

1 Título abreviado: Qualidade de vida e atividade física

2

3

4 **Avaliação da qualidade de vida e nível de atividade física dos**
5 **trabalhadores de uma Unidade de Pronto Atendimento**

6

7 **Evaluation of quality of life and level of physical activity of workers in a**
8 **Emergency Care Unit**

9

10

11 Secção/Tipo de Artigo: Artigo original

12

13 Agradecimentos: De forma coletiva, nossos agradecimentos vão para nossa
14 professora e orientadora, M.^a Rafaela Niels da Silva, por toda sua dedicação como
15 orientadora e amiga; agradecemos aos nossos familiares que sempre nos deram
16 toda força e apoio necessários para que pudéssemos ter resiliência e coragem pra
17 seguir nessa caminhada; aos amigos que sempre nos confortaram com palavras
18 motivadoras, agradecemos também à ASCES-UNITA pela competência na formação
19 de excelentes profissionais para servir a sociedade, e não poderíamos deixar de
20 agradecer aos docentes Diego Lima, Marcelo Tavares Viana, Marcos Túlio, Luciano
21 Machado e Paulo Valóis, por sempre acreditarem no potencial de cada um de nós,

22 nos incentivar a cada dia a trabalharmos mais e mais, além dos ensinamentos de
23 boas condutas para a vida.

24

25 Fontes de financiamento: Sem financiamento

26

27 **Avaliação da qualidade de vida e nível de atividade física dos**
28 **trabalhadores de uma Unidade de Pronto Atendimento**

29

30 Resumo

31

32 Este trabalho tem como objetivo analisar a percepção da qualidade de vida, perfil
33 sociodemográfico e nível de atividade física de uma Unidade de Pronto Atendimento
34 (UPA) na cidade de Caruaru-PE. A amostra foi composta por profissionais de saúde
35 dos sexos feminino e masculino, com vários níveis de escolaridade e funções, com
36 idade entre 22 a 57 anos. A coleta das informações referentes a Qualidade de Vida
37 foi realizada por meio do questionário WHOQOL-BREF. Para avaliar o nível de
38 atividade física, foi utilizado o questionário IPAQ e para coleta das informações
39 sociodemográficas foi disponibilizado um questionário semiestruturado que incluiu
40 questões relativas a hábitos de vida e pessoais. Como principais resultados,
41 encontrou-se que a maioria (59.7%) dos participantes possuíam entre 23 e 39 anos
42 e a maioria no ensino superior (33.9%). O IPAQ classificou os participantes (43.5%)
43 como ativo e a qualidade de vida foi considerada boa, com média de 64.62 pontos.
44 Como principais conclusões, aponta-se que os participantes eram fisicamente ativos

45 e que sua qualidade de vida, de forma geral, era satisfatória, sendo correlacionada
46 com seu bom perfil sociodemográfico.

47 *Palavras-chaves:* Qualidade de vida, Atividade Física, Saúde do Trabalhador.

48

49

50 **Evaluation of quality of life and level of physical activity of workers in a**
51 **Emergency Care Unit**

52

53 Abstract

54

55 This study aimed to analyze the perception of quality of life, sociodemographic profile
56 and physical activity level of an Emergency Care Unit (UPA) in the city of Caruaru-
57 PE. The sample consisted of female and male health professionals, with various
58 levels of education and functions, on duty, who were 22 to 57 years old. The
59 collection of information related to Quality of Life was carried out through the
60 WHOQOL-BREF questionnaire, to evaluate the level of physical activity the IPAQ
61 questionnaire was used and to collect sociodemographic information, a semi-
62 structured questionnaire was made available that included questions related to life
63 habits. and personal. As main results, it was found that the majority (59.7%) of the
64 participants had an age between 23 and 39 years and the most frequent education
65 was higher education (33.9%). The IPAQ classified the majority of the participants
66 (43.5%) as active and the quality of life was considered good, with an average of
67 64.62 points for the participants. As main conclusions, it is pointed out that the

68 participants were physically active and that their quality of life, in general, was
69 satisfactory, being correlated with their good sociodemographic profile.

70 *Keywords:* Quality of Life, Physical activity, Rural Health.

71

72

73

74 **Introdução**

75 A Qualidade de Vida (QV) tem recebido destaque nos últimos anos,
76 possuindo uma importância multidimensional, associada com a percepção individual
77 da pessoa e permitindo o estudo de dimensões da saúde, psicológica, física e social
78 (Moreira, Mzzardo, Vagetti, De Oliveira & De Campos, 2019). Pesquisadores
79 destacam que a QV é relativa a cada indivíduo, seja individualmente ou em grupo,
80 apoiada pelo estado de saúde mental, relações sociais e bem-estar próprio (Lu,
81 Yuan, Lin, Zhou & Pan, 2017).

82 Além disso, a QV é capaz de refletir a saúde do indivíduo e o processo de
83 percepção cultural e social no qual está inserido (Ropke et al., 2018). Assim, está
84 diretamente relacionada a estruturas: biológicas, psicológicas, emocionais, sociais e
85 econômicas (Esteves et al., 2017), que repercutem na saúde geral das pessoas,
86 fazendo com que a sua percepção dependa do conhecimento de saúde que cada
87 indivíduo possui (Goebel & Carlotto, 2019).

88 A saúde das pessoas reflete fatores determinantes, que podem relacionar-se
89 com a QV, bem como sua produtividade e qualidade do trabalho (Narehan,

90 Hairunnisa, Norfadzillah & Freziamella, 2014). Além disso, a QV no trabalho é um
91 aspecto de extrema relevância no desempenho profissional, pois a depender destes
92 níveis será possível estabelecer mudanças comportamentais que impactam em seu
93 desempenho (González-Baltazar, Hidalgo-Santacruz, Salazar & Preciado-Serrano,
94 2010).

95 Desta forma a saúde e Qualidade de Vida do Trabalhador (QVT) estão
96 conectadas e a falta de assistência e elevada carga horária de trabalho, por
97 exemplo, podem comprometer sua saúde mental e aumentar seu desgaste físico
98 (Rodrigues, Santos & Sousa, 2017). Este tema tem estimulado pesquisas em
99 diversas áreas, destacando o impacto na produtividade do empregado e na redução
100 de ausências no seu processo de trabalho (Zubair, Hussain, Williams & Grannan,
101 2017).

102 Neste sentido, diversos estudos avaliaram a QV de profissionais que
103 trabalham na área de saúde, sejam eles na atenção básica (Bordin et al., 2019;
104 Cordioli Junior et al., 2020), em hospitais (Santana et al., 2014; Silva et al., 2020) ou
105 em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (Dias et al., 2020; Mota et al., 2020;
106 Pinto, Stocker & Lima, 2019; Sá et al., 2019). As UPAs são unidades de saúde de
107 complexidade intermediária que atuam 24 horas por dia durante todos os dias da
108 semana com capacidade de receber pacientes, intervir em sua situação clínica e
109 encaminhá-los para unidades de saúde em casos de maior ou menor complexidade
110 (Schafirowitz & Souza, 2020).

111 Avaliar a QV de profissionais que trabalham em unidades de saúde, com
112 destaque para as UPAs, é de grande importância em razão deste estabelecimento
113 atender casos de todas as complexidades e que necessitem de uma atenção

114 adicional em comparação aos casos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Sá et
115 al., 2019). Entre os determinantes que podem influenciar a QV, pode-se destacar a
116 prática de atividades físicas que são consideradas como uma das principais
117 estratégias de promoção de bem-estar e vida saudável (Andrade, Teixeira & Carlos,
118 2018).

119 Sob o mesmo ponto de vista, executar atividades físicas é um considerável
120 meio para prevenção de doenças entre os trabalhadores, sendo sua prática regular
121 associada a diversos benefícios para a saúde (Costa et al., 2020; Ropke et al.,
122 2018). Desse modo, cabe destacar a importância de avaliar os níveis de atividades
123 físicas de trabalhadores, já que a promoção da mesma é uma aliada da qualidade
124 de vida dos trabalhadores (Baião et al., 2020), podendo ser corresponsável pela
125 redução de custos com a saúde, internações e previdência social associada a
126 invalidez precoce e mortalidade (Silva et al., 2020).

127 Estudos que analisam o trabalho nesse setor são escassos, muitas vezes
128 provocado pela dificuldade de acesso as informações ou até mesmo pelo nível de
129 complexidade do qual esse serviço faz parte. Sendo assim, é importante conhecer o
130 perfil sociodemográfico, percepção de QV, níveis de atividade física e a saúde geral,
131 já que esses podem ser determinantes para uma melhora na QV no trabalho. A
132 partir dessas informações, será possível avaliar e programar medidas que auxiliem
133 na elevação da saúde geral e conseqüentemente da QVT. Para tanto, este estudo
134 objetivou analisar a percepção da QV, o perfil sociodemográfico e o nível de
135 atividade física de funcionários que trabalham numa Unidade de Pronto Atendimento
136 (UPA) na cidade de Caruaru-PE.

