\pm 11,4)
Técnico/Auxiliar Enfermagem	79,1 (\pm 14,2)	68,1 (\pm 9,8)	65,5 (\pm 9,1)	75,9 (\pm 15,4)	61,0 (\pm 11,0)
Técnico/Auxiliar Saúde Bucal	75,0 (\pm 13,6)	70,9 (\pm 8,8)	63,9 (\pm 9,8)	80,2 (\pm 12,2)	58,5 (\pm 13,0)
Cirurgião-Dentista	76,2 (\pm 14,4)	71,3 (\pm 8,2)	68,7 (\pm 9,5)	83,6 (\pm 12,3)	70,1 (\pm 8,6)
Enfermeiro	72,5 (\pm 17,1)	67,3 (\pm 10,8)	68,8 (\pm 8,6)	77,4 (\pm 15,6)	65,7 (\pm 10,7)
Médico	71,1 (\pm 16,7)	68,3 (\pm 8,4)	68,0 (\pm 8,6)	80,5 (\pm 15,3)	71,7 (\pm 12,3)
Total	72,0 (\pm 15,4)	66,9 (\pm 10,0)	66,2 (\pm 9,9)	77,5 (\pm 14,7)	59,1 (\pm 12,5)

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 3 - Distribuição em números absolutos (n) e percentuais (%) dos trabalhadores da atenção primária à saúde segundo a razão entre esforço e recompensa e o comprometimento excessivo com o trabalho (ERI). Montes Claros, 2009.

	Esforço-Recompensa*		Comprometimento [‡]	
	Equilíbrio n (%)	Desequilíbrio n (%)	Normal n (%)	Excessivo n (%)
ACS	125 (28,9)	307 (71,1)	448 (96,3)	17 (3,7)
Técnico/Auxiliar Enfermagem	27 (42,2)	37 (57,8)	67 (98,5)	1 (1,5)
Técnico/Auxiliar Saúde Bucal	25 (50,0)	25 (50,0)	50 (98,0)	1 (2,0)
Cirurgião-Dentista	20 (40,8)	29 (59,2)	51 (100)	0 (0,0)
Enfermeiro	20 (31,3)	44 (68,7)	71 (100)	0 (0,0)
Médico	14 (35,9)	25 (64,1)	38 (100)	0 (0,0)
Total	231 (33,1)	467 (66,9)	725 (97,5)	19 (2,5)

* 54 trabalhadores sem informação: 38 ACS; 5 Técnico/Auxiliar de Enfermagem; 1 Técnico/Auxiliar de Saúde Bucal; 3 Cirurgiões-Dentistas e 7 Enfermeiros [‡] 08 trabalhadores sem informação: 5 ACS; 1 Técnico/Auxiliar de Enfermagem; 1 Cirurgião Dentista e 1 Médico.

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 4 - Números absolutos (n), percentuais (%), média (\bar{x}) e desvio padrão (DP) das categorias profissionais dos trabalhadores da atenção primária à saúde quanto a transtornos psíquicos (QSG). Montes Claros, 2009.

	Saúde psíquica			\bar{x} (\pm DP)
	boa n (%)	limítrofe n (%)	debilitada n (%)	
ACS	16(3,5)	370(82,0)	65(14,4)	38,2(\pm 5,7)
Técnico/Auxiliar Enfermagem	0(0,0)	55(80,9)	13(19,1)	40,4(\pm 4,2)
Técnico/Auxiliar Saúde Bucal	0(0,0)	41(83,7)	8(16,3)	40,1(\pm 4,3)
Cirurgião-Dentista	2(4,0)	37(74,0)	11(22,0)	38,8(\pm 6,0)
Enfermeiro	3(4,3)	52(74,3)	15(21,4)	38,1(\pm 6,2)
Médico	1(2,6)	32(84,2)	5(13,2)	38,8(\pm 5,1)
Total	22(3,0)	587 (80,9)	117 (16,1)	38,6(\pm 5,6)

*26 trabalhadores sem informação: 19 ACS; 1 Técnico/Auxiliar Enfermagem; 2 Técnico/Auxiliar Saúde Bucal; 2 Cirurgiões-dentistas; 1 Enfermeiro e 1 Médico

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 5 - Distribuição em números absolutos (n), percentuais (%), média (\bar{x}) e desvio padrão (DP) das categorias profissionais dos trabalhadores da atenção primária à saúde segundo nível de atividade física realizado semanalmente (IPAQ), Montes Claros 2009.

