



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANNA PAULA MATOS DE JESUS

**VÍNCULO DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DA MÉDIA
COMPLEXIDADE**

FEIRA DE SANTANA - BA
2017

ANNA PAULA MATOS DE JESUS

**VÍNCULO DE TRABALHODOS TRABALHADORES DA MÉDIA
COMPLEXIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia
Linha de pesquisa: Saúde, trabalho e ambiente.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Jorgana Fernanda Souza Soares.

FEIRA DE SANTANA-BA

2017

J56v Jesus, Anna Paula Matos de
Vínculo de trabalho dos trabalhadores da média complexidade
/Anna Paula Matos de Jesus. - 2017.
75f.: il.

Orientadora: Jorgana Fernanda Souza Soares.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de
Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

1. Trabalhadores da saúde – Condições de trabalho. 2.
Ambiente de trabalho. 3. Local de trabalho – Aspectos da saúde.
4. Trabalho e trabalhadores. I. Soares, Jorgana Fernanda Souza,
orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 331.4-057

ANNA PAULA MATOS DE JESUS

**VÍNCULO DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DA MÉDIA
COMPLEXIDADE**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva, Universidade
Estadual de Feira de Santana,
como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva.

Aprovação em Feira de Santana, 09 de Junho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Jorgana Fernanda Souza
Presidente
(PPGSC-UEFS/FAMEB-UFBA)

Dra. Karinna Araújo Pinto
(Membro-Escola de Enfermagem- UFBA)

Dra. Johelle de Santana Passos Soares
(Membro-PPGSC-UEFS/EO-UFBA)

AGRADECIMENTOS

À Deus minha enorme gratidão plena pelas oportunidades que me concede todos os dias de minha vida , permitindo-me constante aprendizado e a percepção de que estou administradora de Seus bens na Terra.

À minha família, essa que eu escolhi para caminhar ao meu lado: aos meus pais Edvaldo e Dalva, por me ensinarem valores e princípios me educarem e me amarem; aos meus irmãos Igor, Hélio e Márcia por me apoiarem em todos os momentos dessa jornada; aos meus tios e tias que sempre enviam suas preces a mim; aos meus avós já desencarnados, por tudo que deixou de legado fazendo eu me orgulhar da família que estou.

Às minhas amigas Yramaia, Luana e Neide que me incentivam constantemente a crescer; à minha amiga Isamara Lima por me auxiliar a trilhar o caminho das veredas da justiça; à minha amiga Paula Muniz que surgiu como um anjo mostrando-me toda força que existe dentro de mim mesma.

À Raoni, companheiro de jornada que a vida me presenteou já ao final desta etapa, me impulsionando a tornar cada passo da caminhada mais lúdica, leve, poética e amorosa.

À família Luz e Harmonia que sempre honrou o amor que tem por mim, e aos amigos Cícero, Félix, e Tobias por cada palavra de incentivo e atos de amizade selados milenarmente e a todos que têm contribuído para minha evolução espiritual.

Ao meu mestre Mateus, por colaborar com a minha jornada enquanto espírito me levando para perto de tudo que Deus planejou para minha vida e apresentando-me o conhecimento necessário durante a nossa caminhada. Ao meu vovô Lau, que me ama e se dedica a minha felicidade.

À coordenadora do Núcleo de Epidemiologia Tânia Maria por seu amor à arte de ensinar a qual reflete profundamente em meu crescimento profissional; à Bianka, Kionna pela força no início da Jornada; à minha orientadora Jorgana Soares por ter me incentivado a superar os obstáculos necessários e inevitáveis; à Iracema Lua e Paloma Pinho por ter sido luz; aos funcionários, Goreth, Jorge, Regina e Sandra pelas palavras e ajuda em todo percurso; ao grupo NEPI por ser sempre uma equipe unida e às meus companheiros, colegas e amigos Paula Caroline, Eduardo e Caroline Azevedo por serem quem são.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão da bolsa de demanda social, a qual possibilitou a realização do curso.

Ao meu mentor espiritual que está sempre ao meu lado ajudando-me a aprimorar tudo que há em mim, levando-me para perto de Deus e do meu propósito de Vida.

E por fim, ao meu cachorro Taylor por ter me ensinado a amar!

“Conhece-te a ti mesmo e
Conhecerás o universo e os deuses”.

Sócrates

RESUMO

Objetivo: Descrever o vínculo de trabalho entre trabalhadores da saúde da média complexidade. **Método:** Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo, integrante da pesquisa multicêntrica “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, realizados nos serviços de Média Complexidade e nos municípios de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Itabuna, nos anos 2011 e 2012. A população do estudo foi constituída por 1.290 trabalhadores da saúde. O instrumento utilizado foi elaborado a partir de revisão de literatura e estudos com foco em condições de saúde e trabalho dos trabalhadores de saúde e foi testado por um estudo piloto. A variável dependente do estudo é o tipo de vínculo de trabalho, obtido pela questão: “Seu vínculo de trabalho atual é:” categorizado em trabalho formal e informal. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, empregando as frequências absolutas e relativas das variáveis descritoras de acordo com o tipo de vínculo. A análise foi realizada no programa *StatisticsPackage for Social Sciences* (SPSS) for Windows versão 20.0. **Resultados:** A análise mostrou que as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, ocupacionais, condições de trabalho e trabalho doméstico quando calculadas por vínculo de trabalho, os trabalhadores informais estão em situações mais precárias, apresentaram situação de vulnerabilidade, que está representada pela ausência dos direitos trabalhistas e condições precárias de trabalho. **Considerações finais:** A situação da precarização do trabalho contribui para o adoecimento do trabalhador, embora eles autorrefiram terem qualidade de vida. Essa relação transitória parece não somente acometer a saúde dos trabalhadores, mas também o processo de trabalho em si pela descontinuidade do cuidado gerada pela alta rotatividade, ou impermanência dos vínculos precários.

Palavras chaves: Relações trabalhistas; trabalhadores de Saúde; Força de trabalho.

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	4
2	OBJETIVOS	7
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
	3.1 O Trabalho em Saúde.....	8
	3.2 Os serviços e o trabalho na média complexidade do Sistema Único de Saúde.....	11
	3.3 Precarização do trabalho em saúde.....	15
4	MÉTODOS	21
	4.1 TIPO DE ESTUDO.....	21
	4.2 CAMPO DE ESTUDO	21
	4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	22
	4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	24
	4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	26
5	RESULTADOS	27
	5.1 ARTIGO I.....	30
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
	REFERÊNCIAS	37
	ANEXO	48

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A crise capitalista ocorrida na década de 70, nos países desenvolvidos contribuiu para um novo regime de trabalho, chamado de acumulação flexível. Alavancou a transição do modelo de organização de trabalho taylorista/fordista, baseado na produção em série, para o toyotista, onde a produtividade é pautada na oferta e demanda. Com isso, surgem outras formas de remuneração como, por exemplo, participação nos lucros da empresa quando as metas são superadas (LESSA, 2009). O toyotismo foi criado no Japão como forma de modificar a estrutura de produção e ajudar o país a reerguer-se no momento de decadência. Mas, esse modo de enfrentamento baseado na tentativa de obter melhores resultados com relação aos lucros, expandiu-se ao Brasil, somente na década de 90 (ALVES, 2005). O processo de modificação técnico-organizacional conhecido como reestruturação produtiva, afetou também o Brasil, pautado no neoliberalismo. Esta seria uma estratégia para sair da crise, investir na abertura dos espaços de autonomia do mercado, minimizando o papel do Estado na economia (LESSA, 2009). Assim, esse modo de produção passou a variar de acordo com a demanda, orientada por regras ditadas pelo capitalismo globalizado (ANTUNES, 1995).

Desta forma, a reestruturação produtiva se sustentou na acumulação flexível, tornando as leis trabalhistas mais maleáveis (DRUCK, 2002). Entretanto, o intuito verdadeiro era melhorar o quadro econômico para que as empresas pudessem negociar com seus trabalhadores, ajustando os custos da força de trabalho. Portanto, os salários e a força de trabalho vão sendo ajustados, conforme as necessidades da empresa e suas demandas (BUSNELLO, 2013).

Para o trabalhador, a situação apresentada é de vulnerabilidade, a qual muitas vezes, o faz permanecer em condições precárias e de insatisfação, por causa da influência centralizadora que o trabalho exerce sobre o homem, dominando-o pela necessidade de sobrevivência (DRUCK, 2002). Uma das formas de condições precárias é o trabalho informal, no qual os trabalhadores não estão amparados pelas leis trabalhistas vigentes, referindo-se àqueles sem carteira de trabalho assinada ou qualquer outro tipo de contrato formal de trabalho (LUDEMIR, 2005). No Brasil, entre os anos de 1990 e 2000, o trabalho informal aumentou de 37,3% para 50,8 % dos vínculos (COSTA, 2010).

Em praticamente todos os setores produtivos o trabalho informal está presente, atingindo também o da saúde. Tomando como exemplo a região Oeste do Paraná, no ano de 2014, os registros no Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES) identificaram 10.330 vínculos precários de trabalho, representando 36% dos trabalhadores que atuavam nos serviços de saúde da macrorregião (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2014), este cenário, também pode incluir os trabalhadores da Média complexidade (MC) do Sistema Único de Saúde (SUS). A MC é constituída por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, frente às doenças e agravos, visando a sua prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de atenção especializada incluídos no sistema ambulatorial e hospitalar (VIANA et al, 2008); (SOLLA,2008). Esses trabalhadores representam 4,3% da população ocupada no país gerando em torno de 3,9 milhões de postos de trabalho, dos quais 2,6 milhões de vínculos são formais, 690 mil sem carteira assinada e 611 mil profissionais autônomos (BRASIL, 2009).

Os profissionais de saúde, além de estarem em situação de instabilidade, encontram-se em uma rotina de trabalho intensa, expostos aos mais diversos riscos ocupacionais, cargas, vínculos precários, acarretando vulnerabilidade, o que consequentemente reflete na situação de saúde (PEREIRA et al., 2014). Além disto, estão imersos em tarefas de alta exigência e baixo controle, perda de autonomia, excesso de tarefas, baixos salários e desproteção social diante de seus direitos (ASSUNÇÃO; MACHADO; ARAÚJO, 2012).

Na atual conjuntura brasileira, na qual os direitos trabalhistas diuturnamente vêm sendo minimizados por meio da terceirização e mudanças na legislação trabalhista, torna-se imprescindível conhecer a realidade dos Serviços de Média Complexidade, como mecanismo para empoderamento dos trabalhadores a fim de defender condições dignas de trabalho, sem retrocessos do que já foi conquistado anteriormente, Além disso, existe a carência de estudos brasileiros, os quais caracterizem o vínculo de trabalho entre os trabalhadores da Média Complexidade, podendo este estudo também subsidiar políticas de atenção à saúde do trabalhador, por meio da elaboração de ações que contribuam para melhoria das condições de trabalho e consequentemente, de saúde dos trabalhadores da saúde.

Diante do exposto, apresenta-se o seguinte problema de pesquisa: Como se caracteriza o vínculo de trabalho de acordo com as características sociodemográficas,

hábitos de vida, ocupacionais, condições de trabalho e trabalho doméstico entre trabalhadores da saúde da média complexidade?

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Descrever o tipo de vínculo de trabalho de acordo com as características sociodemográficas, hábitos de vida, ocupacionais, condições de trabalho e trabalho doméstico entre trabalhadores da saúde da média complexidade.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O Trabalho em saúde

O Trabalho é importante na formação do sujeito, pois a partir dele o homem cria possibilidades, comunica-se, interage, insere-se em um grupo social, constrói seu espaço, socializa-se e cria condições materiais para sua sobrevivência (FARIA; ARAUJO, 2010), embora, ao longo da história tenha sido compreendido como uma representação de sofrimento e dificuldades. À medida que a sociedade evolui, a concepção de organização de trabalho vai sendo transformada, conforme a necessidade de cada época (ORNELLAS, MONTEIRO, 2006).

Durante a Antiguidade Clássica, o trabalho era definido pela atividade braçal, o domínio das elites sobre os escravos e a sua desvalorização. O que diferenciava as classes favorecidas dos trabalhadores braçais era a execução de atividades relacionadas à arte e a intelectualidade, sem precisar exercer funções que exigiam força e de natureza subalterna (ORNELLAS, MONTEIRO, 2006).

Posteriormente, no Renascimento, a ciência estava no auge e o homem ficou em evidência, sendo visto como o centro do universo, o que colaborou para que as relações de subserviência fossem repensadas. Houve muitos conflitos de ideias que contribuíram para inovações e reformulações de pensamentos, aumentando a expectativa com relação às mudanças frente à autonomia no trabalho, possibilitando que as concepções humanistas prevalecessem e as medievais fossem reformuladas (ORNELLAS; MONTEIRO, 2006).

A partir do século XVIII, o Capitalismo se constituiu, impondo novas regras de trabalho que somente beneficiavam as classes dominantes e oprimiam o proletariado. O modo de produção era pautado na venda da força de trabalho, no qual o dinheiro era moeda de troca (BRAVERMAN, 2001). A lógica era regulada pela produção da mais valia aquilo que excede o valor pago pela venda da força de trabalho e pelos meios empregados para a obtenção de um produto (RODRIGUES; BELLINI, 2010).

Com o advento do capitalismo, o trabalho artesanal, do qual participava apenas um trabalhador é fragmentado em várias etapas, transformando o modo de execução do processo de trabalho e sua organização (MARX, 2013). Os modelos de organização do trabalho fordista/taylorista submeteram o trabalhador ao ritmo das máquinas, acelerando

a produção para a manutenção do capital. Além de expor os trabalhadores à exploração intensiva de sua mão-de-obra assalariada, também os sujeitava às condições insalubres dos ambientes de trabalho (MERLO; LAPIS, 2007).

A era pós-fordista é caracterizada pela mudança econômica marcada pela acumulação flexível. Esse modo produtivo é vinculado aos processos sociopolíticos, onde a produção e as relações são flexibilizadas conforme a demanda. Há um aumento do ritmo e encargos de trabalho, mas os trabalhadores não são pagos conforme a jornada de trabalho (VASAPOLLO, 2005).

No toyotismo, a lógica capitalista permanece, mas de tal modo que supere as outras formas de organização, já que este é um processo civilizatório onde há uma subjetividade do trabalho (ALVES, 2005). Ou seja, o trabalhador passa a ter mais autonomização e multifuncionalidade, frente às relações de trabalho (ORNELLAS; MONTEIRO, 2005), pois como estímulo à maior produtividade do trabalhador, este passou a participar dos lucros da empresa, sentindo-se incluso e motivado a permanecer vendendo sua força de trabalho (WOOD, 1992).

Esta foi uma forma estabelecida para combater o desemprego estrutural, no capitalismo, adaptando assim novas regras salariais (VASAPOLLO, 2005). Esse modelo trouxe a solução para as oscilações do mercado frente à crise, tornando a produção e as relações mais flexíveis (WOOD, 1992). Desse modo, a reestruturação produtiva transformou o trabalho, tornando-o precário (VASAPOLLO, 2005).

Essa mudança no processo produtivo afetou diversos setores inclusive, o da saúde (PEREIRA; DASILVA, 2013), os quais impactam na forma de assistir e cuidar das pessoas (FARIA; ARAUJO, 2010). Isso porque, mesmo com toda importância do trabalho em saúde, os fatores políticos - econômicos interferem no modo de organização alterando assim a produção em saúde (PIRES, 1998).