137

138 **Método**

139 Este estudo de campo teve um delineamento transversal com abordagem
140 quantitativa, de modo a analisar a percepção da QV, perfil sociodemográfico e nível
141 de atividade física de funcionários que trabalham numa UPA da cidade de Caruaru-
142 PE.

143 Esse estudo contou com duas variáveis centrais. Variável dependente:
144 percepção da qualidade de vida (QV); e Variáveis independentes: nível de atividades
145 físicas (AF) e características sociodemográficas.

146

147 **Amostra**

148 O estudo foi realizado na UPA do bairro do Salgado, no município de
149 Caruaru-PE. A amostra foi composta por 62 profissionais de saúde de ambos os
150 sexos, com vários níveis de escolaridade e funções, e que prestam serviços a UPA.
151 A amostragem foi estratificada por subgrupos de categorias profissionais, com base
152 na listagem nominal do banco de recursos humanos da administração do
153 estabelecimento de saúde. Foram incluídos funcionários regularmente vinculados à
154 UPA municipal do bairro do Salgado no município de Caruaru-PE, com tempo
155 mínimo de vínculo de trabalho de 6 meses e que exerciam sua função no regime de
156 plantão, com idade entre 22 a 57 anos.

157 Foram excluídos do estudo profissionais que estavam no período de licença
158 maternidade ou prêmio, afastamento médico e/ou que estavam no período do gozo
159 de férias, profissionais com faltas não justificadas durante o período da coleta,
160 profissionais que ofereceram dados imprecisos. Os participantes foram

161 esclarecidos sobre os procedimentos e objetivos de estudo através do Termo de
162 Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E), que foi assinado presencialmente por
163 cada participante.

164

165

166 **Instrumentos**

167 A coleta das informações referentes a QV foi realizada por meio de aplicação
168 do questionário validado pela Organização mundial de saúde World Health
169 Organization Quality Of Life (WHOQOL-bref) que é composto por 26 facetas
170 agrupadas em 4 domínios com denominações de físico, psicológico, relações sociais
171 e ambiente, que contemplam perguntas com opções de respostas do tipo “likert”,
172 que é um tipo de escala de resposta psicométrica em que as respostas dadas pelos
173 entrevistados especificam seu nível de concordância com uma afirmação. As duas
174 primeiras perguntas do questionário são compostas por aspectos gerais sobre QV e
175 as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento
176 original (Fleck, 2000).

177 Para avaliar o nível de AF foi utilizado o Questionário Internacional de
178 Atividade Física (IPAQ) em versão curta traduzida e validada para o Brasil (Matsudo
179 et al., 2001), aplicado por meio de um formulário eletrônico Google Forms. A versão
180 curta do questionário IPAQ fornece informações sobre os domínios relacionados ao
181 comportamento, sendo eles: sedentarismo, caminhadas e atividades físicas de
182 intensidade moderada a alta (Hallal et al., 2005).

183 Para coleta das informações sociodemográficas foi aplicado um formulário
184 eletrônico Google Forms, um questionário semiestruturado que incluiu questões
185 relativas a hábitos de vida e pessoais, a saber: local de moradia, consumo de
186 bebidas alcoólicas e/ou cigarros e similares, etnia, estado civil, grau de instrução,
187 meio de locomoção, idade, sexo, renda mensal, tempo de vínculo, entre outros.

188

189

190 **Procedimentos**

191 A autorização para esta pesquisa foi solicitada por meio de carta de anuência
192 junto à Secretaria municipal de saúde e o projeto obteve aprovação do Comitê de
193 Ética em Pesquisa da ASCES-UNITA com número de protocolo 4.505.122,
194 salientando o anonimato dos participantes.

195 Para a execução deste estudo, inicialmente ocorreu um treinamento dos
196 colaboradores, objetivando um tratamento padrão no momento da entrevista com os
197 voluntários. A coleta de dados passou por um agendamento prévio de modo que não
198 atrapalhasse a rotina de trabalho dos voluntários. Presencialmente foi explicado de
199 forma individual os objetivos da pesquisa, bem como a apresentação do T.C.L.E. e
200 seu envio para os entrevistados que aceitaram participar do estudo. Os
201 entrevistados utilizaram o aparelho celular para preenchimento do questionário,
202 salientando que tudo isso foi feito através de um acompanhamento presencial. Foi
203 utilizado o formulário eletrônico Google Forms, de forma a minimizar os riscos de
204 contaminação pelo novo coronavírus. Ainda foram utilizados todos os EPI's
205 (Equipamentos de Proteção Individual) exigidos no ambiente hospitalar, além da

206 disponibilização de álcool em gel a 70% para os pesquisadores, participantes e
207 envolvidos no momento de coleta.

208 Após o aceite dos voluntários, foram aplicados na ordem: questionário
209 sociodemográfico, protocolo de aplicação WHOQOL-BREF e protocolo IPAQ curto.
210 A pesquisa foi realizada nos turnos da manhã, tarde e noite, respeitando o horário
211 adequado de cada indivíduo. Os questionários foram aplicados por meio de uma
212 entrevista em formulário eletrônico, respeitando os diferentes níveis de escolaridade,
213 além disso, foi informado que todos os dados da coleta seriam mantidos em total
214 sigilo em respeito aos mesmos. Após a aplicação dos protocolos, foi realizado uma
215 tabulação dos dados, uma análise estatística e por fim escrita no artigo original.

216

217 **Análise estatística**

218 Os dados foram analisados descritivamente por meio de frequências
219 absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e das medidas: média, desvio
220 padrão e coeficiente de variação, para as variáveis numéricas. Para a comparação
221 entre as categorias das variáveis independentes em relação aos resultados da QV
222 foram utilizados os testes t-Student para variâncias iguais, t-Student para variâncias
223 desiguais ou Mann-Whitney na comparação entre duas categorias e F (ANOVA) ou
224 Kruskal-Wallis na comparação de mais de mais de duas categorias.

225 A escolha dos testes t-Student e F (ANOVA) ocorreram nas situações em que
226 os dados apresentaram distribuição normal em cada categoria e os testes de Mann-
227 Whitney e Kruskal-Wallis ou em casos de rejeição da normalidade. A verificação da

228 normalidade foi realizada por meio do teste de Shapiro-Wilk e a igualdade de
229 variâncias pelo teste F de Levene.

230 O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5%.

231 Os dados foram digitados em planilha do programa Microsoft Office Excel e o
232 programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IBM SPSS na
233 versão 25.

234

235 **Resultados**

236 **Características sociodemográficas e econômicas dos trabalhadores**

237 Na Tabela 1 se apresenta os resultados relativos às características
238 sociodemográficas e econômicas da amostra. Nesta tabela destacamos que grande
239 parte da amostra tinha 23 a 39 anos (59.7%) e os 40.3% tinham 40 a 57 anos, com
240 média de 39 anos e desvio padrão de 9.05 anos. Com predominância (71%) do sexo
241 feminino; as duas categorias de cor de pele mais prevalentes foram branca (48.4%) e
242 parda (37.1%). Da amostra entrevistada, 51.6% foi composta de casados ou que
243 viviam em união estável e o restante de solteiros.

244 Inserir tabela 1 aqui

245 As duas categorias da escolaridade mais frequentes foram ensino superior
246 (33.9%), técnico/superior incompleto (32.3%) e até fundamental e médio tiveram
247 percentuais de 17.7% e 16.1% respectivamente. Em relação ao número de filhos, as
248 duas categorias mais frequentes foram: nenhum filho (33.9%) e dois filhos (30.6%). A
249 maioria expressiva (93.5%) vivia na zona urbana; o domicílio era próprio para 77.4%

250 dos participantes, seguido de 19.4% que o domicílio era alugado e para 3.2% era
251 emprestado. Em relação ao número de residentes por domicílio, 21% dos
252 entrevistados residiam com até 2 pessoas, 22% com 3 pessoas e 19% com 4 a 6
253 pessoas por domicílio. Dos entrevistados, 54.8% tinham renda familiar de 2 a 3
254 salários mínimos e as categorias: até um salário mínimo e 4 ou mais tiveram
255 percentual de 22.6% cada.

256

257

258 **Características relacionadas ao trabalho**

259 Em relação aos dados sobre o trabalho, a tabela 2 mostra que a maioria (71%)
260 dos participantes tinha vínculo empregatício com contrato temporário e 29.9% eram
261 efetivados por concurso. A maioria dos participantes (43.5%) tinham mais de 9 anos
262 de tempo de serviço no estabelecimento de saúde, seguido de 32.3% que tinham até
263 tinha 3 anos e 24.2% tinham de 3 a 9 anos. Com exceção de dois participantes, todos
264 os 96.8% faziam contribuição previdenciária, sendo 87.1% para contribuição
265 previdenciária pública.

