

IDENTIFICAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE: Estudo de caso em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Ponta Grossa.

IDENTIFICATION OF QUALITY OF LIFE AND QUALITY OF LIFE IN THE WORK OF PROFESSIONALS OF THE HEALTH AREA: Case study in a Basic Health Unit of the Municipality of Ponta Grossa.

DAIANE MARIA DE GENARO CHIROLI. Engenheira de Produção. Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Departamento Acadêmico de Engenharia de Produção da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – Ponta Grossa.

GABRIELA JOSANE RITTER. Discente do curso de graduação em Engenharia Química da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – Ponta grossa.

TAMIRES BLENS LUCIO. Discente do curso de graduação em Engenharia Química da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – Ponta grossa.

*Avenida Monteiro Lobato, S/N, Jardim Carvalho, Ponta Grossa - PR, 84016-210. E-mail: daianechirolis@utfpr.edu.br

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo identificar os níveis da qualidade de vida no trabalho dos profissionais de uma unidade básica de saúde (UBS), no município de Ponta Grossa na visão de seus colaboradores. Quanto aos objetivos específicos, a saúde dos colaboradores foi caracterizada de acordo com suas características físicas e pessoais, e a estrutura da unidade de saúde foi detalhada segundo a análise das pesquisadoras. A pesquisa está caracterizada do ponto de vista da natureza como aplicada, pela abordagem é caracterizada como qualitativa, em função dos objetivos como exploratória e do ponto de vista dos procedimentos técnicos como um estudo de caso descritivo, pois foi desenvolvido em uma unidade básica de saúde da região. O público alvo foi constituído por colaboradores da área explorada, num total de trinta e duas pessoas, sendo dezessete respondentes. Para a coleta de dados foram utilizados três questionários com perguntas fechadas e respostas anônimas, sobre suas características fisiológicas e pessoais, questionário sobre Qualidade de Vida (QV) e Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Quanto ao resultado desta pesquisa, os níveis de qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de um modo geral foram classificados como satisfatórios em relação a alguns fatores identificados como relevantes: idade, saúde física e mental, relacionamentos pessoais e interpessoais, ambiente de trabalho, remuneração, incentivo profissional e estilo de vida característico entre elas.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida. Qualidade de vida no trabalho. Área da saúde. WHOQOL-bref. Walton.

ABSTRACT

This article aims to identify the quality of life in the work of the professionals of a health unit in the city of Ponta Grossa, according to their collaborators. Regarding the specific objectives, the health of the employees was characterized according to their physical and personal characteristics, and the structure of the health unit was detailed according to the analysis of the researchers. The research is characterized from the point of view of nature as applied, by the approach is characterized as qualitative, according to the objectives as exploratory and from the point of view of technical procedures as a descriptive case study, since it was developed in a health unit of the region. The target audience was made up of employees from the exploited area, a total of thirty-two people, seventeen respondents. Three questionnaires with closed questions and anonymous answers were used to collect data on their physiological and personal characteristics, a questionnaire on Quality of Life (QL) and Quality of Life at Work (QLT). Regarding the result of this research, the levels of quality of life and quality of life at work were generally classified as satisfactory in relation to some factors identified as relevant: age, physical and mental health, personal and interpersonal relationships, work environment, remuneration, professional incentive and lifestyle among them.

KEY-WORDS: Quality of life. Quality of life at work. Health area. WHOQOL-bref. Walton.

INTRODUÇÃO

A globalização transformou significativamente os processos de trabalho, com tudo, houve grandes mudanças desde a Revolução Industrial, que são impactantes até na atualidade. A competitividade do mercado em geral, proporciona às empresas a melhoria contínua, tornando-as engajadas no desenvolvimento de suas gestões, resultando na melhoria dos seus processos, a fim de atender as necessidades de seus colaboradores.

O aumento da qualidade de vida está diretamente ligado ao avanço da tecnologia, pois com esse cenário se criou a percepção do bem estar e saúde relacionado a produtividade da corporação, e a devida preocupação com que o tema deve ser abordado. A qualidade de vida é norteadada por diversos fatores, físicos ou psicológicos, que influenciam no comportamento pessoal e que de certa forma impacta no desempenho das atividades.

Conforme Portaria nº 1.823 de agosto de 2012 a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Deste modo, o propósito principal do Ministério da Saúde é a promoção da saúde dos indivíduos e das equipes de trabalho. (SANTANA et al., 2014, p. 37).

Neste contexto se encontra o paradigma da motivação, pois quanto mais a empresa estiver disposta em incentivar e motivar seus funcionários, melhor será o desempenho dos mesmos, onde estarão comprometidos com a missão, visão e valores da empresa e conseqüentemente a obtenção do sucesso dos negócios. Mas alguns incentivos não são totalmente absolutos, pois certas motivações podem ser momentâneas. Devido a isto, as empresas possuem um grande impasse, onde devem trabalhar constantemente em políticas corporativas que conduzam o incentivo contínuo do seu funcionário.

Segundo Britto, Silva e Florentino (2014), existem empresas que não investem na qualidade de vida no trabalho, onde o foco se encontra em torno da segurança no trabalho e saúde de seus trabalhadores. Mas a qualidade de vida no trabalho vai muito além de tais medidas, pois envolve aspectos como a autoestima, bons relacionamentos, ambiente de trabalho agradável, entre outros.

A atuação de profissionais da área de saúde compõe grande estima perante a sociedade, por se tratar de uma profissão que fornece a solidariedade, ou seja, o trabalho direcionado em ajudar o próximo. Porém, “ocupam uma das profissões campeãs do estresse que pode gerar inúmeros sintomas físicos, psíquicos e cognitivos, por requerer respostas adaptativas prolongadas, para tolerar, superar ou se adaptar a agentes estressores, que podem afetar o indivíduo e as organizações” (ALMEIDA; GURGEL; SILVA, 2014).

Com o intuito de garantir a qualidade de vida e a qualidade de vida no trabalho, foram desenvolvidos instrumentos que avaliassem tal qualidade, onde podem ser avaliações gerais ou específicas, variando de acordo com o propósito de cada pesquisa. A partir das avaliações aplicadas ao ambiente de trabalho é possível verificar quantitativamente e qualitativamente aspectos que precisam ser desenvolvidos, analisando o quão importante é o bem estar pessoal e profissional, que de certa forma se correlacionam entre si.