O processo de trabalho em saúde é sistematizado para atingir um objetivo sendo ele, satisfazer uma necessidade humana. Portanto, é considerado algo não material, com caráter individual e subjetivo, que se completa no ato de sua realização, e envolve técnicas e procedimentos, permeados por relações interpessoais (LONGHI, 1992; HORÁCIO, 2009). É um trabalho que envolve vínculo, envolvimento e coparticipação, ou seja, o usuário também é responsável pela ação terapêutica. Como cada pessoa tem um quadro de saúde diferente, exige também atenção às suas

necessidades individuais e é por isso, que o trabalho em saúde não se repete e tem como característica a imprevisibilidade (FARIA; ARAÚJO, 2010).

De modo geral, o processo de trabalho é composto pela atividade do homem, o objeto e meios de trabalho que são elementos necessários para obtenção do produto final (MARX, 2013). O processo de trabalho em saúde é organizado por alguns elementos, importantes para atingir sua finalidade, sendo eles: objeto, agentes, meios ou instrumentos, e produtos (SANNA, 2007). O objeto são as necessidades de saúde, os agentes são pessoas que produzem o serviço como os trabalhadores de saúde alocados no setor em estabelecimentos e atividades, podendo ter ou não formação específica (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012).

Os meios ou instrumentos são as ferramentas utilizadas para execução do trabalho, essenciais para aprimorar as habilidades, podendo eles ser de natureza material ou imaterial, como os conhecimentos sistematizados ou não, técnicas utilizadas, a compreensão do contexto social do indivíduo como um fator determinante para o adoecimento, as especialidades e as habilidades (HORÁCIO, 2009). A finalidade do trabalho é a razão pela qual ele é realizado para suprir uma necessidade, que resulta na produção da saúde (PIRES, 2011). O processo de produção em saúde também sofre transformações oriundas da reestruturação produtiva, reconfigurando o modo de produzir cuidado. Porém, dentre os elementos que compõem o processo de trabalho em saúde, o que vai variar é o produto, porque depende da ação do trabalhador (PIRES, 2000).

Trabalhar na saúde pode representar um desafio, com ausência de meios para a realização do trabalho, o que muda toda uma situação na prestação do serviço (ASSUNÇÃO, 2011). O objeto é o processo saúde-doença-cuidado, onde o teórico prático acontece juntamente com a organização da produção em saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000), que está ligado à existência do outro, tendo dimensão subjetiva (ASSUNÇÃO, 2011). Ou seja, as condições de trabalho modificam a qualidade do cuidado.

O trabalhador também precisa ser ajustável para acompanhar a dinâmica do objeto de trabalho. Portanto, é necessário que esse trabalhador tenha visão transcendente frente às necessidades humanas colocando em evidência sua criatividade, escuta, flexibilidade, sensibilidade para assim melhor prestar um serviço de qualidade ao usuário (ROSSI; LIMA, 2005).

A produção em saúde sofre grande impacto quando a tecnologia adentra esse setor, pois, todo trabalho será intermediado por máquinas que por sua vez, tendem a repetir modelos anteriores de fragmentação de trabalho (PIRES, 2000). O trabalho parcelado é colocado em evidência, os turnos, jornadas exaustivas, salários baixos, vínculos precários e tudo isso leva o trabalhador a ter que assumir múltiplos empregos para ter níveis de sobrevivência satisfatórios (PEREIRA; SILVA, 2013).

O trabalho em saúde em condições adequadas é fundamental para o bom funcionamento do Sistema único de Saúde (SUS), mas, muitas vezes, esses profissionais estão em péssimas condições de trabalho e com exigências que vão além de sua capacidade de resolução. Embora o Ministério da Saúde e os governos busquem melhorar a qualidade da atenção hospitalar e ambulatorial, ainda precisa uma melhor atenção aos trabalhadores (MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015).

O modelo hierarquizado e descentralizado da saúde traz consigo suas deficiências na falta de recurso necessário, para a realização de sua proposta referente à forma de trabalhar. Assim, tendo que lidar com imprevisto na realidade dos procedimentos, precariedade nas instalações e, além dessas exigências físicas ainda, tem as demandas psicológicas, para as quais o trabalhador precisa criar estratégias de superação (ASSUNÇÃO, 2011).

Essas mudanças que buscam a redução de gastos e aumento de lucros tanto no setor público quanto no privado, desencadeiam impactos negativos para a situação desses trabalhadores, pois levam a multiplicidade de relações contratuais de trabalho desvalorizando a remuneração da força de trabalho em saúde e distanciando os trabalhadores dos direitos adquiridos durante toda uma trajetória (PIRES, 2000). Muitos deles estão em vínculos de trabalho, sem carteira assinada, onde os serviços tendem a ser terceirizados imersos em condições precárias (PEREIRA; SILVA, 2013).

Essas condições precárias interferem na forma de cuidar e na própria saúde do trabalhador. Neste sentido a área da saúde é um setor essencial, onde os trabalhadores deveriam estar em empregos estáveis, para que seja possível atender as necessidades e demandas do sistema de saúde.

3.2 Os serviços e o trabalho na média complexidade do Sistema Único de Saúde

Na Constituição Federal de 1988, foi estabelecido o Sistema Único de Saúde (SUS), composto pelo conjunto organizado e articulado de serviços de saúde das esferas municipal, estadual e federal, além dos prestados por instituições privadas como complementares (AGUIAR, 2011). O SUS foi criado em um contexto onde poucos tinham direito aos serviços de saúde, pois antes dele, o atendimento à saúde era restrito aos trabalhadores que contribuía com a previdência social, ou seja, os empregados com carteira de trabalho assinada. A mudança no modelo de atenção possibilitou que todos pudessem ter acesso aos mesmos serviços (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A implantação do SUS ampliou a compreensão de saúde e pautou-se em princípios doutrinários e organizativos que orientam o seu funcionamento, representados por universalidade, equidade e integralidade das ações organizativas, descentralização, regionalização do sistema e participação e o controle social (AGUIAR, 2011).

A hierarquização e regionalização estabelecem que o sistema seja orientado por níveis de atenção, definidos pela complexidade tecnológica dos procedimentos realizados nos serviços de saúde, garantindo que todos tenham assistência integral e suas necessidades sejam atendidas (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Esse modo organizacional estrutura o SUS por níveis de atenção, pois sua articulação precisa ser estabelecida de modo que todas as regiões tenham acesso aos serviços (OLIVEIRA, SIMÕES, ANDRADE, 2008). Desta forma, facilita a atuação da vigilância epidemiológica e sanitária, conhece os problemas de saúde, controle de vetores, possibilitando os trabalhos de educação em saúde e ações ambulatoriais e hospitalares de acordo com a realidade do local (OLIVEIRA, 2008).

A hierarquização no SUS se dá por meio da divisão dos serviços de saúde em Atenção básica (AB), Média Complexidade (MC) e Alta complexidade (AC), representando os três níveis de atenção à saúde (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

A Atenção Básica (AB) é o primeiro nível de atenção à saúde, que se caracteriza por um conjunto de ações tanto individual como coletivas, com ênfase na promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação de doenças e a manutenção da saúde, com esforços concentrados na Estratégia de Saúde da Família, tornando-se eixo orientador dos demais níveis de atenção (BRASIL, 2007).

O segundo nível de Atenção a Saúde é a Média Complexidade (MC) composta por serviços especializados ambulatoriais e o terceiro nível a Alta Complexidade (AC), que compreende o conjunto de procedimentos os quais envolvem alta tecnologia, alto custo como objetivo propiciar à população acesso aos serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2007).

A MC desenvolve ações de diagnóstico e tratamento. Para tal, precisa da disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos (BRASIL, 2005). A organização desses serviços deve garantir o mínimo das ações assistenciais no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual. O tipo de serviço a ser oferecido, obedecerá à disponibilidade tecnológica, a particularidade do Estado e o que está definido no Plano Diretor de Regionalização (BRASIL, 2002).

O planejamento das ações ambulatoriais da MC, parte da identificação das prioridades para garantir a saúde da população, suas necessidades, o que é definido pelo Estado sobre a estrutura física e o financiamento dos diversos grupos assistenciais de modo que sejam respeitados os limites financeiros estaduais e o fluxo de referências entre os municípios (BRASIL, 2007).

Os Serviços que compõem a MC são divididos em Ambulatoriais e Hospitalares, e compreendem Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o atendimento Pré-Hospitalar Móvel e Hospitalar, Policlínicas, Serviço Móvel de Urgência, Clínicas de diagnóstico especializado, Ambulatórios, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (ERDMANN et al., 2013).

As ações de saúde na MC referem-se aos procedimentos especializados realizados por profissionais médicos e outros de nível superior e médio, cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames ultrassonográficos, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses e anestesia (BRASIL, 2008).

O processo de trabalho da MC tem como objeto as necessidades de saúde, que é a condição pessoal a ser transformada (SOUZA et al., 2010). Portanto, seus meios de produção são equipamentos de alta tecnologia agregada, necessários para exames específicos, às habilidades e os saberes técnicos- científicos dos profissionais de saúde na execução dos exames de apoio diagnóstico e terapêutico, os serviços de

especialidades e as práticas clínicas pautadas nos procedimentos médicos – hospitalares (BRASIL, 2009). A finalidade desse trabalho é atender os principais agravos de saúde da população utilizando os recursos tecnológicos para apoio diagnóstico e tratamento. (MARQUES; LIMA, 2007). O produto é o resultado do trabalho que decorre do acesso às consultas médicas especializadas, procedimentos ambulatoriais, traumatismo ortopédicos, ações especializadas em odontologia, exames odontológicos, exames de patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, ultrassonografia, diagnoses gerais, entre outros.

A lógica que orienta o trabalho da MC é centrada nos procedimentos médicos – especializados e que sofre influência dos interesses da corporação médica, das indústrias e dos serviços privados (PIRES et al., 2010). A oferta ambulatorial especializada em algumas regiões está vinculada ao setor privado (filantrópicos e lucrativos) para evitar gerar custos para o SUS e esses serviços são ofertados em forma de cotas para a população (SOLLA; CHIORO, 2008). Neste sentido, a estrutura desse nível de atenção é regida por normas que orientam seu funcionamento, incluindo uma rotina de trabalho baseada na quantidade de consultas/ dia, jornada de trabalho e oferta de especialidade (PIRES et al, 2010).

Para realização dessas práticas é utilizado o prontuário eletrônico, agenda informatizada e contam com serviço de atendimento móvel das unidades de pronto atendimento. Nos serviços de emergência, o atendimento pode se dar por meio da demanda livre, no qual cada caso é classificado por gravidade ou pela demanda regulada através da regulação, orientada pela atenção básica no fluxo de contra referência e esses serviços podem ser conveniados, pactuados com outros municípios ou contratados (ERDMANN et al., 2010).

A forma da atenção especializada se organizar traz vários desafios como a dificuldade do acesso, a insuficiência de atendimentos, o fluxo desordenado de pessoas, a demanda não programada, a frágil pactuação de procedimentos e serviços entre os gestores, bem como a incipiente regulação do acesso e conseqüentemente, insatisfação dos usuários para com os serviços (PIRES et al., 2010). Esses problemas, muitas vezes, impossibilitam que o resultado do trabalho seja alcançado, o atendimento às necessidades de saúde da população, desarticulando os níveis de atenção, pois a indisponibilidade de serviço também descontinua o fluxo da integralidade das ações

(SPEDO; PINTO; TANAKARA, 2010), ocasionando ineficiência e pouca resolubilidade ao sistema de saúde local (PIRES, et al., 2010).

Os serviços especializados do segundo nível de atenção à saúde estão organizado através de uma dinâmica, onde os usuários precisam ter também este acesso para se concretizar a atenção integral. Contudo, dentro desse mecanismo nem sempre todos têm direitos iguais perante esses serviços, interrompendo a continuidade do cuidado e impossibilitando a prosseguimento do fluxo do trabalho em saúde, sem poder exercer a cidadania plena (SOLLA, 2008).

De todo modo, não é somente o usuário que sofre as consequências de um serviço irregular, como também os trabalhadores. As dificuldades na execução do serviço acometem as ações em saúde, que dependem de uma programação para identificar, programar, e definir prioridades (SPEDO et al., 2010). Esses espaços normalmente estão sujeitos à regulação e controle para a organização de fluxos e serviços com agendamentos insuficientes, além da supervalorização de especialidades muitas vezes sem necessidade (SOLLA, CHIORO, 2008).

A lógica de serviço e trabalho da MC é definida por tecnologias que auxiliam no processo de trabalho, possibilitam o aumento da produtividade e dos lucros das empresas nas quais é desenvolvida (EZAIAS et al., 2010). Deve-se destacar a influência das políticas externas ao setor saúde, que acarretam na ineficácia do planejamento para os coordenadores, ausência do sentimento de formarem uma equipe de trabalho devido à transitoriedade dos cargos determinando de modo geral, na precária integração entre os serviços de saúde (GOULART; FREITAS, 2008).

Todas essas dificuldades enfrentadas impactam na saúde dos trabalhadores, porque os expõe às excessivas cargas de trabalho, em ambientes geradores de conflitos e diante de demandas que ultrapassam a capacidade técnica, tempo ou infraestrutura organizacional e pressão no trabalho, colocando-os em situação de vulnerabilidade (GOULART, 2010) frente às doenças e agravos à saúde.

3.3 Precarização do trabalho em saúde

A crise capitalista ocorrida nos anos 70 alcançou os países desenvolvidos e para superar, o mercado, buscou estratégias adotando outro modelo de organização produtiva (ALVES, 2005). Então, romperam-se os padrões anteriores e iniciou-se um

novo regime de acumulação do capital (BUSNELLO, 2013). A partir disto, o processo de trabalho passou a se basear na flexibilização da produção, com a lógica pautada na acumulação flexível. Este modelo originou-se no Japão, expandindo-se por vários países, chegando ao Brasil nos anos 90, com a proposta de organizar o mercado e aperfeiçoar a qualidade da produtividade, de acordo com a demanda (ANTUNES, 2000); (DRUCK, 2002).

O mundo do trabalho se transformou dentro dessa perspectiva, pois a tendência do modelo produtivo toyotista é desregulamentar os direitos e conquistas adquiridas historicamente pelos trabalhadores, porque recusa a produção em massa mantida por muito tempo pelo fordismo e adere a uma concepção de trabalho flexível, com a descentralização produtiva (fragmentação do trabalho), avanço tecnológico, mudanças na forma de gestão, organização do trabalho, complementação intersetorial e a crescente terceirização (ANTUNES, 2000; PIRES, 2000).

Dentro dessas reformulações, as relações de trabalho tornaram-se mais flexíveis entre empregado e empregador, as negociações transformaram os salários e criaram espaço para a acomodação de subcategorias de trabalho disfarçado como: subcontratação (terceirização), empregos temporários, atividades autônomas, informalidade, e as cooperativas (DRUCK, 2002). Entretanto, esta legitimação da flexibilização da Consolidação das leis do trabalho apresenta sérias consequências na vida e saúde dos trabalhadores, pois abre espaço para que condições destrutivas de trabalho sejam consideradas normais, dificultando o combate ao desemprego, à perda do poder sindical e os baixos salários (CAVALCANTE; LIMA, 2013).

O impacto direto desta forma de produção foi a redução de salários, diminuição de jornada de trabalho e das contribuições sociais para o trabalhador, que são adaptações feitas na legislação para atender ao discurso econômico dominante (BOGOTÁ, 2013). O mercado passa a assumir a gestão das relações trabalhistas, tomando direcionamento das leis que regem a desregulamentação do trabalho deixando o Estado de lado, desresponsabilizado o da proteção social (SOUZA, 2011).

Muitos trabalhadores perdem direitos adquiridos e as empresas contratam poucos efetivos, dando espaço para aqueles cujos vínculos são instáveis (FRANCO; DRUCK; SILVA, 2010). Estes trabalhadores com vínculos precários, não usufruem de férias, décimo terceiro salário, licenças remuneradas e outros direitos que lhes proporcionam maior qualidade de vida. Fazem parte desse quadro os trabalhadores

contratados temporariamente diretamente pelo órgão público ou de maneira informal, terceirizados ou cooperativados (BRASIL, 2007).

