



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

ELIZABETE SILVA DE JESUS LOPES

**CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO E EMPREGO DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: ANÁLISE DE INDICADORES DE PRECARIZAÇÃO**

**FEIRA DE SANTANA - BA
2013**

ELIZABETE SILVA DE JESUS LOPES

**CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO E EMPREGO DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: ANÁLISE DE INDICADORES DE PRECARIZAÇÃO**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana-Bahia como requisito básico para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia

Linha de Pesquisa: Saúde, Trabalho e Ambiente

Orientador: Profa. Dra. Tânia Maria de Araújo

**FEIRA DE SANTANA - BA
2013**

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteadó

Lopes, Elizabete Silva de Jesus

L851c Características do trabalho e emprego da equipe de saúde da família:
análise de indicadores de precarização / Elizabete Silva de Jesus Lopes. –
Feira de Santana, 2013.

96 f. : il.

Orientadora: Tânia Maria de Araújo.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,



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

ELIZABETE SILVA DE JESUS LOPES

**CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO E EMPREGO NA REDE PÚBLICA
MUNICIPAL DE SAÚDE: ANÁLISE DE INDICADORES DE PRECARIZAÇÃO**

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Tânia Maria de Araújo
Orientadora
Professora Titular Plena do Departamento de Saúde- Universidade Estadual de Feira de
Santana / BA

Professora Doutora Carla Jorge Machado
Examinador 1
Professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva e - Universidade Federal de
Minas Gerais

Examinador 2
Professor Doutor Eduardo José Farias Borges dos Reis
Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Bahia-Universidade Federal da Bahia.

**FEIRA DE SANTANA - BA
2013**

DEDICATÒRIA

À Deus,
Pelo seu infinito amor e fidelidade,

A meu esposo e amigo Alexson,
E aos meus filhos, Alexson Filho e Letícia.

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste estudo é uma conquista pessoal, porém com construção coletiva, e só foi possível devido ao apoio recebido de inúmeras pessoas.

A **Deus**, toda honra, toda glória, toda louvor e adoração pelo seu amor e fidelidade para comigo.

A meus pais, **Eliza e Otaviano** ("in memoriam"), pelos ensinamentos, caráter, honestidade, respeito, luta e por acreditar que em mim.

A minha família, meu esposo **Alexson**, e meus filhos, **Alexson Filho e Letícia**, presente de Deus, pelo apoio, carinho, compreensão, companheirismo, dedicação. Desculpe-me pela ausência.

A **meus irmãos, irmãs, sobrinhos**, em especial Israel, sempre disponível.

A **minhas irmãs Eliana e Eliete**, pelo apoio e disponibilidade em servir.

A **professora Tânia Araújo**, pelo direcionamento, ensinamento e paciência. Sua forma peculiar de ajudar o aluno a superar obstáculos e construir seu próprio conhecimento me impulsionou a buscar o meu objetivo.

A professora **Carla Machado**, presente de Deus para minha vida no momento mais difícil. Muito obrigada pelo acolhimento, disponibilidade, ensinamento e carinho. Você faz parte desta conquista.

A **Kionna Bernardes**, pela escuta, aconselhamento, prazer em ensinar e ajudar. Seus direcionamentos foram imprescindíveis nesta construção.

A **Thales**, meu amigo, pela ajuda, acolhimento e pelo ombro amigo.

Ao **Núcleo de Epidemiologia da UEFS**, pelo convívio, aprendizado construído.

Aos pesquisadores do CRH, em especial, **Selma Silva, Tânia Franco e Jair Batista**, pelo acolhimento.

A **Milena**, coordenadora da estabilização do HGCA, pela sensibilidade em adequar minha escala de plantão e com isso garantir minha presença nas aulas do mestrado.

A **Carmem e Tâmara**, coordenadoras da policlínica do George Américo, pela flexibilização da escala de trabalho e apoio.

Aos meus **colegas de trabalho**, pela torcida, incentivo, escuta, em especial, enfermeira Daiane pelo ombro amigo nos momentos de dificuldade.

A meus **colegas do mestrado**, pela convivência, momento de alegria partilha.

A **Luciana e Denise**, amizade construída no mestrado. Amigas, ter conhecido vocês, foi muito bom, tornou mais agradável este período. Obrigada pelo apoio.

Aos **professores do mestrado**, minha gratidão, pelos ensinamentos e possibilidade de crescimento.

Enfim, **a todos que me ajudaram** com palavras de incentivo, encorajando-me e persistir, luta e vencer, mesmo com todos os obstáculos, com certeza este foi um dos elementos que me impulsionou a ter coragem de perseverar e alcançar o alvo.

RESUMO

A precarização do trabalho constitui um dos principais problemas associados à globalização e aos processos de reestruturação produtiva no sistema capitalista. Contribui para alterar as características do trabalho e emprego de forma geral, e em particular no setor saúde. Este estudo teve por objetivo avaliar as características do trabalho e emprego do Programa de Saúde da Família (PSF), com enfoque em indicadores de precarização do trabalho, no município de Feira de Santana, Bahia no ano de 2012. Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal do tipo exploratório-descritivo, com amostra aleatória estratificada por área geográfica, categoria profissional e nível de assistência. Aplicou-se questionário estruturado a 1.041 trabalhadores da rede pública municipal. Para obter as tipologias das características do emprego e trabalho vulneráveis quanto aos indicadores de precarização utilizou-se o método Grade of Membership (GoM) - grau de pertencimento. Foram gerados 3 perfis: perfil "1", caracterizado por trabalhadores menos vulneráveis, porém com baixos rendimentos; perfil "2" marcado por trabalhadores em piores condições de trabalho e emprego e perfil "3" trabalhadores menos vulneráveis, porém com baixo suporte social. Os achados revelam a existência de diferentes vulnerabilidades referentes aos indicadores de precarização do trabalho entre os grupos de trabalhadores do PSF o que pode estar relacionado as condições de trabalho e emprego, a organização dos serviços e aos aspectos psicossociais do trabalho: demanda psicológicas advindas do trabalho, controle sobre o próprio trabalho, suporte social do chefe e dos colegas de trabalho. Sugere-se ações diferenciadas para cada grupo de trabalhadores.

Palavras-chave: Característica dos trabalhadores, condições de trabalho, vulnerabilidade. Emprego, Grade of Membership (GoM)

ABSTRACT

The casualization of labor is one of the main problems associated with globalization and the restructuring of production processes in the capitalist system. Contributes to change the characteristics of the labor and employment in general, and particularly in the health sector. This study aimed to evaluate the characteristics of the labor and employment of the Family Health Program (PSF), focusing on indicators of precarious work in Feira de Santana, Bahia in 2012. This is an epidemiological cohort study cross- exploratory- descriptive, with a random sample stratified by geographic location, occupational category and level of assistance. Applied to 1,041 workers structured municipal public questionnaire. For the types of characteristics of vulnerable employment and working on the indicators of precariousness used the Grade of Membership (GoM) method - degree of belonging. 3 profiles were generated : profile " 1 " , characterized by less vulnerable workers , but with lower incomes; Profile " 2 " marked by workers in poorer working conditions and employment profile " 3 " less vulnerable workers , but with low social support . Findings reveal the existence of different vulnerabilities on indicators of precarious work among groups of workers PSF. Suggested to different actions for each group of workers in order to desprecariar conditions of employment.

Keywords: Characteristic of workers, working conditions, vulnerability. Employment, Grade of Membership (GoM)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3	REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1	Conceito de precariedade e precarização do trabalho	14
3.2	Processo e organização do trabalho em saúde	17
3.3	O sistema único de saúde e o trabalho precarizado	19
3.4	Atenção básica e média complexidade e as políticas de desprecarização do trabalho no SUS	22
4	MATERIAIS E MÉTODOS	28
4.1	Características do estudo	28
4.2	Tipo de estudo	28
4.3	Características da área de estudo	29
4.4	População e amostra estudada	29
4.5	Instrumentos de pesquisa e coleta dos dados	30
4.6	Características do trabalho precarizado e variáveis do estudo	31
4.7	Indicadores de precarização	31
4.8	Variáveis do estudo	32
4.9	Principais indicadores de precarização do trabalho em saúde	34
4.10	Análise dos dados	35
5	RESULTADOS	37
5.1	ARTIGO CIENTÍFICO: Equipe de saúde da família: indicadores de precarização do trabalho	37
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65

REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	73
APÊNDICE A- Termo de Solicitação para Utilização de Banco de Dados	74
APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75
APÊNDICE C- Instrumento de coleta de dados	77
ANEXOS	90
ANEXO A –Protocolo do comitê de ética e pesquisa da UEFS	91
ANEXO B - Normas de Publicação	92

1 INTRODUÇÃO

O processo de reestruturação da economia mundial tem proporcionado nas últimas décadas um aumento da exploração da força de trabalho, e levado a constantes mudanças na forma de organização do trabalho.

Para o trabalhador o impacto dessas transformações tem ocasionado a precarização do trabalho com redução do número de empregos, intensificação do ritmo de trabalho, aumento da produtividade, flexibilização dos direitos trabalhistas e aumento do trabalho informal (ALVES, 2007).

Há evidências que a precarização do trabalho contribui para alterar as características do trabalho e do emprego gerando condições que propiciam prejuízos à vida social e a saúde dos trabalhadores (MATTOSO; POCHMANN, 1998; ANTUNES, 2002; TONI, 2006; 2007).

Neste contexto, estudos tem demonstrados diversos efeitos da precarização. Observa-se redução do proletariado fabril estável; incremento dos assalariados médios e de serviços; exclusão dos jovens e dos idosos do mercado de trabalho; inclusão precoce de crianças no mercado de trabalho; aumento significativo do trabalho feminino em mais de 40%, preferencialmente no trabalho *part-time*; expansão do trabalho no “Terceiro setor”, e, por último, a expansão do trabalho em domicílio. (ANTUNES, 2005).

Essas mudanças alteraram as relações de compra e venda da força de trabalho, levando à perda dos direitos sociais e trabalhistas, à degradação das condições de vida de homens e mulheres que têm no trabalho o seu sustento (Antunes, 2009). A consequência mais negativa é dada pela precarização e eliminação de postos de trabalho, resultando em um desemprego estrutural.

É importante enfatizar que o trabalho precário não impacta a todos os trabalhadores da mesma, atinge-os de maneira distinta, em diferentes segmentos ou contingentes sociais. Estudos apontam que entre as mulheres, os jovens e os trabalhadores de idade avançada são mais vulneráveis a precarização, e esses grupos estão sujeitos aos efeitos diretos da crise do emprego, na sua dupla dimensão: dificuldade de encontrar emprego e bons empregos (HIRATA; PRETÉCEILLE, 2002).

Os trabalhadores da saúde estão também incluídos neste contexto e para garantir seus postos de trabalho, se submetem à flexibilidade das mudanças dos processos produtivos, gerando um estado de precariedade que atinge o trabalho e o emprego.

A escolha do tema aqui apresentado relaciona-se à possibilidade deste estudo de conhecer as características do trabalho e emprego dos trabalhadores da saúde, especialmente os da equipe de saúde da família.

Os achados aqui produzidos poderão apontar para existência de grupo de trabalhadores mais vulneráveis aos indicadores de precarização que outros dentro de uma mesma instituição. E esta vulnerabilidade pode estar relacionada com as condições de trabalho e emprego, a organização dos serviços e aos aspectos psicossociais do trabalho: demanda psicológicas advindas do trabalho, controle sobre o próprio trabalho, suporte social do chefe e dos colegas de trabalho.

Para caracterizar os grupos estudados, recorreu-se o método GoM que possibilitou operacionalizar três perfis que caracterizavam os trabalhadores da unidade saúde da família, considerando os indicadores de precarização do trabalho.

A dissertação apresenta uma revisão de literatura buscando embasar o estudo com conceito de precariedade e precarização do trabalho, o processo e organização do trabalho em saúde, o sistema único de saúde e o trabalho precarizado. E por último a atenção básica e média complexidade e as políticas de despreciação do sistema único de saúde.

Em seguida são apresentados os objetivos do estudo. E logo depois os materiais e métodos. As etapas de desenvolvimento do estudo estão detalhadas nesta seção.

Os resultados estão apresentados na forma de artigo que trata sobre as “características do trabalho e emprego da equipe de saúde da família: análise de indicadores de precarização do trabalho”. Os resultados foram ordenados em: características sociodemográfica, econômica, do trabalho e emprego, condições de trabalho, aspectos psicossociais e perfis de trabalhadores mais vulneráveis a precarização. Em seguida, são discutidos os resultados do estudo.

Finalmente, são feitas as considerações finais sobre o estudo realizado. Esta seção pontua os principais achados encontrados, faz recomendações acerca dos indicadores de precarização nos perfis identificados, e aponta questões de interesse para investigações futuras.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAL

Analisar características do trabalho e emprego dos trabalhadores da rede pública municipal, com foco em indicadores de precarização do trabalho em Feira de Santana, Bahia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever perfil o sociodemográfico, econômico e as características do trabalho e emprego dos trabalhadores da saúde de Feira de Santana, Bahia.

Verificar as formas de contratação dos profissionais da rede municipal da saúde de Feira de Santana, Bahia.

Identificar indicadores que caracteriza a precarização do emprego e do trabalho na rede municipal de saúde de Feira de Santana, Bahia.

Caracterizar os “perfis” das características do emprego e trabalho entre os trabalhadores da equipe saúde da família em Feira de Santana, Bahia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Conceitos de precariedade e precarização do trabalho

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT) o trabalho alicerça-se na promoção de emprego com adequada proteção social e respeito aos direitos do trabalhador. Enquanto que na formação social do trabalho, este baseia-se no lucro e na mais-valia, ou seja, no excedente do trabalho humano, que não é repassado ao trabalhador, ficando o lucro em poder dos donos dos meios de produção (MARX, 2008).

Nesta perspectiva, o trabalho se transforma em valor de troca, o homem vende sua força de trabalho para realizar a reprodução social – produção e consumo. Neste processo, o trabalhador não se reconhece naquilo que produz, pois, não conhece nem domina todo o processo de produção.

Desse modo, não é dono dos meios de produção, do trabalho e nem dos resultados. O capitalista ao pagar o valor de um dia de força de trabalho passa a explorar a mercadoria (força de trabalho) e o possuidor da força de trabalho (trabalhador) (MARX, 2008).