Perante este cenário, tencionou-se avaliar a qualidade de vida e a qualidade de vida no trabalho, evidenciando possíveis aspectos lesivos à saúde de profissionais da área de saúde, considerando as condições do ambiente que estão inseridos. Assim, enaltecendo a importância que se faz tais avaliações.

Portanto, a presente pesquisa utilizou o modelo WHOQOL-bref para avaliar a qualidade de vida e o modelo Walton foi empregado para avaliar a qualidade de vida no trabalho, além do questionário de informações pessoais afim de adquirir dados sociodemográficos como gênero, idade, fatores relacionados à saúde e trabalho.

REVISÃO DE LITERATURA

Qualidade de Vida

A qualidade de vida pode ser bem fundamentada pela Teoria das Necessidades de Maslow. A Teoria das Necessidades traz vários fatores de satisfação ao ser humano. Esta teoria é dividida em cinco níveis representada pela pirâmide de Maslow: A base da pirâmide é representada pelas

necessidades básicas do indivíduo, sendo elas fisiológicas e de segurança. O topo da pirâmide é constituído pela estima e a auto realização. Entre as necessidades básicas e auto realização encontramos o meio social, que é fundamental para que o indivíduo domine todas as áreas (FERREIRA; DEMUTTI; GIMENEZ, 2010).

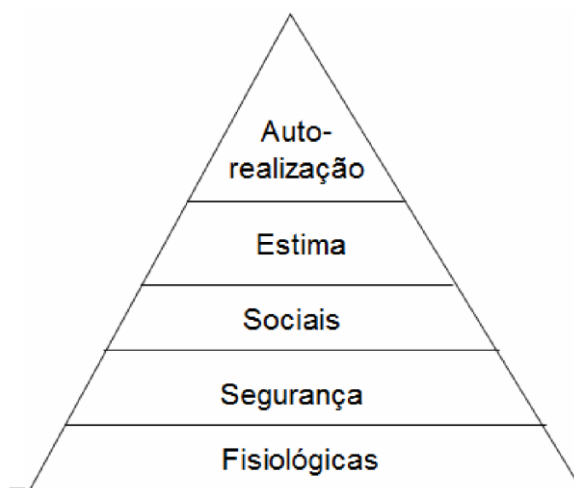


Figura 1 – Pirâmide da Teoria das Necessidades de Maslow. **Fonte:** Robbins (2002, apud FERREIRA; DEMUTTI; GIMENEZ, 2010).

A ideia de Qualidade de Vida nos parece algo recente, que foi difundido no século XX, junto com as revoluções e conquistas de direitos sociais. Moreira (2001), contesta com a lembrança dos princípios do livro *Didática Magna* de Comênio que viveu de 1592 a 1670, onde ele relata que:

Prolongar a vida está relacionado ao sentido de uso ou utilização que fazemos da vida, quando mostra que, se soubermos fazer bom uso da vida, ela será longa o suficiente; da mesma forma, se a gastarmos de forma perdulária, ela será curta ou insuficiente. (MOREIRA, 2001, p. 12-13).

Neste trecho citado por Moreira (2001), percebe-se que naquela época, século XVI, Comênio já dava indícios de que ter uma vida de qualidade não é viver por muitos anos, mas sim o suficiente para viver bem. Porém, atualmente muitos ainda não pensam como Comênio. Para definir a auto qualidade de vida, se não houver entendimento pleno, na maioria das vezes ela é mascarada apenas sendo válida se os anos de vida a mais forem conquistados, portanto saber é importante para poder conceber, perceber e pensar (MOREIRA, 2001).

Qualidade de vida individual e coletiva devem andar lado a lado para alcançar o prestígio de vivê-la. Segundo França Júnior (2004), não é possível separar a qualidade de vida individual e coletiva, pois sem a contextualização da coletiva não é possível definir a individual. Sempre será muito difícil construir uma qualidade de vida individual sem estar inserido num conjunto de qualidade de vida coletiva favorável.

A conquista do homem como um ser humano completo na década de 1970, dá fim ao homem em partes, impossibilitado de conquistar vários domínios ao mesmo tempo. A partir deste momento, o homem não é mais um ser hostil e vulnerável, mas sim capaz de administrar suas identidades biológicas, sua capacidade psicológica e social e passa a reagir simultaneamente a todos os estímulos que são importantes para um ser social completo (FRANÇA JÚNIOR, 2004).

O autor define este novo processo em 3 importantes interfaces: a esfera biológica, que engloba as características físicas e de metabolismo, heranças genéticas e vulnerabilidades cotidianas herdadas ao longo da vida. A esfera psicológica que determina as características e personalidade de cada indivíduo e define todas as relações afetivas de raciocínio e emocionais. E por fim o autor declara a esfera social como a terceira interface, é nela que estão os aspectos culturais, seu papel na família e trabalho, seus valores e suas crenças. Tudo isto é definido como linha para construção de qualidade de vida.

Com o objetivo de disponibilizar um instrumento que demande menor tempo para preenchimento e com características psicométricas satisfatórias, o Grupo WHOQOL, “desenvolveu a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref.” (THE WHOQOL GROUP, 1996 apud PEDROSO; PILATTI, 2012, p. 51).

O WHOQOL-bref é constituído por 26 questões, onde são divididas entre quatro domínios, sendo 24 questões que consiste em domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, apresentados na Tabela 1, e duas questões abordando a auto avaliação da qualidade de vida.

Tabela 1 – Domínios e facetas do WHOQOL-Bref.

Domínio 1 - Domínio físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
9. Mobilidade
10. Atividade da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Domínio 2 - Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Autoestima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Domínio 3 - Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual

Domínio 4 - Meio ambiente

16. Segurança física e proteção
 17. Ambiente no lar
 18. Recursos financeiros
-

19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

Fonte: THE WHOQOL GROUP (1998 apud FLECK, 2000, p. 179).