Esse comportamento é caracterizado como precarização das relações, aonde o trabalho formal vem sendo fragilizado, e o trabalho atípico tomando mais espaço (ANTUNES, 2011). Os trabalhadores executam as mesmas funções, daqueles com contrato formal de trabalho, mas que devido à precarização das relações trabalhistas, atuam como se os riscos nas empresas fossem praticamente assumidos por conta própria (BRASIL, 2007).

Esse quadro tem se estendido a todos os trabalhadores, inclusive aos profissionais da saúde. Tem sido um desafio também para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), para garantir a assistência integral para uma grande parte da população, abrangendo 5.565 municípios brasileiros, fazendo com que o setor saúde seja importante para a economia brasileira devido à geração de empregos, embora 690 mil trabalhadores apresentem vínculo precário de trabalho (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011).

O campo da saúde também sofreu influência da reestruturação produtiva e o recurso para a contratação dos trabalhadores fica por conta do mercado, deixando o Estado somente com o papel de órgão regulador dos serviços de saúde. A troca de atribuições é almejada para o domínio e acaba por desqualificar a força de trabalho aumentando a contratação das terceirizadas que são disponibilizados pelo setor privado (SOUZA, 2011).

O trabalho em saúde no SUS, no contexto da precarização, precisa ser objeto de várias reflexões, pois, tem em sua natureza a complexidade. Esses trabalhadores envolvidos com o cuidado têm grandes demandas e vivem imersos no contexto das necessidades de Saúde Pública, desregulamentação e flexibilização dos direitos em ambientes precários, que repercutem na sua saúde (ASSUNÇÃO, 2011). O Ministério da Saúde assume que aproximadamente 800 mil trabalhadores do SUS estavam em empregos precários em 2006, equivalendo a quase 40% da força de trabalho do setor (BRASIL, 2006).

As ações de saúde da MC do SUS desenvolvidas nos serviços ambulatoriais enfrentam algumas situações, demonstrativas de que os investimentos destinados a execução das atividades são aquém das necessidades. Como consequência, tem-se a privatização de leitos hospitalares, aumento do tempo de espera nas filas para acesso a

exames e consultas especializadas (CAVALCANTE; LIMA, 2013), o que desorganiza o SUS corroborando que os recursos financeiros e humanos alocados são insuficientes para este nível de atenção (KUSCHNIR et al., 2011). No atual contexto, os serviços de média complexidade têm se apresentado como um empecilho para a concretização da integralidade. A falta de articulação dos serviços, das políticas públicas e do processo de trabalho bem definido para que os trabalhadores em meio à precarização exerçam suas atividades, praticamente tem sido um entrave (KUSCHNIR et al., 2011).

A estrutura de redes assistenciais e o modelo Hierarquizado dos serviços é uma forma eficiente para organizar o processo assistencial em saúde. Mas, é necessária a oferta de recursos físicos, materiais e humanos para atender a demanda e atingir a sua finalidade, a satisfação da necessidade de saúde. Para isso, o investimento por parte principalmente dos recursos humanos é necessário, pois esses trabalhadores compõem essencialmente o quadro dos serviços de saúde (MORAIS et al., 2014).

Entretanto, esses estão vivendo a desregulamentação do mercado de trabalho e muitos estão migrando para subempregos, ou seja, com contratos que exigem baixa qualificação, salários precários e com desorganizada representação sindicais (ASSUNÇÃO, 2011). Isto vai de encontro ao preconizado na proposta da Humanização no SUS que visa vínculos estáveis para maior comprometimento com as mudanças necessárias para a resolubilidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Percebe-se com a reforma do modelo de gestão do SUS, organizado de forma descentralizada e regionalizada, algumas questões surgem como desafios para o trabalhador, indo de encontro às propostas de melhorias na saúde. Como o estado e os municípios passaram a ser responsáveis pela contratação de trabalhadores e precisavam encontrar saída para atender as novas exigências de conformação dos serviços, utilizaram-se de estratégias de admissão dos trabalhadores, gerando problemas como a precarização dos vínculos de trabalho (MAGAHÃES, 2015).

Assim nasce às parcerias com organizações prestadoras de serviço ao SUS retirando do Estado a responsabilidade referente aos vínculos dos trabalhadores, dividindo com outras entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. Desta forma, a assistência à saúde passa a ser gerida por espaços privados, contratando funcionários para fazer parte do Sistema de Saúde público (VERDE; BERNARDO; BULL, 2014). E a vulnerabilidade chega até funcionários que antes eram admitidos por concurso público, mas que passam a ter seu trabalho regido pela consolidação das Leis do

Trabalho (CLT) sendo alterado por uma ementa constitucional nº 19 o artigo 39 da constituição, pela lei nº 9.962/2000 (CAVALCANTE; LIMA, 2013).

Portanto, trabalhadores que eram atraídos pela estabilidade proveniente do concurso público, encontram-se em situação de contratos instáveis e risco de não permanecer no posto de trabalho, tornando-os vulneráveis por seus vínculos de trabalho com cooperativas, empresas terceirizadas, entre outras organizações (CAVALCANTE; LIMA, 2013). Apesar de que, contraditoriamente à própria constituição Federal, essas ideias advindas de concepções neoliberais, norteiam a prática do mercado, que quer se desvencilhar do poder do Estado, fizeram-se presentes na criação do sistema de saúde, onde as instituições privadas podem participar de forma complementar aos serviços do SUS.

No atual momento, o mundo do trabalho passa por novas transformações que reforçam o crescimento exacerbado da flexibilização das leis trabalhistas, fragilizando ainda mais todos os direitos adquiridos por exemplo, a lei nº 13,429/17 regulamentando a terceirização em todas as atividades fim. E Com o projeto lei 6.787/2016 recém-sancionada pelo presidente Michel Temer, a Previdência Social também sofre mudanças passando por uma reforma, na qual se observa o fim de direitos importantes, conquistados ao longo da história.

Em busca da subsistência, a instabilidade no trabalho obriga o trabalhador a se submeter às condições precárias para garantir seus empregos, parte de uma organização desigual e que muitas vezes não valoriza o trabalhador da saúde. Sendo assim, tanto o profissional de nível superior como técnico enfrentam os mesmos problemas: baixos salários; jornada de trabalho diferenciada ou desigual; ausência de planos de cargos e de carreira, de diretrizes; critérios arbitrários para ascensão funcional; falta de avaliação do desempenho; ausência de uma política de educação continuada; a concentração do poder na medicina, pessoal trabalhando na saúde sem formação específica, entre outras insatisfações (MARCIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015). Essas fragilidades do emprego enfraquecem a luta sindical e incentivam aos trabalhadores à busca individual para a resolução dos problemas, dificultando as ações coletivas. Todas as profissões sentem a precarização do trabalho e suas instabilidades que atingem os trabalhadores de todos os níveis de formação de modo geral. Nesse contexto, percebe-se que o conceito de empregabilidade é trocado por informalidade, que são subcategorias de trabalho como modo de exploração capitalista (DRUCK, 2002).

Ao longo do tempo foram surgindo várias formas de considerar a informalidade e múltiplos pontos de vista, tornando a temática extensa. De modo geral, o “setor informal” se estende a todos que estão vulneráveis na sua ocupação de baixo rendimento financeiro, ou os trabalhos atípicos, temporários, cooperativas de trabalho, terceirizadas, entre outras formas e representações (CACCIAMALI; 2002).

Entretanto, o conceito de trabalhador informal fixado pela flexibilização do trabalho é o de interesse desse estudo. Considera-se que este abala os fundamentos da relação salarial, fragmentando o trabalho tornando-o menos regulado e fortalecendo com os vínculos precários (MACHADO, 2010). Essa perspectiva capitalista é empregada para diminuir o custo e caminha na contramão da formalidade que são atividades regulamentadas com salários padrões, assim como a garantia dos direitos trabalhistas (COSTA, 2010).

Um dos entraves dessa desvinculação é a crescente terceirização, uma exigência feita pela globalização econômica, justificando a crise no capital tomando medidas neoliberais, para garantir a liberdade do mercado. Desse modo, as empresas se desresponsabilizam e os trabalhadores passam a ser contratados por terceiros, atuantes como meramente mediadores dessa relação (LOURENÇO, 2015).

A vulnerabilidade no trabalho frente às relações contratuais que vão surgindo representa perdas dos direitos trabalhistas e desproteção social. O trabalhador não usufrui o que lhe é de direito como: descanso e férias anuais remuneradas, jornada de trabalho normal, transporte, plano de saúde, alimentação, auxílio-educação, entre outros. Dessa forma, ele perde sua referência, vivenciando o medo da instabilidade o que acaba interferindo na saúde desses trabalhadores (FRANCO; DRUCK; SILVA, 2011).

4 MÉTODOS

O presente estudo constitui um subprojeto do projeto multicêntrico intitulado “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia” realizado pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI) do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), juntamente com cinco universidades da Bahia, a saber: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

4.1 TIPO DO ESTUDO

É um estudo epidemiológico de corte transversal, descritivo. O estudo transversal se caracteriza pelas mensurações tanto da exposição quanto do desfecho, serem realizadas em um único momento do tempo, sendo útil para descrever a distribuição das variáveis e identificar a prevalência de um fenômeno de interesse (ROQUAYROL, 2013).

4.2 CAMPO DO ESTUDO

O estudo original foi realizado no Distrito Sanitário do Centro histórico de Salvador e nos municípios de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jequié e Itabuna. Entretanto para o presente estudo foram utilizados somente três municípios baianos onde já haviam sido coletados os dados, sendo eles: Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Itabuna.

Feira de Santana, segunda maior cidade da Bahia, possuía 561.459 habitantes em 2010 (IBGE, 2010). A rede de média complexidade eram divididas em 6 policlínicas e 12 serviços de referência.

A cidade de Santo Antônio de Jesus, localizada no recôncavo baiano possuía 90.949 habitantes em 2010 (IBGE, 2010). A rede de média complexidade era composta por dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 43 Policlínicas; um Centro de

Testagem e Aconselhamento (CTA) e um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

A cidade de Itabuna, localizada Sul da Bahia possuía 204.668 habitantes em 2010 (IBGE, 2010). A rede de média complexidade era constituída por um CAPS Álcool e Drogas; um CAPS infantil; um CAPS II; dois Centros de Referência; um CEREST; um Centro de Prevenção em Oncologia; um Centro de Referência em Doenças de Anemia Falciforme; um Centro de Reabilitação e Desenvolvimento Humano; um Centro de Referência de Hipertensão Arterial e Diabetes; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); uma Policlínica; um Programa Ótico para a Infância; e um Centro de Referência em Saúde do Idoso.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Para o presente estudo, foram elegíveis os trabalhadores do setor saúde de média complexidade do sistema único de saúde. O total de trabalhadores vinculados ao setor municipal de saúde de média complexidade até o ano de 2012 nos três municípios baianos foi de 1.290. Em feira de Santana com 824, Itabuna 306 e Santo Antônio de Jesus 160 sendo os municípios onde já haviam sido coletados os dados referente a população de interesse.

Delimitou-se o número e tipo de serviços de saúde disponíveis, número de trabalhadores e suas respectivas ocupações, bem como a área geográfica em que cada serviço se localizava. A estimativa amostral foi elaborada considerando as características dos serviços oferecidos na média Complexidade e o número de trabalhadores cadastrados em cada um deles.

A seleção dos trabalhadores para compor a amostra foi realizada por meio do sorteio de números aleatórios, previamente atribuídos para cada integrante da população. Para a definição do processo amostral contou-se com a população estimada de cada município envolvido no estudo.

Para o cálculo do tamanho amostral deste estudo, realizado para a certificação do poder do estudo, uma vez que os dados já haviam sido coletados, foi realizado empregando a fórmula para a população finita. Para a estimativa, considerou-se o total de trabalhadores ($N = 1.290$), a prevalência do trabalho informal de 36,46% (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015), que é o tipo de vínculo mais

frequente na área da saúde, precisão de $\pm 4\%$, nível de confiança de 95%, resultando em 388 trabalhadores. Acresceu-se 20% ($n=78$) para perdas e recusas, sendo a amostra final calculada em 466.

A definição da prevalência do evento de interesse, empregado para a estimativa da amostra, ocorreu por meio de revisão da literatura considerando-se vacinação, vivência de atos de violência no trabalho, exposição a fatores de risco ocupacionais, transtornos mentais e acidentes de trabalho. Dentre os quatro grupos de eventos de interesse supracitados, houveram prevalências diferenciadas e optou-se pelos acidentes de trabalho (42,9%) por possibilitar a estimativa de maior tamanho amostral.

Após a estimativa amostral em cada município, procedeu-se sorteio aleatório dos profissionais para comporem a amostra do estudo e realizaram-se as entrevistas com os profissionais que se encontravam em efetivo exercício nos serviços. As estimativas amostrais para cada município são descritas a seguir.

Em Feira de Santana haviam 2.973 trabalhadores da saúde em maio de 2011. Considerando-se a incidência do evento de interesse de 42,9%, nível de confiança de 95%, precisão de 4,2%, obteve-se um N para a amostra igual a 452 trabalhadores. Acrescentou-se a estimativa de 20% para perdas/recusas ($n= 90,4$) e obteve-se o N total de 543 trabalhadores. Ao se estratificar por categoria ocupacional, a amostra foi constituída por 54 médicos; 119 profissionais da equipe de enfermagem; 22 da equipe de odontologia; 15 bioquímicos/técnicos de laboratório; 177 ACS; 16 fisioterapeutas/terapeutas ocupacionais/ psicólogos/ assistentes sociais/ nutricionistas/ fonoaudiólogos; dois profissionais de nível superior; 56 profissionais de nível médio; três gerentes e 163 trabalhadores na administração/serviços gerais.

A amostra final foi estratificada por unidade geográfica definida como o território de abrangência de cada uma das oito equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, nível de complexidade (Atenção Básica; Unidades de Referência/Urgência) e proporcionalidade dos grupos ocupacionais.

Em Juazeiro havia 868 trabalhadores da saúde em setembro de 2012. Considerando-se a incidência do evento de interesse de 42,9%, nível de confiança de 95%, precisão de 4%, obteve-se um N para a amostra igual a 351 trabalhadores. Acrescentou-se a estimativa de 20% de perdas/recusas e obteve-se o N de 422 trabalhadores.

A amostra final foi estratificada por unidade geográfica definida como o território de abrangência de cada um dos cinco Distritos Sanitários do município incluídos no estudo e proporcionalidade dos grupos ocupacionais. Excluiu-se um Distrito Sanitário Rural devido à dificuldade de acesso. Considerando-se a estratificação por ocupação, estimou-se para compor a amostra 28 médicos; 24 enfermeiros; 44 técnicos de enfermagem; 18 odontólogos; 20 auxiliares de saúde bucal; 175 agentes comunitários de saúde; 45 trabalhadores em recepção/serviços gerais; e 70 agentes de controle de endemias.

Em Itabuna existiam 1.276 trabalhadores da saúde em julho de 2012. Considerando-se a incidência do evento de interesse de 42,9%, nível de confiança de 95%, precisão de 3%, obteve-se um N para a amostra igual a 575 trabalhadores. Acrescentou-se a estimativa de 20% de perdas/recusas e obteve-se o N de 690 trabalhadores. Considerando-se a estratificação por nível de complexidade e ocupação, a amostra final ficou definida em 179 ACS; 151 trabalhadores administrativos/serviços gerais; 97 trabalhadores da equipe de enfermagem; 21 da equipe de odontologia; 83 médicos; 34 fisioterapeutas/terapeutas ocupacionais/psicólogos/ assistentes sociais/ nutricionistas/ fonoaudiólogos; oito outros profissionais de nível médio; três outros profissionais de nível superior; três bioquímicos/técnicos em laboratório; um profissional da equipe de farmácia; dois gerentes; 10 trabalhadores da Assistência Farmacêutica; 67 trabalhadores na Secretaria Municipal de Saúde e 31 das Vigilâncias à Saúde.