266 **Inserir tabela 2 aqui**

267 56.5% dos entrevistados tinham jornada de trabalho de 24 horas, seguida de
268 41.9% com 12 horas de jornada e os demais com 48 horas. O maior percentual
269 (40.3%) correspondeu aos que levavam menos de 15 minutos até o trabalho, seguido
270 de 32.3% que levavam entre 15 a 30 minutos e 27.4% mais de 30 minutos. As formas
271 para locomoção mais citadas foram: carro (38.7%), a pé (22.7%) e moto (16.1%).

272 O cargo ou função mais frequente correspondeu aos técnicos de enfermagem
273 (45.2%) seguidos dos cargos, auxiliar de serviços gerais (9.7%), enfermeiro e
274 recepcionista, cada um com 8.1%. A maioria (66.1%) nunca tinha solicitado algum tipo
275 de licença no trabalho atual. E para o grupo que já havia solicitado duas ou mais
276 licenças tiveram percentuais de 19.4% e 14.5% respectivamente. Questionados se já
277 tinham sofrido algum acidente de trabalho 21% responderam que sim.

278

279 **Características relacionadas a saúde dos trabalhadores**

280 Dos resultados contidos na Tabela 3, enfatiza-se que, com exceção de um,
281 todos os 98.4% dos entrevistados usavam o Sistema Único de Saúde (SUS), a posse
282 de plano de saúde foi registrada por 40.3% dos participantes. O hábito de tabagismo
283 foi citado por 3.2%; mais da metade (56.5%) possuíam o hábito de etilismo sendo
284 uma vez por semana com o percentual de 35.5% e duas ou mais vezes durante a
285 semana com 17.7%.

286 **Inserir tabela 3 aqui**

287 Mais da metade da amostra (59.7%) possuíam doenças crônicas não
288 transmissíveis. As doenças mais frequentes foram: dor nas costas (59.5%),
289 hipertensão arterial (32.4%) e enxaqueca (32.4%). Os resultados do IPAQ
290 classificaram como ativo 43.5%, irregularmente ativo 32.3%, sedentários 12.9% e
291 muito ativo 11.3%.

292

293 **Domínios do WHOQOL-Bref dos trabalhadores**

294 Na Tabela 4 se apresenta as estatísticas dos domínios da QV e o total onde
295 pode ser verificado que, a média mais elevada correspondeu ao domínio Social
296 (74.19 pontos), a menor ao domínio ambiental (58.52 pontos). A média do total da QV
297 foi 64.62 pontos para os participantes do estudo.

298 Inserir tabela 4 aqui

299

300 **Domínios do WHOQOL-Bref segundo o perfil demográfico e IPAQ dos** 301 **trabalhadores**

302 Na Tabela 5 é possível analisar os domínios do WHOQOL-Bref e IPAQ,
303 abordando as categorias das variáveis sociodemográficas e econômicas. Identificou-
304 se que a QV no domínio social foi maior para os grupos de 22 a 39 anos (74.10
305 pontos) e 40 a 57 anos (74.33 pontos). Em contrapartida, no domínio ambiental, a
306 faixa etária de 22 a 39 anos possuiu uma QV de 57.69 pontos e a faixa de 40 a 57
307 anos possuíram uma QV de 59.75 pontos, estando esse domínio entre os mais baixos
308 para os entrevistados. As faixas etárias de 22 a 39 anos possuíram uma média geral
309 de 63.90 pontos de QV e 40 a 57 anos possuíram 65.68 pontos de QV, o que é
310 consideravelmente boa.

311 Inserir tabela 5 aqui

312 O sexo feminino possuiu 70,37 do índice de vida e o sexo masculino 75.76
313 pontos no domínio social, e os menores índices no domínio ambiental, sendo de
314 63.82 e 60.44 pontos, não tendo outra classificação de acordo com o gênero ou sexo.
315 Ainda em relação a QV, o sexo feminino obteve uma média geral maior (65.55
316 pontos) em relação ao sexo masculino (61.61 pontos). Indivíduos declarados com cor

317 de pele branca obtiveram uma média maior de QV no seu domínio social (78.33
318 pontos) e uma menor média no quesito ambiental (60.52 pontos), com média geral de
319 66.99 pontos. Já os autodeclarados não brancos também tiveram uma maior média
320 no quesito social (70.31 pontos), uma menor no domínio ambiental (56.64 pontos) e
321 uma média geral de 62.40 pontos na percepção de QV em comparação com os
322 autodeclarados brancos.

323 No que se referiu ao nível de escolaridade, o domínio social obteve os maiores
324 índices de percepção da QV para os ensinos até o fundamental completo (75.76
325 pontos), médio (69.17 pontos), técnico/superior incompleto (75 pontos) e superior
326 completo (75 pontos). O domínio ambiental obteve os menores índices para até
327 fundamental completo (54.55 pontos), médio (56.88 pontos) e técnico/superior
328 incompleto (59.84 pontos), já o domínio físico foi responsável pela menor percepção
329 de QV para o nível Superior (59.86 pontos). Apesar desses índices, foi relatada uma
330 média geral de percepção de QV de 62.42 pontos para indivíduos que possuíam até o
331 ensino fundamental completo, 62.25 pontos para ensino Médio, 67.01 pontos para
332 técnico/superior incompleto e 64.62 pontos para superior completo.

333 Em relação a renda familiar, o domínio social apresentou maiores índices de
334 qualidade de vida dos trabalhadores que possuíam até 1 salário mínimo (76.19
335 pontos), para indivíduos que possuíam de 2 a 3 (73.04 pontos) e para quem possuía 4
336 ou mais salários mínimos (75 pontos), sendo assim, identificou-se que o domínio
337 social de QV foi maior para quem possuía uma menor renda familiar. O inverso
338 ocorreu para o domínio ambiental, apresentando menores índices de QV para quem
339 possui até 1 salário mínimo (56.92 pontos), de 2 a 3 salários (57.72 pontos) e 4 ou
340 mais salários (62.05 pontos). A média geral da percepção de QV para estes

341 indivíduos foi de 65.56 pontos para quem possui até 1 salário mínimo, 63.39 pontos
342 para indivíduos de 2 a 3 salários e 66.66 pontos para quem recebia 4 ou mais
343 salários.

344 No que se referiu a jornada de trabalho, mais uma vez os domínios sociais e
345 ambientais obtiveram destaque para a qualidade de vida dos trabalhadores.
346 Indivíduos que trabalhavam até 720 minutos tiveram os maiores valores nos domínios
347 sociais (75 pontos) e os menores índices nos domínios ambientais (59.01 pontos),
348 com uma média geral de 64.77 pontos para percepção de sua QV. Já jornadas que
349 tinham entre 1440 a 2280 minutos trabalhados obtiveram maiores índices de QV no
350 domínio social (73.61 pontos), menores índices no domínio ambiental (58.16 pontos)
351 e média geral de 64.51 pontos. Sendo assim, essas informações destacaram que
352 indivíduos que trabalharam mais obtiveram melhores índices de QV no domínio
353 social.

354 Em relação aos minutos percorridos até a chegada ao trabalho, os melhores
355 índices de percepção da QV estavam concentrados nos domínios sociais.
356 Trabalhadores que demoravam até menos de 15 minutos tiveram índices de 76.33
357 pontos, de 15 a 30 minutos sua percepção era de 75.42 pontos e mais de 30 minutos
358 tinham 69.61 pontos. Em contrapartida, os domínios ambientais concentraram os
359 menores índices, com 59.63 pontos de percepção de QV para trabalhadores que
360 percorriam até 15 minutos para chegar ao trabalho e 57.25 pontos para aqueles que
361 demoravam mais de 30 minutos; trabalhadores que demoravam de 15 a 30 minutos
362 tiveram os menores índices (57.50 pontos) no domínio físico. Além disso,
363 trabalhadores que demoravam até menos de 15 minutos para chegada ao trabalho,
364 tiveram uma média geral de 66.69 pontos de percepção da QV, os que demoravam

365 de 15 a 30 minutos tiveram uma média de 63.36 pontos e os que demoravam mais de
366 30 minutos tiveram 63.05 pontos.

367 Quando avaliado o nível de atividade física estratificado pelos domínios do
368 WHOQOL foi possível observar que domínio social apresentou melhores níveis, com
369 média de 85.71 pontos de percepção da QV para indivíduos que estavam
370 classificados como muito ativos, 73.77 pontos para indivíduos ativos, 69.58 pontos
371 para aqueles irregularmente ativos e 77.08 pontos para os que estavam classificados
372 entre os sedentários. Indivíduos que eram muito ativos tiveram os menores índices de
373 QV no domínio físico, já os domínios ambientais tiveram os menores índices para os
374 trabalhadores ativos (56.94 pontos), irregularmente ativos (57.19 pontos) e
375 sedentários (52.11 pontos). De forma geral, as médias de percepção da QV para os
376 trabalhadores se mantiveram acima de 60 pontos, sendo 69.37 pontos para aqueles
377 classificados como muito ativos, 64.05 pontos para ativos, 62.41 pontos para
378 irregularmente ativos e 67.91 pontos para trabalhadores classificados como
379 sedentários.