Categoria Profissional	Insuficientemente Ativos /Sedentários n (%)	Regularmente Ativos n (%)	Muito Ativos n (%)	\bar{x} (DP)
ACS	68(14,5)	145(30,9)	257(54,7)	1370,0(1301,1)
Técnico/Auxiliar Enfermagem	14(20,3)	26(37,7)	29(42)	960,8(1176,1)
Técnico/Auxiliar Saúde Bucal	11(21,6)	26(51)	14(27,5)	670,5(779,7)
Cirurgião-Dentista	20(38,5)	26(50)	6(11,5)	351,7(538,2)
Enfermeiro	36(50,7)	25(35,2)	10(14,1)	491,1(799,2)
Médico	14(35,9)	25(64,1)	0(0,0)	254,4(231,1)
Total	163 (21,7)	273 (36,3)	316 (42,0)	1073,4(1214,4)

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 6 - Análise bivariada da satisfação com o trabalho, qualidade de vida, equilíbrio esforço/recompensa, transtornos psíquicos e nível de atividade física entre categorias profissionais agrupadas pelo nível mínimo de escolaridade exigido pelo cargo dos trabalhadores da atenção primária à saúde. Montes Claros, 2009.

	Fundamental (ACS)	Técnico/Auxiliar (Enfermagem e Saúde Bucal)	Superior (Dentista/ Enfermeiro/ Médico)	Nível de significância
Satisfação com o Trabalho[§]				
Satisfeitos	360(76,8%)	109(90,8%)	129(79,6%)	0,003*
Insatisfeitos	110(23,4%)	11(9,2%)	33(20,4%)	
Qualidade de vida[¶]	71,1(±15,4)	73,9(±14,0)	73,4(±16,3)	0,089
Esforço/Recompensa no Trabalho[§]				
Equilíbrio	125(28,9%)	52(45,6%)	56(36,8%)	0,003*
Desequilíbrio	307(71,1%)	62(54,4%)	96(63,2%)	
Transtorno Psíquico[¶]	38,2(±5,7)	40,3 (±4,2)	38,5 (±5,8)	0,001*
Nível de Atividade Física[¶]	1370,0(±1301,1)	837,4(±1032,8)	389,4(±625,7)	0,000*

* $p \leq 0,05$

[§] Valores apresentados em números absolutos e porcentagem: n(%)

[¶] Valores apresentados em média e desvio padrão: (±DP)

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Cada vez mais, têm-se evidenciado as relações entre o trabalho e estresse, saúde e bem-estar, e o impacto de tais questões sobre a economia, verificado pelos afastamentos e faltas ao trabalho, queda de produtividade, dificuldade de trabalhar em equipe e aumento dos acidentes notrabalho.³⁰⁻³² Tal situação também tem sido verificada entre trabalhadores da saúde, gerando a necessidade de identificar as causas desses danos e de planejar ações

que visem sua redução, preservando, assim, a saúde do trabalhador.^{5,33,34}

Na presente investigação, observou-se uma ótima taxa de resposta, permitindo conhecimento acerca dos profissionais da atenção primária à saúde do município. O predomínio, na atenção primária, de trabalhadores do sexo feminino, com idade média entre 30 e 40 anos e que possuem união estável também foi verificado em estudos prévios.^{4,5,33} A escolaridade e o nível salarial variaram consistentemente entre as categorias profissionais.

Observou-se alta proporção de indivíduos satisfeitos com o trabalho. A satisfação no trabalho é um fenômeno complexo, subjetivo, que varia de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância e, ao longo do tempo, para a mesma pessoa, estando sujeita a influências internas e externas ao ambiente laboral.³⁵ O grau de satisfação pode afetar a harmonia e a estabilidade psicológica³⁶, além da saúde física e mental do trabalhador, interferindo em seu comportamento profissional e/ou social.³⁵

Na análise descritiva, foi observada maior proporção de insatisfação entre médicos e ACS. Na bivariada, esse achado confirmou-se, evidenciando diferenças significativas entre os grupos profissionais, sendo que ACS apresentaram maior insatisfação, seguidos pelos de nível superior, enquanto os de nível técnico/auxiliar apresentaram maiores proporções de satisfeitos. Batista et al.³⁶ verificaram que a remuneração não é o principal fator de satisfação com o trabalho. Já foi demonstrado que a insatisfação de médicos do PSF é correlacionada à rotatividade desses profissionais³⁷, o que não é desejável para o serviço, principalmente devido à perda do vínculo com a comunidade. Martines e Chavez³⁸ relataram a presença de sofrimento e insatisfação entre ACS gerada principalmente pela dependência de fatores alheios a seu espectro de ação.