Nos municípios de Jequié e Santo Antônio de Jesus, e no Distrito Sanitário do Centro Histórico em Salvador, foram realizados censos.

4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados do projeto original ocorreu entre 2010 e 2012. O período de coleta de dados variou entre os municípios que compuseram a pesquisa. Para a realização do presente estudo foi emitida uma solicitação de liberação do banco de dados referido acima, constando os objetivos do estudo, as variáveis de interesse e objeto de estudo para manter devidamente as questões éticas que fazem parte da pesquisa.

Previamente à coleta de dados, contatou-se com os profissionais de saúde sorteados para explicar acerca dos objetivos do estudo, solicitar a participação na pesquisa e recolher a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do participante. Para os profissionais de nível superior, questionava-se se teriam disponibilidade para responder ao questionário no momento do contato ou se prefeririam ficar de posse do mesmo para responder posteriormente. Quando isso ocorreu, foi agendada a data para retorno em busca do instrumento. No caso dos profissionais de nível médio, os instrumentos foram aplicados por entrevistadores previamente treinados.

Nas situações em que os questionários não foram devolvidos pelos profissionais de nível superior após três agendamentos para a entrega ou que os trabalhadores de nível médio não foram encontrados após, no mínimo, três visitas, considerou-se como perda. A fim de evitar prejuízos ao desenho amostral, procedeu-se a novo sorteio para reposição.

Para padronizar todas as condutas e procedimentos dos entrevistadores em campo como proceder em cada situação e como responder às indagações relativas aos itens do instrumento, construiu-se o "Manual de procedimentos e condutas".

O instrumento para a coleta de dados foi construído por meio da revisão de literatura abrangendo as condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde, sendo testado para adaptações necessárias. O questionário empregado em todos os municípios da pesquisa foi autoaplicável, para os profissionais de nível superior, e aplicado pela equipe treinada, para indivíduos com até nível médio, não identificado, e estruturado em oito blocos (ANEXO 4): Caracterização sociodemográfica (bloco I); Caracterização do trabalho (bloco II); Caracterização das condições do ambiente de trabalho (bloco III); Características psicossociais do trabalho (bloco IV); Hábitos de vida e atividades domésticas (bloco V); Capacidade para o trabalho (bloco VI); Condições gerais de saúde física, autopercepção de saúde mental, exposição ocupacional (bloco VII) e Atos de violência – Vitimização (bloco VIII). Para responder aos objetivos deste estudo (subprojeto) foram utilizados sete blocos, necessários para conhecer as variáveis estudadas.

Bloco I- Informações sociodemográficas - constituído por características de identificação geral do trabalhador como sexo; idade; existência de filhos; situação conjugal; escolaridade e cor da pele autorreferida.

Bloco II- Caracterização do emprego- constituído por cargo exercido; tempo de trabalho na ocupação; vínculo de trabalho (tipo de contrato); tempo de trabalho no serviço público; tempo de trabalho na unidade; formação para o trabalho; educação continuada; compatibilidade entre as atividades com o cargo ocupado; turno de trabalho no serviço; jornada de trabalho real no serviço; direitos no trabalho na unidade (13º salário; folgas; férias remuneradas; 1/3 adicional de férias); trabalho em outro local; jornada total de trabalho semanal.

Bloco III- Condições de trabalho - compreendido por condições dos equipamentos e recursos; disponibilidade e uso de equipamentos de proteção individual; relação entre exigência e disponibilidade de recursos; exposição a riscos biológicos; riscos químicos (manuseio de antissépticos; gases anestésicos; preparo/administração de medicamentos); riscos ergonômicos (permanência em pé/sentado; deslocamento excessivo; peso excessivo; ajuda na movimentação de paciente; descanso durante a jornada de trabalho) e físicos (ruídos); situação vacinal (Hepatite B - número de doses, testagem imunológica, situação humoral; Febre Amarela- tempo de imunização; antirrábica- número de doses; SRC- número de doses; DT- número de doses e tempo de imunização; BCG). Nesse bloco, encontram-se também especificidades do trabalho do ACS como deslocamentos diários devido ao trabalho; auxílio/meio de transporte; recebimento de protetor solar; pausa durante a jornada de trabalho; acesso a sanitários; tempo disponível para refeições; oferecimento de lanche; local de moradia; tempo de moradia na microárea; participação em atividades comunitárias antes de ocupar o cargo e o tipo; razão para a escolha ocupacional; uso de equipamento para proteção solar (guarda-sol, guarda-chuva, sombrinha) e quem os forneceu.

Bloco IV- Aspectos Psicossociais do Trabalho: situação do trabalho (margem para decisões, divisão de responsabilidades, hierarquia, equipe). Medido pelo *JobContentQuestionnaire* (JCQ) adaptado. Inclui também questões sobre satisfação no trabalho e consigo mesmo.

Bloco V- Atividades domésticas e hábitos de vida - número de moradores na residência; cuidado a menores de 7 anos e a idosos/doentes; atividades domésticas realizadas (cozinhar; passar roupa; limpeza; lavagem de roupas; consertos na residência; feira/supermercado; responsabilidade pelas atividades domésticas; dias despendidos para a realização das atividades domésticas; horas diárias de dedicação; realização e

frequência de atividades de lazer; frequência de atividades físicas; tabagismo; consumo de bebida alcoólica e grau de dependência (medido por questões adaptadas do CAGE).

Bloco VI- Capacidade para o trabalho

Bloco VII- Aspectos relacionados à sua saúde -

4.8 Aspectos éticos

O macro projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS - protocolo Nº 081/2009 CAAE: 0086.0.059.000-09 (ANEXO B). As etapas desta pesquisa estão em consonância com a Resolução 466/12 conselho Nacional de saúde que trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos.

Anteriormente todos os entrevistadores foram treinados e orientados sobre os procedimentos éticos a serem seguidos, respeitando todos os direitos dos indivíduos entrevistados. Aos participantes elegíveis para o estudo foi solicitado à concordância formal em participar, por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e, previsto na Resolução 466/12 do comitê Nacional de Ética e pesquisa (ANEXO C). Porém, será enviado um pedido de inclusão deste subprojeto devido à mudança de objetivo, tratando de uma nova investigação e para a nova etapa da pesquisa serão tomadas as devidas precauções para que os direitos dos participantes não sejam violados.

5 RESULTADOS

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. Brasil. Annamatos@live.com

VÍNCULO DE TRABALHO ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE DA MÉDIA COMPLEXIDADE.

Anna Paula Matos de Jesus ¹

Tânia Maria de Oliveira Matos ²

Jorgana Fernanda de Souza Soares ³

Paula Caroline Santos de Oliveira ⁴

Objetivo: Descrever o tipo de vínculo de trabalho de acordo com as características sociodemográficas, hábitos de vida, ocupacionais, condições de trabalho e trabalho doméstico. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado com 466 trabalhadores da média complexidade de três municípios baianos em 2012. Foi realizada análise descritiva do tipo de vínculo de acordo com as características sociodemográficas, hábitos de vida, ocupacionais, condições de trabalho e trabalho doméstico. **Resultados:** Do total de trabalhadores, 51,1% eram informais e 48,9% eram formais. O sexo feminino prevaleceu entre ambos 77,9 informais e 70,2 formais. Assim como grau de escolaridade superior 54,3% informais e 62,4 formais. A prática de atividade física, 55,0% dos informais não realizava e 53,4% dos formais realizam. As características ocupacionais, o tempo de trabalho maior igual a 4 anos foi de 54,9% e 54,7% para os forma. As maiorias dos informais referiram não ter contato com material

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana. E-mail: annamatos@live.com.

² Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil. E-mail: araujo.Tania@uefs.com.

³ Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de medicina da Bahia. Salvador, Brasil. E-mail: jfss_rs@hotmail.com.

⁴ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Feira de Santana, Brasil. E-mail: Paulinhacso@hotmail.com

biológico (51,9%), manuseio de antissépticos (60,9%), gases anestésicos (54,2%), preparo e administração de medicamentos (66,4%); A sobrecarga doméstica foi considerada baixa, entre os formais (51,3%) e, alta entre os informais (55,8%).

Conclusão: Os trabalhadores com vínculo de trabalho informal estão em piores condições quando comparado aos com vínculo estável.

Descritores: Trabalhadores da Saúde; Média Complexidade; Trabalho precário.

INTRODUÇÃO

No contexto atual, o mundo do trabalho tem enfrentado uma precarização social do trabalho que compreende a degradação das condições e uma forte intensificação do trabalho (DRUCK, 2002), onde as leis de proteção trabalhistas são fragilizadas, colaborando com a perda dos direitos conquistados (ANTUNES, 2013). Destarte, é desvelado o trabalho precário, definido como aquele que ocorre sem o pleno gozo dos direitos trabalhistas e previdenciários e, na administração pública engloba também todas as atividades executadas sem concurso público (BRASIL, 2009). Este é apresentado com novas morfologias por meio do emprego assalariado disfarçado caracterizado por contratos temporários, subcontratações (terceirização), e a informalidade (DRUCK, 2002).

Esse cenário é observado em todos os setores, inclusive na saúde, mas marcadamente talvez entre trabalhadores da média complexidade por ser uma rede que depende de profissionais da saúde com formação superior. Esse nível de atenção a saúde é compreendido, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), como o setor de produção dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de atenção especializada composto por ações e serviços que visam atender os principais problemas de saúde e agravos da população, de complexidade da prática clínica que demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos (SOLLA, CHIORO).

Os trabalhadores que desempenham seu papel na Média Complexidade (MC), também compõe esse quadro de precarização social do trabalho e também vivenciam as inseguranças em seus vínculos empregatícios que se configuram por contratos onde há perda dos direitos trabalhistas, previdenciários e de seus salários (OLIVEIRA; MORAIS, 2016),

A política de Humanização do SUS, por exemplo, preconiza que para exercer um trabalho com mais qualidade, os trabalhadores da saúde precisam ser valorizados e para isso é necessário enfrentar problemas como: condições concretas de trabalho, subremunerada, as relações contratuais/formais, precarizadas e injustas de trabalho, a ambiência degradada e as condições de trabalho que interferem negativamente na produção da saúde (BRASIL, 2010). Além disso, o trabalho precário em saúde tem se tornado um problema, comprometendo a qualidade, evolução e continuidade dos serviços prestados pelo SUS (BRASIL, 2006).

O trabalho na MC, muitas vezes, passa pela invisibilidade devido à forma de organização do próprio SUS, no qual há maior ênfase no que é como é feito na Atenção Básica. Estudos prévios (SPEDO et al., 2010) ;(PIRES et al., 2010) ;(Melo et al., 2016), são focados em serviços específicos, sem problematizar a precarização do trabalho no nível de atenção em sua totalidade, particularmente no Estado da Bahia. Assim, essa pesquisa poderá fornecer subsídios para modificações no trabalho, ao descrever o tipo de vínculo de trabalho de acordo com as características sociodemográficas, hábitos de vida, ocupacionais, condições de trabalho e trabalho doméstico entre trabalhadores da saúde da média complexidade.

Essa forma multifacetada do trabalho se apresentar tem se tornado cada vez mais constante e desponta como efeito de um atual paradigma de acumulação capitalista. Este modelo baseia-se no capitalismo flexível e na precarização social do trabalho. Essa forma apresentação é pautada na flexibilidade, onde tudo pode ser descartável, mutável, abrangendo não somente as mercadorias produzidas, mas aqueles que fornecem (ARAÚJO; PALMA; ARAUJO, 2017).

O trabalho na MC, muitas vezes, passa pela invisibilidade devido à forma de organização do próprio SUS, no qual há maior ênfase no que é como é feito na Atenção Básica. Estudos prévios (SPEDO et al., 2010) ;(PIRES et al., 2010) ;(Melo et al., 2016), são focados em serviços específicos, sem problematizar a precarização do trabalho no nível de atenção em sua totalidade, particularmente no Estado da Bahia. Assim, essa pesquisa poderá fornecer subsídios para modificações no trabalho, ao descrever o tipo de vínculo de trabalho de acordo com as características sociodemográficas, hábitos de vida, ocupacionais, condições de trabalho e trabalho doméstico entre trabalhadores da saúde da média complexidade.

MÉTODO

Estudo de corte Transversal realizado em Três municípios do Estado da Bahia: Feira de Santana, Itabuna e Santo Antônio de Jesus. Representa um recorte de um estudo multicêntrico realizado pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Santana intitulado intitulada “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”.

A população foi composta de uma amostra representativa e aleatória de trabalhadores da Média Complexidade cujo considerou a fórmula para a população finita. Para a estimativa da amostra considerou o estudo de Eberhardt et al.,2015, que evidenciou o trabalho informal sendo o vínculo mais frequente na área de saúde com a prevalência de 36,46%. Considerou-se o total de trabalhadores ($N = 1.290$), precisão de $\pm 4\%$, nível de confiança de 95%, resultando em 388 trabalhadores. Acresceu-se 20% ($n=78$) para perdas e recusas, sendo a amostra final calculada em 466. O cálculo foi realizado utilizando o software Epi Info, versão 6.04d.

Os dados foram coletados através de aplicação de questionário elaborado a partir de revisão de literatura e estudos com foco em condições de saúde e trabalho dos trabalhadores de saúde. Foi testado em um estudo piloto, realizou o treinamento prévio dos pesquisadores e o estudo piloto numa cidade baiana com 30 trabalhadores da saúde, sendo revisado e aprimorado para implementação. A coleta de dados ocorreu em 2012 no ambiente de trabalho dos participantes. Os trabalhadores com cargos requerentes de ensino superior completo preencheram o instrumento, enquanto que para trabalhadores de menor escolaridade, o mesmo foi aplicado.

A variável dependente do estudo é o tipo de vínculo de trabalho, obtido pela questão: “Seu vínculo de trabalho atual é:” categorizado em trabalho formal e informal. Na categoria formal, foram agrupados Municipal com concurso/do quadro permanente; municipalizado pelo governo Estadual ou Federal; contratado pela CLT. Como informal, considerou-se os trabalhadores inseridos como cargo de confiança; terceirizado; cooperativado; estagiário e prestador de serviços.

As variáveis descritoras compreenderam as características sociodemográficas, hábitos de vida, ocupacionais, do ambiente de trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, atividades domésticas, capacidade para o trabalho e aspectos relacionados à saúde.

Dentre essas, duas variáveis formam constituídas da seguinte forma: A capacidade para o trabalho refere-se à autopercepção do indivíduo sobre a sua saúde, trabalho e estilo de vida, sendo um construto multidimensional por envolver pré-condições físicas, mentais e sociais. A variável foi dividida em sete dimensões, mensuradas em um escore que varia de 7 a 49 pontos sendo classificada em quatro categorias (baixa, moderada, boa e ótima) e depois subdividida em capacidade para o trabalho inadequada (≤ 36 pontos) e adequada (≥ 37 pontos). Os resultados avaliam a capacidade funcional do trabalhador para o trabalho observando se há um equilíbrio entre o trabalho e os recursos pessoais. Refere-se a quão o trabalhador é capaz de executar seu trabalho, em funções de exigências, de seu estado de saúde e suas capacidades físicas ou mentais (CORDEIRO; ARAÚJO, 2016).