380

381 **Discussão**

382 **Características sociodemográficas e econômicas dos trabalhadores**

383 A QVT vem chamando atenção nos últimos anos em empresas privadas e
384 organizações públicas (La Falce et al., 2020). Para tal, este trabalho destacou que o
385 perfil de profissionais trabalhadores de uma UPA na cidade de Caruaru consistia por
386 indivíduos com idade entre 23 e 39 anos (59.7%), do sexo feminino (71%) e com
387 prevalência de autodeclarados brancos (48.4%). Concordando com os achados

388 deste estudo, uma pesquisa avaliando a QV entre profissionais de saúde encontrou
389 que a maioria de sua amostra (32.77%) tinham entre 31 e 40 anos e também tinham
390 entre sua maioria (73.87%) a presença de mulheres, as quais estão mais presentes
391 em trabalhos com maior contato humano, no sentido de possuírem maior delicadeza
392 e atenção para com os enfermos (Bordin et al., 2019).

393 Quanto a escolaridade, a maioria consistiram em trabalhadores com ensino
394 superior (33.9%) e técnico/superior incompleto (32.3%). Martins et al. (2020),
395 entrevistou profissionais que trabalhavam em Unidades Básicas de Saúde (UBS),
396 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Núcleos Ampliados de Saúde da Família
397 (NASF) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em um município de Minas
398 Gerais e verificou similaridades com esse estudo, em que a maioria consistiam em
399 profissionais com ensino superior, tendo destaque para 46.5% de enfermeiros e
400 28.5% de médicos em seu corpo de trabalho.

401 Este estudo demonstrou que 93.5% da amostra de trabalhadores assinalou
402 que vivia na zona urbana e seu domicílio era próprio para a maioria (77.4%). Além
403 disso, o maior percentual de indivíduos (40.3%) correspondeu aos que gastavam
404 menos de 15 minutos até a chegada ao trabalho. Tal informação pode contribuir na
405 melhora e manutenção da QV dos trabalhadores, visto que a moradia é uma
406 característica que afeta diretamente a QV (Ferreira et al., 2017). Além disso, a zona
407 urbana possui maiores atrativos para o trabalhador, como menor tempo de
408 deslocamento até seu ambiente de trabalho, melhores níveis socioeconômicos e de
409 educação, lazer e saúde para sua família (Tavares et al., 2015).

410 Dos participantes desse estudo, 54.8% tinham renda familiar de 2 a 3 salários
411 mínimos e as categorias: até um salário mínimo e 4 ou mais salários mínimos

412 tiveram percentual de 22.6% cada. Um estudo realizado em UPAs de Tocantins
413 também verificou baixos índices salariais correspondentes entre 790 e 5.000 reais
414 para profissionais de nível médio (82.1%), nível técnico (73.2%) e nível superior
415 (25.5%) (Mota et al., 2020). Estes pesquisadores ainda destacaram que, quanto
416 maior o nível de escolaridade e especialidade, menor o estresse e maior o salário e
417 QVT, chegando entre R\$ 10.000 e 19.000 para 20% dos profissionais que possuíam
418 nível superior.

419

420 **Características relacionadas ao trabalho**

421 Em relação aos dados sobre trabalho, a maioria (71.0%) dos participantes
422 possuíam vínculo empregatício com contrato temporário, se assemelhando com
423 resultados do estudo de Martins et al. (2020) em que 39% possuíam contrato
424 temporário de trabalho, o que gerava preocupações acerca de sua estabilidade no
425 emprego e 37.7% eram efetivados por meio de concurso público. No que se refere
426 ao tempo de trabalho, 43.5% dos participantes tinham mais de 9 anos de tempo de
427 serviço no estabelecimento de saúde. Profissionais que trabalham na área de saúde,
428 tendem a permanecer por longos períodos em seus empregos, em função de
429 possuírem uma boa interação com sua equipe, adaptação a jornada de trabalho e
430 estabilidade financeira (Gondim et al., 2018). Em consonância, um estudo identificou
431 um tempo de serviço maior que 10 anos para profissionais de nível médio (46.2%) e
432 de 6 a 10 anos (23.6%) para profissionais de nível superior (Mota et al., 2020).

433 Entre os entrevistados, 56.5% tinham jornada de trabalho de 24 horas,
434 seguida de 41.9% que tinha jornada de 12 horas e os demais tinham jornada de 38
435 horas. Esta alta carga de trabalho pode ser prejudicial a QVT, corroborando tais

436 resultados com informações presentes na literatura, onde profissionais com ensino
437 superior de uma UPA trabalhavam mais de 12 horas por dia (63.3%) (Mota et al.,
438 2020). Pesquisadores destacam que, trabalhadores que possuem jornadas de
439 trabalho elevadas correm maiores riscos de sofrerem sobrecargas mentais
440 (Boumans & Dorant, 2014). Além disso, condições laborais incipientes como a carga
441 horária elevada, risco de contaminação e demanda excessiva no serviço, interferem
442 negativamente na qualidade dos serviços dos profissionais da área de saúde (Dias
443 et al., 2020).

444 O cargo ou função mais frequente de avaliados neste trabalho correspondeu
445 aos técnicos de enfermagem (45.2%). Pesquisadores destacam que essa categoria
446 profissional possui grande importância e está em grande número nas unidades
447 hospitalares, com destaque para o trabalho de Sá et al. (2019) em que 48.5% dos
448 funcionários correspondiam a auxiliares e técnicos de enfermagem em uma UPA da
449 região Sul do país. Além disso, em outro estudo realizado numa UPA do Rio Grande
450 do Sul, os técnicos de enfermagem corresponderam a um total de 40% do corpo
451 trabalhador (Pinto, Stocker & Lima, 2019).

452 A maioria (66.1%) dos trabalhadores deste estudo nunca tinham solicitado
453 algum tipo de licença no trabalho atual, entretanto, quando questionados se já
454 tinham sofrido algum acidente de trabalho 21% responderam positivamente. Autores
455 destacam que em casos em que o profissional está desmotivado e com alta carga
456 de trabalho, podem ser notadas consequências como aparecimento ou aumento de
457 acidentes no trabalho, apatia, depressão e problemas musculares como tensão, o
458 que desencadeiam uma licença ou afastamento (Santana et al., 2014).

459

460

461 **Características relacionadas a saúde dos trabalhadores**

462 Em relação ao plano de saúde, foi citado por 98.4% a utilização do SUS e
463 40.3% possuíam plano de saúde privado. Ademais, o tabagismo foi citado por 3.2%
464 dos participantes e 56.5% tinham o hábito de etilismo. O elevado consumo de álcool
465 por trabalhadores da saúde, particularmente no Brasil, é um problema para a saúde
466 pública (Junqueira et al., 2017). Este é um dos principais responsáveis por
467 influenciar negativamente a percepção de QV do cidadão, estando associado ao
468 aparecimento de doenças crônicas e aumento da chance de suicídio ou acidentes
469 (Sung et al., 2016). As condições laborais são capazes de explicar a elevação na
470 prevalência de morbidades em grupos específicos de trabalhadores associados ao
471 consumo de bebidas destiladas (Diniz et al.,2019).

472 Ainda em relação a presença de comorbidades, 37 pacientes possuíam
473 doenças crônicas não transmissíveis, destas, as mais frequentes foram: dor nas
474 costas (59.5%), hipertensão arterial (32.4%) e enxaqueca (32.4%). A inatividade
475 física pode estar associada a tais comorbidades, com destaque para a hipertensão
476 arterial, visto que no trabalho de Baião et al. (2020), foi citado que quanto mais
477 inativo é o sujeito, maiores são suas chances de apresentar sobrepeso e
478 comorbidades como a hipertensão. Neste sentido, pesquisadores afirmam que a
479 prática de atividades físicas é muito importante para a saúde da população,
480 diminuindo os índices de doenças crônicas não transmissíveis (Torquato et al.,
481 2016). A QV de trabalhadores que atuam na saúde possui destaque nesse sentido,
482 visto que estão rotineiramente inseridos em ambientes geradores de estresse e

483 sobrecargas de serviço, o que podem aumentar suas chances de adoecimento
484 (Mattei et al., 2017).