O debate sobre a precarização do trabalho é discutido, principalmente, no campo das Ciências Sociais, e abrange diversas situações de precarização do trabalho a qual os trabalhadores estão submetidos. Atinge tantos países capitalistas centrais, como países capitalistas periféricos, como o Brasil, onde o processo de precarização do trabalho assume dimensões complexas.

De acordo com Alves (2007, p.111) a precarização do trabalho está articulada com dimensões histórico-genéticas (originárias da nossa formação colonial) e das dimensões histórico-sociais vinculadas à nova ordem da mundialização do capital e às descrições do novo processo social e do metabolismo do capital nas condições da mundialização financeira.

Também acredita que a precarização constitui elemento estrutural da mundialização do capital e atribui ao processo social de “desefetivação” da força de trabalho, em suas múltiplas determinações, tanto em sua forma objetiva como subjetiva, à dinâmica estrutural do sistema mundial do capital.

Para ele, a precariedade do trabalho trata-se de uma condição sócio estrutural que caracteriza o trabalho vivo e a força de trabalho como mercadoria, atingindo aqueles que são despossuídos do controle dos meios de produção das condições objetivas e subjetivas da vida social (ALVES, 2007 p.112).

Deste modo, a precariedade do trabalho é, portanto, uma condição histórico-ontológica da força de trabalho como mercadoria, que se constitui em determinações estruturais do modo de produção e reprodução capitalista, a partir de processos de precarização do trabalho vivo, de formas históricas de precariedade social.

Afirma também que a principal forma histórica de precariedade social é o sistema do trabalho assalariado onde o capitalismo amplia as condições de precariedade social de homens e mulheres despossuídos da propriedade, dos meios de produção, da vida material. O trabalho vivo carrega o estigma da precariedade social (ALVES, 2007 p.112).

Diferencia precarização de precariedade, como:

O que chamamos de processo de precarização é a explicitação da precariedade como condição ontológica da força de trabalho como mercadoria. A precarização possui um sentido de perda de direitos acumulados no decorrer de anos pelas mais diversas categorias de assalariados. A precarização é síntese concreta da luta de classes e da correlação de forças políticas entre capital e trabalho. É o conteúdo do Estado político da decadência histórica do capital (Alves 2007, p.115).

Desse modo, a precarização é um processo social de conteúdo histórico-político, de natureza complexa, desigual e combinada, que atinge o trabalho, principalmente setores mais organizados da classe de trabalhadores, e que hoje, são vítimas da “flexibilização do trabalho”.

Neste entendimento, Alves (2007) afirma que a precarização do trabalho é uma forma de ser sócio histórica da condição ontológica da força de trabalho como mercadoria. Enquanto existir precariedade haverá possibilidade objetiva de precarização que pode assumir dimensões objetivas e subjetivas e explicitar novos modos de alienação/estranhamento e fetichismo da mercadoria no mundo social do capital.

Portanto, a precariedade e a precarização surgem com o “trabalho livre”, isto é com o *trabalho assalariado*. Tratar de precariedade e precarização do trabalho exige tratar de novas (e complexas) formas de estranhamento e fetichismo social, postas pelo capitalismo em sua fase de cooperação complexa e de mundialização do capital (ALVES, 2008).

No contexto atual, as transformações ocorridas no trabalho delineado pelo marco da globalização neoliberal e da reestruturação produtiva do capital trouxeram mudanças que de acordo com Druck; Franco, (2011, p.9) podem ser sintetizadas pelos “processos de flexibilização, desregulamentação e precarização social do trabalho”.

Na concepção de Machado; Koster (2011, p.199) existem dois conceitos de flexibilização que são importantes para compreender a precarização do trabalho: “a *flexibilidade funcional* e a *flexibilidade numérica*”.

De acordo com as autoras entende-se por:

“Flexibilidade funcional a possibilidade de o empregador ter mais capacidade de movimentação da força de trabalho em diversas funções, mas as relações de trabalho são seguras, com garantias sociais e valorização salarial, enquanto que a flexibilidade numérica relaciona-se à habilidade para alterar o tamanho da força de trabalho, porém o trabalho é instável, há diversidade contratual, e pouca proteção social ao trabalhador” (MACHADO; KOSTER 2011, p.199).

O resultado da flexibilidade numérica é apontado também por Cherchiglia, (1999) como responsável pelo aumento de pessoal temporário, do desemprego, da diminuição do número de empregados estáveis, do aumento da precariedade e da exclusão no processo produtivo.

Outro aspecto relevante é a discussão sobre trabalho decente, promovida pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), a partir de 1999. Esta discussão caracteriza uma oportunidade para retomar o debate sobre a concepção de trabalho decente, que é um contraponto direto a concepção de trabalho precário.

Para a OIT, o trabalho precário está relacionado à ausência ou déficit de direitos de proteção social e instabilidade de vínculo, do ponto de vista do interesse do trabalhador. Este conceito está associado à vulnerabilidade de direitos sociais para os trabalhadores e, de elevada exposição a riscos e incertezas associados com a diminuição da capacidade de defender-se dos efeitos negativos desta situação.

Para outros autores como Kalleberg, (2009, p. 21) o trabalho precário é conceituado como “trabalho incerto, imprevisível, e no qual os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelo trabalhador, e não pelos seus empregadores ou pelo governo”.

Para Franco; Druck; Seligman-Silva (2010, p.237) é definido como “processo social que instabiliza e cria uma permanente insegurança e volatilidade no trabalho, fragilizando os vínculos e impondo perdas dos mais variados tipos (de direito, do emprego, da saúde e da vida) para todos os que vivem do trabalho”.

Envolvem, ainda, as perdas ou redução de benefícios indiretos, bem como as perdas salariais, em geral, pela não adoção/cumprimento ou defasagem em relação aos acordos coletivos da categoria de trabalhadores mais “estáveis” (DRUCK, 2010).

Machado; Koster (2011) faz referência do trabalho precário ao trabalho vulnerável, informal, instável e de baixos salários.

Todavia para o Ministério da Saúde, trabalho precário é aquele em que não são garantidos os direitos sociais do trabalhador e cuja forma de inserção foi sem concurso público (BRASIL, 2010).

Semelhante a este entendimento, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) definem trabalho precário como aquele que está relacionado aos vínculos de trabalho que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto (BRASIL, 2010).

Para as Entidades Sindicais que representam os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS (BRASIL, 2010).

Percebe-se que não há um consenso na literatura para conceituar trabalho precário. Em geral, observa que os autores utilizam o termo “trabalho precarizado” ou “precário” para designar perdas nos direitos trabalhistas, baixos rendimentos, instabilidade de vínculo, insegurança no trabalho, trabalho “atípico” (ANTUNES, 1998; DRUCK, 2010, 2011; DRUCK, FRANCO, 2011, 2007; MACHADO, KOSTER, 2011; REIS, 2008; TONI, 2006; 2007; 2008).

Em termos gerais, a precarização do trabalho está relacionada às mudanças do mercado de trabalho, devido à reestruturação produtiva que trouxe consequências para os trabalhadores e estão relacionadas as condições de trabalho e emprego, a deficiência de qualificação dos trabalhadores, ausência de direitos trabalhistas, ritmo acelerado de trabalho, baixos salários, condições do ambiente de trabalho, organização do ambientes de trabalho, levando em consideração o apoio social recebido do chefes e colegas, entre outros fatores.

3.2 Processo e organização do trabalho em saúde

O processo de trabalho em saúde, de acordo com Franco; Magalhães Junior (2003) é diferenciado de qualquer outro trabalho por sua especificidade técnica, marcada pela natureza peculiar de seus objetos, das tecnologias utilizadas e da qualificação técnica requerida para seus agentes.

No trabalho em saúde, na visão de Mendes- Gonçalves (1994) há um encontro do agente produtor (trabalhador), seus instrumentos com o agente consumidor (usuários). Estes, tornam agentes também deste processo no momento que expõem suas intencionalidades, conhecimentos e representações para o trabalho e o trabalhador. Assim, a dimensão do trabalho em saúde é

diferente, por exemplo, do trabalho fabril, pois não se realiza sobre máquinas, mas sobre pessoas que devem ser corresponsáveis por esse processo.

De acordo com Merhy (2007) existem três dimensões tecnológicas utilizadas no processo de trabalho em saúde, que são as tecnologias: leve; leve-dura; e dura. A leve refere-se à tecnologia de relações como vínculo, acolhimento, responsabilização; leve-dura corresponde aos saberes bem estruturado e a tecnologia dura aos equipamentos tecnológicos como as máquinas, normas e estrutura organizacional.

O mesmo autor também enfatiza que o trabalho em saúde não poder ser capturado pela lógica do trabalho morto, traduzidos pelos equipamentos e saberes estruturado. Uma vez que sua tecnologia de ação conforma-se em processo de intervenção em ato, operando com tecnologias de relação, de subjetividades, das relações “interseçoras” que é o encontro com o usuário final, e reproduz às necessidades de saúde. Desse modo, o trabalho em saúde tem uma amplitude característica e se constitui numa rede de inter-relações entre trabalhadores e usuários.

Nesta perspectiva, podemos compreender o trabalho em saúde como atividade social, articulada, no qual opera um conjunto de tecnologias diferenciadas e complementares, com diferentes processos, para o alcance de sua finalidade principal: o cuidado em saúde (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2003). No entanto, observam-se neste processo que o trabalhador encontra-se permeado por incertezas, instabilidade, desrespeitos aos aspectos legais de direitos sociais e trabalhistas (NOGUEIRA, 1983).

No contexto do processo de trabalho em saúde, particularmente na atenção básica e média complexidade, a precarização do trabalho tem evidenciado um processo multidimensional que altera a vida dentro e fora do trabalho. São processos de exploração dominação que mesclam incerteza, sujeição, competição, proliferação da desconfiança e do individualismo, sequestro do tempo e da subjetividade (ARAÚJO, 2006).

Aliados a este processo, estão à desestabilização e a vulnerabilidade social que conduz à “desvalorização simbólica, com a corrosão do sistema de valores, da autoimagem e das representações da inserção de cada um na estrutura social” (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN- SILVA, 2010, p.232).

Do ponto de vista de seu impacto, nos serviços e na vida dos trabalhadores, o reflexo deste processo pode ser traduzido pela precarização das relações de trabalho, ausência de uma política salarial setorial, pouca transparência e consequente faltam de controle e regulação do sistema de ingresso nos serviços. Como também alta rotatividade nos postos de trabalho e ausência de sistemas de carreira, comprometendo a profissionalização do trabalho e dos trabalhadores na área da saúde (NOGUEIRA, 2011).

Algumas pesquisas têm apontando que a precarização do trabalho está implicada de modo contundente na saúde mental, que é indissociável da saúde como um todo. Trata-se, portanto, da “fragilização – orgânica existencial e identitária – dos indivíduos pela organização do trabalho com intensificação da multiexposição” (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010, p.232).

Nesta perspectiva, Franco, Druck e Seligmann- Silva (2010, p.232) afirmam:

“Consolida-se no imaginário social a noção de descartabilidade das pessoas, de naturalidade da insegurança e da competição de todos contra todos, ancorada na fragilização dos vínculos, nas rupturas de trajetórias profissionais, na perda da perspectiva de carreira”.

Ressalta-se também a fragilidade do reconhecimento social, da valorização simbólica e do processo de construção de identidades individual e coletiva.

Nos dias atuais, a precarização do trabalho passou a ser uma característica principal do trabalho contemporâneo e das novas relações de trabalho, apresentando diversas faces e dimensões para vida do trabalhador.

Nesse sentido, observa-se que há um crescimento das contratações flexíveis, também nos profissionais com alta escolaridade, aproximando-se da experiência de trabalho precário vivida há tempos por trabalhadores de baixa escolaridade (TOSTA, 2008).

Há, portanto, uma tendência de precarização do trabalho em contexto onde impera a lógica do mercado, e mesmo indivíduos altamente escolarizados estão sujeitos a conviverem com a insegurança, a instabilidade e a falta de direitos e benefícios sociais.

3.3 O sistema único de saúde e o trabalho precarizado

O setor saúde é um ramo importante na economia brasileira que representa 4,3% da população ocupada no país gerando mais de 10% da massa salarial do setor formal e em torno de 3,9 milhões de postos de trabalho (2,6 milhões vínculos formais, 690 mil sem carteira assinada e 611 mil profissionais autônomos (IBGE, 2010).

Segundo o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS do Ministério da Saúde, em documento de 2006, cerca de 600 mil trabalhadores em saúde no SUS possuíam trabalhos precários o que representava 24% dos postos de trabalho em serviços de saúde (Brasil, 2005).

As bases legais que legitimam a ação do Ministério da Saúde na construção da Política de Recursos Humanos no SUS estão expressas na Constituição Federal de 1988 no artigo 200,

que estabelece, como uma das atribuições do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos para o sistema de saúde. Em seguida, a Lei Nº 8.080 de 1990, explícita a necessidade de articulação entre as esferas de governo para a formalização e execução da política de recursos humanos em saúde (CARVALHO, 1995).

É cada vez maior o consenso entre gestores e trabalhadores do SUS, nas três esferas de governo, que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (BRASIL, 2004).

Difunde-se a ideia que os trabalhadores representam a chave fundamental para alavancar uma boa gestão de saúde. Porém a resolução da maior parte dos problemas atuais parece decorrer de importantes mudanças ocorridas, ao longo da última década, na economia nacional, na administração pública e nas formas de organização social do trabalho, bem como nas políticas que se relacionam com trabalho, educação e finanças públicas (BRASIL, 2006 a)

Tais mudanças criaram novas realidades administrativas e desafios políticos, tais como, os representados pelo trabalho flexível e informal, ou ainda, pela necessidade de formação de trabalhadores com níveis mais elevados de educação e de qualificação profissional.

Nessa perspectiva, destacam-se cenários e tendências atuais para as políticas de recursos humanos no país. Resgatando um pouco a história, a década de 90 foi marcada por cenários de transformações. Tem-se um período crítico na dinâmica do mercado de trabalho, sobretudo pela evidente tendência ao desemprego, à terceirização acelerada, às metamorfoses do trabalho informal, refletindo, enfim, na perda de qualidade do emprego (PAHO/WHO, 2006).