De acordo com Duarte, Ciconelli (2006 apud PEDROSO; PILATTI, 2012, p. 23), o modelo de avaliação de qualidade de vida a ser aplicado deve abranger duas propriedades, “a capacidade de avaliar os domínios que influenciam a condição de saúde analisada e possuir uma medida de avaliação que permita a integração dos domínios, de forma a permitir uma avaliação completa da qualidade de vida”.

Qualidade de vida no trabalho

Como uma forma de garantir a qualidade de vida não somente no aspecto pessoal mas também no ambiente de trabalho, surge uma ramificação: a qualidade de vida no trabalho, segundo Pedroso; Pilatti (2012).

A qualidade de vida no trabalho, é considerada hoje, como um diferencial para as empresas, pois é perceptível que há benefícios para o empregado que trabalha com mais satisfação e produz mais, e também para o empregador que ganha melhores índices nos resultados. (MAIER, 2012).

A qualidade de vida no trabalho toma um espaço importante na vida das pessoas. Segundo MAIER (2012):

O foco na QVT pelas organizações se torna importante, quando o trabalho ocupa um grande espaço na vida das pessoas. É dentro das organizações que elas passam grande parte de suas vidas, sendo responsável pelas condições vida de cada indivíduo. (MAIER, 2012, p. 28).

Segundo França (1996 apud MAIER, 2012), a qualidade de vida no trabalho pode ser caracterizada por três maneiras: programas de qualidade e satisfação do cliente; Capacitação, potencial e desenvolvimento pessoal; Preservação e prevenção da saúde no ambiente de trabalho, juntamente com a equipe de segurança no trabalho.

A aplicação de ferramentas da qualidade de vida no trabalho gera resultados significativos na organização, reflete no ambiente de trabalho como diminuição do absenteísmo, saúde ocupacional e segurança. (MAIER, 2012).

A qualidade de vida no trabalho está presente a partir do momento em que o colaborador atinge as suas metas, necessidades, aspirações e o senso de responsabilidade social (WALTON, 1973).

O modelo de qualidade de vida no trabalho proposto por Richard Walton (1973) é o mais utilizado em pesquisas, “tanto de caráter quantitativo quanto qualitativo, na área da qualidade de vida no trabalho.” (PEDROSO; PILATTI, 2012, p. 80).

O questionário desenvolvido por Walton constitui em oito dimensões, onde engloba fatores internos do ambiente de trabalho e do mesmo modo

fatores externos, sendo compensação justa e adequada, condições de trabalho, uso e desenvolvimento das capacidades, oportunidades de crescimento e segurança, integração social na organização, constitucionalismo, trabalho e vida e relevância social, apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Critérios e subcritérios da qualidade de vida no trabalho.

Critérios	Fernandes (1996)	Detoni (2001)
Compensação justa e adequada	Equidade interna e externa	
	Proporcionalidade entre salários	Equilíbrio salarial
	Justiça na compensação	Remuneração justa
Condições de trabalho	Partilha dos ganhos de produtividade	Participação em resultados
		Benefícios extras
	Jornada de trabalho razoável	Jornada semanal
		Carga de trabalho
		Fadiga
Uso e desenvolvimento de capacidades	Ambiente físico seguro e saudável	Equipamentos de proteção individual e coletiva
	Ausência de insalubridade	Salubridade
Oportunidade de crescimento e segurança		Tecnologia do processo
	Autonomia	Autonomia
	Qualidades múltiplas	Polivalência
	Informação sobre o processo total do trabalho	Avaliação do desempenho
Integração social na organização	Autocontrole relativo	Responsabilidade conferida
	Possibilidade de carreira	Importância da tarefa
	Crescimento pessoal	Treinamentos
	Perspectivas de avanço salarial	Incentivo aos estudos
	Segurança de emprego	Demissões
Constitucionalismo	Ausência de preconceitos	Discriminação
	Igualdade	Valorização das ideias
	Mobilidade	
	Relacionamento	Relacionamento interpessoal
O trabalho e o espaço total de vida	Senso comunitário	Compromisso da equipe
	Direitos de proteção do trabalhador	Direitos do trabalhador
	Liberdade de expressão	Liberdade de expressão
	Direitos trabalhistas	Discussão e normas
	Tratamento imparcial	Respeito à individualidade
Relevância social do trabalho na vida	Privacidade pessoal	
	Papel balanceado no trabalho	Influência sobre a rotina familiar
	Poucas mudanças geográficas	
	Tempo para lazer da família	Possibilidade de lazer
	Estabilidade de horários	Horário de trabalho e descanso
	Imagem da empresa	Imagem institucional
		Orgulho do trabalho

Responsabilidade social da empresa	Integração comunitária
Responsabilidade pelos produtos	Qualidade dos produtos/serviços
Práticas de emprego	Política de recursos humanos

Fonte: Timossi et al. (2009 apud PEDROSO; PILATTI, 2012, p. 88, 89).

O modelo de Walton foi traduzido por Fernandes (1996) sendo a proposta mais utilizada, dividindo os critérios descritos por Walton em subcritérios. A partir deste estudo, Detoni (2001) realizou uma reestruturação. (PEDROSO; PILATTI, 2012).

Qualidade de vida no trabalho na área da saúde

A qualidade de vida no trabalho mostra-se um tema complexo, devido as constantes modificações do ambiente de trabalho, que por sua vez não garantem a adaptação imediata do profissional. Segundo Haddad (2000 apud Branco et al, 2010), a insatisfação do profissional perante seu ambiente de trabalho pode ocasionar problemas físicos e psicológicos.

A satisfação no trabalho é considerada um dos indicadores determinantes da qualidade de vida global do indivíduo sendo frequentemente associada: a 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. Visando proteger o empregado e propiciar-lhe melhores condições de vida dentro e fora da organização (HADDAD, 2000 apud BRANCO et al., 2010, p. 199).

De acordo com Santana et al. (2014), a preocupação com a questão da saúde dos trabalhadores hospitalares do Brasil se iniciou na década de 70. Mas ainda existem poucos estudos referentes a qualidade de vida no trabalho no âmbito da saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005, p. 19), perante a questão dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, “é comum a falta de estímulo profissional, os desvios de função, as duplas ou triplas jornadas de trabalho, a submissão a formas improvisadas e arcaicas de vinculação e gestão, cuja regra é a transgressão à lei”.