485 Em relação a prática de atividades físicas, os resultados do IPAQ
486 classificaram a maioria dos entrevistados em ativos (43.5%), o que significa que
487 realizam aproximadamente 10 minutos contínuos de atividades físicas durante 5 dias
488 por semana ou 50 minutos por semana ao total (Melo et al., 2016). Os demais
489 participantes avaliados foram classificados em irregularmente ativos (32.3%), que
490 são os indivíduos que realizam atividades físicas por pelo menos 10 minutos por
491 semana, mas de maneira insuficiente (Antunes & Moraes, 2018). Por conseguinte,
492 os outros avaliados nesse estudo foram classificados como sedentários (12.9%),
493 sendo pessoas que não realizam atividades físicas por, no mínimo, 10 minutos
494 durante a semana, e 11.3% foi classificado como muito ativo, caracterizados como
495 indivíduos que cumprem as recomendações de práticas de atividades físicas num
496 período maior que 5 dias por semana e maior que 30 minutos por dia (Melo et al.,
497 2016).

498 Pesquisadores utilizando o IPAQ citaram que 41.1% dos trabalhadores
499 avaliados apresentavam níveis insuficientes de AF, estando divididos entre
500 insuficientemente ativos e sedentários (Baião et al., 2020). A prática de atividades
501 físicas e sua influência na QV da população tem sido alvo de melhor entendimento
502 de pesquisadores da área (Gonçalves et al., 2017). Cabe destacar que a AF é um
503 dos principais quesitos a ser melhorados nos trabalhadores da área da saúde,
504 indicando que são necessários programas de incentivo para a realização de
505 atividades laborais, associadas a reeducação alimentar e que estimule o
506 relacionamento interpessoal dos trabalhadores (Sá et al., 2019).

507

508 **Domínios do WHOQOL-Bref dos trabalhadores**

509 No que diz respeito a qualidade de vida dos profissionais avaliados nesse
510 estudo pelos domínios do WHOQOL-Bref, a média mais elevada correspondeu ao
511 domínio Social (74.19 pontos) e a menor ao domínio Ambiental (58.52 pontos). A
512 qualidade de vida é associada com um modelo de saúde subjetiva, relacionando-se
513 ao bem-estar dos indivíduos (Agathão, Reichenheim, Moraes, 2018). Uma boa QV
514 no trabalho poderá ser bem estabelecida se o trabalhador se atentar a sua saúde,
515 buscando reduzir hábitos negativos que podem comprometer seu bem-estar geral
516 (Sung et al., 2016). Em consonância com tais informações, um estudo verificou que
517 quanto mais o trabalhador era inativo fisicamente, piores eram seus índices de
518 qualidade de vida, em que 58.75% dos trabalhadores foram classificados como
519 insuficientemente ativos e sedentários e possuíam baixos índices de QV (La Falce et
520 al., 2020).

521

522 **Domínios do WHOQOL-Bref segundo o perfil demográfico e IPAQ dos** 523 **trabalhadores**

524 No que se referiu aos domínios avaliados pelo WHOQOL-Bref sobre as
525 características sociodemográficas e IPAQ dos trabalhadores, foi apontado que a QV
526 no domínio social dos indivíduos estava entre as melhores pontuadas, com 74.10
527 pontos para indivíduos de 22 a 39 anos e 74.33 pontos para aqueles que tinham
528 entre 40 e 57 anos. Os sexos feminino e masculino possuíram os maiores índices de
529 QV (70.37 e 75.76 pontos, respectivamente) também no domínio social. O domínio

530 social foi o que teve maior pontuação para ambas as características de idade e
531 sexo, conforme o preconizado no WHOQOL-Bref, médias mais altas nas pontuações
532 sugerem melhores percepções de QV (Fleck, 2000). Pesquisadores destacam a
533 importância de conhecer os domínios que mais afetam seus trabalhadores, pois a
534 partir disso, é possível identificar mudanças necessárias a promoção de seu bem-
535 estar (Marcacine et al., 2019).

536 Em relação a escolaridade, o domínio social obteve os maiores índices de
537 percepção da QV para os ensinos até o Fundamental completo (75.76 pontos),
538 Médio (69.17 pontos), Técnico/Superior incompleto (75 pontos) e Superior completo
539 (75 pontos). Em consonância com esses resultados, um estudo avaliou a QV de
540 trabalhadores da atenção primária e verificou resultados similares, com as maiores
541 pontuações (71.3) para os domínios sociais, estando relacionados ao bom
542 desempenho de suas atribuições no ambiente de trabalho e bom convívio da equipe
543 (Cordioli Junior et al., 2020). Além disso, cabe destacar que o domínio ambiental
544 obteve os menores índices para os ensinos até Fundamental completo (54.55
545 pontos), Médio (56.88 pontos) e Técnico/Superior incompleto (59.84 pontos), já o
546 domínio físico foi responsável pela menor percepção de QV para o nível Superior
547 (59.86 pontos). Existe uma relação direta entre baixas percepções de QV com
548 baixos níveis de escolaridade, o que repercute numa renda menor e
549 comprometimento da saúde dos funcionários (Almeida-Brasil et al., 2017).

550 Em relação a renda familiar, o domínio social apresentou maiores índices de
551 QV para trabalhadores que possuíam até 1 salário mínimo (76.19%), para indivíduos
552 que possuíam de 2 a 3 (73.04%) e para quem possuía 4 ou mais salários mínimos
553 (75%). A renda é capaz de influenciar diretamente na percepção de QV, com

554 destaque para o domínio social, o qual reflete uma valorização do trabalhador,
555 satisfação de suas necessidades e melhoria das condições no ambiente de trabalho
556 (Marcacine et al., 2019).

557 Indivíduos que trabalhavam até 720 minutos tiveram os maiores valores nos
558 domínios sociais (75 pontos) e jornadas de trabalho entre 1440 a 2280 minutos
559 também tiveram os maiores índices de QV no domínio social (73.61 pontos).
560 Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo que avaliou a QV de
561 trabalhadores da área de saúde, onde os que realizavam plantões de até 12h
562 tiveram melhores índices (79.5 pontos) de QV no seu domínio social (Martins et al.,
563 2020). Trabalhadores que demoravam menos de 15 minutos para chegar ao
564 trabalho tiveram maiores índices de QV no domínio social (76.33 pontos), de 15 a 30
565 minutos sua percepção era de 75.42 pontos e mais de 30 minutos tinham 69.61
566 pontos. O menor tempo de deslocamento entre a residência e o local de trabalho
567 contribui na QV do indivíduo a medida que possui diminuição de fatores
568 estressantes como trânsito (Diniz et al.,2019).

569 Os domínios avaliados pelo WHOQOL-Bref e IPAQ a respeito do nível de
570 atividade física dos participantes 85,71 pontos de percepção da QV para indivíduos
571 que estavam classificados como muito ativos 73.77 pontos para indivíduos ativos,
572 69.58 pontos para aqueles irregularmente ativos e 77.08 para os que estavam
573 classificados entre os sedentários. Um outro estudo realizado em Unidades Básicas
574 de Belo Horizonte apresentou que o domínio físico estava entre os que possuía mais
575 destaque, com 64.7 pontos para trabalhadores classificados como fisicamente ativos
576 (Almeida-Brasil et al., 2017).

577 As possíveis limitações desse trabalho correspondem a sua realização ser de
578 corte transversal e em apenas uma UPA. Para estudos futuros sugere-se um corte
579 longitudinal que contemple Unidades de diversos bairros da cidade de Caruaru, afim
580 de verificar os índices de QV, perfil sociodemográfico e nível de AF neste município.

581

582 **Conclusões**

583 Dentre as variáveis observadas destaca-se a jovialidade representada na
584 amostra, bem como sua composição sendo a maioria do sexo feminino. O
585 domínio social apresentou melhores níveis de percepção de QV para indivíduos que
586 estavam classificados como muito ativos, o que pode influenciar em médio e longo
587 prazo na redução de comorbidades e melhora das relações sociais no trabalho. O
588 estudo realizado apresentou limitações quanto à sua população e amostra, no
589 entanto ofereceu a opção de conhecer como se comportam, em um dado momento,
590 as variáveis QV e AF em trabalhadores. Como não foi possível observar uma relação
591 de causa e efeito sugere-se, que no futuro, sejam executadas avaliações que
592 associem e busquem causalidade entre os domínios e demais variáveis. Considera-
593 se, portanto que níveis de QV e AF podem minimizar danos gerados a saúde desses
594 trabalhadores pela exposição ao trabalho. E medidas preventivas podem ser
595 implantadas, de forma que trabalhadores da área da saúde vivam melhor.