Quanto à QV, verificou-se que o domínio Relações sociais apresentou menor interferência, bem como apresentou valores mais próximos à QVG. Esse achado parece demonstrar que as relações interpessoais, ligadas ao capital social, foram valorizadas. Tabosa et al.³⁹ verificaram que populações com maior estoque de capital social desfrutam de melhor QV. As relações de amizade, suporte social, sentimento de pertencimento num grupo pareceram ter elevado os níveis de QV entre todas as categorias profissionais. Já o domínio Meio ambiente, que faz alusão a disponibilidade de recursos, acesso a informações e lazer, foi o que apresentou médias mais baixas entre as categorias que não apresentam exigência de curso superior. Já entre as categorias que exigem curso superior, os domínios Físico (energia/ fadiga, sono e repouso) e Psicológico (sentimentos positivos, autoestima, aparência, espiritualidade) foram os que causaram maior impacto negativo, conforme também verificado por Nunes e Freire⁴⁰ entre cirurgiões-dentistas. Apesar disso, na análise bivariada, a QV não se mostrou diferente entre os grupos de categorias profissionais.

Noutro estudo de realizado entre profissionais de saúde de um hospital, o domínio Relações sociais foi o que mais comprometeu a QV ($59,6 \pm 17,2$).⁴¹ As médias dos demais domínios foram semelhantes às encontradas no presente estudo.

Analisando separadamente as categorias profissionais, estudos com técnicos/auxiliares de Enfermagem⁴², ACS⁴³ e cirurgiões-dentistas⁴⁰ encontraram escores médios de cada domínio da QV semelhantes aos verificados nessa investigação. Por outro lado, entre profissionais de Enfermagem de um hospital, encontraram-se valores médios mais baixos em todos os domínios⁴⁴ e entre ACS de um município mineiro, encontrou-se no domínio Físico a maior contribuição para a QV⁴⁵ diferindo dos resultados da presente investigação. Apesar disso, constatou-se que o domínio Meio ambiente apresentou piores escores na maioria dos trabalhos.^{40,42-45}

Alguns estudos apresentam apenas os valores relativos à QVG (valores médios para cada questão ou valores médios das duas questões que a compõem), considerando que isso, por si só, seja representativo da QV. Entretanto trabalhos que buscaram verificar a influência de cada domínio na QVG concluíram que os quatro domínios não a explicam completamente.^{43,46} Dessa forma, embora na análise descritiva tenham sido apresentados os resultados relativos à QVG e aos domínios, optou-se por contabilizar a QV pela média geral obtida entre a QVG e os quatro domínios na análise bivariada.

Quanto ao esforço/recompensa no trabalho, encontrou-se que apenas um terço dos entrevistados apresentou equilíbrio entre ambos. Pessoas com estresse ocupacional podem levar suas dificuldades para o ambiente familiar e/ou profissional.³³ É importante que o trabalhador sintam-se recompensado pela atividade realizada, evitando desequilíbrio entre esforço/recompensa¹³, o que evidencia a necessidade de políticas que visem minimizar o estresse profissional desses trabalhadores.

Quanto ao comprometimento excessivo, que se refere principalmente à dificuldade de se desligar do trabalho, verificou-se baixa prevalência, como também observado por Schulz et al.⁴⁷, acometendo quase exclusivamente ACS. Isso talvez possa ser explicado pelo papel do ACS de “tradutor” do universo científico ao popular, pela entrada no contexto familiar, estando em contato direto com a realidade e/ou sofrimento do próximo, podendo comprometer sua QV e satisfação com o trabalho.^{40,43} De fato, neste estudo, ACS também apresentaram as mais baixas médias para a QV.

A análise bivariada evidenciou diferença entre os três grupos de profissionais quanto ao esforço/recompensa, sendo que o grupo composto por ACS apresentou maior prevalência de desequilíbrio. Mais uma vez, ACS apareceram sofrendo comprometimentos decorrentes da atividade laboral.