Tais transformações caracterizam-se especialmente por um processo de desregulamentação, verificado principalmente pela mudança do emprego formal e assalariado por diversas outras modalidades de vinculação dos profissionais aos serviços, tais como: contrato temporário, tempo parcial (PAHO/WHO, 2006).

Algumas estratégias têm sido elaboradas para acelerar e fortalecer o SUS, a exemplo, do Pacto de Gestão que propõe o fortalecimento da descentralização da gestão, regionalização, pactuação, participação social, que constituem elementos indispensáveis para consolidação das políticas públicas de maneira geral e, em particular, no campo da gestão do trabalho (MACHADO; KOSTER, 2011).

No campo da saúde do trabalhador, Koster (2008) destaca que as inovações tecnológicas trouxeram um enfoque voltado para valorização do modelo de atenção básica à saúde e impulsionaram a incorporação de novos trabalhadores para este modelo de assistência.

Neste contexto, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e o Programa de Saúde da Família, (PSF) criados respectivamente em 1991 e 1994, com o objetivo de reorganização da prática de atenção à saúde. Estas iniciativas do poder público apontaram para

a expansão do mercado de trabalho no setor saúde e, ao mesmo tempo, a reestruturação do modelo de atenção à saúde, baseado nos princípios da reforma sanitária brasileira (NASCIMENTO, 2005).

Associado à expansão do trabalho, a descentralização do SUS transferiu a gestão da força de trabalho para a gestão municipal e contribuiu para a expansão das contratações dos trabalhadores de saúde nesta esfera (MATTOSO; POCHMANN, 1998). Entretanto, observa-se que os municípios enfrentam dificuldades e dependem da esfera federal para financiamento e fortalecimento de sua capacidade de gestão do trabalho em saúde.

Com relação aos aspectos legais, a Constituição Federal de 1988 consagrou o modelo estatutário para os servidores públicos, posteriormente regulado pelo Regime Jurídico Único (RJU) sendo obrigatória esta adoção pelas autarquias e fundações vinculadas ao SUS (PIERANTONI, 2001). Entretanto na década 90, a Emenda Constitucional n. 19/98, deu nova redação à Constituição Federal de 1988, permitindo a flexibilização dos vínculos de trabalho na administração pública. A emenda provocou um processo de precarização do trabalho do SUS e a redução de postos de trabalho estáveis o serviço público (MACHADO; KOSTER, 2011).

A reforma do Estado proporcionou a flexibilização do emprego público, controle sobre gastos públicos com o objetivo de solucionar o problema do ajuste fiscal. Todavia tais medidas provocaram a desestruturação do serviço público, além de aumentar as terceirizações sem critérios (ARAÚJO et al., 2006; MACHADO; KOSTER, 2011).

É importante destacar que tais mudanças legais são resultado de um processo muito amplo de reestruturação do Estado, implementado pela política de corte neoliberal. Assim, a reforma do Estado, adotou inúmeras maneiras para contratação do trabalhador no serviço público, classificadas como contratações diretas e indiretas.

De acordo com o Ministério da Saúde contratações diretas referem-se ao servidor estatutário; servidor celetista/ regime especial/ contratos temporários; e regimes especial/ cargos comissionados. Enquanto que as contratações indiretas referem se as terceirizações; cooperativas; trabalho vinculado indiretamente por meio de organizações sociais (OS); contrato de gestão com organizações civis de interesse público (OSCIPS) e trabalho vinculado indiretamente por meio de entidades filantrópicas e fundações privadas (BRASIL, 2007).

Conforme *Agenda Positiva*, as cooperativas, os contratos temporários, as bolsas de estudo, os pagamentos por dívidas reconhecidas, as prestações de serviço por intermédio da Consolidação da Lei do Trabalho (CLT), entre outras, constituem-se como modalidade de contrato precário, devido à insegurança trabalhista, desconforto que causam aos profissionais de saúde (BRASIL, 2005a).

Apesar da Constituição Federal de 1988, no seu artigo 200, atribui ao Sistema Único de Saúde a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da saúde, esse preceito não se tem traduzido plenamente numa prática institucional. Os instrumentos de poder e de articulação de que dispõe o sistema, neste momento, para orientar o processo de formação e a distribuição dos recursos humanos, além de não serem suficientes, não têm sido utilizados em sua totalidade (BRASIL, 2006).

Percebe-se que a flexibilização das modalidades de contratação, com vínculos precários é uma das consequências da baixa valorização do servidor público. Isto se explica pela escassez de concursos públicos, ausência de avaliações de desempenho, baixos salários, diferenças salariais na mesma categoria profissional, ausência de planos cargos, carreiras e salários (PCCS), faltam de garantia de direitos sociais, temporalidade dos contratos (KOSTER, 2008; MACHADO; KOSTER, 2011).

Considerando as iniciativas nas esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), percebe-se que alguns gestores avançaram na questão de contratação dos profissionais de saúde por concursos públicos, em outros ainda permanecem os contratos temporários, sem direitos trabalhistas e sociais assegurados.

Outro fator que merece destaque são os salários oferecidos nos editais dos concursos públicos para os profissionais de saúde. Constituindo-se em baixos salários, o que evidencia a ausência de políticas públicas de valorização do cargo e da carreira profissional, representada pela falta de piso salarial fixado em lei, para as categorias profissionais de saúde.

Neste cenário, constatam-se retrocessos importantes que comprometem a relação dos trabalhadores com o sistema, prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS, devido à alta rotatividade dos funcionários e traz repercussões à saúde física e mental dos trabalhadores.

3. 4 Atenção Básica e Média Complexidade e as políticas de despreciação do trabalho no SUS.

A organização do SUS em nosso país está assentada em três pilares: rede (integração dos serviços Inter federativos), regionalização (região de saúde definidas a partir de aglomerados de municípios limítrofes com características que importem à organização de rede de atenção à saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos *serviços*). Estes são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõem o art. 198 da Constituição Federal (CF).

A CF de 1988, ao estatuir que o SUS, é um sistema *integrado*, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa. O modelo do sistema de saúde brasileiro é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. A hierarquização se compõe da atenção primária ou básica; atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade.

Isto significa dizer, que o modelo do sistema de saúde brasileiro, estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde, conforme dispõe os arts. 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90.

Este modelo estabeleceu que as ações e procedimentos de atenção à saúde se dispusessem em dois blocos: atenção básica e as ações de média e alta complexidade: ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2007). Portanto, este modelo de atenção à saúde deve estar centrado em níveis de complexidade dos serviços e ser estruturado pela atenção básica, principal porta de entrada no sistema.

A Atenção Primária em Saúde (APS), denominada no Brasil de Atenção Básica (AB), torna-se uma estratégia de organização do sistema de saúde, a partir da década de noventa, sendo considerada porta de entrada preferencial deste sistema (CONILL, 2008; SOUZA; HAMANN, 2009).

Atenção Básica deveria ser o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o SUS, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo-se o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (BRASIL, 2001).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde são equivalentes (BRASIL, 2011a). Há, entretanto uma discussão a respeito da denominação da atenção à saúde: primária ou básica. Na Constituição Federal brasileira, tanto quanto na Lei 8.080/90, não há qualquer referência a um ou outro nome.

Contudo, a EC 29/2000, dispõe que 15% dos recursos das transferências da União para os demais entes federativos devem ser para o custeio de ações e serviços *básicos* de saúde. Se entender serviços básicos como atenção básica, esta, então, seria a denominação a ser utilizada.

Por meio da atenção básica, o governo federal busca incorporar práticas de saúde inovadoras balizadas por diferentes tecnologias para responder às demandas da população. Tem como propósito substituir o modelo de saúde existente, centrado na doença, focalizado em práticas predominantemente curativas, médico-centrado, por um modelo centrado na promoção da saúde, baseado na interação com equipe multiprofissional, com busca de práticas mais resolutivas e integrais articuladas em uma rede de atenção (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2003; MENDES, 1994).

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprovou a nova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011a).

De acordo com esta portaria, a atenção básica, caracteriza-se por:

Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e a participação social (BRASIL, 2011).

Diversos autores têm considerado a importância da Atenção Básica na reorganização do sistema de saúde no Brasil (ASSIS, 2007; CAMPOS, 2003; FRANCO, 2003; MENDES, 1994; MENDES-GONÇALVES, 1994; SILVA JUNIOR, 2006; TEIXEIRA, 2003).

Dentre as estratégias de organização do serviço de saúde, a Política Nacional de Atenção Básica destaca o Programa de Saúde da Família (PSF) que tem se configurado como um dos mais importantes referenciais da organização da Atenção Básica no Brasil e estratégia prioritária para expansão e consolidação das diretrizes do SUS.

Esta estratégia integra uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião- dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros profissionais (BRASIL, 2011).

A organização dessa estratégia pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos (procedimento-centrado) e profissional (médico-centrado), baseado nas especialidades e no atendimento hospitalar, para um processo de trabalho centrado no usuário, (usuário-centrado). Onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica e o exercício do controle social (BRASIL, 2011).

Nesta perspectiva, os serviços de saúde precisam de adequações para a reorganização da atenção à saúde com a finalidade de atender aos princípios e diretrizes do SUS através de práticas articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde, atendimento integral e resolutivo (BRASIL, 2011).

Outro nível de complexidade da atenção à saúde é a Média Complexidade- componente fundamental para a efetiva implementação das diretrizes previstas nas orientações que estruturam o SUS.

De acordo com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde a Média Complexidade:

“É um dos três níveis de atenção à Saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico” (BRASIL, 2007).

A atenção Média Complexidade foi instituída pelo Decreto nº 4.726 de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Neste modelo de atenção à saúde o gestor deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de Média Complexidade, considerando a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações.

Para isso, precisa utilizar os dados epidemiológicos e sociodemográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutive para realizar o diagnóstico e tratamento; a complexidade e o custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações (BRASIL, 2007).

Entretanto, a efetivação da organização do sistema de saúde, não é tarefa de fácil execução, pois requer um processo de mudança que envolve uma política pública articulada com a prática (ASSIS et al., 2003).

Além disso, precisa de financiamento e recursos humanos qualificados e motivados para desenvolver as ações com vistas a garantir o acesso universal e contínuo da população. Precisa também de serviços de saúde resolutivos e com qualidade, em todos os níveis de atenção, promovendo a vinculação, acolhimento, responsabilização e cor responsabilização pela atenção às necessidades de saúde (BRASIL, 2011a).

O financiamento do sistema é uma questão importante. Os gestores estaduais e municipais têm se defrontado com o dilema da garantia do acesso, da qualidade e da resolubilidade, de forma equânime e integral. Precisam dentro do quadro de insuficiência financeira, devido ao subfinanciamento do sistema, desenvolver das ações de saúde que atendam às necessidades do usuário (BRASIL, 2007).

Entende-se que os insumos e equipamentos devem ser necessários para o atendimento das prioridades definidas para a saúde local, com a “garantia dos fluxos de referência e contra

referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar”, este é o ideário (BRASIL, 2007).

A garantia da continuidade e qualidade do serviço de saúde envolve a questão da gestão da força de trabalho e dos aspectos relacionais do trabalho como a construção de relações de afetividade, vínculo, entre o usuário e o trabalhador da saúde. A continuidade do cuidado pressupõe a permanência da relação entre profissionais e usuários ao longo do tempo (BRASIL, 2011).

Entretanto, os programas e políticas governamentais para o setor saúde podem sofrer descontinuidade por se apoiarem em trabalhadores cuja relação de vínculo contratual é extremamente instável (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010).

Quando há rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde, pode comprometer a efetividade do modelo e a qualidade dos serviços ofertados. No modelo, o foco da atenção ocorre sobre a família e a comunidade, sendo fortemente valorizado o vínculo entre os profissionais e a população. A rotatividade causa uma enorme contradição dentro do próprio modelo de gestão adotado, porque quem presta o cuidado (o trabalhador da saúde) não é “cuidado” pelo sistema.

Neste cenário, o trabalho precarizado em saúde, tem sido objeto de pesquisas na gestão do trabalho no SUS, devido às terceirizações, à vulnerabilidade funcional, à rotatividade de trabalhadores, principalmente na estratégia saúde da família e suas repercussões a saúde do trabalhador (GIRARDI, 2003, 2002; KOSTER, 2008)

Interessado também por estas questões, o Ministério da Saúde, busca através de elaboração de políticas públicas, estratégias de desprecarização do trabalho do SUS. Tendo como objetivo principal a política de valorização do trabalho no SUS, a formulação de políticas específicas que busquem solucionar o problema da precarização e valorização do trabalho humano (BRASIL, 2003; 2006 b).

Existem políticas desenvolvidas pelo governo na tentativa de reverter o quadro de precarização do emprego em saúde no Brasil. Dentre estas políticas, destaca-se a *Agenda Positiva* do Departamento de Gestão e da Regulamentação do Trabalho (DEGERTS). E a Política Nacional de Desprecarização, que tem como objetivo a valorização do trabalho no SUS, formulação de políticas específicas, ampliação do consenso em torno das repercussões que o trabalho precarizado produz na vida dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2003; 2005b).

Entre as iniciativas desta política está a criação do Programa DesprecarizaSUS coordenado pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), com objetivo de regularizar a situação dos trabalhadores inseridos de forma irregular no sistema único de saúde e garantir ações efetivas de desprecarização do trabalho, através da realização

de concurso público, levantamento da situação de precarização do trabalho, das formas de inserção e dos vínculos existentes (MACHADO; KOSTER, 2011).

Algumas contribuições significativas para despreciação do trabalho do SUS têm sido evidenciadas como: documento para seleção pública dos agentes comunitários de saúde (ACS) e de agentes de endemias, conforme Emenda Constitucional n.51, e Lei n. 11.350/2006 que permite contratação por processo seletivo público; a cartilha DespreciaSUS que informa questões importantes sobre esta temática, a criação da comissão especial para elaboração das diretrizes do plano de cargos carreira e salários - SUS,(PCCS),rede de apoio a despreciação do trabalho (KOSTER, 2008).

Outro programa criado pelo Ministério da Saúde foi o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), conforme Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011 (Republicada no Diário Oficial da União nº 170, de 21 de setembro de 2011). Este programa tem por objetivo possibilitar o cadastro dos Profissionais de Saúde, Municípios e Entidades Supervisoras para atuar na Atenção Básica.