596

597 **Referências**

598 Agathão, B. T., Reichenheim, M. E., & Moraes, C. L. D. (2018). Qualidade de vida
599 relacionada à saúde de adolescentes escolares. *Ciência & Saúde*
600 *Coletiva*, 23, 659-668. Doi: 10.1590/1413-81232018232.27572016

- 601 Almeida-Brasil, C. C., Silveira, M. R., Silva, K. R., Lima, M. G., Faria, C. D. C. D. M.,
602 Cardoso, C. L., & Ceccato, M. D. G. B. (2017). Quality of life and associated
603 characteristics: application of WHOQOL-BREF in the context of Primary
604 Health Care. *Ciencia & saude coletiva*, 22, 1705-1716. Doi: 10.1590/1413-
605 81232017225.20362015
- 606 Andrade, L. N. D., Teixeira, R. V., & Carlos, P. S. (2018). Relação entre a
607 flexibilidade e a força entre praticantes de Crossfit. *Motricidade*, 14(1), 279-
608 283. Doi: 10.1590/1413-812375618232.275720
- 609 Antunes, M. L. D., & Moraes, É. H. (2018). Síndrome de burnout e nível de atividade
610 física entre professores de Educação Física. *Lecturas: Educación Física y*
611 *Deportes*, 22(237), 2-8. Doi: 10.1590/053034-7167-2019-00547
- 612 Baião, B. P., de Oliveira, R. A. R., Torres, C. I, Souza, G. T., de Oliveira, P. V. S. R.,
613 & Marins, J. C. B. (2020). Nível de atividade física em trabalhadores das
614 fábricas de Ubá-MG. *Saúde (Santa Maria)*, 46(2). Doi:
615 10.5902/2236583448179
- 616 Bordin, D., Vascoski, V. C., Pereira, Á. R. G., Santos, C. B. D., Zanesco, C., & Fadel,
617 C. B. (2019). Relação entre empatia e qualidade de vida: um estudo com
618 profissionais da atenção primária à saúde. *Revista Mineira de*
619 *Enfermagem*, 23, 1-8. Doi: 10.5935/1415-2762.20190101
- 620 Boumans, N. P., & Dorant, E. (2014). Double-duty caregivers: healthcare
621 professionals juggling employment and informal caregiving. A survey on
622 personal health and work experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7),
623 1604-1615. Doi: 10.1111/jan.12320

- 624 Cordioli Junior, J. R., Cordioli, D. F. C., Gazetta, C. E., Silva, A. G. D., Ferreira, J. R.
625 S. & Lourenção, L. G. (2020). Qualidade de vida e sintomas osteomusculares
626 em trabalhadores da atenção primária. *Revista Brasileira de*
627 *Enfermagem*, 73(5). Doi: 10.1590/0034-7167-2019-0054
- 628 Costa, F. G. D., Vieira, L. S., Cócáro, M. G., Azzolin, K. D. O., Dal Pai, D., & Tavares,
629 J. P. (2020). Qualidade de vida, condições de saúde e estilo de vida de
630 policiais civis. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. Doi: 10.1590/1983-
631 1447.2020.20190124
- 632 Dias, E. G., Souza, S. P. D., Gomes, J. P., Lima, F. S., Caldeira, M. B., & Teixeira, J.
633 A. L. (2020). Riscos ergonômicos do ambiente de trabalho do enfermeiro na
634 atenção básica e no pronto atendimento. *Journal of nursing. health*,
635 20102004-20102004. Doi: 10.15210/JONAH.V1OI2.18036
- 636 Diniz, C. F. G., Assunção, A. Á., Silva, A. A., Tavares, S. E., Beinner, M. A., &
637 Pimenta, A. M. (2019). Abuso/dependência de álcool e fatores psicossociais
638 do trabalho em profissionais de saúde/Alcohol abuse/dependency and
639 psychosocial factors in the workplace of healthcare professionals. *Ciência,*
640 *Cuidado e Saúde*, 18(3). Doi: 10.4025/cienccuidsaude.v18i3.45023
- 641 Ferreira, M. C. G., Tores, G. A., Silva, H. T., Tura, L. F. R., Silva, R. C. D., & Ferreira,
642 M. D. A. (2017). Representações sociais de idosos sobre qualidade de
643 vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 806-813. Doi: 10.1590/0034-
644 7167-2017-0097
- 645 Fleck, M. P. D. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da
646 Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e

- 647 perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 33-38. Doi: 10.13984/0034-7167-
648 2019-0055
- 649 Goebel, D. K., & Carlotto, M. S. (2019). Preditores da autoavaliação da Saúde Geral
650 em docentes de Educação a Distância. *RIED. Revista Iberoamericana de
651 Educación a Distancia*, 22(1), 309-323. Doi: 10.5944/ried.22.1.21885
- 652 Gonçalves, E. C. A., Foneseca, G. T., Rinaldi, W., Nunes, H. E. G., Capdeboscq, M.
653 C., & Silva, D. A. S. (2017). Baixos níveis de atividade física em servidores
654 públicos do sul do Brasil: associação com fatores sociodemográficos,
655 hipercolesterolemia e diabetes. *Revista Andaluza de Medicina del
656 Deporte*, 10(2), 54-59. Doi: 10.1016/j.ramd.2014.10.073
- 657 Gondim, A. A., Tavares, K. A., Souza, T. A., Pinheiro, J. A. M., Mendes, C. F., &
658 Neves, L. (2018). O impacto do processo de precarização laboral em serviços
659 de saúde. *Revista da SBPH*, 21(1), 56-73. Doi: 10.3345590/0038434-7167-
660 2019-0054
- 661 González-Baltazar, R., Hidalgo-Santacruz, G., Salazar, J. G., & Preciado-Serrano,
662 M. L. (2010). Elaboración y validez del instrumento para medir calidad de vida
663 en el trabajo" CVT-GOHISALO. *Ciencia & Trabajo*, 12(36), 332-340. Doi:
664 10.1590/Interface.190630
- 665 Hallal, P. C., Matsudo, S. M., Matsudo, V. K., Araújo, T. L., Andrade, D. R., &
666 Bertoldi, A. D. (2005). Physical activity in adults from two Brazilian areas:
667 similarities and differences. *Cadernos de saude publica*, 21(2), 573-580. Doi:
668 10.1590/S0102-311X2005000200024

- 669 Junqueira, M. A., de Moura Ferreira, M. C., Soares, G. T., de Brito, I. E., Pires, P. L.
670 S., Dos Santos, M. A., & Pillon, S. C. (2017). Alcohol use and health behavior
671 among nursing professionals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51,
672 1-8. Doi: 10.1590/S1980-220X2016046103265
- 673 La Falce, J. L., Ribeiro, S. N., Lima, G. F., Senna, I. A., Guimarães, L. D. V. M., & De
674 Muylder, C. F. (2020). QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E ATIVIDADE
675 FÍSICA: ESTUDO EM UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO. *Revista*
676 *Alcance (Online)*, 27(2), 114-128. Doi:
677 10.14210/alcance.v27n1(Jan/Abr).p114-128
- 678 Lu, C., Yuan, L., Lin, W., Zhou, Y., & Pan, S. (2017). Depression and resilience
679 mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Archives*
680 *of gerontology and geriatrics*, 71, 34-42. Doi: 10.1016/j.archger.2017.02.011
- 681 Marcacine, P. R., Castro, S. D. S., Castro, S. S. D., Meirelles, M. C. C. C., Haas, V.
682 J., & Walsh, I. A. P. D. (2019). Qualidade de vida, fatores sociodemográficos e
683 ocupacionais de mulheres trabalhadoras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 749-
684 760. Doi: 10.1590/1413-81232018243.31972016
- 685 Martins, A. P. L., Negro-Dellacqua, M., de Lima Guedes, A. L., de Sousa, I. F., Biff,
686 D., Elias, E., & de Sousa Junior, A. R. (2020). Perfil dos profissionais da
687 Atenção Básica no Município de Araranguá/SC. *Research, Society and*
688 *Development*, 9(8), e261985668-e261985668. Doi: 10.33448/rsd-v9i8.5668
- 689 Matsudo, S., Araújo, T., Marsudo, V., Andrade, D., Andrade, E., & Braggion, G.
690 (2001). Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de

691 validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev. bras. ativ. fís. saúde*, 05-18.