Estudos utilizando o ERI realizados com professores⁴⁸ e enfermeiros alemães⁴⁷ encontraram prevalências

de desequilíbrio semelhantes às encontradas no presente estudo e totalmente divergentes daquelas encontradas por Silva et al.⁴⁹ em pesquisa com enfermeiros, técnicos/auxiliares de Enfermagem de um hospital, que apresentaram alta proporção de equilíbrio entre esforço/recompensa (92,2%). Destaca-se a carência de trabalhos utilizando o ERI entre trabalhadores da saúde no Brasil, em especial que apresentem valores relativos ao comprometimento excessivo, o que prejudicou comparações.

A exposição dos trabalhadores da saúde a problemas apresentados pelas comunidades assistidas constitui fator estressor de grande magnitude, tendo-se tornado frequente a presença de transtornos psíquicos leves.³³ Constatou-se que a saúde mental de maioria dos trabalhadores enquadrou-se na categoria limítrofe. O considerável número de profissionais com saúde psíquica debilitada somado à maioria com saúde psíquica limítrofe é preocupante, pois pode prejudicar o trabalhador, bem como refletir na prestação de serviço à comunidade. Acrescenta-se a isso que a média encontrada foi de 38,5 ($\pm 5,6$), valor próximo aos limites superiores da categoria limítrofe (escores entre 26 e 43).

É digno de nota que nenhum técnico/auxiliar de Enfermagem e saúde bucal enquadrou-se na categoria saúde psíquica boa e que as maiores frequências de participantes com saúde psíquica debilitada foram encontradas entre cirurgiões-dentistas e enfermeiros. Na análise bivariada, o grupo constituído por profissionais de nível técnico/auxiliar foi o único que diferiu significativamente, apresentando maior escore médio no QSG-12, indicando maior comprometimento psíquico.

A realização de atividades físicas, que produzem momentos de descontração e prazer, pode absorver o impacto de agentes estressores.⁵ Observou-se que cerca um quinto dos trabalhadores eram Sedentários/Insuficientemente Ativos, enquanto cerca de 40% eram Muito ativos. Entretanto há que se comentar que tais achados sofreram forte influência dos ACS, que se mostraram altamente ativos e representaram a grande maioria (61%) dos trabalhadores. Estudos como o de Siqueira et al.²⁹ entre trabalhadores da saúde (27,5%) e de Silva et al.⁵⁰ entre estudantes de graduação de cursos das áreas saúde/biológica (26,7%) mostram prevalências maiores de Sedentários/Insuficientemente ativos. Quanto aos Muito ativos, resultados verificados entre adultos de São Paulo (6,4%) e de Pelotas-RS (23,7%) revelaram proporções bastante inferiores às aqui verificadas.²⁸

As categorias com maiores proporções de Sedentários/Insuficientemente Ativos foram as que exigem nível superior, o que foi notório na análise bivariada. Siqueira et al.²⁹ encontraram resultados semelhantes quanto à atividade física, com maior proporção de sedentários entre

médicos (40,1%) e menor entre ACS (16,8%). Entre profissionais de nível superior, que conhecem os inúmeros benefícios da atividade física regular, seria de se esperar menor prevalência de sedentários.⁵ Já o grupo de ACS apresentou média de minutos em atividades físicas significativamente maior que os outros dois grupos profissionais. Esse achado não surpreende, visto que as atividades laborais desses profissionais implicam em maior esforço físico, sugerindo que os maiores níveis de atividades físicas estiveram mais relacionados ao trabalho do que ao lazer/saúde/bem-estar.

Estudos observaram que condições socioeconômicas têm papel importante no nível de atividade física, sugerindo que práticas de deslocamento ativo, serviços domésticos pesados, atividade física pesada no trabalho sejam mais frequentes entre os de menor renda, tendo o fator econômico sido fortemente associado ao tipo de atividade profissional.^{29,51}

Convém comentar que este estudo não teve como objetivo comparar diferenças entre as categorias profissionais de trabalhadores da atenção primária à saúde, mas apenas descrevê-las. A análise bivariada entre os três grupos de categorias profissionais e variáveis de interesse deu-se apenas para levantar hipóteses, uma vez que tais resultados, isoladamente, são insuficientes para afirmar se há ou não diferenças entre tais grupos. A análise bivariada por si só, sem a realização posterior de regressões multivariadas, pode ser equivocada, pois podem estar presentes fatores de confundimento ou interação entre variáveis, podendo implicar em vieses. Apesar dessa reconhecida limitação, os resultados permitiram identificar alguns grupos que se beneficiariam com medidas/ações que promovessem estímulos a estilos de vida saudáveis, com maior QV e saúde, favorecendo a relação entre epidemiologia e planejamentos em saúde. Além disso, as hipóteses levantadas podem subsidiar pesquisas sobre o assunto através de estudos com análises multivariadas.