Pitta (2003 apud Branco et al, 2010), ressalva que o ambiente hospitalar é um local propício para o adoecimento, pois os profissionais encontrar-se expostos frequentemente ao perigo, onde é considerada uma área insalubre.

No ambiente de trabalho desses profissionais, é exigido um aumento da carga de trabalho e maior especificidade nas suas ações e nas prestações de suas tarefas. Esses profissionais que trabalham nesta área apresentam acentuados riscos ocupacionais, por conviverem constantemente com situações de sofrimento, depressão, dor, tragédia, estresse e etc.; afetando assim sua qualidade de vida (HARBS; RODRIGUES; QUADROS, 2008 apud ANDRADE, K.; ANDRADE, P.; LEITE, 2015).

Perante este cenário, se faz necessário a implantação de programas que promovam a saúde e bem estar destes profissionais, evitando danos decorrentes do ambiente inserido e assim preservando a qualidade de vida dos mesmos.

METODOLOGIA

Pode-se considerar metodologia como uma ferramenta de crescimento educacional, pois segundo Gil (1999, p. 08), “Pode-se definir método como caminho para se chegar a determinado fim”.

Metodologia em um estudo de caso é fundamental, é o conjunto de técnicas utilizadas para a formulação dos processos empregados para a pesquisa. O estudo de caso é utilizado em muitas situações que contribui para os conhecimentos sociais, individuais e organizacionais. É um método comum de pesquisa na psicologia, administração, educação, ciência e política, que surge da necessidade de entender fenômenos sociais complexos, permitindo o pesquisador criar uma perspectiva real sobre o assunto (YIN, 2015).

Esta pesquisa tem caráter metodológico exploratório e qualitativo, pois foi realizada através de um estudo de caso descritivo em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de Ponta Grossa, uma vez que avalia a Qualidade de Vida (QV) e a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) em um ambiente público. O público alvo é constituído por um total de 32 pessoas, entre estas 17 responderam, 9 não opinaram e 6 estavam ausentes. Em função deste cenário, esta pesquisa tem por objetivo geral identificar os conceitos aplicados sobre qualidade de vida, tendo como direcionador os objetivos específicos: Identificar a estrutura disponível na unidade e caracterizar o nível de saúde dos funcionários. Os instrumentos utilizados como base para a coleta de dados foram três questionários, são eles: ficha de informações fisiológicas sobre o respondente, questionário de avaliação da QV modelo WHOQOL-bref (1996) com 26 perguntas, o qual identifica a qualidade de vida na saúde, relacionamentos e outras aspectos pessoais na vida do pesquisado nas duas últimas semanas, e questionário com 35 perguntas da avaliação da QVT modelo Walton (1974), destinado a levantar as características da qualidade de vida no ambiente de trabalho e satisfação profissional. Além dos questionários, foram realizadas observações pelos pesquisadores no momento da visita à unidade.

A partir da metodologia já mencionada, foi possível realizar a caracterização da área de estudo, abrangendo aspectos relevantes em relação a cidade em questão e direcionando para a Unidade de pesquisa.

O município de Ponta Grossa está localizado no Segundo Planalto Paranaense, na região dos Campos Gerais, onde constitui destaque no turismo, por possuir diversos locais para visitação e devido a posição geográfica, segundo informações da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa (2017).

De acordo com o IBGE, censo demográfico (2010), Ponta Grossa possui um total de 311.611 habitantes, disseminados de acordo com a figura 2.

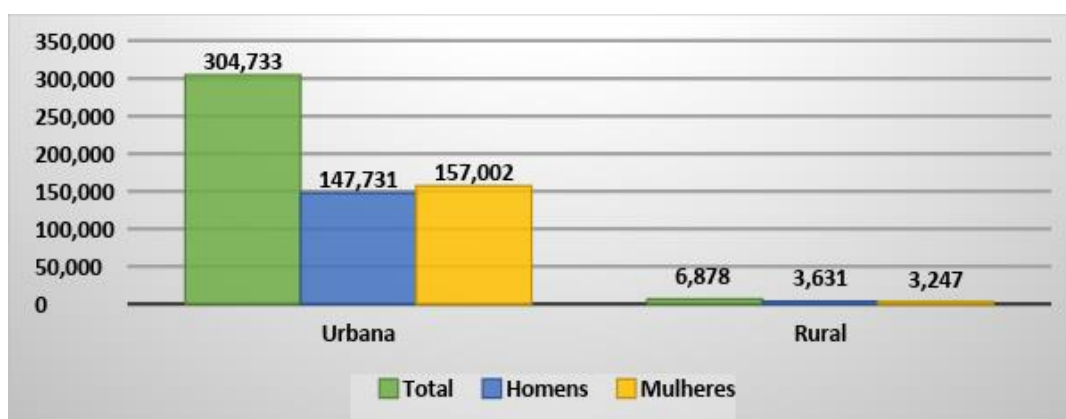


Figura 2 – População residente, por situação do domicílio e sexo em Ponta Grossa. **Fonte:** IBGE, Censo Demográfico (2010).

A partir destes dados, é possível verificar que a maioria da população se encontra na área urbana, representando aproximadamente 97,79% área urbana e 2,21% área rural.

Em razão do grande número de habitantes do município, se faz necessário investimentos e infraestrutura em prol da qualidade de vida da população. Diante disto, para atender as necessidades da população no quesito saúde, a cidade dispõem de 115 estabelecimentos de saúde, distribuídos em municipais, estaduais e privados, de acordo com o IBGE (2010), apresentados na figura 3.