De acordo com os objetivos do programa, o governo oferece incentivo aos médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas que optarem por atuar nas equipes de saúde da família e outras estratégias de organização da Atenção Básica, e na atenção à saúde das populações ribeirinhas, quilombolas, assentadas e indígenas (BRASIL, 2011b). Além dos programas descritos acima, o Ministério da saúde tem o programa de formação e educação permanente dos recursos humanos do SUS.

Embora tenha percebido avanços em alguns municípios, em outros, a contratação temporária ainda permanece e se constitui realidade para muitos municípios brasileiros, em particular Feira de Santana, foco deste estudo.

Entretanto, vale ressaltar que a precarização do trabalho, transcende a apenas vínculos de trabalho permanente. Envolve garantias de direitos, sociais, trabalhistas, qualificação para o emprego, valorização do cargo e da carreira profissional, condições de trabalho adequadas, autonomia sobre o trabalho, adequação do ritmo de trabalho de acordo com a capacidade do trabalhador entre os aspectos.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Características do estudo

Este estudo foi realizado a partir de dados secundários, coletados da pesquisa multicêntrica “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da Bahia”. Desenvolvido pela Universidade Estadual de Feira de Santana /BA (UEFS) e coordenado pela professora Dra. Tânia Maria de Araújo, do Núcleo de Pesquisa em Epidemiologia (NEPI) e colaboradores, em parceria com pesquisadores de quatro universidades baianas: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF) e Universidade Estadual do Recôncavo Baiano (UFRB) foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS e obteve a aprovação, protocolo número 081/2009 (ANEXO A).

A proposta da pesquisa multicêntrica está estruturada em três subprojetos:

1. Inquérito Saúde, trabalho e doença no setor saúde;
2. Condições de emprego na atenção básica;
3. Processo de trabalho em saúde na atenção básica.

O presente estudo trata-se, portanto, de um recorte do subprojeto 2 “Condições de emprego na atenção básica”, realizado em Feira de Santana, Bahia e obteve autorização para utilização do banco de dados, coordenadora da pesquisa conforme demonstra documento no APÊNDICE (A).

4.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, de característica exploratória, utilizado por outros pesquisadores em investigações para avaliar a relação exposição/ doença e agravo em grupos semelhantes da população.

Neste tipo de estudo, fator e efeito são observados simultaneamente, permite avaliações instantâneas das situações de saúde, ou seja, investiga exposição e desfecho no mesmo momento.

4.3 Características da área de estudo

O município de Feira de Santana/BA, campo de estudo desta pesquisa, está localizado no agreste baiano, da macrorregião Centro Leste e congrega cinco microrregiões. Está situado a 107 km de sua capital.

A população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2011, foi de 556.642 habitantes, sendo 263.999 do sexo masculino (47,4%) e 292.643 do sexo feminino (52,6%). É a maior cidade do interior da Bahia em população (FEIRA DE SANTANA, 2011).

Quanto ao setor de saúde, o município está habilitado na Gestão Plena do Sistema segundo Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS- SUS 01/02 desde março de 2004) conforme Portaria Ministerial nº 352 de 09 de março de 2004.

O sistema municipal de saúde de Feira de Santana é composto por instituições públicas, filantrópicas e privadas conveniadas ao SUS, que complementam a rede dos serviços existentes.

No que se refere à rede municipal, há um quantitativo de 83 Equipes de Saúde da Família (ESF); 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 06 Policlínicas para atender a média complexidade (FEIRA DE SANTANA, 2011).

4.4 População e amostra estudada

A população deste estudo foi constituída por trabalhadores pertencente ao quadro de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana/BA, no ano de 2010, atuantes na atenção básica e média complexidade, independente do vínculo contratual e em pleno exercício profissional.

A seleção das áreas para amostra da pesquisa do projeto multicêntrico foi realizada a partir de amostragem aleatória estratificada por área geográfica, nível de complexidade e a categoria profissional.

Para o cálculo da amostra, considerou - se o universo de 2.973 trabalhadores a época da coleta de dados. Foi estimada uma mostra de 452 trabalhadores considerando erro amostral de 3%, nível de confiança de 95%, precisão de 4,2% (referente a 10% na variação da estimativa do evento de interesse). Dobrou-se o tamanho da amostra, sendo está estimada em 904 trabalhadores. Admitindo-se perdas e recusas em torno de 20%, definiu-se o tamanho da

amostra final em 1.041 trabalhadores. Para reduzir o percentual de perdas, adotou-se o procedimento de realizar até quatro visitas por profissional para aplicar o questionário. As substituições dos profissionais foram feitas respeitando a ocupação profissional, sexo, unidade geográfica (NASF).

A amostra foi distribuída, com base na participação de cada seguimento na população correspondente. Obtendo as seguintes distribuições:

- 1- **NASF I**- 174 trabalhadores (5,8%), amostra de 62;
- 2- **NASF II**- 357 (12,0%), amostra de 130;
- 3- **NASF III**- 649 trabalhadores (21,8%), amostra de 236;
- 4-**NASF IV** - 181 trabalhadores (6,1%), amostra de 66;
- 5-**NASF V**- 713 trabalhadores (24,0%), amostra de 260;
- 6-**NASF VI** - 305 trabalhadores (10,3%), amostra de 111;
- 7-**NASF VII**- 158 trabalhadores (5,3%), amostra de 57 e
- 8-**NASF VIII** - 436 trabalhadores (14,7%), amostra de 159.

4. 5 Instrumentos de pesquisa e coleta dos dados

Foi utilizado questionário padronizado (APÊNDICE C) contendo 8 blocos, dos quais será utilizado neste estudo o bloco I (informações sociodemográficas), bloco II (informações gerais sobre o trabalho) e bloco IV (características psicossociais do trabalho). Os questionários foram aplicados no período de julho a dezembro de 2011, entretanto, este período se estendeu sendo realizada novas coletas de junho a julho de 2012, devido a grande rotatividade dos profissionais sorteados nos postos de trabalhos.

Para uniformizar os procedimentos metodológicos na coleta dos dados, foi elaborado um Manual de Procedimentos e Condutas e o treinamento dos entrevistadores, com o objetivo de orientar e padronizar a aplicação do questionário, a fim de nortear o entrevistador sobre as condutas durante a realização da pesquisa. Os instrumentos de pesquisa foram testados em um estudo piloto realizados na cidade de Cruz das Almas /Bahia.

Para a coleta dos dados, será previamente esclarecido aos participantes o objetivo da pesquisa, após consentimento, será assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado no (APÊNDICE C) conforme preconiza a Resolução nº 196/96, com a finalidade de assegurar o anonimato dos autores e o sigilo das informações (BRASIL, 2006).

Em síntese, as etapas do trabalho de campo foram estruturadas da seguinte forma: treinamento dos pesquisadores, explicação sobre a pesquisa, leitura e assinatura do TCLE, caso

o trabalhador concorde em participar da pesquisa ocorrerá à coleta dos dados, supervisão, controle de qualidade dos dados coletado, através do fluxo de acompanhamento da coleta.

4.6 Características do trabalho precarizado e variáveis do estudo

Para alguns autores, o trabalho precarizado tende a se manifestar a partir de algumas características: nível de remuneração, nível de qualificação, forma de contratação, horas trabalhadas, participação em organizações associativas da categoria, ritmo acelerado de trabalho, problemas de afastamento por doenças e condições do ambiente de trabalho entre outros fatores (SANTOS; UCHOA; NETO, 2004; TONI, 2007).

A partir destas características escolheu-se as variáveis de exposição do estudo, para caracterizar os perfis do emprego e trabalho dos trabalhadores da saúde com foco em indicadores de precarização.

As variáveis de exposição elegíveis ajudarão a definir as características do emprego e trabalho na rede pública municipal de saúde. Considerou-se achados na literatura sobre precarização do trabalho que apresenta associação com a categoria profissional, renda, raça/cor, nível de escolaridade, qualificação para o trabalho entre outras (SANTOS; UCHOA; NETO, 2004; TOMASI et al., 2010; TONI, 2007).

4.7 Indicadores de precarização

Baixa remuneração: indicador fundamental na determinação do estudo de precarização do trabalho, já que a renda do trabalhador reflete diretamente na qualidade de vida e nas possibilidades de satisfazer suas necessidades.

Baixa qualificação: o baixo nível de qualificação pode representar um alto nível de precarização, sobretudo porque há dupla possibilidade do efeito danoso da condição de precarização. Primeiro, pode prejudicar o usuário com a oferta de serviço desqualificado e com possibilidade de risco e no trabalhador causando insegurança e exclusão no mercado de trabalho.

Vínculo temporário: É considerado indicador de precarização, sobretudo a contratação temporária, que leva a vulnerabilidade e instabilidade do vínculo de trabalho. No âmbito do SUS, são comuns várias modalidades de contratação numa mesma instituição.

Jornada de trabalho superior a 44 horas semanais: De acordo com a Constituição Federal de 1988 a jornada de trabalho é de 44 horas semanais, e os trabalhadores de turnos

ininterruptos a carga horária é de 6 horas. Sabe-se que o trabalhador que trabalha em regime de plantões mesmo alternando as folgas, a intensidade do trabalho não é evitada, e pode ser um elemento importante de precarização, sobretudo na área de saúde. Considerou a jornada em padrão longa ou curta baseada no estudo de (GONZAGA; LEITE; MACHADO, 2002);

Falta de participação da categoria profissional em organização associativa: a existência de organização associativa possibilita melhor poder de negociação a uma categoria, portanto, se considera a não participação em movimento sindical, ou associações, como um elemento de vulnerabilidade do trabalhador ao trabalho precarizado.

Ausência de direitos trabalhistas e sociais: considera-se indicador de precarização a inexistência de direitos e benefícios concedidos pelos empregadores como: insalubridade, vale-transporte, alimentação, adicional noturno, adicional por periculosidade, férias, 13º salário, folgas, licença maternidade e paternidade, 1/3 adicional de férias entre outros.

Ritmo acelerado de trabalho: a precarização também se caracteriza pela organização do trabalho que intensifica o ritmo e as exigências para a realização das tarefas.

Precárias condições no ambiente de trabalho: a falta de equipamentos, recursos materiais e humanos também é um indicador de precarização que traz prejuízos para assistência e para o desempenho do trabalhador, que precisa fazer improvisos pela falta ou inadequação de materiais.

Alta demanda e baixo controle do trabalho: trabalho com alta exigência predispõe ao desenvolvimento de desordens psicológicas e físicas.

Apoio social baixo pelos supervisores e colegas de trabalho: o baixo suporte social intensifica o risco associado ao trabalho de alto desgaste.

4.8 Variáveis do estudo

Variáveis sociodemográficas e econômicas:

Sexo: (masculino ou feminino);

Situação conjugal: (solteiro casado/ união estável, viúvo, divorciado);

Faixa etária: (menor que 18 anos; 18-29; 30-45; 45-60);

Número de filhos: (sem filhos, de 1 a 2; 3 a 5, maior que 5);

Raça/cor da pele: (branca, amarela, parda, indígena, preta).

Nível de escolaridade: (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo).

Categoria profissional: nível superior (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista,) e nível médio (auxiliar/técnico de enfermagem, agente comunitários de saúde).

Renda (1 a 2 salários mínimos, 3 a 5 salários mínimos, 6 a 10 salários mínimos e de 10 a 20 salários mínimos).

Satisfação com salário/ renda: (satisfeito, muito satisfeito, não satisfeito, pouco satisfeito)

Variáveis relativas ao trabalho e emprego:

Jornada de trabalho semanal: padrão (40-44 horas por semana), longa (mais de 44 horas) e curta (menos de 40 horas)

Tempo de trabalho na unidade: (1 a 2 anos, 3 a 5 anos, 6 a 10, maior que 10 anos);

Qualificação para o trabalho: (sim; não);

Vínculo empregatício: (temporário: contratado, prestador de serviço cooperativado, terceirizado, estagiário ou estatutário);

Turno de trabalho: (manhã, tarde, manhã e tarde, noturno, regime de plantão);

Direitos trabalhistas: férias remuneradas (sim ou não); 13º salário (sim ou não); folga (sim ou não) e licença médica (sim ou não);

Outros vínculos: (sim; não);

Insegurança no emprego: (baixa alta).

Variáveis relativas às condições do ambiente de trabalho

No setor onde você trabalha existem recursos materiais suficientes para realizar as tarefas (sim; não).

Variáveis relativas às características psicossociais do trabalho:

Demanda do trabalho (baixa; alta);

Controle do trabalho (baixo; alto);

Suporte social dos colegas (baixo; alto).

Suporte social dos supervisores, coordenadores (baixo; alto).

4.9 Principais indicadores de precarização do trabalho em saúde.

- 1- Baixa remuneração;
- 2- Baixa qualificação;
- 3- Vínculo de trabalho temporário;
- 4- Jornada de trabalho superior a 44 horas semanas;
- 5- Falta de participação da categoria profissional em organizações associativas;
- 6- Ausência de direitos trabalhistas e sociais assegurados como: férias, 13º salário, férias, 1/3 de adicionais de férias, licença maternidade e paternidade entre outros;
- 7- Ritmo acelerado de trabalho;
- 8- Precárias condições de trabalho;
- 9- Alta demanda e baixo controle do trabalho;
- 10- Baixo suporte social dos supervisores e colegas de trabalho

A partir da escolha de variáveis que caracterizam o trabalho precário foi construído os perfis dos trabalhadores da equipe de saúde da família utilizando o método GoM, detalhado a seguir.

4.10 Análises dos dados

A análise de dados foi direcionada a caracterização do trabalho e emprego dos profissionais da saúde na esfera pública municipal de saúde. A análise descritiva incluirá a exposição das frequências absolutas, proporção das variáveis com ênfase nas características sociodemográficas, informações gerais sobre o trabalho e nas características psicossocial do trabalho (demanda controle e suporte social) A descrição será iniciada pela análise univariada, que consiste na análise do perfil de cada variável separadamente. A seguir será feita análise bivariada entre as variáveis de interesse e as categorias profissionais da equipe básica da estratégia saúde da família.