E a variável sobrecarga doméstica foi construída a partir do somatório das tarefas domésticas básicas (lavar, passar, limpar, cozinhar) ponderadas pelo número de moradores da residência, exceto o entrevistado. Para esse cálculo foi utilizado a seguinte fórmula: $SD = (\Sigma \text{lavar} + \text{passar} + \text{limpar} + \text{cozinhar}) \times (M-1)$ (PINHO; ARAÚJO, 2012).

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, empregando as frequências absolutas e relativas das variáveis descritoras de acordo com o tipo de vínculo. A análise foi realizada no programa *Statistics Package for Social Sciences* (SPSS) for Windows versão 20.0.

RESULTADOS

Do total de 463 trabalhadores da saúde na Média Complexidade, 235 (51,1%) eram trabalhadores com vínculos informais e 225 (48,9%) vínculos formais.

Com relação às características sociodemográficas, entre as pessoas do sexo feminino (77,9%), com até 40 anos (68,8%), em quem tem filhos (65,8%), casados/união estável e naqueles com Ensino Superior (54,3%) a distribuição era essa entre os informais.

Com relação aos hábitos de vida, entre as pessoas que referiram realizar atividade de lazer (89,3%), não praticar atividade física (55,0%), não fumar (84,4%) e fazer consumo de álcool (53%) a distribuição era essa entre os informais. (Tabela 1).

Tabela1. Características sociodemográficas e hábitos de vida dos trabalhadores da média complexidade. Bahia, 2012.

Variáveis	Tipo de vínculo			
	Informal		Formal	
	n	%	n	%
Sociodemográficas				
<i>Sexo</i>				
Feminino	183	77,9	158	70,2
Masculino	52	22,1	67	29,8
<i>Idade</i>				
Até 40 anos	161	68,8	125	55,6
Mais de 40 anos	73	31,2	100	44,4
<i>Existência de Filhos</i>				
Sim	154	65,8	143	63,6
Não	80	34,2	82	36,4
<i>Raça/ cor</i>				
Negros	175	75,8	174	78,0
Não negros	56	24,2	49	22,0
<i>Situação conjugal</i>				
Sem companheiro	104	44,3	102	45,3
Com companheiro	131	55,7	123	54,7
<i>Escolaridade</i>				
Ensino Fundamental/ Médio	107	45,7	80	37,6
Ensino Superior	127	54,3	133	62,4
Hábitos de Vida				
<i>Realiza atividades de lazer</i>				
Sim	209	89,3	203	91,4
Não	25	10,7	19	8,6
<i>Pratica de atividade física</i>				
Sim	95	45,0	109	53,4
Não	116	55,0	95	46,6
<i>Tabagista</i>				
Ex-fumante/ fumante	36	15,6	44	19,6
Não fumante	195	84,4	181	80,4
<i>Consumo de bebida alcoólica</i>				
Sim	110	47,0	101	45,1
Não	124	53,0	123	54,9

Considerando as características ocupacionais, entre as pessoas com tempo de trabalho menor/igual ≤ 4 (54,9%), que referiram turno de trabalho manhã/tarde foi predominante (61,2%), com a jornada semanal menor ou igual a 40 horas (60%), sem 13º salário (66,5%), sem direito a férias (67%) e a satisfação com o trabalho (82,6%) a distribuição era esta entre os informais. Assim como, em relação ao estresse ocupacional, entre as pessoas que referiram trabalho ativo (57,1%), de alta exigência (56%) e capacidade para o trabalho adequada (50,7%). (Tabela 2).

Tabela 2. Características ocupacionais dos trabalhadores da média complexidade. Bahia, 2012.

Variáveis	Tipo de vínculo			
	Informal		Formal	
	n	%	n	%
<i>Tempo de trabalho</i>				
Até 4 anos	129	54,9	102	45,3
Mais de 4 anos	106	45,1	123	54,7
<i>Turno de trabalho</i>				
Manhã/ Tarde	142	61,2	196	89,5
Noturno/ Plantão	90	38,8	23	10,5
<i>Ter outro trabalho</i>				
Sim	107	46,1	96	46,3
Não	125	53,9	112	53,8
<i>Jornada semanal</i>				
Até 40 horas	141	60,0	128	56,9
Mais de 40 horas	94	40,0	97	43,1
<i>Recebimento de 13º salário</i>				
Sim	77	33,5	214	96,0
Não	153	66,5	9	4,0
<i>Direito a férias</i>				
Sim	76	33,0	158	70,9
Não	154	67,0	65	29,1
<i>Satisfação com o trabalho</i>				
Sim	194	82,6	151	67,1
Não	41	17,4	74	32,9
<i>Aspectos psicossociais do trabalho/ MCD</i>				
Baixa exigência	64	27,6	68	31,0
Trabalho ativo	44	19,0	33	15,1
Trabalho passivo	68	29,3	69	31,5
Alta exigência	56	24,1	49	22,4
<i>Capacidade para o trabalho</i>				
Adequada	184	84,0	179	82,1
Inadequada	35	16,0	39	17,9

Tendo em conta às características do ambiente de trabalho e os agentes físicos das pessoas que responderam que a ventilação é satisfatória (40,4%), temperatura satisfatória (43,8), iluminação satisfatória (53,6%) e referiram ausência de ruídos a distribuição era essa entre os informais. Assim como, dos agentes biológicos foi frequente, o contato com o material biológico (51,9%) disseram não ter contato, manusear gases anestésicos (83,4%) e não preparar medicação (66,4%). (Tabela 3).

Tabela 3. Características do ambiente de trabalho dos trabalhadores da média complexidade da média complexidade. Bahia, 2012.

Variável	Características do ambiente de trabalho			
	Informal		Formal	
	n	%	n	%
Agentes Físicos				
<i>Ventilação</i>				
Precária	47	20,0	55	24,4
Razoável	93	39,6	98	43,6
Satisfatória	95	40,4	72	32,0
<i>Temperatura</i>				
Precária	39	16,6	57	25,3
Razoável	103	43,8	94	41,8
Satisfatória	93	39,6	74	32,9
<i>Iluminação</i>				
Precária	23	9,8	42	18,7
Razoável	86	36,6	79	35,1
Satisfatória	126	53,6	104	46,2
<i>Ruídos</i>				
Sim	40	17,0	50	22,3
Não	195	83,0	174	77,7
<i>Contato com material biológico</i>				
Sim	122	52,0	95	42,4
Não	113	48,0	129	57,6
<i>Manuseio de antisséptico</i>				
Sim	143	60,9	125	55,5
Não	92	39,1	100	44,5
<i>Gases anestésicos</i>				
Sim	39	16,6	33	14,6
Não	196	83,4	192	85,4
<i>Preparo ou administração de medicamentos</i>				
Sim	79	33,6	48	21,3
Não	156	66,4	177	78,7
<i>Exigência das tarefas e recursos disponíveis</i>				
Boa	99	42,1	71	31,6
Regular	107	45,5	104	46,2
Ruim	29	12,4	50	22,2
<i>Condições de mesas e cadeiras</i>				
Precário	74	31,8	65	29,0
Razoável	106	45,5	99	44,2
Satisfatória	53	22,7	60	26,8
<i>Recursos Técnicos e equipamentos</i>				
Precário	44	18,8	77	34,4
Razoável	114	48,7	102	45,5
Satisfatório	76	32,5	45	20,1
<i>Trabalho em pé</i>				

Raramente	70	29,8	78	34,8
Às vezes	83	35,3	92	41,1
Sempre	82	34,9	54	24,1
<i>Trabalho sentado</i>				
Raramente	81	34,5	72	32,0
Às vezes	98	41,7	100	44,4
Sempre	56	23,8	53	23,6
<i>Carregamento de peso excessivo</i>				
Raramente	154	65,8	138	61,3
Às vezes	59	25,2	64	28,4
Sempre	21	9,0	23	10,3
<i>Ajudar o paciente levantar ou sentar</i>				
Raramente	76	32,3	81	36,0
Às vezes	102	43,4	108	48,0
Sempre	57	24,3	36	16,0
<i>Ausência de pausas durante a jornada diária</i>				
Nunca	53	22,6	71	32,4
Raramente	54	23,1	42	19,2
Às vezes	92	39,3	80	36,5
Sempre	35	15,0	26	11,9

Em relação à qualidade de vida os informais consideraram boa (74,8%), assim como a auto avaliação do estado de saúde (82,5%). Já sobre o grau de sobrecarga doméstica foi alta entre os informais (62,5%). (Tabela 4).

Tabela 4. Aspectos relacionados a saúde e sobrecarga doméstica dos trabalhadores da media complexidade de Feira de Santana, Itabuna e Santo Antônio de Jesus, BA, 2012.

Variável	Tipo de Vínculo			
	Informal		Formal	
	n	%	n	%
<i>Qualidade de vida</i>				
Boa	175	74,8	157	69,8
Ruim	59	25,2	68	30,2
<i>Autoavaliação do estado de saúde</i>				
Bom	207	88,5	184	82,5
Ruim	27	11,5	39	17,5
<i>Grau de sobrecarga doméstica</i>				
Baixa sobrecarga	145	62,5	153	68,9
Alta sobrecarga	87	37,5	69	31,1

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo revelam a existência de diferenças e similaridades relevantes entre o perfil de dos trabalhadores da média complexidade do SUS, de acordo com o tipo de vínculo de trabalho. Na população estudada predominou o vínculo de trabalho informal resultado similar ao estudo realizado na Média Complexidade no Oeste do Paraná, em 2013, onde (36,46%) dos vínculos nos serviços de saúde também eram precários (EBERHARD; CARVALHO; MURUFOSE, 2015). Sugere assim, que essa repercute a realidade do atual mercado de trabalho, a terceirização que vem ocorrendo no serviço público, onde os trabalhadores da saúde têm seus vínculos de trabalho fragilizados (DRUCK, 2016).

Ao considerar as características sociodemográficas, as mulheres representaram a ampla maioria, com idade até quarenta anos. Com relação ao grau de escolaridade, o ensino superior predominou e as variáveis ter filhos, ser de cor negra, a situação conjugal com companheiro que em ambos os trabalhadores com seus respectivos vínculos de trabalho, as frequências foram similares. Assim como o reportado na literatura, as mulheres tem predominância nas profissões em saúde (ARAÚJO; ROTEMBERG, 2011). Além disso, a busca pela qualificação profissional também é um fator que muitos profissionais buscam e que não é um fator de impedimento para as situações de vulnerabilidade e o fator ter filhos ainda representa responsabilidade financeira com a família.

Outros aspectos relacionados aos hábitos de vida, a realização de atividades de lazer, ambos praticam, entretanto a pratica de atividade física não foi frequente assim como o consumo de bebida alcóolica. Os trabalhadores informais realizavam atividades de lazer. Para Miorin e colaboradores (2016) a realização das atividades de lazer, torna-se uma estratégia para o enfrentamento dos sentimentos negativos, gerados pelo trabalho. Os trabalhadores com vínculo precário estão inseridos em um processo de trabalho potencialmente gerador de sofrimento físico e mental, e conseqüentemente de adoecimento levando-o a utilizar seu tempo livre para outras atividades fora do trabalho que não sejam obrigatórias à sua carreira (DRUCK, 2002).

Além disso, não praticam atividade física e para Siqueira e colaboradores (2009), a não prática de atividade física pode repercutir na saúde do trabalhador informal, devido às condições de trabalho potencialmente deterioradas. Esses

trabalhadores acabam dando prioridade a outros compromissos, como manutenção de casa e outros empregos para pagar suas contas esquecendo-se do cuidado com sua saúde, apesar de saberem da importância da atividade física.

Outro ponto importante, a satisfação com o trabalho que parece uma incoerência vinda dos trabalhadores com vínculo precário de trabalho. Para Rebouças e colaboradores (2007) os trabalhadores com vínculos precários se sentem constrangidos ao responder esses questionamentos relacionados a satisfação com seu trabalho, pois ficam amedrontados com a possibilidade de serem identificados no estudo e de sofrerem represálias por parte dos gestores, em que pese as garantias de anonimato oferecidas pelos pesquisadores.

Para os trabalhadores informais, trabalho se caracterizou como ativo (alta demanda) e de alta exigência, enquanto que para os formais o trabalho passivo (baixa demanda) ou com baixa exigência. O trabalho informal exige elevadas demandas psicológicas e laborais excessivas, produzindo intenso desgaste físico e mental, despertando sentimentos de inquietação e de incapacidade no trabalhador tornando-o mais vulnerável (CARVALHO, ARAÚJO, BERNARDES, 2016), podendo trazer danos a sua saúde mental (ARAÚJO et al, 2003).

As variáveis referentes às características ocupacionais, As características ocupacionais dos trabalhadores informais diferem dos trabalhadores com vínculos formais, obtidas neste estudo compreenderam: tempo de trabalho menor ou igual a quatro anos, turno de trabalho noturno/plantão, jornada de trabalho menor igual 40 horas, sem direito a férias e 13º salário. Estes resultados revelam o cenário da flexibilização refletindo na precarização do trabalho, pois o trabalho precário tende a disseminação dos contratos de trabalho em tempo parcial, à intensificação da força de trabalho assumindo um caráter informal sem proteção social, jornadas de trabalho despadronizada e sem perspectiva de longa duração (HIDRATA 2003); (LIEDLKE, 2006).

É importante salientar que os vínculos firmados por contrato temporário que têm duração de no mínimo dois anos, podem ser renovados. Os trabalhadores temporários fornecem sua mão de obra especializada somente durante o período necessário a empresa. Geralmente estão em plantões exaustivos, sendo mais frequentes as atividades noturnas (ALVES et al., 2015). Diferentemente, os trabalhadores com vínculo formal possuem tempo de trabalho indeterminado, jornada de trabalho plena,

remuneração regular, cobertura previdenciária, contrato de trabalho formalizado e no caso do Brasil, assinatura da carteira de trabalho pelo empregador (MELO et al., 2016).

O trabalho em saúde tem sua carga horária referente a 40 horas semanais e a maioria desses trabalhadores de uma rede ambulatorial especializada são plantonistas tendo mais de um emprego duplicando sua carga horária (SOUZA et al., 2012). No caso dos trabalhadores com vínculo precário esta situação ainda é pior, pois eles trabalham mais tempo e têm piores salários enquanto que os funcionários públicos apresentam estabilidade, vale alimentação e o salário em dobro (BERNARDO; PIZÓN; VERDE, 2013).

CONCLUSÃO

Entre os vínculos estudados houve uma predominância do informal o que reforça a contribuição desse estudo, para conhecer as características que tem esses trabalhadores, emergindo a necessidade de intensificar esforços na mudança das condições de trabalho nas quais os trabalhadores da saúde estão inseridos. Considerando as variáveis apresentadas, os trabalhadores informais estiveram em desvantagem diante daqueles com vínculo formal de trabalho, demonstrando a sua maior vulnerabilidade com relação aos aspectos socioeconômicos, hábitos de vida e características de trabalho.

Nesta pesquisa pode-se conhecer o perfil dos trabalhadores de saúde da média complexidade do SUS, no contexto dos três municípios baianos. Este cenário apresentado mostra as características sociodemográficas, hábitos de vida, ocupacionais, condições de trabalho e trabalho doméstico entre esses trabalhadores. Essas características demonstram problemas culturais persistentes, alguns retrocessos de direitos adquiridos durante uma longa trajetória, além das mudanças organizacionais afetando os trabalhadores de saúde por conta do interesse capitalista.

É notório o fenômeno da precarização do trabalho diante dos resultados apresentados em condições inadequadas de trabalho, tanto no que diz respeito aos vínculos como a estrutura física do ambiente. E se tratando do trabalho em saúde este traz em seu processo de trabalho uma natureza subjetiva, requerendo do trabalhador maior dedicação, empenho, atenção, autonomia na realização das tarefas porque o produto desse trabalho é a necessidade humana.