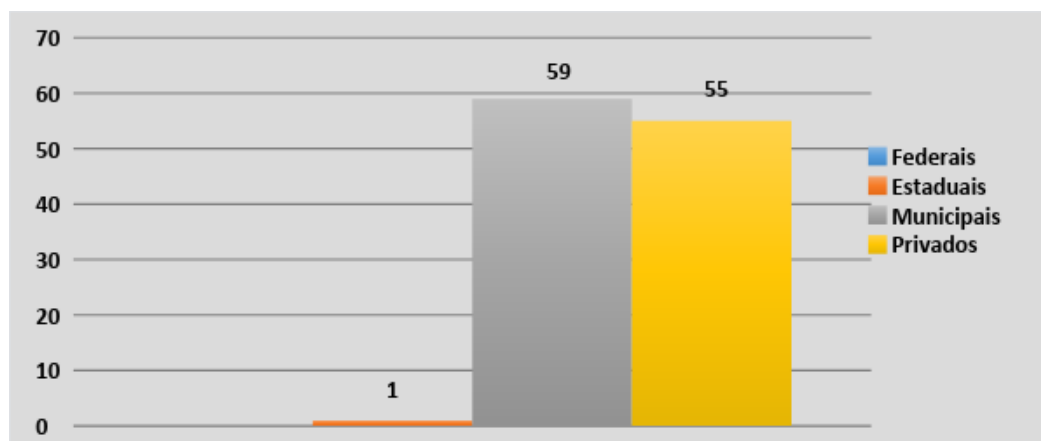


Figura 3 – Estabelecimentos de saúde em Ponta Grossa. **Fonte:** IBGE, Assistência Médica Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE (2010).

Considerando que possuem 59 estabelecimentos de saúde municipais em Ponta Grossa e com o intuito de avaliar a qualidade de vida dos profissionais que atuam nesses estabelecimentos, foi selecionado a Unidade de Saúde Adam Polan Kossobudzki localizada na Rua Alberto de Oliveira S/N, no Bairro Palmeirinha, onde foi aplicado um questionário aos profissionais, procedendo os resultados da presente pesquisa.

Quanto a estrutura física do local, há 3 consultórios médicos, 2 banheiros, 1 área de serviços, 1 sala de esterilização, 1 sala de vacina, 1 farmácia, sala de recepção e de reunião.

Os colaboradores seguem a ordem de cada função em sua respectiva sala, tornando o ambiente tranquilo, organizado e favorável ao sucesso nos atendimentos. As ferramentas de trabalho são comuns entre todos, porém, escassas, onde muitas vezes os materiais para atividades extras são provenientes da colaboração dos próprios funcionários, havendo uma grande reivindicação sobre a falta de incentivo e de recursos para a manutenção destas atividades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como já mencionado, nesta UBS há 32 funcionários abrangendo aproximadamente 53,13% e não houve critérios para exclusão dos respondentes.

Na primeira parte da pesquisa, foram abordadas as questões relacionadas às informações pessoais. Após a aplicação do primeiro questionário foi possível avaliar que 100% dos pesquisados caracterizavam o sexo feminino.

Em relação à idade dos pesquisados, há uma variação entre 29 e 63 anos, representados na figura 4.

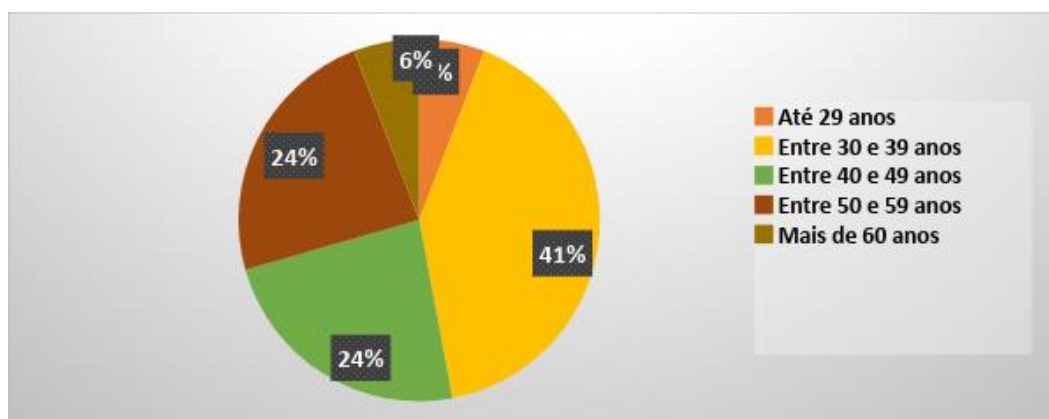


Figura 4 – Idade dos pesquisados. **Fonte:** Autoria própria (2017).

Quanto ao peso, 5,88% possui até 59 Kg; 41,18% possui entre 60 e 69 Kg; 17,65% possui entre 70 e 79 Kg; 11,76% possui entre 80 e 89 Kg; 5,88% possui mais de 90 Kg; e os outros 17,65% aproximadamente, optaram por não responder a esta pergunta.

Referente à altura, 5,88% possui até 1,49 m; 29,42% possui entre 1,50 e 1,59 m; 35,29% possui entre 1,60 e 1,69 m; 23,53% possui mais de 1,70 m; e 5,88% aproximadamente, optaram por não responder a esta pergunta.

Quanto ao grau de escolaridade, os pesquisados estão difundidos em ensino fundamental completo, ensino médio completo, superior incompleto e pós graduação completo, apresentados na figura 5.

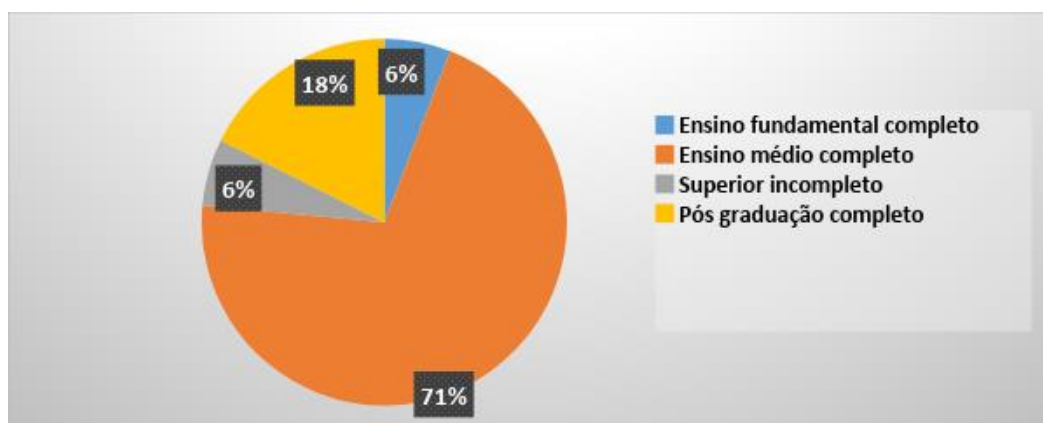


Figura 5 – Grau de escolaridade. Fonte: Autoria própria (2017).