As características psicossociais do trabalho foram avaliadas enfatizando duas dimensões: a demanda psicológica advinda do trabalho (inclui questões relacionadas ao ritmo de trabalho, tempo para realização das tarefas, volume excessivo de tarefas) e o controle sobre o trabalho (que inclui duas subescalas: uso de habilidades e autoridade decisória no trabalho). Para esta análise foi utilizado o *Job Content Questionnaire* (JCQ) - instrumento que mede os aspectos psicossociais do trabalho de acordo com o modelo Demanda-Controle (ARAÚJO; KARASEK, 2008).

Para análise, os escores de demanda psicológica e de controle foram dicotomizadas com base na mediana da distribuição de cada uma dessas variáveis: os valores iguais ou abaixo da mediana foram categorizados como baixa demanda ou baixo controle; os acima, como alta demanda ou alto controle. O ponto de corte para o controle foi na mediana 60 com variação de 30 a 92 e da demanda em 28 com variação de 14 a 48.

A partir da combinação entre os níveis de demanda e controle foram constituídos os quatro grupos previstos pelo Modelo Demanda-Controle: baixa exigência (baixa demanda e alto controle), alta exigência (alta demanda e baixo controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e trabalho ativo (alta demanda e alto controle)

O suporte social existente entre os colegas de trabalho e o supervisor/ coordenador foi também analisado e dicotomizado com base na mediana das variáveis: o ponto de corte do suporte social proveniente do chefe/ supervisor foi 8,49 e proveniente dos colegas foi 12,0. Os valores acima foram considerados pontos de corte estabelecidos alto suporte social e abaixo, baixo suporte social.

Para mensuração da insegurança no trabalho procedeu-se ao somatório de três questões: pouca estabilidade no emprego, poucas possibilidades de ser promovido e mudanças não desejadas, utilizando a seguinte equação: [(trabalho estável+ promoção no futuro (5- mudanças

não desejadas)]. O ponto de corte foi na mediana (8,0); valores acima foram considerados maior insegurança no trabalho e igual ou abaixo como baixa insegurança no trabalho.

Para a construção de tipologias de perfis dos trabalhadores da saúde da atenção básica e de média complexidade, com foco na precarização do trabalho utilizou-se o método *Grade of Membership* (GoM) – grau de pertencimento. Esse método tem sido amplamente utilizado por pesquisadores no Brasil, e em outros países, ganhando reconhecimento nas áreas de Ciências Sociais e nas Ciências da Saúde.

O GoM tem sido cada vez mais usado devido à vantagem de possuir um conjunto de parâmetros que mensuram a heterogeneidade individual, com base nas correlações não-observáveis entre as categorias de resposta das variáveis de interesse, gerando uma medida do grau de pertencimento de cada indivíduo a perfis extremos. O modelo, além de permitir que sejam definidos padrões – chamados *perfis extremos* – capazes de sintetizar grande parte da informação contida na base de dados para os indivíduos que a compõem, também possibilita a avaliação das proximidades – medidas por escores de grau de pertencimento – dos indivíduos a cada um dos perfis extremos (GILES, 1988; MANTON et al., 1994).

Para análise das variáveis de interesse foi utilizado o programa estatístico “*Social Package for the Social Sciences*” (SPSS) versão 9.0 for Windows e o método estatístico *Grade of Membership* versão GoM 3.4.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados e discutidos no artigo científico, explorando os achados mais relevantes da pesquisa.

Artigo: Equipes de saúde da família: indicadores de precarização do trabalho

ARTIGO

Interface

Modalidade: artigo

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: INDICADORES DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

FAMILY HEALTH TEAMS: INDICATORS PRECARIOUS WORK

FAMILIA EQUIPOS DE SALUD: INDICADORES DE TRABAJO PRECARIO

Elizabete Silva de Jesus Lopes¹
Tânia Maria de Araújo²
Carla Jorge Machado³

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Epidemiologia, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – E-mail: betesj@bol.com.br.

² Núcleos de Epidemiologia, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – E-mail: araujo.tania@uefs.br.

³ Professor Associado I Departamento de Medicina Preventiva e Social, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Faculdade de Medicina Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG E-mail: carlajmachado@gmail.co

Endereço para correspondência:

Elizabete Silva de Jesus Lopes

Rua Andaraí, 742, Jardim Cruzeiro. Feira de Santana-Bahia. CEP: 44024-264

RESUMO

Avaliar características de trabalho na equipe saúde da família (ESF) com foco em indicadores de precarização do trabalho, em Feira de Santana, Bahia-2012. Utilizou-se pesquisa exploratória descritiva de corte transversal, com amostra representativa de trabalhadores, aleatoriamente selecionados, estratificada por área geográfica, categoria profissional e nível de assistência. Aplicou-se questionário estruturado sobre aspectos sociodemográficos, condições de trabalho e emprego e aspectos psicossociais para 1.041 trabalhadores. Neste estudo selecionou-se 394 trabalhadores que atuavam na ESF. Avaliou os aspectos psicossociais do trabalho, e para obtenção dos perfis de trabalhadores utilizou-se o método *Grade of Membership* (GoM). O Perfil 1 obteve (prevalência 21,4%) caracterizado por trabalhadores com alto suporte social e baixa remuneração; Perfil 2, (prevalência 33,1%) com maiores rendimentos mensais e o Perfil 3, (prevalência 45,5%) baixos rendimentos mensais. Evidenciou-se diferentes vulnerabilidades entre trabalhadores da ESF, pressupõe ações específicas para cada perfil de trabalhadores.

Palavras-chaves: Programa Saúde da Família. Condições de trabalho. Vulnerabilidade. Método *Grade of Membership* (GoM).

ABSTRACT

Assess characteristics of work in family health team (FHT) focusing on indicators of job insecurity in Feira de Santana, Bahia-2012. Utilizou A descriptive exploratory cross-sectional research, a representative sample of workers, randomly selected, stratified by geographic area, occupational category and level of assistance. Applied on structured sociodemographic characteristics, conditions of employment and psychosocial questionnaire to 1,041 workers. This study was selected 394 workers who worked at FHS. Assessed the psychosocial aspects of the work, and to obtain the profiles of workers used the Grade of Membership (GoM) method. The profile obtained 1 (prevalence 21.4%) characterized by workers with high social support and low pay; Profile 2 (prevalence 33.1%) with higher monthly incomes and Profile 3 (prevalence 45.5%) lower monthly income. Revealed a different vulnerabilities between FHS workers, requires specific actions for each profile of workers.

KEYWORDS: Family Health Program. Working conditions. Vulnerability. Grade of Membership (GoM) method Family Health Program.

RESUMEN

Evaluar las características del trabajo en equipo de salud de la familia (ESF) centrados en los indicadores de la inseguridad laboral en Feira de Santana, Bahía-2012. Utilizou Una investigación transversal exploratorio descriptivo, de una muestra representativa de los trabajadores, seleccionados al azar, estratificado por área geográfica, categoría profesional y el nivel de asistencia. Aplicado sobre las características sociodemográficas estructurados, las condiciones de empleo y el cuestionario psicosocial a 1.041 trabajadores. Este estudio se seleccionó 394 trabajadores que trabajaban en FHS. Evaluó los aspectos psicossociales del trabajo, y para obtener los perfiles de los trabajadores utilizan el grado de pertenencia (GOM) método. El perfil obtenido 1 (prevalencia del 21, 4%) que se caracteriza por los trabajadores con un alto apoyo social y los bajos salarios; Perfil 2 (prevalencia del 33, 1%) con más altos ingresos mensuales y el perfil 3 (prevalencia del 45, 5%) la renta mensual más bajo. Revelado un diferentes vulnerabilidades entre los trabajadores de la ESF, requiere acciones específicas para cada perfil de los trabajadores.

KEYWORDS: Programa de Salud Familiar. Las condiciones de trabajo. Vulnerabilidad. Grado de método de Membresía (GOM).

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família é considerado meta prioritária do governo federal para reorientação do sistema público de saúde. Tem como propósito substituir o modelo de saúde centrado na doença, focalizado em práticas predominantemente curativas, por um modelo centrado na promoção da saúde e na busca de práticas mais resolutivas e integrais, articuladas em uma rede de atenção hierarquizada e regionalizada ⁽¹⁾.

O modelo baseado em equipes de saúde da família (ESF) propõe-se a fortalecer o ideário do sistema único de saúde (SUS) sendo considerado eixo estruturante da atenção básica e dos seus princípios como: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e a participação social, visando uma maior resolubilidade da atenção ⁽¹⁾.

A equipe mínima que compõe o Programa de Saúde da Família é composta por enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, auxiliar e ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e técnico de saúde bucal. Outros profissionais podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais⁽²⁾.

A atuação das ESF se dá mediante a adstrição da clientela, de modo a atender suas necessidades básicas de saúde e estabelecer vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade no cuidado à saúde com os usuários e a comunidade.

Acredita-se que os trabalhadores da equipe de saúde da família são elementos fundamentais para o sistema de saúde e, portanto, atores sociais importantes para o desenvolvimento e melhoria deste sistema.

Entretanto, os trabalhadores da saúde, em particular a equipe saúde da família, encontram-se vulneráveis as condições de trabalho e empregos precários, devido às mudanças de reestruturação dos processos produtivos, que na busca de alternativas para superação da crise do capitalismo, tem aumentado a exploração da força de trabalho⁽³⁾.

O SUS, com a adoção de arranjos flexíveis de gestão na administração pública, seguiu a tendência geral de precarização do trabalho, ocorrida na economia brasileira a partir da década de 90. Essas mudanças têm ocasionado a precarização do trabalho que se manifesta a partir de múltiplos fatores ⁽⁴⁾.

Dentre estes, destaca-se redução do número de empregos, intensificação do ritmo de trabalho, aumento da produtividade, flexibilização dos direitos trabalhistas, baixa remuneração salarial, pouca qualificação dos profissionais ⁽⁵⁾, Inclui ainda a terceirização, o trabalho a domicílio, em tempo parcial, informal, sazonal, com perda de direitos sociais e sindicais e

organização rígida do processo de trabalho. Esses aspectos podem levar ao sofrimento físico e mental ^(6,7).

Estudos indicam vulnerabilidade dos trabalhadores da saúde relacionados às condições de trabalho e emprego, baixos salários, fraco reconhecimento social, diminuição da autonomia e vínculos temporários de trabalho ^(8,9,10,11).

A situação de perda da condição de inserção estável no emprego cria uma condição de insegurança, nos planos objetivo e subjetivo, o que pode levar a ruptura dos laços e dos vínculos, tornando-os vulneráveis e sob uma condição social fragilizada, ou de “desfiliação” social ⁽¹²⁾.

Em Feira de Santana, Bahia, local deste estudo, a expansão da assistência na atenção básica, possibilitada pelo Programa de Saúde da Família, vem garantindo a incorporação de um contingente expressivo de trabalhadores (as), muito embora pouco se saiba sobre suas condições de trabalho e emprego.

Neste sentido, é necessária a realização de estudos que identifiquem os profissionais mais vulneráveis dentro dos ambientes laborais, a fim de instituir medidas direcionadas aos grupos mais expostos aos efeitos da precarização do trabalho.

Frente a situação de novos contextos de prestação de serviços de saúde, levanta-se questionamento sobre o modelo de reorganização da atenção básica de modo a conhecer a produção de vínculos que se estabelecem em termos de exigências laborais, quanto a proteção social a esses trabalhadores, avaliando-se situação de vulnerabilidade.

Este estudo tem por objetivo avaliar as características do trabalho e de emprego da equipe de saúde da família com foco em indicadores de precarização e identificação de tipologia dos perfis dos trabalhadores. Com base nessa caracterização será possível avaliar o contexto atual de relação de emprego e de condições de trabalho na atenção básica de saúde e identificar grupos mais vulneráveis.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de corte transversal, tendo como população alvo, os trabalhadores da equipe básica de saúde da família no município de Feira de Santana.

Nesse município havia, em 2012, um total de 2.973 trabalhadores que atuavam na atenção básica e média complexidade, 83 equipes de saúde da família que contava com o auxílio de oito núcleos de apoio à saúde da família (NASF).

Para a seleção dos participantes do estudo foi selecionado amostra aleatória, representativa da população, estratificada segundo área geográfica (NASF) nível de assistência prestada (atenção básica e de média complexidade) e categoria profissional. Foram incluídos no estudo todos os trabalhadores que estavam vinculados ao serviço público municipal de saúde, independente do vínculo empregatício (permanente, temporário, estagiário ou cargo em comissão). A amostra total sorteada foi composta por 1.041 trabalhadores, sendo que, para este estudo, foram selecionados apenas 394 que integravam a equipe saúde da família (ESF).

Participaram da pesquisa médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnico em higiene bucal e agente comunitários de saúde (ACS) atuantes nas diversas unidades de saúde da família da rede pública municipal de saúde.

Os trabalhadores que não se encontravam no serviço por motivo de férias, licença médica, transferência, aposentadoria ou morte, foram substituídos por outros respeitando a função e cargo, área geográfica e sexo.

A coleta de dados foi realizada utilizando-se questionário estruturado, não identificado, respondido no próprio local de trabalho. Foram avaliadas as características sociodemográficas e econômicas, condições de trabalho e emprego, insegurança no trabalho e aspectos psicossociais.

A análise descritiva do estudo foi feita inicialmente pela análise univariada, que consiste na análise do perfil de cada variável separadamente. E seguida, realizou-se análise bivariada considerando variáveis referentes às condições do trabalho, à saúde e condições sócio demográficas.

Para a análise das características psicossociais do trabalho foi utilizado o *Job Content Questionnaire* (JCQ). Este instrumento mede os aspectos psicossociais do trabalho de acordo com o modelo Demanda-Controle. De acordo com este modelo foi combinado quatro grupos: alta exigência (alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e baixa exigência (baixa demanda e alto controle) ⁽¹³⁾.

Este mesmo instrumento foi utilizado para mensuração da insegurança no trabalho através do somatório de três questões: pouca estabilidade no emprego, poucas possibilidades de ser promovido e mudanças não desejadas. O ponto de corte foi na mediana (8,0); valores acima desse valor foram considerados como de maior insegurança e inferior como menor insegurança no trabalho.

Para a construção de tipologias de perfis dos trabalhadores da ESF utilizou-se o método *Grade of Membership* (GoM) – grau de pertencimento, que se baseia na teoria dos conjuntos nebulosos (*fuzzy sets*)⁽¹⁴⁾.