Muitas vezes o trabalhador se encontra em condições insalubres que o comprometem tanto fisicamente quando psicologicamente. Além disso, o tipo de vínculo de trabalho interfere na forma de conduzir a sua vida, pois em meio a contratos temporários de trabalho e seus direitos flexibilizados esses convivem com situações de tensão e instabilidade. No Brasil tem crescido o cenário da precarização, onde o trabalho formal com os direitos sociais garantidos está sendo substituídos por outras formas de contratos de trabalho que não assegura ao trabalhador a estabilidade e proteção contra as exposições decorrentes da inserção no processo produtivo.

A precarização do trabalho é um problema complexo que merece atenção da saúde pública, pois a sua repercussão envolve toda a estrutura do mundo trabalho e principalmente direitos sociais que foram arduamente adquiridos por trabalhadores.

Assim, fazem-se necessários estudos exploratórios e longitudinais, a fim de caracterizar melhor a questão do trabalho informal e as suas múltiplas facetas em tempos de precarização do trabalho acelerada e perda de direitos trabalhistas.

Descrever o perfil dos trabalhadores da média complexidade do SUS e as condições nos quais os mesmos estão inseridos facilita a visualização para a readequação de processos de trabalho, com o objetivo de melhorar não somente a situação dos profissionais de saúde lembrando a necessidade da atenção aos direitos sociais e trabalhistas, como também a garantia de um sistema de saúde com trabalhadores satisfeitos com seus empregos e ativos no processo do cuidado de todos os brasileiros que utilizam o sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAM, Laís. Desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro. **Ciência e cultura**, v. 58, n. 4, p. 40-41, 2006.

AGUIAR, Marcelo Dias. Flexibilização das leis trabalhistas. **BuscaLegis. ccj. ufsc. br**, 2009.

AGUIAR, Z. N. "SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios." Martinari: São Paulo, 2011. ANTUNES, Ricardo. Adeus ao trabalho. **Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**, v. 2, 1995. ANTUNES, RICARDO. A nova morfologia do trabalho. **CONSELHO EDITORIAL**, v. 14096, p. 93, 2013.

AMAZARRAY, Mayte Raya; CÂMARA, Sheila Gonçalves; CARLOTTO, Mary Sandra. Investigação em saúde mental e trabalho no âmbito da saúde pública no Brasil. **Merlo ARC, Bottega CG, Perez VK, organizadores. Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtorno psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf**, p. 75-92, 2014.

ARAÚJO, Tânia Maria de; ROTENBERG, Lúcia. Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Editora Fiocruz, 2011. p. 131-150.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2011.

AZEVEDO, Marcia Carvalho de; TONELLI, Maria José; SILVA, André Luis. Contratos flexíveis de trabalho: diferentes perfis de trabalhadores qualificados brasileiros. **Revista de Administração (São Paulo)**, v. 50, n. 3, p. 277-291, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Para subsidiar discussão sobre a despreciação do trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**, v. 3, n. 1, p. 1-188, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BARBOSA, Rose Elizabeth Cabral; ASSUNÇÃO, Ada Ávila; ARAÚJO, Tânia Maria de. Musculoskeletal disorders among healthcare workers in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 28, n. 8, p. 1569-1580, 2012.

BARBOSA, Regina Helena Simões et al. Gênero e trabalho em saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 42, p. 751-765, 2012.

BERNARDO, Marcia Hespanhol; VERDE, Fábio Frazatto; PINZÓN, Johanna Garrido. Vivências de trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios em um laboratório público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 119-133, 2013.

BELTRAME, Marlize Tatsch et al. Workability in hospital housekeeping services and associated factors. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 4, p. 49-57, 2014.

CARNEIRO, Técia Maria Santos; CORDEIRO, Tânia Maria de Araújo. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores do Brasil. **MEDICINA DO TRABALHO**, p. 262.

CORDEIRO, Técia Maria Santos Carneiro; DE ARAÚJO, Tânia Maria. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores do Brasil. **Rev. bras. med. trab**, v. 14, n. 3, p. 262-274, 2016.

DE ALENCAR, Maria do Carmo Baracho; MONTREZOR, Janaína Bússola. Aspectos da organização do trabalho e os distúrbios osteomusculares: um estudo com trabalhadores em instituições de longa permanência de idosos. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 15-22, 2010.

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. **Relatório de pesquisa. Brasília: COFEN**, 2011.

Denise Cristina Alves de et al. Labor conditions and theory of Betty Neuman: third-party workers of a public university. **Journal of Nursing UFPE online**, v. 10, n. 2, p. 727-735, 2016.

DE OLIVEIRA, Zuleica Lopes Cavalcanti. Trabalho e gênero: a construção da diferença. **Mulher e Trabalho**, v. 3, 2011.

DILELIO, A. S. et al. Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p.2594-2606, dez. 2014.

DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revbrassaudeocup**, v. 35, n. 122, p. 229-48, 2010.

EBERHARDT, Leonardo Dresch; CARVALHO, Manoela de; MUROFUSE, Neide Tiemi. Employment bonds in the health sector: the precariousness scenery at the Western macro-region of Paraná (BR). **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 18-29, 2015.

ESTEVES FANTINI, Adriana Judith; ÁVILA ASSUNÇÃO, Ada; FLÁVIA MACHADO, Ana. Dor musculoesquelética e vulnerabilidade ocupacional em trabalhadores do setor público municipal em Belo Horizonte, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, 2014.

FANTINI, Adriana Judith Esteves; ASSUNÇÃO, Ada Ávila; MACHADO, Ana Flávia. Musculoskeletal pain and occupational vulnerability in municipal public sector workers in Belo Horizonte, Brazil. **Ciencia&saude coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4727-4738, 2014.

FARIA, Maria da Graça Druck de. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios?. 2011.

FELLI, Vanda Elisa Andres et al. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas de trabalho e suas consequências. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe2, p. 98-105, 2016.

FILHA, Mariza Miranda Theme; DE SOUZA COSTA, Maria Aparecida; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues. Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 475-483, 2013.

GARCIA, Eduardo Garcia; DE ALMEIDA, Ildeberto Muniz. A Saúde do Trabalhador como problema público ou a ausência do Estado como projeto. **RBSO**, v. 32, n. 115, p. 4-6, 2007.

GIRARDI, S. N. et al. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 45, 2010.

HEALTH POLICY. Trabalho, Educação e Saúde, 2016, 14: 119-137. Machado, M. H., dos Santos, M. R., de Oliveira, E., Wermelinger, M., Vieira, M., Lemos, W., & Barbosa, C. (2016). Condições de trabalho da enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 7.

KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 2, p. 215-23, 2009.

LIEBEL, Graziela et al. Fatores associados aos gastos com a produção ambulatorial em média complexidade. 2016.

LUCHTEMBERG, Marilene Nonnemacher; PIRES, Denise Elvira Pires de. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 213-220, 2016.

MANDARINI, Marina Bernardo; ALVES, Amanda Martins; STICCA, Marina Greggi. Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 16, n. 2, p. 143-152, 2016.

MATTOS, Amália Ivine Santana. DESIGUALDADES DE GÊNERO: UMA REVISÃO NARRATIVA. **Saúde. com**, v. 11, n. 3, 2016.

MIORIN, Jeanini Dalcol et al. Estratégias de defesa utilizadas por trabalhadores de Enfermagem atuantes em pronto-socorro. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 2, 2016.

MIQUILIN, Isabella de Oliveira Campos et al. Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2013.

MORA, Cintia Teixeira Rossato; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Força de trabalho em saúde e rede hospitalar na 9ª região de saúde do Paraná/Health workforce and hospital network in the 9th health region of Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 405-412, 2017.

MOURA CORDEIRO, Samara et al. Características sociodemográficas e condições de saúde da população urbana de Feira de Santana, Bahia: análise de diferenciais de gênero. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, p. 9, 2011.

OLIVEIRA, Raquel Santos de; MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de. FLEXIBLE WORKING TIES IN SECONDARY CARE: LIMITS OF THE NATIONAL ORAL.

PARREIRA ALVES, Sheila Maria et al. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, 2015.

PICCININI, Valmíria C.; OLIVEIRA, SR de; RÜBENICH, NilsonVarella. Formal, flexívelou informal? Reflexõessobre o trabalho no Brasil. **Mosaico do TrabalhonaSociedadeContemporânea: perspectivas e inovações**, v. 1, p. 93-118, 2006.

PINHO, Paloma de Sousa; ARAÚJO, Tânia Maria de. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornosmentaiscomunsemulheres. **Rev. bras. epidemiol**, v. 15, n. 3, p. 560-572, 2012.

RIBEIRO, Carla Vaz dos Santos; MANCEBO, Deise. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. **Psicol. ciênc. prof**, v. 33, n. 1, p. 192-207, 2013.

SANTANA, Leni Lima et al. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 64-70, 2013.

SANTOS, Kelyane Laurentino. Perfil de qualidade de vida profissional naequipe de enfermagem do SAMU de Campina Grande–PB. 2016

SCHIMITH, Maria Denise et al. PRECARIZATION AND FRAGMENTATION OF WORK IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: IMPACTS IN SANTA MARIA (RS). **Trabalho, Educação e Saúde**, n. AHEAD, p. 0-0, 2017.

SCHIRRMUSTER, Renata; LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. A qualidade de vida no trabalho: relações com o comprometimento organizacional nas equipes multicontratuais. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 12, n. 3, p. 283-298, 2012.

SELIGMANN-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: UFRJ/Cortez.

SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil Physicalactivityamonghealthprofessionalsfrom South andNortheastBrazil. **Cad Saúde Publ**, v. 25, n. 9, p. 1917-28, 2009.

SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira et al. Perfil socioeconômico e de saúde dos trabalhadores de enfermagem da Policlínica Piquet Carneiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 232-240, 2012.

SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira et al. Riscos ocupacionais e agravos à saúde dos trabalhadores em uma unidade ambulatorial especializada. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 923-938, 2014.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, Rose Elizabeth Cabral; ASSUNÇÃO, Ada Ávila; DE ARAÚJO, Tânia Maria. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil Musculo skeletal disorders among health care workers in Belo Horizonte. **Cad. saúde pública**, v. 28, n. 8, p. 1569-1580, 2012.

BUSNELLO, Ronaldo. Reestruturação produtiva e flexibilização dos direitos trabalhistas. **Revista Direito em Debate**, v. 9, n. 14, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A Z: garantindo saúde nos municípios/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde**. – Brasília, 2005

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, 2002.

BRAVERMAN, Harry. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. In: **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Guanabara, 1987.

COELHO, T. C. B. **Processo político de gestão em Instituição Hipercomplexa do Sistema Único de Saúde**. Salvador, ISC/UFBA. Tese de doutorado, 2001.

DE PIRES, Denise Elvira Pires et al. Inovações tecnológicas no setor saúde e aumento das cargas de trabalho. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 45-59, 2012.

DRUCK, Graça. FLEXIBILIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO: formas contemporâneas de dominação do trabalho. **Caderno CRH**, v. 15, n. 37, 2002.

DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.

FARIA, Horácio Pereira; WERNECK, Marcos A. Furquim; DOS SANTOS, Max André. Processo de trabalho em saúde. 2009.

FARIA, Helayne Ximenes; ARAUJO, Maristela Dalbello. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

DE GOULART, Bárbara Niegia Garcia; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde—contribuições para reflexão. **Ciência& Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

EBERHARDT, Leonardo Dresch; DE CARVALHO, Manoela; MUROFUSE, NeideTiemi. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarizaçãonamacrorregiãoOeste do Paraná. **CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)**, v. 39, n. 104, p. 18-29, 2015.

ERDMANN, A. L., et al. Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2013, vol.21, n.spe, pp. 131-139. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>.

EZAIAS, Gabriela Machado et al. Síndrome de Burnout em trabalhadores de saúde em um hospital de média complexidade. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 4, p. 524-9, 2010.

FARIA, Helaynne Ximenes; ARAUJO, Maristela Dalbello. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e sociedade**, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

GOMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

KUSCHNIR, Rosana et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. **Gondim R, Grabois V, Mendes W, organizadores. Qualificação de Gestores do SUS**, v. 2, 2011.

KUSCHNIR, R. L. LD, BAPTISTA, T.W.F, MACHADO, C.V. **Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS**. In: Gondim R, Grabois V, Mendes W organizadores. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro (RJ): ENSP; 2011. p. 121-51.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 151-61, 2000.

LESSA, Íris. O novo e precário mundo do trabalho-Reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. **Trabalho Necessário. Rio de Janeiro**, ano, v. 3, 2000.

LUDERMIR, Ana Bernarda. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. **J BrasPsiquiatr**, v. 54, n. 3, p. 198-204, 2005.

LUIZA, ANA; VIANA, ÁVILA; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

MACHADO, Cristiani Vieira et al. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, 2016.

MARCELEN, Palu. Perspectivas do trabalho em saúde no Brasil. **Anais VI Seminário do trabalho: trabalho, economia e educação. Marília: Massoni**, 2008.

MARTINS, Julia Trevisan et al. Pesquisa epidemiológica da saúde do trabalhador: uma reflexão teórica. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 35, n. 1, p. 163-174, 2014.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de

enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP. Sao Paulo. Vol. 42, n. 1 (mar. 2008), p. 41-47, 2008.**

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política, livro I: O processo de produção do capital.** Boitempo Editorial, 2013.

MERLO, Alvaro RC; LAPIS, Naira Lima. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 61-68, 2007.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, SM da F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. **CiênciasSaúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 125-136, 2003.

OLIVEIRA, D. C. de et al. **A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.1, pp. 197-206. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100020>.

OLIVEIRA, A. C, RODRIGO F.S, MÔNICA V. A. "**Regionalização dos serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial em Minas Gerais: estrutura corrente versus estrutura planejada.**" Anais do XIII Seminário sobre a Economia Mineira [Proceedingsofthe 13th SeminarontheEconomyof Minas Gerais]. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

PIRES, Denise. Processo de trabalho em saúde, no Brasil no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 51, n. 3, p. 529-532, 1998.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, n. Suppl 1, p. 1009-19, 2010.

PEREIRA, Silva et al. Morbidade autorreferida por trabalhadores das Equipes de Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, 2014.

RODRIGUES, Priscila Françoise Vitaca; BELLINI, Maria Isabel Barros. 14. A Organização do Trabalho e as Repercussões na Saúde do Trabalhador e de sua Família. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 9, n. 2, p. 345-357, 2010.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. Epidemiologia e Saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 2, p. 221-224, 2007.

SILVA COSTA, Márcia. Trabalho informal: um problema estrutural básico no entendimento das desigualdades na sociedade brasileira. **Caderno CRH**, v. 23, n. 58, 2010.

SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira et al. Perfil socioeconômico e de saúde dos trabalhadores de enfermagem da Policlínica Piquet Carneiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 232-240, 2012.

SHOJI, Shino; SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira; FARIAS, Sheila Nascimento Pereira. Impacto do ambiente laboral no processo saúde doença dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade ambulatorial especializada. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 43-54, 2015.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. **COLETANEA DE TEXTOS UTILIZADOS NO ESTÁGIO DE VIVÊNCIA NO SUS**, p. 144, 2008.

TANAKARA, O. Y. "953 O difícil acesso a serviços de média complexidade." *Physis Revista de Saúde Coletiva* 20.3 (2010): 953-972.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de et al. O sistema único de saúde. In: **Saúde em debate**. Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS [et al] (orgs). **Tratado de saúde coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

VASAPOLLO, Luciano. O trabalho atípico e a precariedade. In: **Trabalho e emancipação**. Expressão popular, 2005.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO

Número do Questionário

TRABALHADORES DA SAÚDE

PESQUISA SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRABALHO

Este questionário é individual e confidencial. Por favor, é fundamental que você responda a todas as perguntas, pois a ausência de uma resposta pode invalidar sua avaliação. Suas respostas deverão refletir sua realidade, como você entende e vivencia seu trabalho.