CONCLUSÃO

O presente trabalho evidenciou que a maioria dos trabalhadores da atenção primária a saúde de Montes Claros é composta por mulheres adultas-jovens. Grande parte dos trabalhadores mostraram-se satisfeitos com seu trabalho, embora tenham algum grau de comprometimento na qualidade de suas vidas, tenham apresentado desequilíbrio entre esforço/recompensa no trabalho, tenham se revelado com saúde psíquica limítrofe e sejam muito ativos fisicamente. ACS, quando comparados aos grupos de profissionais de nível técnico/auxiliar ou ao grupo de profissionais de nível superior, mostraram maiores proporções de desequilíbrio entre os esforços/recompen-

sas advindas do trabalho, além de serem os mais ativos fisicamente. Ademais, apresentaram proporções de insatisfação no trabalho e saúde psíquica semelhante aos profissionais de nível superior, sendo mais insatisfeitos no trabalho, mas com melhores níveis de saúde psíquica quando comparados aos profissionais de nível técnico/auxiliar. Profissionais de nível superior apresentaram menores níveis de atividade física. A qualidade de vida não diferiu entre os três grupos de categorias profissionais. Apesar da alta satisfação relatada com o trabalho, é importante destacar que a qualidade de vida comprometida, desequilíbrios esforço/recompensa no trabalho, transtornos psíquicos e baixos níveis de atividade física podem comprometer a saúde do trabalhador, bem como impactar negativamente na prestação de serviço à comunidade. Tais questões necessitam de ampla reflexão e formas de planejamento para se alcançar melhores níveis de saúde ocupacional e relações mais harmoniosas entre trabalho e trabalhador, o que poderá contribuir para melhoria do atendimento aos usuários, favorecendo assim a qualidade dos serviços públicos.

REFERÊNCIAS

1. Codo W. Educação: carinho e trabalho. Brasília: Vozes; 1999.
2. Sampaio JR, organizador. Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. Atenção Básica e a Saúde da Família. 2008. [Citado 2011 mar. 10]. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>.
4. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1): 193-201.
5. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2): 274-9.
6. Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998a; 46(12): 1569-85.
7. Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref. *Quality of Life Assessment*. *Psychological Medicine*. 1998b; 28: 551-8.
8. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-Bref”. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2): 178-83.
9. Tsutsumi A, Kawakami N. A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Soc Sci Med*. 2004; 59(11): 2335-59.
10. Chor D, Werneck GL, Faerstein E; Alves MGM, Rothenberg L. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. *Cad Saúde Publica*. 2008; 24(1): 219-24.
11. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low rewards conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996; 1(1): 27-41.
12. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*. 2004; 58(8): 1483-99.
13. Van Vegchel N, De Jonge J, Bosma H, Schaufeli W. Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc Sci Med*. 2005; 60(5): 1117-31.
14. Hasselhorn HM, Tackenberg P, Peter R. Effort-reward imbalance among nurses in stable countries and in Countries in transition. *Inter J Occup Environ Health*. 2004; 10(4): 401-8.
15. Goldberg DP. Manual for the General Health Questionnaire. Windsor: National Foundation for Educational Research; 1978.
16. Banks MH, Clegg CW, Jackson PR, Kemp NJ, Stafford EM, Wall TD. The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *J Occup Psychol*. 1980; 53(3): 187-94.
17. Baba VV, Jamal M, Tourigny L. Work and mental health: A decade in Canadian research. *Canad Psychol*. 1999; 39(1-2): 94-107.