O modelo, além de permitir que sejam definidos padrões – chamados *perfis extremos* ou tipos capazes de sintetizar grande parte da informação contida na base de dados, também possibilita a avaliação das proximidades – medidas por escores de grau de pertencimento – dos indivíduos a cada um dos perfis extremos^(14,15).

Descrição do método grade of membership (GoM)

Para a construção dos perfis, com base na análise conjunta das variáveis, utilizou-se um método que se baseia na lógica de partição difusa. O método escolhido foi o *Grade of Membership* (GoM) que se baseia-se na teoria dos conjuntos nebulosos (*fuzzy sets*) e usa o método da máxima verossimilhança para estimar os atributos prováveis dos perfis extremos e os graus de "proximidade" de cada elemento⁽¹⁴⁾.

Essa técnica de agrupamento permite determinar o grau de pertencimento (g_{ik}), que representa o coeficiente de pertinência do i -ésimo elemento ao k -ésimo perfil, com o grau de pertinência/similaridade do indivíduo i ao perfil k , variando em uma escala de zero (sem pertinência) a um (total pertinência)⁽¹⁶⁾. Isto quer dizer que um indivíduo pode 'estar' inserido em diversos perfis, ao mesmo tempo, dependendo do valor do escore ou grau de pertencimento a um determinado conjunto K . A soma dos escores de pertencimento soma um para todos os perfis.

Essa técnica, além de definir a existência de K conjuntos difusos (perfis), onde $K = 2, 3, 4, 5, \dots, k$, os classifica como perfis extremos (perfis de referência)^(17,18). Os perfis extremos têm definidas as probabilidades de ocorrência de cada categoria das variáveis investigadas, e são definidas por k_{jl} , ou seja, cada indivíduo com escore igual a um ($g_{ik}=1$) em um determinado perfil K -ésimo têm a probabilidade de ter o valor (ou categoria) l -ésimo na variável j -ésima⁽¹⁴⁾.

A partir dos dados da pesquisa foi realizada a tipologia de perfis dos trabalhadores das equipes saúde da família quanto ao pertencimento ao trabalho precário, considerando as características selecionadas para esse tipo de análise.

Desta forma, por meio do *software* estatístico que aplica o método GoM o pesquisador estabelece a priori os perfis extremos e calcula as probabilidades e os escores de todos os trabalhadores a partir das informações de cada um, contidas na base de dados. Informações detalhadas sobre o software utilizado e procedimentos de análise encontram-se em Assis et al., (2008) ⁽¹⁷⁾.

Considerou-se, neste estudo a identificação de características marcadoras dos perfis aquelas cuja razão entre as probabilidades obtidas de ocorrência de características nos perfis extremos e a probabilidade de ocorrência na amostra total tiver sido igual ou superior a 1,3. Esse valor é superior ao valor de 1,2 utilizado por outros autores e se justifica pela necessidade de demarcar bem quais as características que de fato são marcadoras dos perfis. ^(16,17).

Quanto a determinação do número de perfis do modelo, utilizou-se o mesmo critério empregado por Pereira, et al., 2007, ⁽¹⁶⁾ definidos com base na avaliação da “significância substantiva” dos perfis extremos, ou seja, perfis interpretáveis. A cada perfil criado procurou-se verificar se as mudanças observadas podiam ser justificadas do ponto de vista teórico. Neste estudo, o modelo de três perfis foi considerado o mais adequado.

Para mensurar a prevalência dos perfis, foi utilizada a média do grau de pertencimento a cada um dos perfis. ⁽¹⁷⁾. Esta média fornece uma estimativa da prevalência dos perfis na população e foram utilizadas neste estudo para obter uma medida de prevalência dos trabalhadores da equipe saúde da família.

Para compor a análise das características do emprego e trabalho na equipe de saúde da família, utilizando método GoM foram selecionadas as seguintes variáveis: a) informações sociodemográficas e econômicas (nível de escolaridade, renda); b) informações gerais sobre o trabalho e emprego (categoria profissional, tipo de vínculo de trabalho, duplo emprego, existência de treinamento, carga horária de trabalho, direitos trabalhistas (férias remuneradas, adicional de férias, folgas, 13º salário); c) condições de trabalho (materiais suficientes e tempo disponível para tarefa; d) características psicossociais do trabalho: apoio social do chefe e dos colegas.

A pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram coletados após a aprovação pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana- Bahia, parecer nº 81/2009. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Utilizou-se como ferramentas estatísticas o SPSS – *Statistical Package for Social Science*, versão 9.0 para Windows e o programa GoM3 executável em ambiente DOS.

3 RESULTADOS

1 Características sociodemográficas

A análise dos dados evidenciou que dos 394 profissionais da equipe saúde da família 35 (9,2%) eram médicos, 37 (9,7%) enfermeiros, 13 (3,4%) cirurgiões dentistas, 14 (3,5%) técnico de saúde bucal, 75 (19,7%) auxiliares de enfermagem e 220 (57,9%) agentes comunitários de saúde. Destes, 87,1% pertenciam ao sexo feminino e 12,9% do sexo masculino, revelando predomínio de população feminina. **(Tabela 1).**

A faixa etária predominante estava entre 31 - 40 anos (40,9 %) com média de 39 anos de idade. O ensino médio concentrou o maior número de trabalhadores (64,1%), seguido do ensino superior (20,1%). Entre os que possuíam nível superior, destacou-se o percentual de enfermeiros, que referiram ter pós-graduação (73,0%).

Com relação à raça cor da pele, a maioria declarou-se cor parda e preta (82,2%). A situação conjugal predominante foi a de casados/união estável (66,0 %), seguidos dos solteiros (24,5%); a presença de filhos foi informada por 68,6% dos profissionais. A maioria dos trabalhadores possuía renda mensal de até dois salários mínimos (55,1%). (Salário mínimo R\$ 622,00 reais). Os maiores rendimentos foram informados pela categoria médica (10 a 20 salários mínimos mensais).

2 Características do trabalho e emprego nas equipes saúde da família segundo indicadores de precarização

Com relação ao tipo de vínculo empregatício, verificou-se predomínio de contratação temporária (cooperativas) em quase todos os profissionais da ESF: médicos (85,7%), enfermeiros (91,9%), cirurgião-dentista (100%), técnico de saúde bucal (85,7%) e auxiliar/técnicos de enfermagem (85,5%), exceção para os agente comunitário de saúde que apresentaram maior percentual para contrato de trabalho permanente (99,9%), **(Tabela 2)**, o que indica condição positiva do ponto de vista da modalidade de contratação para este grupo ocupacional.

Quanto aos direitos trabalhistas, 76,9% dos cirurgiões dentistas informaram não ter férias; 94,1% dos enfermeiros não recebiam 13º salário e adicionais de férias **(Tabela 2)**. Verificou-se que 91,9% dos trabalhadores referiram insatisfação com salário e renda, porém 77,2% estavam satisfeitos com o seu trabalho mesmo sem os direitos assegurados.

O tempo de permanência dos profissionais nas unidades de saúde da família variou de 1 a 4 anos com média de 1,5 anos (dp=0,67), sendo que, entre os enfermeiros, 18,8%

apresentaram menor permanência na unidade de trabalho, caracterizando maior rotatividade destes profissionais nas equipes de saúde da família. Os médicos (42,9%) informaram a maior jornada de trabalho semanal (acima de 44 horas) como também maior número de vínculos contratuais (68,6%).

Quanto à qualificação, observou-se que todos os enfermeiros (100%) fizeram treinamento para ingressar na equipe de saúde da família; entretanto, os médicos apresentaram a menor participação em treinamentos (18,2%).

3 Condições de trabalho na ESF

As condições de trabalho estão descritas na **Tabela 3**. Os trabalhadores das equipes saúde da família referiram como regular (52,1%) ou precária (36,3%) os equipamentos disponíveis para realização das tarefas, insuficientes (50,6%) os materiais disponíveis e regular (62,1%) a relação entre exigências do trabalho e os materiais disponíveis para o serviço, configurando precárias condições no ambiente de trabalho. Ressalta-se que os médicos foram os profissionais que relataram situação, em geral, mais desfavorável: 45,7% referiram equipamento precário, 74,3% materiais insuficientes e 23,5% afirmaram relação muito ruim\ruim entre o que o trabalho exige e as condições para sua execução.

2.9 Aspectos psicossociais do trabalho e modelo demanda-controle

Na população, predominou situação de alta demanda (53,7%). Demandas elevadas foram predominantemente referidas pelos ACS (62,1%), técnicos em saúde bucal (57,1%) e auxiliares \ técnicos de enfermagem (56,0%). Registra-se percentuais de baixa demanda entre os médicos (71,4%), cirurgiões dentistas (76,9%) e enfermeiros (62,2%). (**Tabela 4**).

Com relação ao controle sobre o próprio trabalho, 54,6% relataram alto controle. Entre os médicos e enfermeiros observaram-se os maiores percentuais de baixo controle, 74,3% e 62,2% respectivamente.

Quanto ao suporte social oferecido pelo chefe\ supervisor para a equipe de trabalho, observou-se baixo suporte social em todas as categorias profissionais estudadas, com maior percentual entre os enfermeiros 96,9% e os médicos 88,9%. (**Tabela 4**). Esta condição pode intensificar o risco associado ao trabalho de alto desgaste. Em contrapartida, neste estudo, foi destaque o alto suporte social oferecido pelos colegas de trabalho, principalmente entre os ACS 77,2% e os técnicos de saúde bucal 71,4%. Considerado como um fator de amortecimento dos efeitos prejudiciais do trabalho de alto desgaste, portanto, atua como fator protetor.

A distribuição dos trabalhadores segundo o modelo demanda – controle foi relativamente similar entre os grupos estudados: alta exigência (24,4%), trabalho ativo (29,5%), trabalho passivo (20,6%) e baixa exigência (25,5%).

Entretanto, quando realizada a distribuição por categoria profissional observou-se que entre os auxiliares e técnicos de enfermagem, 28% apresentaram trabalho com alta exigência e 30,7% baixa exigência. Entre os ACS, 37,5% apresentaram trabalho ativo. No grupo dos cirurgiões dentistas, 46,1% referiram trabalho passivo e 30,8% de baixa exigência. Enquanto 55,9% dos médicos referiram trabalho passivo. A existência de uma mesma categoria profissional em grupos diferentes do Modelo Demanda- Controle talvez possa ser explicada devido a particularidades de cada unidade da ESF, considerando-se o ambiente e organização do trabalho.

3 Perfis dos trabalhadores da equipe de saúde da família discriminados pelo método *Grade of Membership (GoM)*

A **Tabela 5** apresenta a descrição das características prováveis dos perfis extremos, definidos pelo método GoM, para os quais os valores da razão das probabilidades encontram-se destacados. Os resultados do perfil 1 indicam que os “tipos puros” deste perfil tinham maior probabilidade, comparativamente a qualquer indivíduo da amostra, de serem trabalhadores com nível superior e este aumento era de 30%, correspondendo a uma razão E/O igual 1,3 ($E/O=1,3$). Analogamente, indivíduos tipos puros deste perfil tiveram probabilidade aumentada em relação a amostra total de terem rendimentos de 1 a 2 salários ($E/O=1,6$); de discordarem fortemente dos salários recebidos ($E/O=1,3$); de pertencerem as categorias de ACS ($E/O=1,3$) e auxiliar/técnico de enfermagem ($E/O=1,3$); de receberem adicionais de férias ($E/O=1,4$); e 13º salário ($E/O=1,3$); de serem estatutários ou regidos pela CLT ($E/O=1,6$).

Houve maior probabilidade também, neste perfil, dos indivíduos não terem materiais suficiente para realizar as tarefas ($E/O=1,3$); de discordarem fortemente do tempo para realizar as tarefas ($E/O=3,1$); de terem alto suporte social da chefia e supervisor ($E/O=2,9$), alto suporte social dos colegas ($E/O=2,3$) e de terem alto controle sobre o trabalho ($E/O=1,4$). A prevalência de características deste perfil na amostra foi de 21,4%.

De acordo com esta descrição, pode-se verificar que os “tipos puros” do perfil 1 são de indivíduos (trabalhadores) “menos vulneráveis as condições de trabalho e emprego e com alto suporte social”. Entretanto com maior probabilidade de indivíduos com baixa renda mensal, insatisfação com o salário recebido e ausência de recursos materiais suficientes.

Os “tipos puros” do perfil 2 corresponde ao grupo de indivíduos para o qual se observa o aumento da probabilidade de ocorrência dos seguintes eventos: nível fundamental (E/O=1,8) e superior (E/O=2,0); de vencimentos mensais variando de 3 a 5 salários mínimos (E/O=2,5) a mais de 20 salários (E/O=2,20); de concordarem com salário recebido e sentirem-se menos inseguros no trabalho (E/O=1,5); de serem médicos e enfermeiros (E/O=2,5) e auxiliares/técnicos de enfermagem (E/O=2,6); de não receberem adicionais de férias e 13º salário (E/O=2,4); de terem vínculo de trabalho como terceirizados ou prestadores de serviços (E/O=1,9) e por cooperativas (E/O=2,5); de terem vários vínculos de trabalho (E/O=2,1); de terem jornada de trabalho semanal de 8 a 36 horas (E/O=1,8) e de 40 horas ou mais (E/O=1,9); que as demandas estavam em conflito umas com as outras, de terem volume excessivo de trabalho (E/O=2,7%); terem alto controle sobre o próprio trabalho (E/O 1,4) e de terem alto suporte social do supervisor (E/O =2,9); material suficiente para as tarefas (E/O=2,2); de discordarem do tempo disponível para a realização das tarefas (E/O=1,6); de terem baixa demanda no trabalho e baixo controle (E/O=1,3). A prevalência deste perfil na amostra foi de 33,1%.

Portanto, os “tipos puros” do perfil 2 caracterizados podem ser por maior probabilidade de indivíduos com trabalho passivo, de vínculos temporários, sem garantia de direitos trabalhistas, de elevada jornada de trabalho, de vários vínculos e de insuficiência de recursos materiais; ou seja, apresentam perfil com condições de trabalho e emprego desfavoráveis. Caracterizado pelo perfil de indivíduos mais vulneráveis às condições de trabalho e emprego precário.