Em relação ao estado civil, 47,06% mantêm-se como solteiro; 35,29% mantêm-se como casado; e 17,65% mantêm-se vivendo como casado. Dos quais, 29,41% possuem um filho; 23,53% possuem dois filhos; 17,65% possuem três filhos; e 29,41% não possuem filhos.

Ao que diz respeito a saúde atual dos pesquisados, 47,06% relataram sua saúde como nem ruim nem boa; 29,41% a saúde sendo boa; e 23,53% como sendo muito boa.

Referente a algum problema de saúde, sendo caracterizado o mais importante pelos pesquisados, 35,29% não possuem nenhum problema e 64,71% relataram possuir algum problema. Dentre os que relataram algum problema de saúde, catalogados como a depressão, problema nervoso crônico ou emocional, doença de pele, artrite ou reumatismo e pressão alta, outros problemas descritos foram, enxaqueca ocasional e síndrome do piriforme, exibidos na figura 6.



Figura 6 – Problema de saúde. Fonte: os autores.

Quanto aos hábitos cotidianos dos pesquisados, 82,35% não possuem o hábito de fumar e 17,65% possuem o hábito de fumar; 76,47% não possuem o hábito de ingerir bebida alcoólica e 23,53% possuem o hábito de 1 a 2 vezes por semana ingerir bebida alcoólica.

Em relação a atividade física/exercício físico praticado por semana, 35,29% praticam atividade física de 1 a 2 vezes por semana; 64,71% não praticam nenhum tipo de atividade física.

Quanto ao tempo de serviço na empresa, os pesquisados estão disseminados em uma variação entre 1 ano e meio e 40 anos, exposto na figura 7.

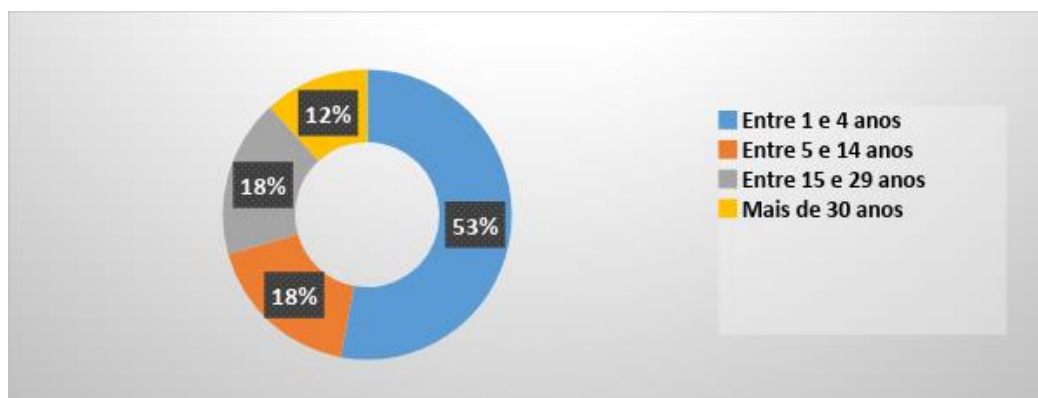


Figura 7 – Tempo de serviço na empresa. **Fonte:** os autores.

Os pesquisados atuam na área da saúde, classificados nas seguintes funções: Agente de saúde comunitário (41,18%); Auxiliar administrativo e Zeladora (11,77%); Assistente social, Auxiliar de enfermagem, Auxiliar de farmácia, Farmacêutica, Médica e Técnica em enfermagem (5,88%). A carga horária semanal possui uma variação de acordo com a função exercida, onde 82,35% possuem uma carga horária de 40 horas semanais e 17,65% possuem uma carga horária de 30 horas semanais.

Analisando os gráficos e dados respectivos da pesquisa percebe-se a satisfação em alguns aspectos, porém em alguns fatores há uma presente insatisfação.

Considerando o tempo de serviço na empresa, conclui-se que a rotatividade na empresa é significativa, já que a maioria se encontra na faixa entre 1 e 4 anos. Referente a saúde, os dados demonstram que os pesquisados estão propícios a problemas de saúde, pois representaram expressivos valores para depressão, problema nervoso crônico ou emocional e doença de pele. Por sua vez, a realização de atividades físicas apresenta-se relativamente baixa, onde pode ser considerado como uma ferramenta para a melhoria da qualidade de vida.

A segunda parte da pesquisa, compreendeu na avaliação da qualidade de vida sendo utilizado o modelo WHOQOL-bref, analisando as facetas dos quatro domínios, sendo domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, e a auto avaliação da qualidade de vida, exibidos na figura 8.