692 Doi: 10.12820/rbafs.v.6n2p5-18

693 Mattei, A., Fiasca, F., Sá, F. G., Mazzei, M., Necozone, S., & Bianchini, V. (2017).

694 Stress and burnout in health-care workers after the 2009 L'Aquila earthquake:

695 a cross-sectional observational study. *Frontiers in psychiatry*, 8, 98. Doi:

696 10.3389/fpsy.2017.00098

697 Melo, A. B., Carvalho, E. M., Sá, F. G. D. S. D., Cordeiro, J. P., Leopoldo, A. S., &

698 Lima-Leopoldo, A. P. (2016). Nível de atividade física dos estudantes de

699 graduação em educação física da Universidade Federal do Espírito

700 Santo. *Journal of Physical education*, 27. Doi: 10.4025/jphyseduc.v27i1.2723

701 Moreira, N. B., Mazzardo, O., Vagetti, G. C., De Oliveira, V., & De Campos, W. (2019).

702 Qualidade de vida. *Revista Brasileira De Educação Física E Esporte*, 33(1),

703 107-114. Doi: 10.11606/issn.1981-4690.v33i1p107-114

704 Mota, A. N., Nogueira, F. S., Gomes, G. T., Silva, S. M. M., Maciel, E. D. S., &

705 Quaresma, F. R. P. (2020). Estresse percebido em trabalhadores de

706 Unidades de Pronto Atendimento em Palmas, Tocantins. *Revista Brasileira de*

707 *Medicina do Trabalho*, 18(2), 142-148. Doi: 10.47626/1679-4435-2020-423

708 Narehan, H., Hairunnisa, M., Norfadzillah, R. A., & Freziamella, L. (2014). The effect

709 of quality of work life (QWL) programs on quality of life (QOL) among

710 employees at multinational companies in Malaysia. *Procedia-Social and*

711 *Behavioral Sciences*, 112, 24-34. Doi: 10.1016/j.sbspro.2014.01.1136

712 Pinto, R. S., Stocker, T., & de Lima, T. M. (2019). O papel das unidades de pronto

713 atendimento: análise do desempenho da primeira UPA do município de

- 714 Pelotas-RS. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 8(2). Doi:
715 10.5585/rgss.v8i2.14922
- 716 Rodrigues, C. C. F. M., Santos, V. E. P., & Sousa, P. (2017). Patient safety and
717 nursing: interface with stress and Burnout Syndrome. *Revista brasileira de*
718 *enfermagem*, 70(5), 1083-1088. Doi: 10.1590/0034-7167-2016-0194
- 719 Ropke, L. M., Souza, A. G., de Magalhães Bertoz, A. P., Adriazola, M. M., Ortolan, E.
720 V. P., Martins, R. H., & Weber, S. A. T. (2018). Efeito da atividade física na
721 qualidade do sono e qualidade de vida: revisão sistematizada. *Archives of*
722 *Health Investigation*, 6(12). Doi: 10.21270/archi.v6i12.2258
- 723 Sá, L. C. F. V., da Silva, L. R., Rigal, S. M. T., Charlo, P. B., Bolsoni, L. L. M., &
724 Antunes, M. B. (2019). Estilo de vida dos trabalhadores de uma unidade de
725 pronto atendimento do sul do Brasil. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 9(48), 1337-
726 1343. Doi: 10.4599640/0034-7167-2019-005474
- 727 Santana, V. S., Feitosa, A. G., Guedes, L. B. A., Silva, T. S. F., Guerra, W. G. A. &
728 Sales, N. B. B. (2014). Qualidade de vida dos profissionais de saúde em
729 ambiente hospitalar. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 4(1), 35-46. Doi:
730 10.17267/2238-2704rpf.v4i1.312
- 731 Schafirowitz, G. D. C., & Souza, A. C. D. (2020). Usuários adultos classificados
732 como pouco urgentes em Unidade de Pronto Atendimento. *Interface-*
733 *Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190630. Doi: 10.1590/Interface.190630
- 734 Silva, M. R. D., Miranda, F. M. D., Mieiro, D. B., Sato, T. D. O., Silva, J. A. M. D., &
735 Mininel, V. A. (2020). IMPACTO DO ESTRESSE NA QUALIDADE DE VIDA

- 736 DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM HOSPITALAR. *Texto &*
737 *Contexto-Enfermagem*, 29. Doi: 10.1590/1980-265x-tce-2019-0169
- 738 Sung, Y. K., La Flair, L. N., Mojtabai, R., Lee, L. C., Spivak, S., & Crum, R. M.
739 (2016). The association of alcohol use disorders with suicidal ideation and
740 suicide attempts in a population-based sample with mood symptoms. *Archives*
741 *of suicide research*, 20(2), 219-232. Doi: 10.1080/13811118.2015.1004489
- 742 Tavares, D. M., Silva, R. A., Fachinelli, A. M. P., Dias, F. A., Bolina, A. F., & de
743 Paiva, M. M. (2015). Preditores da qualidade de vida de idosos urbanos e
744 rurais. *Revista Baiana de Enfermagem* 29 ,(4), 361-371. Doi:
745 10.18471/rbe.v29i4.13359
- 746 Torquato, E., Gerage, A., Meurer, S., Borges, R., Silva, M., & Benedetti, T. (2016).
747 Comparação do nível de atividade física medido por acelerômetro e
748 questionário IPAQ em idosos. *Revista Brasileira de Atividade Física &*
749 *Saúde*, 21(2), 144-153. Doi: 10.12820/rbafs.v.21n2p144-153
- 750 Zubair, M. H., Hussain, L. R., Williams, K. N., & Grannan, K. J. (2017). Work-related
751 quality of life of US general surgery residents: is it really so bad?. *Journal of*
752 *surgical education*, 74(6), e138-e146. Doi: 10.1016/j.jsurg.2017.09.018
- 753

754

Anexos

755 Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicas da amostra analisada

Variável	n (%)
TOTAL	62 (100)
Faixa etária	
22 a 39	37 (59.7)
40 a 57	25 (40.3)
Sexo	
Masculino	18 (29.0)
Feminino	44 (71.0)
Autodeclaração da cor de pele	
Branca	30 (48.4)
Negra	7 (11.3)
Amarela	2 (3.2)
Parda	23 (37.1)
Estado civil	
Casado/União estável	32 (51.6)
Solteiro	30 (48.4)
Nível de escolaridade	
Até fundamental	11 (17.7)
Médio	10 (16.1)
Técnico/Superior incompleto	20 (32.3)
Superior	21 (33.9)
Número de filhos	
Nenhum	21 (33.9)
Um	11 (17.7)
Dois	19 (30.6)
Três a quatro	11 (17.7)
Zona de residência	
Rural	4 (6.5)
Urbana	58 (93.5)
Condição do domicílio	
Alugado	12 (19.4)
Emprestado	2 (3.2)
Próprio	48 (77.4)
Pessoas por domicílio	
Até 2	21 (33.9)
3	22 (35.5)
4 a 6	19 (30.6)
Renda familiar	
Até 1	14 (22.6)
2 a 3	34 (54.8)
4 ou mais	14 (22.6)

756

757

758

759 Tabela 2 – Avaliação dos dados relacionados ao trabalho

Variável	n (%)
TOTAL	62 (100)
Tipo de vínculo empregatício	
Contrato temporário	44 (71.0)
Efetivado por concurso	18 (29.0)
Tempo de serviço no estabelecimento de saúde (anos)	
Até 3	20 (32.3)
Mais de 3 a 9	15 (24.2)
Mais de 9	27 (43.5)
Contribuição previdenciária	60 (96.8)
Tipo de contribuição previdenciária	
Pública	54 (87.1)
Privada	3 (4.8)
Ambas	3 (4.8)
Não fazia contribuição previdenciária	2 (3.2)
Jornada de trabalho (horas)	
12	26 (41.9)
24	35 (56.5)
48	1 (1.6)
Tempo percorrido até a chegada ao trabalho (minutos)	
Menos de 15	25 (40.3)
15 a 30	20 (32.3)
Mais de 30	17 (27.4)
Meio de locomoção usado com mais frequência	
Carro	24 (38.7)
Moto	10 (16.1)
Ônibus	6 (9.7)
Transporte alternativo (lotação)	5 (8.1)
Bicicleta	2 (3.2)
A pé	14 (22.6)
Transporte privado urbano	1 (1.6)
Cargo/função ocupado no estabelecimento de saúde	
Técnico de enfermagem	28 (45.2)
Auxiliar de serviços gerais	6 (9.7)
Enfermeiro	5 (8.1)
Recepcionista	5 (8.1)
Auxiliar de farmácia	3 (4.8)
Maqueiro	3 (4.8)
Porteiro	3 (4.8)
Auxiliar de enfermagem	2 (3.2)
Cozinheira	2 (3.2)
Medica	2 (3.2)
Auxiliar administrativo	1 (1.6)
Coordenação de enfermagem e plantonista	1 (1.6)
Organizador de Fluxo	1 (1.6)
Já solicitou algum tipo de licença neste trabalho? Quantas?	
Nenhuma	41 (66.1)
Uma	9 (14.5)
Duas ou mais	12 (19.4)
Já sofreu algum acidente de trabalho?	13 (21.0)

761 Tabela 3 – Avaliação dos dados relacionados a saúde

Variável	n (%)
TOTAL	62 (100)
Usa o sistema único de saúde?	61 (98.4)
Possui plano de saúde?	25 (40.3)
Hábito do tabagismo	2 (3.2)
Hábito do etilismo	35 (56.5)
Frequência do uso do álcool	
Não usa	29 (46.8)
Uma vez	22 (35.5)
Duas ou mais	11 (17.7)
Possui doenças crônicas não transmissíveis?	37 (59.7)
Doenças crônicas não transmissíveis:⁽¹⁾	
Dor nas costas	22 (59.5)
HAS	12 (32.4)
Enxaqueca	12 (32.4)
DM	5 (13.5)
Aparelho circulatório	5 (13.5)
Osteomioarticulares	3 (8.1)
Dor crônica	2 (5.4)
Respiratórias	1 (2.7)
Outras	4 (10.8)
IPAQ	
Muito ativo	7 (11.3)
Ativo	27 (43.5)
Irregularmente ativo	20 (32.3)
Sedentário	8 (12.9)

762 (1) Os valores percentuais foram obtidos do número total de 37 pacientes que possuem
763 doenças crônicas não transmissíveis.