Por fim, indivíduos “tipos puros” do perfil 3 tiveram maior probabilidade de ganhos mensais até 2 salários mínimos (E/O=1,5); de pertencer a categoria de ACS (E/O=1,7); de ter direito a férias (E/O=1,) 13º salário (E/O=1,3); de ser concursado/ CLT (E/O=1,6); de não ter materiais suficientes para a realização das tarefas (E/O=1,7); de ter alto suporte social dos colegas (E/O=1,3) e de apresentar alto controle sobre o trabalho (E/O=1,4). A prevalência deste perfil na amostra foi de 45,5%.

Nos indivíduos “tipos puros” do perfil 3 foram verificadas características do perfil 1, e maior probabilidade de trabalhadores menos vulneráveis as condições de trabalho e emprego precário, registrando-se, contudo, situação de remuneração baixa. O **quadro 1**, apresenta sinteticamente as principais características que discriminam cada perfil de trabalhadores da ESF.

DISCUSSÃO

Com base na análise de variáveis sociodemográficas, de condições do trabalho e emprego e aspectos psicossociais do trabalho, o presente estudo identificou três perfis “tipo puro” com maior probabilidade de caracterizar os trabalhadores mais vulneráveis às condições de trabalho precário na equipe saúde da família do município de Feira de Santana.

De acordo com os resultados apresentados, foi possível nomear os perfis segundo as características de interesse, privilegiadas como indicadores de precariedade do trabalho e emprego. O perfil “tipo puro” 3, de maior frequência na amostra (45,5%), formado predominante pelos ACS. Este grupo de trabalhadores apresentou probabilidade de situação de emprego estável, com predomínio de concursados, com direitos trabalhistas assegurados como 13º salário, férias, adicionais de férias, e alto suporte social dos colegas. Este perfil foi constituído por trabalhadores em situação de emprego estável, considerando os aspectos da garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários, nomeado como menos vulneráveis as condições de trabalho e emprego, porém relativamente mal remunerados.

Os baixos rendimentos podem refletir diretamente na qualidade de vida dos trabalhadores da ESF e nas possibilidades de satisfazer suas necessidades. Estudo aponta que a remuneração insuficiente está entre as causas de desgaste físico e emocional do trabalhador⁽¹⁹⁾.

A qualificação dos ACS foi destaque neste perfil, apresentaram maior probabilidade para nível superior. Esta situação pode estar associada a oferta de bolsas de estudo disponibilizado pela prefeitura municipal, aos funcionários efetivos. Por outro lado, a ausência do plano de carreira, cargos e salários, não asseguram incentivos salariais de acordo como o nível de escolaridade e qualificações dos trabalhadores, situação que pode levar a insatisfação com salário recebido.

Portanto, este grupo desfruta, por um lado, de condições de emprego estáveis, mas que não são relacionadas, por outro lado, à remuneração elevada, compatível com as qualificações. Aparentemente, nas novas formas de vínculos empregatícios nos serviços públicos de saúde, a relação entre estabilidade no emprego e remuneração digna encontra-se separados, situações independentes e sem articulação entre si.

O perfil 2, com cerca de 33,0% de participação, foram representados predominantemente, por médicos, enfermeiros, auxiliar e técnico de enfermagem. Os resultados revelaram que os trabalhadores da ESF neste perfil houve maior probabilidade de elevada carga horária de trabalho, mais de uma inserção de trabalho, longas jornadas de trabalho e vínculo de trabalho estabelecido por contrato temporário/precário.

A ampliação da jornada de trabalho constitui prática comum entre os trabalhadores da saúde. Esta prática é adotada com forma de ampliar os rendimentos mensais o que pode acarretar sobrecarga de trabalho entre esse grupo de trabalhadores, gerando uma sobrecarga de trabalho e consequentemente podendo levar ao desgaste e ao adoecimento ⁽²⁰⁾. Este achado está em consonância com estudo realizado por Nascimento- Sobrinho, (2006) ⁽²¹⁾ que constatou na categoria médica múltiplas inserções profissionais.

O efeito negativo da ampliação da jornada de trabalho na saúde destes profissionais é marcante, em especial entre as mulheres, que tendem a agregar a realização do trabalho doméstico e o cuidado com os filhos. Essa duplicidade de papéis possivelmente repercute no cotidiano, podendo levar a diminuição do rendimento no trabalho e no tempo dispensado para investir na carreira profissional, pode favorecer na exclusão do mercado de trabalho.

Neste perfil, houve também maior probabilidade de trabalhadores da ESF com vínculo de trabalho temporário, sem garantias aos direitos sociais. Esses resultados assemelham-se com estudo realizado por Machado, (2000) ⁽²²⁾ sobre o perfil dos médicos e enfermeiros da ESF no Brasil que verificou que os integrantes da ESF são incorporados ao trabalho por meios de contratos temporários. Estes achados estão também em consonância com outros estudos ^(23,24,25,26).

Na atual conjuntura econômica, verifica-se redução do número de trabalhadores com vínculo de trabalho estável e aumento de vínculos temporários, restringindo-lhes direitos sociais já garantidos. Há evidências que a crise do emprego tem atingindo todos os segmentos da sociedade, levando o mercado a buscar ajustes aos padrões produtivos e gerenciais e as novas formas de organização de produção e de trabalho, inclusive nas camadas de maior escolaridade, e profissionais com experiência ⁽²⁷⁾. Estudo realizado por Tosta, (2008) ⁽²⁴⁾ aponta o avanço da flexibilização entre profissionais de alta escolaridade, sujeitos a insegurança, instabilidade e desemprego. Tais mudanças vêm promovendo o aumento do trabalho temporário, da eliminação de postos de trabalho, resultando em um desemprego estrutural, com o objetivo de aumentar a divisão e, com isso, dificultar a organização sindical e a resistência da classe trabalhadora ^(28,29).

Na perspectiva do direito do trabalho, a precarização pode ser explicada quando se observa três fenômenos: a subtração de direitos fundamentais dos trabalhadores; a fragmentação da classe trabalhadora, devido à perda do poder organizacional coletivo (sindicalização) e pela degradação do meio ambiente de trabalho, através de longas jornadas de trabalho, exposição aos riscos diversos ou doenças ocupacionais ^(30,31)

Estudo tem demonstrado que, no âmbito da subjetividade do trabalho, o efeito da precarização pode ser percebido através da intensificação do trabalho e aumento do sofrimento

subjetivo; da neutralização da mobilização coletiva contra o sofrimento, a dominação e a alienação; nas bases de resistência que passa a implicar negação do sofrimento alheio e silenciar sobre o próprio sofrimento; e na exacerbação do individualismo⁽³²⁾.

Portanto, os efeitos do trabalho precário trazem consequências objetivas e subjetivas para a vida do trabalhador. Sabe-se a saúde dos trabalhadores guarda estreita relação com as condições de trabalho e circunstâncias em que o trabalho é realizado⁽²⁰⁾. Neste sentido, uma das consequências da precarização do trabalho pode estar associada à piora das condições de saúde e mudança do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores⁽³³⁾.

A existência de multiplicidade de tipo de contrato de trabalho nas unidades de saúde pode ter contribuído para aumentar as dificuldades de representação e atuação sindical e favorecer a vulnerabilidade dos trabalhadores às exigências gerenciais e patronais e, desse modo, facilitar a utilização da política partidária na concessão dos empregos e cargos ^(12,34).

Os “tipos puros” deste perfil também foram “marcados” pela maior probabilidade de baixa demanda e baixo controle sobre o trabalho, apontado como trabalho passivo. Segundo o modelo demanda –controle de Karasek, (1990) ⁽³⁵⁾ essa situação específica de trabalho pode conduzir ao declínio na atividade global do indivíduo e à redução da capacidade de produzir soluções para as atividades e problemas enfrentados. Ou seja, situação que pode gerar perda de habilidades e desinteresse, pela ausência de desafios significativos.

Considerando essas as características dos “tipos puros” do perfil 2 indicam maior vulnerabilidade, implicando emprego precarizado.

Por fim, o perfil “tipo puro” 1, com cerca de 21% de participação, representados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS, agregou trabalhadores em situação de emprego estável, com indivíduos relativamente mal remunerados, porém com alto suporte social da chefia sendo caracterizado como menos vulneráveis as condições de trabalho e emprego e com alto suporte social.

Há evidências de que as condições de trabalho tendem a ser menos precárias para categorias mais organizadas, independente das circunstâncias locais e ou regionais. A existência de organizações associativas possibilita melhor negociação de uma categoria ⁽⁵⁾. Fato observado pela categoria dos ACS, que tem conseguido através de mobilização e negociação, benefícios para a categoria, entre outros, a conquista da Lei Federal 12.994/2014 que instituiu o piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.

Outro aspecto destacado no perfil 1, foi o alto suporte social da chefia, relacionado ao apoio da gerência, supervisor. Essa proteção depende do grau de integração social e confiança entre trabalhadores da ESF e supervisores, isto é, o suporte sócio emocional. A literatura aponta

que o suporte social elevado funciona como um fator de amortecimento dos efeitos prejudiciais do trabalho de alto desgaste. E que, o baixo suporte social, pode ser potencializador de sofrimento e conflitos entre a equipe.⁽³⁶⁾.

Faz-se necessário fazer algumas considerações metodológicas. Pode-se considerar algumas limitações. Primeiramente devem-se apontar os limites dos estudos de corte transversal, que estuda a relação exposição-doença em uma dada população ou amostra, em um momento particular, fornecendo um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento. Por isso, esse tipo apenas aponta a associação entre as variáveis estudadas e não estabelece nexos causais. Segundo, ao considerar apenas os trabalhadores que estavam em pleno exercício profissional, ou seja, os sobreviventes ao efeito estudado (viés de prevalência) o que é particularmente relevante em estudos ocupacionais, provavelmente subestimou a ocorrência de trabalhadores vulneráveis às condições de trabalho precário em decorrência do chamado efeito trabalhador sadio⁽³⁷⁾. Terceiro, é provável, a ocorrência do viés do auto relato, devido utilização de questionários autoaplicáveis. Entretanto, a coerência e a consistência dos achados, apontam para condições precárias de trabalho e emprego aos trabalhadores da ESF no município estudado. Do ponto de vista do desenho, este estudo buscou minimizar problemas inerentes ao seu desenho, ou seja, viés de seleção e aferição, buscando assegurar rigor metodológico.

Outra limitação, refere-se ao uso do método GoM, considerando que, o modelo, parte da premissa básica de que existe algo em comum entre os indivíduos, o que permite a definição do perfil. Assim, se a amostra for pequena, com indivíduos muito heterogêneos, teria maior dificuldade de encontrar um determinado conjunto de perfis de trabalhadores vulneráveis, se isso ocorresse, o método teria pouca utilidade, seria apenas uma análise descritiva dos trabalhadores.

Entretanto, neste estudo, o método adequou-se ao objetivo proposto, uma vez que, a amostra foi representativa e este procedimento analítico ajudou a sintetizar grande número de variáveis em perfis mais sintéticos. Foi possível, descrever e nomear cada perfil de trabalhadores da ESF, a partir da combinação das variáveis selecionadas, permitindo identificar particularidades entre os trabalhadores da ESF caracterizando as condições de trabalho e emprego da amostra estudada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo contribuiu para o conhecimento dos perfis “tipo puro” referente às condições de trabalho e emprego dos profissionais das ESF em Feira de Santana, Bahia. Os três perfis identificados na amostra, apresentaram características comparativamente diferenciadas, sobre as condições de trabalho e emprego entre os trabalhadores estudados.

Considerando os direitos sociais, verificou-se que o “tipo puro” do perfil 2 apresentou maior probabilidade de aumento das contratações flexíveis, entre os trabalhadores de maior escolaridade (médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas), com ausência de direitos sociais, baixo suporte social, caracterizando-se como indicador de trabalho precário.

As condições do ambiente de trabalho foram consideradas como regular e precário, o que requer melhorias nos recursos materiais disponíveis para o trabalho.

Quanto aos aspectos psicossociais do trabalho verificou-se a alta exigência para o trabalho, principalmente na categoria dos ACS e auxiliares de enfermagem, situação que pode ser causadora de sofrimento e conflitos, porém alto suporte social entre os colegas de trabalho.

Conclui-se que há uma tendência de precarização do trabalho em contexto onde impera a lógica do mercado e mesmo indivíduos altamente escolarizados estão sujeitos a conviverem com a insegurança, a instabilidade e a ausência de direitos e benefícios sociais, permanecendo à disposição da instabilidade político-partidária da gestão pública municipal.

São necessários esforços no âmbito da gestão municipal de saúde para implantar política de desprecarização do trabalho nas equipes saúde da família e de organização dos trabalhadores como mecanismos de superação desta situação e assegurar a esses trabalhadores, que são protagonistas do sistema de saúde e da consolidação das diretrizes da atenção básica, um trabalho decente, preconizado pela Organização Internacional do Trabalho.

REFERÊNCIAS

- 1-BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011**, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.
- 2-BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- 3-ANTUNES, R; ALVES, G. **As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital**. *Educação e Sociedade*. vol.25, n.87, p.335-351, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
- 4- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. **Desprecarização do trabalho no SUS: perguntas e respostas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 5-SANTOS, J. B. F.; UCHOA, J. F.; NETO J. M. Precarização de trabalho no nível técnico em saúde no nordeste: um enfoque nos auxiliares e nos técnicos de enfermagem. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/ OPAS, (ORGS.) BARROS, A. F. R.; SANTANA, J. P.; NETO, P. M. S. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**. Estudos e análises. Brasília- DF, v, 2 séries B. Textos básicos em saúde, 2004.
- 6- ARAUJO, T.M.; ARAÚJO, AQUINO, E; MENEZES, G.; SANTOS, C.O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos menores entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**; v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.
- 7- BRITO, Jussara Cruz de. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(1):195-204, jan. \ mar, 2000.
- 8- TOMASI, Elaine et al. **Perfil sócio demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s193-s201. ISSN 0102-311X.
- 9- ASSUNCAO, Ada Ávila; MACHADO, Ana Flávia e ARAUJO, Tânia Maria de. **Vulnerabilidades ocupacionais e percepção de saúde em trabalhadores do SUS**. *Rev. bras. estud. popul.* [Online]. 2012, vol.29, n.1, pp. 147-167. ISSN 0102-3098.
- 10--ASSUNÇÃO, A. Á. **Gestão das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde** / Ada Ávila Assunção-- Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2012.
- 11-- Machado MH. **Mercado de trabalho em saúde**. In: Falcão A, Santos Neto PM, Costa PS, Belisário AS, organizadores. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 227-48.