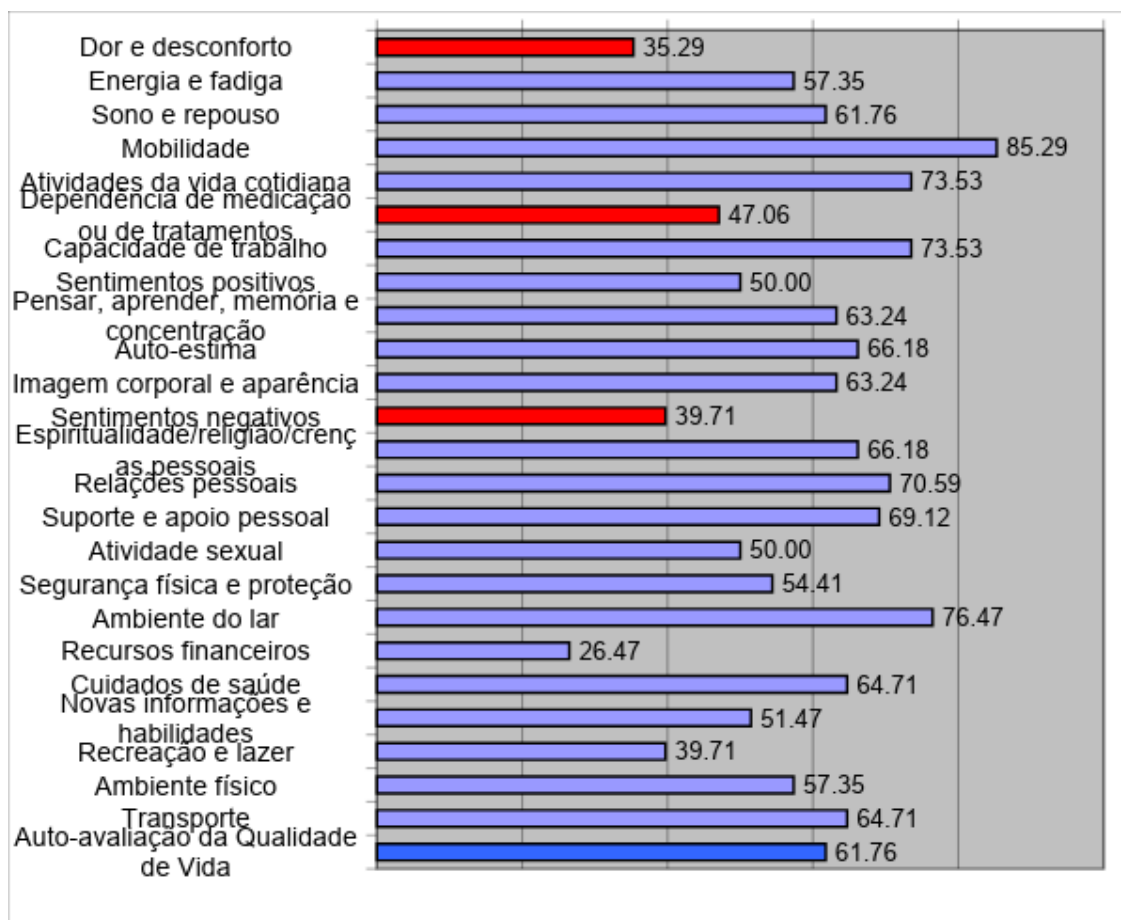


Figura 8 – Avaliação da qualidade de vida modelo WHOQOL-bref. **Fonte:** os autores.

Os resultados obtidos a partir da sintaxe WHOQOL-bref demonstraram três facetas que estão abaixo da média que refletem diretamente na qualidade de vida, sendo dor e desconforto, dependência de medicação ou de tratamentos e sentimentos negativos. Os aspectos recursos financeiros e recreação/lazer apresentaram uma média relativa baixa, que por sua vez influenciam indiretamente na qualidade de vida. Com tudo, a qualidade de vida dos pesquisados se classifica como satisfatória, pois apresentou uma média de 61,76%.

A terceira parte da pesquisa, consistiu na aplicação do modelo Walton para avaliar a qualidade de vida no trabalho, considerando as oito dimensões, sendo compensação justa e adequada, condições de trabalho, uso das capacidades, oportunidade, integração social, constitucionalismo, trabalho e vida e relevância social, exibidos na figura 9.

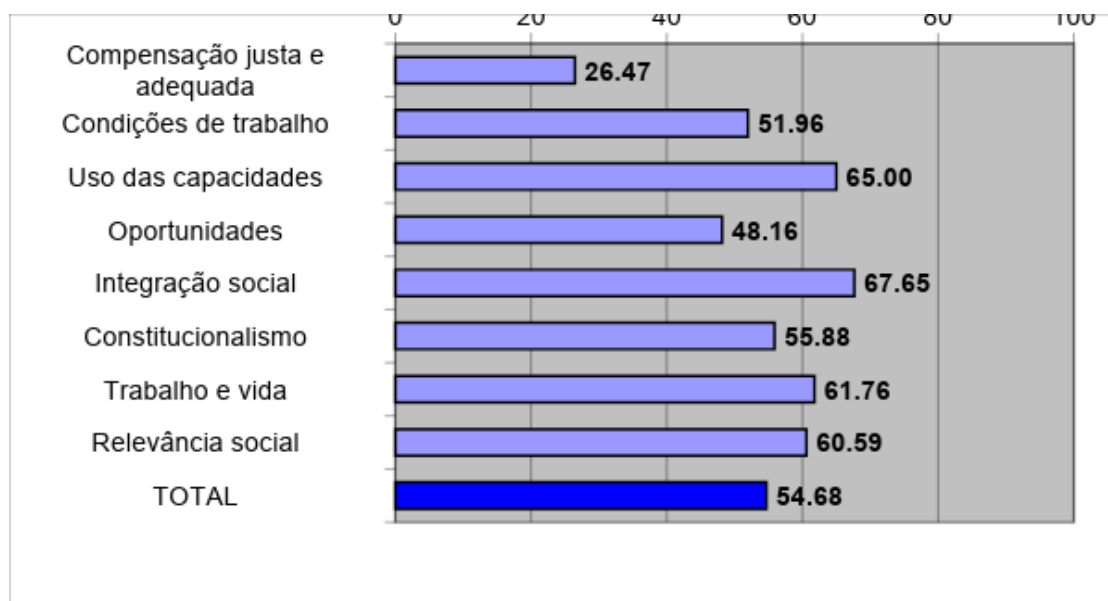


Figura 9 – Avaliação da qualidade de vida no trabalho modelo Walton. **Fonte:** os autores.

Com a aplicação da sintaxe Walton, pode-se observar que das oito dimensões avaliadas, duas apresentaram uma média inferior. A Compensação justa e adequada foi denominada como insatisfatório mas com tendência pra muito insatisfatório e a oportunidade denominada como insatisfatório porém com tendência para neutro/satisfatório. As outras seis dimensões apresentaram médias regulares, logo representaram valores satisfatórios. Portanto, a qualidade de vida no trabalho dos profissionais na área da saúde se consistiu na classificação satisfatório porém com tendência para neutro/insatisfatório, pois demonstrou uma média de 54,68%.