18. Borges LO, Argollo JCT. Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Aval Psicol.* 2002; 1(1): 17-27.
19. Rego A, Berardo F, Rodrigues S, Oliveira ZMA, Oliveira MB, Vasconcellos C, et al. Fatores de risco para doenças crônico-não transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. *Rev Saúde Pública.* 1990; 24(4): 277-85.
20. Craig CL, Cora AL, Marshall M, Sjöström AE, Bauman ML, Booth BE, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Med Sci Sport Exe.* 2003; 35(8): 1381-95.
21. Pardini R, Matsudo SMM, Matsudo VKR, Araújo T, Andrade E, Braggion G, et al. Validation of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): Pilot Study in Brazilian Young Adults. *Med Sci Sport Exe.* 1997; 29(6): S5-S9.
22. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2001; 6(2): 5-12.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 347, de 27 de março de 2003. PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. *Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde; n.61, mar. 2003, Seção 1.*
24. Flegele DS, Guerra MA, Espindula KD, Lima RCD. Trabalhadores de saúde e os dilemas das relações de trabalho na estratégia saúde da família. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2010; 12(2): 5-11.
25. Oliveira LCB, Maia EMC. Saúde Psíquica dos Profissionais de Saúde em Hospitais Públicos. *Rev Saúde Pública.* 2008; 10(3): 405-13.
26. Pedroso B, Pilatti LA, Reis DR. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. *Rev Bras Qualidade de Vida.* 2009; 1(1): 23-32.
27. Fogaça MC, Carvalho WB, Nogueira PCK, Martins LAN. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Rev Bras Terapia Intensiva.* 2009; 21(3): 299-305.
28. Hallal PC, Matsudo SM, Matsudo VKR, Araújo TL, Andrade DR, Bertoldi AD. Physical activity in adults from two Brazilian areas similarities and differences. *Cad Saúde Publica.* 2005; 21(2): 573-80.
29. Siqueira FCV, Nahas MV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(9): 1917-28.
30. Brodwin MG, Sauer LJ, Hallberg E, Goldfarb HJ. Stress within the injured worker. *J App Rehab Couns.* 1996; 27(1): 13-6.
31. Ponzetto G. Mapa de riscos ambientais: manual prático. São Paulo: LTR; 2002.
32. Silva JLL. Estresse e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da enfermagem [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
33. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latinoam Enferm.* 2004; 12(1): 14-21.
34. Fleck MP, Lima AFBS, Louzada S, Schestatsky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(4): 431-8.
35. Martinez MC, Paraguay AIBB, Latorre MRDO. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(1): 55-61.
36. Batista AAV, Vieira M.J, Cardoso NSC, Carvalho GRP. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39(1): 85-91.
37. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Pública.* 2008; 42(2): 347-68.
38. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(3): 426-33.
39. Tabosa FJS, Mayorga RD, Amaral Filho J. Análise de Qualidade de Vida nas Comunidades de Oriente e Porto dos Barcos, Município de Itarema, Estado do Ceará. *Rev*

Economia Debate. 2009; 1: 131-56.

40. Nunes MF, Freire MCM. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(6): 1019-26.

41. Souza MA. Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de saúde do Hospital das Clínicas da Unicamp. 2009 [Citado 2011 mar. 11]. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/adm/adm_824.pdf.

42. Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(3): 305-10.

43. Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM, Santos CB, Kluthcovsky FA. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007; 29(2): 176-83.

44. Martins MM. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem nos trabalhos em turnos [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

45. Vasconcellos NPC, Costa-Val R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa – MG. *Rev Atenção Primária à Saúde*. 2008; 11(1): 17-28.

46. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2006; 28(1): 27-38.

47. Schulz M, Damkröger A, Heins C, Wehlitz L, Löhr M, Driessen M, et al. Effort–reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009; 16(3): 225–33.

48. Unterbrink T, Hack A, Pfeifer R, Buhl-Grießhaber V, Muller U, Wesche H, et al. Burnout and effort–reward imbalance in a sample of 949 German teachers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2007; 80(5): 433-41.

49. Silva AA, Souza JM, Borges FN, Fischer FM. Health related quality of life and working conditions among nursing providers. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(4): 718-25.

50. Silva GSF, Bergamaschine R, Melo C, Rosa M, Miranda R, Bara Filho M. Avaliação do nível de atividade física de estudantes de graduação das áreas saúde/biológica. *Rev Bras Med Esporte*. 2007; 13(1): 39-42.

51. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2003; 35(11): 1984-900.

Submissão: Julho/2011

Aprovação: Janeiro/2012