Unidade:

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO GERAL

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo: ☐ ₁ feminino ☐ ₀ masculino	2. Idade: anos	3. Tem filhos? ☐ ₀ não ☐ ₁ sim Quantos ?			
4. Situação conjugal: ☐ ₁ solteiro(a) ☐ ₂ casado(a) ☐ ₃ união consensual/união estável ☐ ₄ viúvo/a ☐ ₅ divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)					
5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série /grau que concluiu? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ Ensino fundamental ☐ ₁ 1ª a 4ª série. ☐ ₂ 5ª a 8ª série. </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ Ensino Médio ☐ ₃ 1º ano ☐ ₆ Técnico. Qual curso? [ANOTAR]: _____ ☐ ₄ 2º ano ☐ ₅ 3º ano </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ Ensino Superior ☐ ₇ completo ☐ ₉ especialização ☐ ₁₀ mestrado ☐ ₈ incompleto ☐ ₁₁ doutorado </td> </tr> </table>			☐ Ensino fundamental ☐ ₁ 1ª a 4ª série. ☐ ₂ 5ª a 8ª série.	☐ Ensino Médio ☐ ₃ 1º ano ☐ ₆ Técnico. Qual curso? [ANOTAR]: _____ ☐ ₄ 2º ano ☐ ₅ 3º ano	☐ Ensino Superior ☐ ₇ completo ☐ ₉ especialização ☐ ₁₀ mestrado ☐ ₈ incompleto ☐ ₁₁ doutorado
☐ Ensino fundamental ☐ ₁ 1ª a 4ª série. ☐ ₂ 5ª a 8ª série.	☐ Ensino Médio ☐ ₃ 1º ano ☐ ₆ Técnico. Qual curso? [ANOTAR]: _____ ☐ ₄ 2º ano ☐ ₅ 3º ano	☐ Ensino Superior ☐ ₇ completo ☐ ₉ especialização ☐ ₁₀ mestrado ☐ ₈ incompleto ☐ ₁₁ doutorado			
6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele? ☐ ₁ branca ☐ ₂ amarela (oriental) ☐ ₃ parda ☐ ₄ origem indígena ☐ ₅ preta ☐ ₆ não sabe					

BLOCO II - INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEU TRABALHO

1. Qual o cargo que você exerce _____			
2. Há quanto tempo você está trabalhando neste cargo? anos meses			
3. Seu vínculo de trabalho atual é:			
☐ Municipal com concurso (do quadro permanente)	☐ Contratado pela CLT	☐ Prestador de serviços	☐ Cooperativado
☐ Municipalizado (cedido p/ governo estadual ou federal)	☐ Cargo de confiança	☐ Terceirizado	☐ Estagiário
4. Há quanto tempo você trabalha nos serviços públicos de saúde? anos meses			
5. Há quanto tempo você trabalha na unidade atual? anos meses			
6. Você fez algum treinamento institucional para exercer o seu cargo atual? ☐ sim ☐ não Se SIM, por favor, especifique qual: _____			
7. Você tem recebido treinamento durante o tempo que está exercendo este cargo? ☐ sim ☐ não			
8. As atividades que você desenvolve diariamente são compatíveis com o seu cargo de trabalho? ☐ sim, totalmente ☐ sim, a maior parte do tempo ☐ sim, a menor parte do tempo ☐ quase nunca ☐ nunca			
9. Seu turno de trabalho é: ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Manhã e tarde ☐ Noturno ☐ Regime de plantão			
10. Qual a sua jornada real neste trabalho no município? ☐ jornada semanal até 8 horas ☐ jornada semanal de 20 horas ☐ jornada semanal de 36 horas ☐ jornada semanal de 8 horas ☐ jornada semanal de 24 horas ☐ jornada semanal de 40 horas ☐ jornada semanal de 12 horas ☐ jornada semanal de 30 horas ☐ jornada semanal $\geq$ 44 horas			
11. Em seu trabalho, você direito a:			
☐ 13º salário	☐ Folgas	☐ Férias remuneradas	☐ 1/3 de adicional de férias
12. Você possui outro trabalho? ☐ Sim, na Prefeitura ☐ Sim, no Estado ☐ Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada c/ carteira assinada ☐ Sim, tenho outro trabalho por conta própria			

☐ ² Sim, em outra Prefeitura	☐ ⁴ Sim, no nível Federal	☐ ⁶ Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada	☐ ⁸ Não tenho outro trabalho
13. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda? horas semanais.			

BLOCO III - SOBRE O SEU AMBIENTE DE TRABALHO

Com relação às condições de seu ambiente/local de trabalho:

1. Em geral, a ventilação é:	☐ ² precária	☐ ¹ razoável	☐ ⁰ satisfatória
2. Em geral, a temperatura é:	☐ ² precária	☐ ¹ razoável	☐ ⁰ satisfatória
3. Em geral, a iluminação é:	☐ ² precária	☐ ¹ razoável	☐ ⁰ satisfatória
4. Em geral, você considera as condições das cadeiras e mesas:	☐ ² precária	☐ ¹ razoável	☐ ⁰ satisfatória
5. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos são:	☐ ² precária	☐ ¹ razoável	☐ ⁰ satisfatória
6. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?	☐ ⁰ sim	☐ ¹ não	☐ ² não sei
7. Você utiliza estes equipamentos? Em caso afirmativo, qual(is)? _____	☐ ⁰ sim	☐ ¹ não	☐ ⁸ não se aplica
8. A relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para sua realização é: ☐ ⁰ boa ☐ ¹ regular ☐ ² ruim ☐ ³ muito ruim			
9. Você entra em contato com materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico etc.? ☐ ⁰ nunca ☐ ¹ raramente ☐ ² às vezes ☐ ³ sempre			
10. Você entra em contato com anti-sépticos, como PVP-I, álcool iodado, clorexidine, álcool etílico a 70%? ☐ ⁰ nunca ☐ ¹ raramente ☐ ² às vezes ☐ ³ sempre			
11. Você entra em contato com gases anestésicos? ☐ ⁰ nunca ☐ ¹ raramente ☐ ² às vezes ☐ ³ sempre			
12. Você prepara e/ou administra medicamentos? ☐ ⁰ nunca ☐ ¹ raramente ☐ ² às vezes ☐ ³ sempre			
13. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo? ☐ ¹ raramente ☐ ² às vezes ☐ ³ sempre			
14. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo?			

₁ ☐ raramente	₂ ☐ às vezes	₃ ☐ sempre
15. Seu trabalho exige que você ande muito?		
₁ ☐ raramente	₂ ☐ às vezes	₃ ☐ sempre
16. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo?		
₁ ☐ raramente	₂ ☐ às vezes	₃ ☐ sempre
17. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar?		
₁ ☐ raramente	₂ ☐ às vezes	₃ ☐ sempre
18. Você fica sem fazer pausas durante a sua jornada diária de trabalho?		
₀ ☐ nunca	₁ ☐ raramente	₂ ☐ às vezes ₃ ☐ sempre
19. Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é:		
₀ ☐ desprezível	₁ ☐ razoável	₂ ☐ elevado ₃ ☐ insuportável

Com relação à vacinação

20. Já tomou a vacina contra Hepatite B?	₀ ☐ sim	₁ ☐ não	₄ ☐ não sei/não me lembro
20.1 Em caso afirmativo, você recebeu:	₁ ☐ 1 dose	₂ ☐ 2 doses	₃ ☐ 3 doses ₄ ☐ não sabe
20.2 Você realizou exame de sangue para verificar se formou anticorpos contra a Hepatite B?	₀ ☐ sim	₁ ☐ não	
20.3 Se fez o exame de sangue, você ficou imunizado contra a Hepatite B?	₀ ☐ sim	₁ ☐ não	₈ ☐ não fez
21. Já tomou a vacina contra Febre Amarela?	₀ ☐ sim	₁ ☐ não	₄ ☐ não sei/não me lembro
21.1 Em caso afirmativo, há quanto tempo?	₁ ☐ Menos de 10 anos		₂ ☐ Mais de 10 anos
22. Já tomou a vacina anti-rábica?	₀ ☐ sim	₁ ☐ não	₄ ☐ não sei/não me lembro
22.1 Em caso afirmativo, você recebeu:	₁ ☐ 1 dose	₂ ☐ 2 doses	₃ ☐ 3 doses ₄ ☐ não sei/não me lembro
23. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)?	₀ ☐ sim	₁ ☐ não	₄ ☐ não sei/não me lembro
23.1 Em caso afirmativo, você recebeu:	₁ ☐ 1 dose	₂ ☐ 2 doses	₄ ☐ não sei/não me lembro
24. Já tomou a vacina contra Tétano?	₀ ☐ sim	₁ ☐ não	₄ ☐ não sei/não me lembro
24.1 Em caso afirmativo, você recebeu:	₂ ☐ menos de 3 doses	₁ ☐ 3 doses ou mais, sendo a última há mais de 10 anos	₀ ☐ 3 doses ou mais, sendo a última há menos de 10 anos

25. Já tomou a vacina contra tuberculose (BCG)?	☐ sim	☐ não	☐ não sei/não me lembro
26. No setor onde você trabalha existem recursos:			
Materiais suficientes para realizar as tarefas	☐ sim	☐ não	
Sala de descanso	☐ sim	☐ não	
Tempo disponível para você se alimentar	☐ sim	☐ não	
Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho	☐ sim	☐ não	
Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho	☐ sim	☐ não	
Escaninhos para guardar pertences	☐ sim	☐ não	
Copa/refeitório	☐ sim	☐ não	
27. No caso de não existir copa ou refeitório, três ou mais vezes por semana você almoça ou janta:			
☐ Em casa ☐ No próprio local de trabalho em condições confortáveis ☐ No próprio local de trabalho em condições desconfortáveis ☐ Em restaurantes ou lanchonetes próximos ao seu local de trabalho ☐ Em restaurantes ou lanchonetes distantes do seu local de trabalho ☐ não se aplica ao profissional			

BLOCO IV - CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

1. Meu trabalho me possibilita aprender coisas novas.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
2. Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
4. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

	discordo fortemente	discordo	concordo	concordo fortemente
5. Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.	¹ ☐ discordo fortemente	² ☐ discordo	³ ☐ concordo	⁴ ☐ concordo fortemente
6. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.	¹ ☐ discordo fortemente	² ☐ discordo	³ ☐ concordo	⁴ ☐ concordo fortemente
7. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.	¹ ☐ discordo fortemente	² ☐ discordo	³ ☐ concordo	⁴ ☐ concordo fortemente
8. Meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta.	¹ ☐ discordo fortemente	² ☐ discordo	³ ☐ concordo	⁴ ☐ concordo fortemente
9. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas.	¹ ☐ discordo fortemente	² ☐ discordo	³ ☐ concordo	⁴ ☐ concordo fortemente
10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.	¹ ☐ discordo fortemente	² ☐ discordo	³ ☐ concordo	⁴ ☐ concordo fortemente
11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.	¹ ☐ discordo fortemente	² ☐ discordo	³ ☐ concordo	⁴ ☐ concordo fortemente
12. Eu não sou solicitado(a) a realizar um volume excessivo de trabalho.	¹ ☐ discordo fortemente	² ☐ discordo	³ ☐ concordo	⁴ ☐ concordo fortemente
13. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.	¹ ☐ discordo fortemente	² ☐ discordo	³ ☐ concordo	⁴ ☐ concordo fortemente
14. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.	¹ ☐ discordo fortemente	² ☐ discordo	³ ☐ concordo	⁴ ☐ concordo fortemente
15. Eu frequentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho.	¹ ☐ discordo fortemente	² ☐ discordo	³ ☐ concordo	⁴ ☐ concordo fortemente
16. Meu trabalho me exige muito emocionalmente.	¹ ☐ discordo fortemente	² ☐ discordo	³ ☐ concordo	⁴ ☐ concordo fortemente
17. Meu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas.	¹ ☐ discordo fortemente	² ☐ discordo	³ ☐ concordo	⁴ ☐ concordo fortemente
18. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.	¹ ☐ discordo fortemente	² ☐ discordo	³ ☐ concordo	⁴ ☐ concordo fortemente
19. Meu trabalho exige muito esforço físico	¹ ☐ discordo fortemente	² ☐ discordo	³ ☐ concordo	⁴ ☐ concordo fortemente

20. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
21. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha meu corpo, por longos períodos, em posições incômodas	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
22. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha minha cabeça e braços, por longos períodos, em posições incômodas	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
23. Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho. ☐ não tenho supervisor	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
24. Meu supervisor me trata com respeito. ☐ não tenho supervisor	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
25. Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho. ☐ não tenho supervisor	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
26. As pessoas com quem trabalho são amigáveis.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
27. As pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
28. Eu sou tratado/a com respeito pelos meus colegas de trabalho.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
29. Onde eu trabalho, nós tentamos dividir igualmente as dificuldades do trabalho.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
31. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente

Por favor, assinale até que ponto você concorda ou discorda das afirmativas abaixo. Agradecemos por responder a todas as afirmativas.

32. Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
33. Frequentemente eu sou interrompido(a) e incomodado(a) no trabalho.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente

34. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
35. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes e supervisores.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
36. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
37. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
38. Tenho pouca estabilidade no emprego.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
39. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
40. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado(a) pela pressão do tempo.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
41. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
42. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
43. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
44. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
45. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente

Com relação a satisfação:

46. Você está satisfeito(a) com o seu trabalho?	☐ 1 não estou satisfeito(a) de forma nenhuma	☐ 2 não estou satisfeito(a)	☐ 3 estou satisfeito(a)	☐ 4 estou muito satisfeito(a)	
47. Você se candidataria ao seu emprego novamente?	☐ 1 sim, sem hesitação	☐ 2 sim, depois de refletir sobre isto	☐ 3 definitivamente não		
48. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	☐ 1 muito ruim	☐ 2 ruim	☐ 3 nem ruim, nem boa	☐ 4 boa	☐ 5 muito boa

Por favor, circule o número correspondente ao que lhe parece a melhor resposta

	muito insatisfeito	Insatisfeito	nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	muito satisfeito
49. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
50. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?	1	2	3	4	5
51. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

BLOCO V- ATIVIDADES DOMÉSTICAS E HÁBITOS DE VIDA

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa (atividades domésticas)

ATIVIDADE	Contando com você, quantas pessoas vivem na sua casa? ☐ ☐	
1. Cuidar das crianças menores de 7 anos?	☐ não	☐ sim
2. Cozinhar?	☐ não	☐ sim
3. Passar roupa?	☐ não	☐ sim
4. Cuidar da limpeza?	☐ não	☐ sim
5. Lavar roupa?	☐ não	☐ sim
6. Pequenos consertos	☐ não	☐ sim
7. Feira/ supermercado	☐ não	☐ sim
8. Cuidar de idosos ou de pessoas doentes	☐ não	☐ sim
9. Você é o/a principal responsável pelas atividades domésticas na sua casa? ☐ não ☐ sim		
10. Nas últimas duas semanas , em que dias você realizou atividades domésticas?		
☐ todos os dias da semana		
☐ três ou mais dias na semana		
☐ um ou dois dias na semana		
☐ apenas no final de semana		
☐ não realizou atividades domésticas		