Em relação ao objetivo específico de identificar a estrutura disponível na unidade, os resultados levantados através da pesquisa mostram que a estrutura é adequada ao serviço público no atendimento dos pacientes. Porém, quanto a qualidade de vida no trabalho o local não suporta a quantidade de colaboradores que lá exercem suas atividades, onde muitas convivem em um ambiente com condições incertas para o bem estar e saúde ocupacional.

CONCLUSÃO

A realização desta pesquisa foi de caráter satisfatório para conhecimento das pesquisadoras, pois ao analisar os resultados, percebemos a importância do funcionamento da qualidade de vida no trabalho dentro de uma corporação.

O objetivo geral de identificar a qualidade de vida no trabalho dos colaboradores da área da saúde foi alcançado através da metodologia utilizada. Para isto, a tabulação de dados foi realizada através análises estatísticas e gráficos.

Os modelos de qualidade de vida no trabalho, conseguiram demonstrar a insatisfação dos colaboradores, causada pela ausência de uma qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho adequada ao ambiente.

Os resultados obtidos sugerem que a implantação de um programa de melhoria contínua e qualidade de vida no trabalho teria impacto direto na satisfação dos colaboradores entrevistados. Tais práticas futuras de melhoria devem estar ligadas aos piores resultados, os mais emergentes, e os de maior influência.

Destacam-se alguns pontos relevantes ao critério de avaliação sobre os questionários em relação aos domínios físicos, psicológicos e domínio do ambiente, como por exemplo a insatisfação na remuneração, o ambiente de trabalho inadequado, escassez dos recursos, poucas oportunidades de crescimento e estresse causado pelo tipo de atividade realizada. Também é importante ressaltar que os resultados foram favoráveis à conclusão de que a qualidade de vida no trabalho é proveniente de uma boa qualidade de vida, uma vez que ambas dependem uma da outra.

Segundo Maier (2012), cabe à empresa identificar os níveis de prioridade para a aplicação emergente da qualidade de vida no trabalho, mas que estes devem sempre procurar incentivar e estimular o colaborador ao trabalho.

Quanto aos objetivos específicos sobre avaliar o nível de saúde dos colaboradores e identificar a estrutura disponível da unidade, foram concluídos com sucesso através de análises estatísticas e dos questionários WHOQOL-bref (1996) e Walton (1974). Constatamos através dos questionários que os domínios de QV e QVT não são independentes.

Quanto ao objetivo específico, de caracterizar o nível de saúde dos colaboradores, foi possível através dos questionários identificar fatores que estão diretamente ligados a esses resultados, onde a grande maioria apresentou traços de depressão e doenças crônicas causadas por estresse.

O objetivo específico de caracterizar a estrutura do local, foi através da análise das próprias pesquisadoras, pois não obtiveram resposta sobre nenhum documento que descreva a planta com o tamanho do local. Porém, através desta análise, pode-se perceber que a estrutura física da unidade é bem dividida e organizada.

Logo conclui-se que após o levantamento de dados para esta pesquisa, os domínios de qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho influenciam diretamente na saúde ocupacional dos profissionais da área da saúde. A pesquisa mostra que os critérios de QV e QVT são pouco desenvolvidos nesta unidade de saúde de Ponta Grossa, e que necessitam ser explorados pelas lideranças pertinentes, o que impulsionará a propagação de melhorias como um todo.

Referências

ANDRADE, K. O.; ANDRADE, P. O.; LEITE, L. F. Qualidade de vida dos trabalhadores da área de saúde: revisão de literatura. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 8, n. 1, Pub. 1, jan. 2015. Disponível em: <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/76/Artigo_1.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2017.

BRANCO, J. C. et al. Qualidade de vida de colaboradores de hospital universitário do Sul do Brasil. **J. Health Sci. Inst**, v. 28, n. 1, p. 199-203, 2010. Disponível em: <https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/02_abr-jun/V28_n2_2010_p199-204.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS para NOB/RH-SUS**. Brasília-DF, 2005.

BRITTO, L. V.; SILVA, I. F. F.; FLORENTINO, R. C. Qualidade de vida – QVT: uma estratégia competitiva para o aumento da produtividade. **Evidência**, Araxá, v. 10, n. 10, p. 87-97, 2014. Disponível em: <<http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/view/454/433>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

DE ALMEIDA, A. N. F.; GURGEL, E. R. S.; SILVA, S. R. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um centro cirúrgico. **Revista Brasileira de Qualidade Vida**, Ponta Grossa, v. 6, n. 4, p. 216-222, out./dez. 2014.

FERREIRA, André; DEMUTTI, Carolina Medeiros; GIMENEZ, Paulo Eduardo O. A teoria das necessidades de Maslow: a influência do nível educacional sobre a sua percepção no ambiente de trabalho. **Anais do Seminários de Administração**, 2010.

FRANÇA JR, N. R. **Gestão da qualidade de vida no trabalho (GQVT): Uma articulação possível**. 2004. 24f. Monografia (Especialização em Gestão Industrial). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Ponta Grossa, 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Infográficos: população e saúde**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/saude.php?lang=&codmun=411990&se arch=parana|ponta-grossa|infogr%E1ficos:-estabelecimentos-de-sa%FAde-e-morbidade-hospitalar>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

MAIER, Rúbia C. **Análise das relações existentes entre qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho através de um modelo de regressão logística**. 2012. 91f. Dissertação (Mestrado Engenharia Produção) Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Ponta Grossa, 2012. Disponível em: <<http://www.pg.utfpr.edu.br/dirppg/ppgep/dissertacoes/arquivos/194/Dissertacao.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

MOREIRA, W. W. **Qualidade de Vida: Complexidade e Educação**. Editora Papiros. São Paulo: Campinas. 2007. p. 12-25.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A. **Guia de avaliação da qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho**. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2012.

Ponta Grossa (PR). Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. A cidade. 2017. Disponível em: <<http://www.pontagrossa.pr.gov.br/acidade>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

SANTANA, V. S. et al. Qualidade de vida dos profissionais de saúde em ambiente hospitalar: estudos de revisão de literatura. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 4, n. 1, p. 35-46, abr. 2014.

WALTON, Richard E. Quality of Working Life: What is it? **Sloan Management Review**, 15, 1, pp. 11-21, 1973.