764

765

766

767 Tabela 4 – Estatística dos domínios do WHOQOL-Bref

Variável	Média ± DP	CV	Estatísticas				
			Mínimo	P25	Mediana	P75	Máximo
Físico	62.79 ± 14.07	22.41	21.43	53.57	64.29	71.43	96.43
Psicológico	62.97 ± 11.49	18.25	37.50	54.17	62.50	70.83	87.50
Social	74.19 ± 15.14	20.41	41.67	66.67	75.00	83.33	100.00
Ambiental	58.52 ± 12.69	21.68	21.88	52.34	59.38	66.41	81.25
Qualidade de vida	64.62 ± 10.47	16.20	35.97	58.21	64.38	73.29	83.30

768

769

770

771 Tabela 5 – Estatística do WHOQOL-Bref segundo o perfil demográfico e IPAQ

Variável	n	Whoqol-Bref				
		Físico Média ± DP (Mediana)	Psicológico Média ± DP (Mediana)	Social Média ± DP (Mediana)	Ambiental Média ± DP (Mediana)	QV total Média ± DP (Mediana)
Faixa etária						
22 a 39	37	61.10 ± 14.94 (60.71)	62.73 ± 10.98 (62.50)	74.10 ± 14.93 (75.00)	57.69 ± 11.98 (59.38)	63.90 ± 9.92 (66.00)
40 a 57	25	65.29 ± 12.56 (64.29)	63.33 ± 12.44 (62.50)	74.33 ± 15.76 (75.00)	59.75 ± 13.84 (59.38)	65.68 ± 11.36 (64.06)
Valor de p		p⁽¹⁾ = 0.254	p⁽¹⁾ = 0.840	p⁽¹⁾ = 0.953	p⁽¹⁾ = 0.534	p⁽¹⁾ = 0.518
Sexo						
Masculino	18	60.91 ± 14.36 (57.14)	61.34 ± 13.62 (62.50)	70.37 ± 20.05 (66.67)	53.82 ± 15.99 (56.25)	61.61 ± 13.43 (61.90)
Feminino	44	63.56 ± 14.05 (64.29)	63.64 ± 10.61 (66.67)	75.76 ± 12.56 (75.00)	60.44 ± 10.70 (59.38)	65.85 ± 8.89 (65.81)
Valor de p		p⁽¹⁾ = 0.507	p⁽¹⁾ = 0.480	p⁽²⁾ = 0.301	p⁽²⁾ = 0.120	p⁽²⁾ = 0.230
Cor de pele						
Branca	30	63.81 ± 14.09 (66.07)	65.28 ± 12.15 (66.67)	78.33 ± 15.87 (83.33)	60.52 ± 14.55 (62.50)	66.99 ± 10.78 (67.82)
Não branca	32	61.83 ± 14.21 (60.71)	60.81 ± 10.58 (60.42)	70.31 ± 13.54 (66.67)	56.64 ± 10.55 (59.38)	62.40 ± 9.83 (62.26)
Valor de p		p⁽³⁾ = 0.277	p⁽¹⁾ = 0.127	p⁽³⁾ = 0.017*	p⁽³⁾ = 0.102	p⁽¹⁾ = 0.085
Nível escolaridade						
Até fund. comp.	11	58.77 ± 8.94 (57.14)	60.61 ± 12.96 (54.17)	75.76 ± 15.57 (83.33)	54.55 ± 12.91 (59.38)	62.42 ± 10.19 (58.85)
Médio	10	64.64 ± 12.42 (66.07)	58.33 ± 10.76 (62.50)	69.17 ± 18.02 (75.00)	56.88 ± 16.19 (60.94)	62.25 ± 12.60 (63.97)
Superior inc.	20	67.14 ± 16.70 (64.29)	66.04 ± 11.25 (64.58)	75.00 ± 16.00 (75.00)	59.84 ± 13.31 (62.50)	67.01 ± 11.10 (67.26)
Superior comp.	21	59.86 ± 13.83 (64.29)	63.49 ± 11.09 (66.67)	75.00 ± 13.18 (75.00)	60.12 ± 10.36 (59.38)	64.62 ± 9.10 (62.69)
Valor de p		p⁽⁴⁾ = 0.277	p⁽⁵⁾ = 0.369	p⁽⁴⁾ = 0.730	p⁽⁴⁾ = 0.626	p⁽⁴⁾ = 0.576
Renda familiar						
Até 1	14	66.33 ± 13.70 (62.50)	62.80 ± 13.02 (62.50)	76.19 ± 18.74 (79.17)	56.92 ± 14.04 (59.38)	65.56 ± 12.71 (67.17)
2 a 3	34	61.03 ± 11.94 (62.50)	61.76 ± 10.07 (62.50)	73.04 ± 14.22 (75.00)	57.72 ± 13.8 (59.38)	63.39 ± 9.75 (63.97)
4 ou mais	14	63.52 ± 18.91 (67.86)	66.07 ± 13.36 (68.75)	75.00 ± 14.25 (75.00)	62.05 ± 10.32 (62.50)	66.66 ± 10.12 (66.48)
Valor de p		p⁽⁴⁾ = 0.491	p⁽⁴⁾ = 0.505	p⁽⁴⁾ = 0.792	p⁽⁴⁾ = 0.494	p⁽⁴⁾ = 0.580
Jornada trabalho						
720 minutos	26	63.05 ± 12.33 (60.71)	62.02 ± 10.76 (64.58)	75.00 ± 14.91 (75.00)	59.01 ± 12.35 (60.94)	64.77 ± 10.18 (64.38)
1440 a 2280	36	62.60 ± 15.38 (64.29)	63.66 ± 12.10 (62.50)	73.61 ± 15.49 (75.00)	58.16 ± 13.09 (59.38)	64.51 ± 10.82 (64.68)
Valor de p		p⁽¹⁾ = 0.902	p⁽¹⁾ = 0.584	p⁽¹⁾ = 0.725	p⁽³⁾ = 0.667	p⁽¹⁾ = 0.923
Tempo até o trabalho (min)						
Até menos de 15	25	65.14 ± 12.47 (64.29)	65.67 ± 10.37 (66.67)	76.33 ± 12.66 (75.00)	59.63 ± 11.79 (59.38)	66.69 ± 8.97 (64.06)
15 a 30	20	57.50 ± 15.24 (57.14)	61.46 ± 11.54 (62.50)	75.42 ± 16.10 (75.00)	59.06 ± 14.44 (62.50)	63.36 ± 11.33 (63.08)
Mais de 30	17	65.55 ± 13.94 (67.86)	60.78 ± 12.85 (62.50)	69.61 ± 17.16 (66.67)	56.25 ± 12.25 (56.25)	63.05 ± 11.56 (66.96)
Valor de p		p⁽⁴⁾ = 0.123	p⁽⁴⁾ = 0.316	p⁽⁴⁾ = 0.340	p⁽⁵⁾ = 0.535	p⁽⁴⁾ = 0.445
IPAQ						
Muito ativo	7	63.78 ± 7.83 (64.29)	63.69 ± 10.41 (66.67)	85.71 ± 12.47 (83.33)	64.29 ± 8.24 (65.63)	69.37 ± 7.64 (69.98)
Ativo	27	62.83 ± 15.95 (64.29)	62.65 ± 10.93 (62.50)	73.77 ± 14.00 (75.00)	56.94 ± 13.27 (59.38)	64.05 ± 10.19 (63.99)
Irregularmente ativo	20	61.61 ± 14.33 (57.14)	61.25 ± 10.39 (62.50)	69.58 ± 14.63 (66.67)	57.19 ± 9.57 (59.38)	62.41 ± 8.82 (62.52)
Sedentário	8	64.73 ± 12.73 (67.86)	67.71 ± 16.93 (68.75)	77.08 ± 18.77 (79.17)	62.11 ± 19.51 (65.63)	67.91 ± 16.10 (70.07)
Valor de p		p⁽⁴⁾ = 0.957	p⁽⁴⁾ = 0.613	p⁽⁴⁾ = 0.098	p⁽⁵⁾ = 0.336	p⁽⁴⁾ = 0.369

772 (*) Diferença significativa ao nível de 5,0%

773 (1) Pelo teste Mann-Whitney

774 (2) Pelo teste t-Student com variâncias iguais

775 (3) Pelo teste t-Student com variâncias desiguais

776 (4) Pelo teste F(ANOVA)

777 (5) Pelo teste de Kruskal Wallis.