9. Quantas horas você dedica, por dia, às tarefas domésticas? 111__ horas	[] NSA
11. Você participa de atividades regulares de lazer?	☐ não ☐ sim
12. Se SIM, qual o tipo de atividade realizada?	
☐ atividades culturais (cinema, teatro, exposição) ☐ Assiste TV ou ouve rádio ☐ atividades sociais (visita a amigos, festa, barzinho, jogos – baralho, dominó, xadrez) ☐ físicas (caminhadas, natação, prática de esportes, corrida, academia)	
13. Com que frequência você realiza as atividades físicas?	☐ nunca ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ 3 ou mais vezes por semana
14. Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como:	☐ não fumante ☐ ex-fumante ☐ fumante atual
15. Você consome bebida alcoólica? ☐ sim ☐ não	Se respondeu “ não ”, siga para o próximo bloco.
16. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	☐ sim ☐ não
17. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	☐ sim ☐ não
18. Sente-se aborrecido consigo mesmo (a) pela maneira como costuma beber?	☐ sim ☐ não

19. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	☐ sim	☐ não
---	------------------------------	------------------------------

BLOCO VI- CAPACIDADE PARA O TRABALHO

1. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Em uma escala de zero a dez, quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Estou incapaz para o trabalho   Estou em minha melhor capacidade para o trabalho
2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo) ☐ 5 muito boa ☐ 4 boa ☐ 3 moderada ☐ 2 baixa ☐ 1 muito baixa
3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer) ☐ 5 muito boa ☐ 4 boa ☐ 3 moderada ☐ 2 baixa ☐ 1 muito baixa
4. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses? ☐ 5 nenhum ☐ 4 até 9 dias ☐ 3 de 10 a 24 dias ☐ 2 de 25 a 99 dias ☐ 1 de 100 a 365 dias
5. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual? ☐ 1 é improvável ☐ 4 não estou muito certo ☐ 7 bastante provável
6. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias? ☐ 4 sempre ☐ 3 quase sempre ☐ 2 às vezes ☐ 1 raramente ☐ 5 nunca
7. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta? ☐ 4 sempre ☐ 3 quase sempre ☐ 2 às vezes ☐ 1 raramente ☐ 5 nunca
8. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro? ☐ 4 sempre ☐ 3 quase sempre ☐ 2 às vezes ☐ 1 raramente ☐ 5 nunca

BLOCO VII - ASPECTOS RELACIONADOS À SUA SAÚDE

AGORA FALAREMOS UM POUCO SOBRE A SUA SAÚDE

1. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde? ☐ 1 muito bom ☐ 2 bom ☐ 3 regular ☐ 4 ruim ☐ 5 muito ruim																								
2. Você possui diagnóstico médico para alguma das doenças listadas abaixo? Pode marcar mais de uma opção <table> <tr> <td>Diabetes</td> <td>☐ 1 sim</td> <td>☐ 0 não</td> <td>Tuberculose</td> <td>☐ 1 sim</td> <td>☐ 0 não</td> </tr> <tr> <td>Colesterol alto</td> <td>☐ 1 sim</td> <td>☐ 0 não</td> <td>Gastrite</td> <td>☐ 1 sim</td> <td>☐ 0 não</td> </tr> <tr> <td>Obesidade</td> <td>☐ 1 sim</td> <td>☐ 0 não</td> <td>Úlcera</td> <td>☐ 1 sim</td> <td>☐ 0 não</td> </tr> <tr> <td>Pressão alta</td> <td>☐ 1 sim</td> <td>☐ 0 não</td> <td>Hepatite</td> <td>☐ 1 sim</td> <td>☐ 0 não</td> </tr> </table>	Diabetes	☐ 1 sim	☐ 0 não	Tuberculose	☐ 1 sim	☐ 0 não	Colesterol alto	☐ 1 sim	☐ 0 não	Gastrite	☐ 1 sim	☐ 0 não	Obesidade	☐ 1 sim	☐ 0 não	Úlcera	☐ 1 sim	☐ 0 não	Pressão alta	☐ 1 sim	☐ 0 não	Hepatite	☐ 1 sim	☐ 0 não
Diabetes	☐ 1 sim	☐ 0 não	Tuberculose	☐ 1 sim	☐ 0 não																			
Colesterol alto	☐ 1 sim	☐ 0 não	Gastrite	☐ 1 sim	☐ 0 não																			
Obesidade	☐ 1 sim	☐ 0 não	Úlcera	☐ 1 sim	☐ 0 não																			
Pressão alta	☐ 1 sim	☐ 0 não	Hepatite	☐ 1 sim	☐ 0 não																			

Câncer	☐ sim	☐ não	Infecção urinária	☐ sim	☐ não
Artrite/ reumatismo	☐ sim	☐ não	LER/DORT	☐ sim	☐ não
Rinite/ sinusite	☐ sim	☐ não	Depressão	☐ sim	☐ não
Asma	☐ sim	☐ não	Distúrbios do sono	☐ sim	☐ não
Infarto do miocárdio	☐ sim	☐ não	Anemia	☐ sim	☐ não
Angina	☐ sim	☐ não	Varizes	☐ sim	☐ não
Insuficiência cardíaca	☐ sim	☐ não	Doença dos rins	☐ sim	☐ não
Alergia/ eczema	☐ sim	☐ não	Hérnia de disco	☐ sim	☐ não
Disfonia	☐ sim	☐ não	Lombalgia	☐ sim	☐ não
Outro(s)? [ANOTAR]					

3. **Em caso de algum problema de saúde**, sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)

☐ não há impedimento / eu não tenho doença

☐ Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas a lesão/doença, me causa alguns sintomas

☐ Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho

☐ frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho

☐ por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial

☐ na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar

4. Abaixo estão listados alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale 0. Se você sente o problema, assinale com que frequência que ele acontece.

0 = nunca	1 = raramente	2 = pouco frequente	3 = frequente	4 = muito frequente
Dor nas pernas	☐	☐	☐	☐
Dor parte inferior das costas	☐	☐	☐	☐
Dor nos braços	☐	☐	☐	☐
Dor parte superior das costas	☐	☐	☐	☐
Cansaço ao falar	☐	☐	☐	☐
Rouquidão	☐	☐	☐	☐
Problemas de pele	☐	☐	☐	☐
Esquecimento	☐	☐	☐	☐
Problemas digestivos	☐	☐	☐	☐
Cansaço mental	☐	☐	☐	☐
Nervosismo	☐	☐	☐	☐
Sonolência	☐	☐	☐	☐
Insônia	☐	☐	☐	☐
Azia/Queimação	☐	☐	☐	☐
Fraqueza	☐	☐	☐	☐
Redução da visão	☐	☐	☐	☐
Irritação nos olhos	☐	☐	☐	☐
Palpitações	☐	☐	☐	☐

5. Nas duas últimas semanas, você percebeu alguma piora na qualidade de sua voz?

☐ não ☐ de vez em quando ☐ diariamente

6. Nos últimos 12 meses, você teve licença médica ou foi afastado do trabalho? ☐ sim ☐ não

Se SIM, por qual motivo?

7. Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)? ☐ sim ☐ não

Em caso afirmativo, qual?

Há quanto tempo? anos meses

Houve emissão da CAT? ☐ sim ☐ não ☐ não sei o que é CAT		
8. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum acidente de trabalho que o colocou em contato direto com sangue, escarro ou outros líquidos corporais do paciente?	☐ sim	☐ não
Houve emissão da CAT? ☐ sim ☐ não ☐ não sei o que é CAT		
9. Você procurou obter a Orientação para acidente de trabalho com exposição a material biológico de risco na rede municipal de saúde?		
☐ sim ☐ não ☐ não tenho conhecimento da existência dessa Orientação		
10. Nos últimos 12 meses, você sofreu outro tipo de acidente de trabalho ou acidente de trajeto?	☐ sim	☐ não
Em caso afirmativo, qual?		
As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS . Se você sentiu a situação descrita nos últimos 30 DIAS responda SIM. Se você não sentiu a situação, responda NÃO. Se você está incerto sobre como responder, dê a melhor resposta que você puder.		
1. Tem dores de cabeça frequentemente?	☐ sim	☐ não
2. Tem falta de apetite?	☐ sim	☐ não
3. Dorme mal?	☐ sim	☐ não
4. Assusta-se com facilidade?	☐ sim	☐ não
5. Tem tremores nas mãos?	☐ sim	☐ não
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	☐ sim	☐ não
7. Tem má digestão?	☐ sim	☐ não
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	☐ sim	☐ não
9. Tem se sentido triste ultimamente?	☐ sim	☐ não
10. Tem chorado mais do que de costume?	☐ sim	☐ não
11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	☐ sim	☐ não
12. Tem dificuldade para tomar decisões?	☐ sim	☐ não
13. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	☐ sim	☐ não
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	☐ sim	☐ não
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	☐ sim	☐ não
16. Você se sente uma pessoa inútil em sua vida?	☐ sim	☐ não
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	☐ sim	☐ não
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	☐ sim	☐ não
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	☐ sim	☐ não
20. Você se cansa com facilidade?	☐ sim	☐ não

BLOCO VIII - ATOS DE VIOLÊNCIA – VITIMIZAÇÃO

1. Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho?	☐ sim	☐ não
---	------------------------------	------------------------------

2. Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho?	☐ sim	☐ não
3. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no seu local de trabalho, praticado por usuários do serviço de saúde?	☐ nunca ☐ uma vez ☐ algumas vezes ☐ com frequência	
4. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no trabalho, praticado por parentes, acompanhantes ou vizinhos do usuário do seu serviço de saúde?	☐ nunca ☐ uma vez ☐ algumas vezes ☐ com frequência	
5. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços?	☐ nunca ☐ uma vez ☐ algumas vezes ☐ com frequência	
6. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho?	☐ nunca ☐ uma vez ☐ algumas vezes ☐ com frequência	
7. Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça?	☐ nunca ☐ uma vez ☐ algumas vezes ☐ com frequência	
Esta seção trata de atos de violência FORA do trabalho dos quais você pode ter sido vítima nos últimos 12 meses. Por favor, responda às seguintes questões:		
8. Você sofreu alguma agressão nos últimos 12 meses (fora do trabalho)?	☐ sim	☐ não
Se sim, quem praticou a agressão?		
☐ 1 paciente/ usuário do serviço de saúde ☐ 2 esposo(a) ☐ 3 amigo (a) ☐ 4 pai ☐ 5 irmão(a) ☐ 6 mãe ☐ 7 filho (a) ☐ 8 vizinho(a) ☐ 9 desconhecido(a) ☐ 10 Outros. Especifique		
9. Qual foi o tipo de agressão (fora do trabalho)?	☐ 1 Física – Especifique: ☐ 2 Psicológica ☐ 3 Sexual ☐ 4 Negligência ☐ 5 Atos de destruição ☐ 6 Xingamentos ☐ 7 Outros. Especifique	
10. Você já foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 12 meses?	☐ sim	☐ não
Qual sua renda média mensal? R\$		
Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:		

Muito obrigado por sua colaboração!

Entrevistador/a: _____

ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CEP/UEFS**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Transnordestina, S/N – Novo Horizonte - Módulo I – 44.036-900 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 30 de novembro de 2009.
O f. CEP-UEFS nº 267/2009.

Senhor(a) Pesquisador(a): Tânia Maria de Araújo

Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado **"Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia"**, registrado sob **Protocolo N.º 081/2009 (CAAE 0086.0.059.000-09)**, satisfaz às exigências da **Res. 196/96**. Assim, seu projeto foi **Aprovado** podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o **Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96**.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a **Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b**.

Relembro que conforme instrui a **Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c**, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano **(30/11/2010)** este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,


Maria Ângela Alves do Nascimento
Coordenadora do CEP-UEFS

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Av. Universitária, s/n - Km 03 da BR 116, Campus Universitário. CEP: 44031-460. Feira de Santana - BA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título do Projeto: Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde.

Pesquisadores: Dr^a Tânia Maria de Araújo, Dr^a Maura Maria Guimarães de Almeida e Thereza Christina Coelho Bahia.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e qual sua finalidade. Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na UEFS – Departamento de Saúde – Núcleo de Epidemiologia - KM 03, BR 116, Campus Universitário, 6º Módulo, 44.031-460, Feira de Santana-BA, ou pelo telefone (0xx75) 3224-8320 para prestar qualquer esclarecimento, caso você precise de maiores informações.

Esta pesquisa pretende investigar as condições de trabalho nas unidades de atenção básica à saúde dos municípios de Feira de Santana, Vitória da Conquista, Juazeiro e Santo Antônio de Jesus, a partir da percepção dos profissionais de saúde que estão em efetivo exercício profissional nas unidades selecionadas para este estudo. O conhecimento sobre os fatores envolvidos na relação entre a saúde e o trabalho pode favorecer o planejamento de ações para a melhoria da qualidade de vida e para eliminação ou redução de fatores de risco no ambiente do trabalho.

Todas as pessoas em atividade na unidade selecionada serão convidadas a participarem desta pesquisa.

A sua participação é voluntária e você poderá se afastar a qualquer momento do estudo, se desejar. Para participar, você preencherá o questionário anexo que aborda alguns aspectos em relação às condições e características do seu ambiente trabalho e serão avaliados também aspectos relacionados à saúde.

Salientamos que a sua identificação será resguardada e mantida em sigilo, mas se alguma pergunta do questionário lhe causar constrangimento, ela não precisará ser respondida. Se você sentir algum desconforto (mal estar) relacionado ao objeto de pesquisa, a equipe fará encaminhamento às unidades de serviço especializadas.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aos seus participantes e à comunidade geral e científica. Os dados serão armazenados pelo núcleo de pesquisa NEPI (UEFS) no prazo máximo de 5 anos, sob a responsabilidade da coordenação da pesquisa. A divulgação, em qualquer meio de apresentação, se fará de forma a garantir a confidencialidade dos dados.

Se você achar que foi bem informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.



Feira de Santana, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do Participante

Prof^a Tânia Maria de Araújo
Coordenadora da Pesquisa
(0xx75) 3224-8320

5 ORÇAMENTO*

Materiais permanentes

Especificação	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Computador	01	2.500,00	2.500,00
Impressora HP Deskjet 840 C	01	700,00	700,00
Estabilizador	01	40,00	40,00
Mesa para computador	01	180,00	180,00
Cadeira	01	100,00	100,00
Programa Estatístico SPSS 15.0 <i>for Windows</i>	01	12.200,00	12.200,00
Subtotal	-	-	15.720,00

Materiais de consumo

Especificação	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Papelofício A4 (500 folhas)	04	13,00	52,00
CD RW	02	2,50	5,00
Canetas	10	0,80	8,00
Borrachas	03	0,50	1,50
Lápis	10	0,40	4,00
Líquidocorretivo	01	2,20	2,20
Clips nº 4 (caixa)	01	2,30	2,30
Grampos (caixa)	01	4,50	4,50
Classificador rápido	05	1,20	6,00
Régua	01	0,50	0,50
Cartucho de tinta preto e branco para impressora HP Deskjet 840C	01	90,00	90,00
Cartucho de tinta colorida para impressora HP Deskjet 840C	01	100,00	100,00
Subtotal	-	-	276,00

Serviços terceirizados

Especificação	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Encadernação	06	1,50	9,00
Fotocópias	200	0,15	30,00
Subtotal	-	-	39,00

Resumo do orçamento

Especificação	Subtotal
Materiais Permanentes	15.720,00
Materiais de Consumo	276,00
Serviços Terceirizados	39,00
Total	16.035,00

* Os recursos serão disponibilizados pelo Núcleo de Epidemiologia

6 CRONOGRAMA

Atividades	2015										2016												2017				
	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr		
Definição do objeto																											
RevisãoBibliográfica																											
Formulação do problema																											
Elaboração da metodologia																											
Construção do cronograma e orçamento																											
Análise de qualificação																											
Encaminhamento do Projeto para apreciação ao CEP *																											
Recorde dos dados **																											
Análise dos dados																											
Discussão dos resultados																											
Elaboração do relatório de Pesquisa																											
Defesa da dissertação																											

* Comitê de Ética em Pesquisa – UEFS;

** Banco de Dados referente ao Projeto de Pesquisa “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia””.