- 12-DRUCK, G. **Trabalho e precarização social. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios.** Caderno, CRH, Salvador, v.24, n. spe 01, p.37-57,2011.DRUCK, G; FRANCO, T. **Trabalho e precarização social.** Caderno, CRH, Salvador, v.24, n. spe 01, p.9-13,2011
- 13-KARASEK RA *et al.* 1998. **The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessment of psychosocial job characteristics.** *Journal of Occupational Health Psychology* 3(4):322-355
- 14- MANTON, K. G.; WOODBURY, M. A.;TOLLEY, H. D. **Statistical application using fuzzy sets.** John Wiley & Sons, Nova York, 1994.
- 15- GILES, R. **The concept of Grade of Membership.** *Fuzzy Sets and Systems.* 1988;25(3):297-323.
- 16--PEREIRA, Claudia Cristina de Aguiar, MACHADO, Carla Jorge, RODRIGUES, Roberto do Nascimento. Perfis de causas múltiplas de mortes relacionadas ao HIV/AIDS nos municípios de São Paulo e Santos, Brasil, 2001. **Caderno de saúde pública**, rio de janeiro, 23(3): 645-655, mar, 2007.
- 17- ASSIS, Heloisa Maria de, MACHADO, Carla Jorge; RODRIGUES, Roberto Nascimento. **Perfis de mortalidade neonatal precoce: um estudo para uma maternidade pública de Belo Horizonte (MG) 2001-2006.** *Rev. Bras. Epidemiol* 2008;(11(4):675-86.
- 18- CAETANO AJ, MACHADO CJ. **Consistência e identificabilidade no modelo Grade of Membership: uma nota metodológica.** *Revista Brasileira de Estudos de População.* 2009;26(1):145–149
- 19- MASLACH, Christina; LEITER, Michael P. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste?** Guia para vencer o estresse na empresa. São Paulo: Papirus, 1999, p. 33.
- 20- SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo.** São Paulo: Cortez Editora, 2011.
- 21- NASCIMENTO-SOBRINHO CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. **Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil.** *Cad Saúde Pública.* 2006;22(1):131-40.
- 22- MACHADO, Maria Helena, OLIVEIRA, Eliane dos Santos, MOYSES, Neuza Maria Nogueira de In: Celia Pierantoni, Mario Roberto Dal Poz, Tania França. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas.** 1ª.ed. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, 2011, v. 001, p. 103-116.
- 23- JUNQUEIRA, Túlio da Silva et al. **As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.5, pp. 918-928. ISSN 0102-311X.
- 24- TOSTA, Tania Ludmila Dias. **Antigas e novas formas de precarização do trabalho: o avanço da flexibilização entre profissionais de alta escolaridade.** 2008. 272 f. Tese (Doutorado em Sociologia) -Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

- 25-MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al. **A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família.** *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1521-1531. ISSN 1413-8123.
- 26- MACHADO, Jorge Huet; ASSUNÇÃO, Ada Ávila (Orgs.). **Panorama da saúde dos trabalhadores da Saúde.** Belo Horizonte: Faculdade de Medicina/Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, 2012. 164p.
- 27- - POCHMANN, Marcio. **Diretrizes gerais para política nacional de salário mínimo de caráter abrangente. Política nacional de valorização do salário mínimo.** Carta social e do trabalho. Centro de estudos sindicais e de economia do trabalho – CESIT / Unicamp, 2005.
- 28- DRUCK, G; FRANCO, T. **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização do trabalho.** São Paulo: Boitempo, 2007.
- 29- ANTUNES, R. **Trabalho e precarização numa ordem neoliberal.** 2001. Disponível em: <<http://www.clacso.edu.ar/~libros/educacion/antunes.pdf>>. Acesso em: 1 ago. 2011.
- 30- CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1998. 611p.
- 31- THEBAUD-MONY, A.; DRUCK, G. **Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil.** In:DRUCK, G.; FRANCO, T. (Org.) *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização.* São Paulo: Ed Boitempo, 2007. p.23-58.
- 32-- DEJOURS C. A. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas, 1994.
- 33-- FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. **As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo. v.35. n.122. p.229-248. Jul. /dez. 2010.
- 34- MATTOSO, J. e POCHMANN, M. “**Mudanças estruturais e trabalho no Brasil**”, **Economia e Sociedade**, n. 10, 1998.
- 35--Karasek R. **Demand/control model: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development.** Geneva: International Labour Organization; 2005.
- 36 SCHNALL, P.L.; LANDBERGIS, P.A.; BAKER, D. **Job strain and cardiovascular disease.** *Annual Revue of Public Health*, Palo Alto, v.15, p.381-411, 1994.
- 37- PEREIRA, Maurício gomes, **epidemiologia - teoria e prática.** Editora GUANABARA KOOGAN, 2010

Tabela 1 - Características do emprego e do trabalho das Equipes Saúde da Família. Feira de Santana, Bahia, 2012.

Características do emprego (N)	Categoria profissional													
	Médico		Enfermeiro		CD		ACS		AE/ TE		TSB		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Vínculo de trabalho (393)														
Estatutários	2,0	5,7	1,0	2,7	-	-	219	99,5	10,0	13,3	-	-	222	56,5
Prestador de serviços/terceirizados	3,0	8,6	2,0	5,4	-	-	-	-	1,0	1,3	1,0	7,1	7	1,8
Cooperativados	30,0	85,7	34,0	91,9	13	100	1,0	0,5	64,0	85,3	12,0	85,7	153	38,9
Celetistas (CLT)	-	-	-	-	-	-	-	-	10	13,3	1,0	7,1	11	2,8
Folgas (388)														
Sim	23	69,7	31	91,2	11	84,6	178	80,9	39	52,7	4,0	28,6	282	73,7
Não	10	30,3	3	8,8	2	15,4	42	19,1	35	47,3	10	71,4	102	26,3
Férias (388)														
Sim	14	42,4	15	44,1	3	23,1	205	93,2	43	58,1	6	42,9	286	73,7
Não	19	57,6	19	55,9	10	76,9	15	6,8	31	41,9	8	57,1	102	26,3
Adicionais de férias (388)														
Sim	2	6,1	2	5,9	-	-	194	88,2	31	41,9	3	21,4	232	59,8
Não	31	93,9	32	94,1	13	100	26	11,8	43	58,1	11	78,6	156	40,2
13º salário (388)														
Sim	5	15,2	2	5,9	-	-	216	98,2	56	75,7	10	4	289	74,5
Não	28	84,8	32	94,1	13	100	4	1,8	18	24,3	71,4	28,6	99	25,5
Insegurança no emprego (394)														
Sim	25	71,4	19	51,4	6	46,2	187	85,0	45	60,0	4	28,6	286	72,6
Não	9	25,7	18	48,6	7	53,8	30	13,6	30	40,0	10	71,4	104	26,4
Satisfação com salário /renda (393)														
Sim	8	23,5	5	13,5	1	7,7	12	5,4	5	6,6	2	14,3	33	8,4
Não	26	76,4	32	86,5	12	92,3	208	94,6	70	93,3	12	85,7	360	91,6
Satisfação com o trabalho (392)														
Sim	29	85,3	25	69,4	5	38,5	173	78,7	60	80,0	12	85,7	304	82,1
Não	5	14,7	11	30,6	8	61,5	47	21,4	15	20,0	2	14,3	88	22,4

ACS- Agentes Comunitários de Saúde
 AE- Auxiliar de Enfermagem
 CD- Cirurgião dentista
 TE- Técnico de enfermagem
 TSB-Técnico de Saúde Bucal

Tabela 2 - Condições de trabalho da Equipe Saúde da Família. Feira de Santana, Bahia, 2012.

Condições de trabalho (N)	Categoria profissional													
	Médico		Enfermeiro		CD		ACS		AE/TE.		TSB		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Equipamento (394)														
Satisfatório	4	11,4	5	13,5	2	15,4	7	3,3	26	34,7	4	28,6	48	12,2
Razoáveis	15	42,9	22	59,5	11	84,6	110	50,0	40	5,3	8	57,1	206	52,3
Precário	16	45,7	10	27,0	-	-	103	46,8	9	12,0	2	14,3	140	35,5
Materiais suficientes (174)														
Sim	9	25,7	17	45,9	7	53,8	-	-	46	61,3	7	50,0	86	49,4
Não	26	74,3	20	54,1	6	46,2	-	-	29	38,7	7	50,0	88	50,6
Relação entre exigência das tarefas /recursos disponíveis (393)														
Boa	3	8,8	5	13,5	-	-	25	11,4	31	41,3	6	42,9	70	17,8
Regular	23	67,6	25	67,6	10	76,9	142	64,5	36	48,0	8	57,1	244	62,1
Ruim/ muito ruim	8	23,5	7	18,9	3	23,1	53	24,1	8	10,7	-	-	79	20,1

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

AE- Auxiliar de Enfermagem

CD- Cirurgião dentista

TE- Técnico de enfermagem

TSB-Técnico de Saúde Bucal

Tabela 3- Aspectos psicossociais e modelo Demanda-controle nos trabalhadores da Equipe Saúde da Família. Feira de Santana, Bahia, 2012.

Aspectos psicossociais e suporte social do trabalho (N)	Categoria profissional													
	Médico		Enf.		CD		ACS		AE/TE		TSB		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Demanda (393)														
Alta	10	28,6	12	32,4	3	23,1	136	62,1	42	56,0	8	57,1	211	53,7
Baixa	25	71,4	23	62,2	10	76,9	81	37,0	33	44,0	6	42,9	178	46,3
Controle (394)														
Alto	8	22,9	14	37,8	6	46,2	133	60,5	44	58,7	10	71,4	215	54,6
Baixo	26	74,3	23	62,2	7	53,8	84	38,2	31	41,3	4	28,6	179	45,4
Suporte Social do supervisor (N= 393)														
Alto	3	11,1	1	3,1	3	27,3	46	21,3	18	24,0	6	42,9	183	48,8
Baixo	24	88,9	31	96,9	8	72,7	17	78,7	57	76,0	8	57,1	192	51,2
Suporte social dos colegas (N= 375)														
Alto	22	62,9	25	67,6	9	69,2	169	77,2	46	61,3	10	71,4	281	71,5
Baixo	12	34,3	12	32,4	4	30,8	47	21,5	29	38,7	4	28,6	112	28,5
Demanda-controle (N= 387)														
Alta exigência	7	20,6	8	22,9	1	7,7	54	25,0	21	28,0	2	14,3	93	24,0
Trabalho ativo	2	5,9	4	11,4	2	15,4	81	37,5	21	28,0	6	42,9	116	30,0
Trabalho passivo	19	55,9	13	37,1	6	46,1	29	13,4	10	13,3	4	28,6	99	25,6
Baixa exigência	6	17,6	10	28,6	4	30,8	52	24,1	23	30,7	2	14,3	79	20,4

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

AE- Auxiliar de Enfermagem

CD- Cirurgião dentista

TE- Técnico de enfermagem

TSB-Técnico de Saúde Bucal

Tabela 4 Descrições dos perfis extremos dos trabalhadores da Equipe Saúde da Família, conforme distribuição do lambda, Feira de Santana, Bahia 2011.

Variáveis	Categorias	Probabilidade de ocorrência da característica na população com base nas frequências relativas (fr)	Probabilidades de ocorrência nos tipos puros (lkjl) e razões entre lkjl e fr superiores a 1,5*		
			Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3
Escolaridade	Fundamental	0.00	0,0 0 (0.0)	0.0 0 (1.8)	0.00 (0.0)
	Médio	0.01	0,0 1 (0.7)	0.0 0 (0.0)	0.00 (1.1)
	Superior	0.63	0.8 6 (1.3)	0.30 (0.4)	0.86 (1.2)
	Pós-graduação	0.20	0.1 2 (0.6)	0.40 (2.0)	0.16 (0.8)
Vencimento bruto (em salários mínimos)	Até 1	0.28	0.22 (0.7)	0.00 (0.0)	0.43 (1.5)
	1 a 2	0.46	0.77 (1.6)	0.39 (0.8)	0.56 (1.2)
	3 a 5	0.10	0.00 (0.0)	0.26 (2.5)	0.00 (0.0)
	6 a 10	0.03	0.00 (0.0)	0.06 (1.9)	0.00 (0.0)
	10 a 20	0.04	0.00 (0.0)	0.09 (2.0)	0.00 (0.0)
	+ 20	0,00	0.00 (0.0)	0.01 (2.2)	0.00 (0.0)
Salário /renda adequado	Discordo fortemente	0.56	0.77 (1.3)	0.49 (0.8)	0.54 (0.9)
	Discordo	0.35	0.17 (0.4)	0.38 (1.0)	0.40 (1.1)
	Concordo	0.05	0.02 (0.4)	0.08 (1.5)	0.04 (0.8)
	Concordo fortemente	0.02	0.02 (0.9)	0.02 (1.2)	0.00 (0.0)
Insegurança no Trabalho	Maior	0.74	0.78 (1.0)	0.59 (0.8)	0.85 (1.1)
	Menor	0.24	0.21 (0.8)	0.38 (1.5)	0.14 (0.6)
Categoria Profissional	Médico (a)	0.09	0.00 (0.0)	0.19 (2.1)	0.00 (0.0)
	Enfermeiro (a)	0.09	0.00 (0.0)	0.20 (2.1)	0.00 (0.0)
	Cirurgião dentista	0.03	0.00 (0.0)	0.07 (0.0)	0.00 (0.0)
	Acs	0.57	0.75 (1.3)	0.00 (0.0)	0.99 (1.7)
	Aux./tec. de enf.	0.19	0.24 (1.3)	0.52 (2.6)	0.00 (0.0)
	Tec. de saúde bucal				
Adicionais de férias	Sim	0.60	0.84 (1.4)	0.05 (0.8)	0.86 (1.4)
	Não	0.38	0.15 (0.4)	0.91 (2.4)	0.13 (0.3)
13º salário	Sim	0.73	1.00 (1.3)	0.34 (0.4)	1.00 (1.3)
	Não	0.26	0.00 (0.0)	0.61 (2.4)	0.00 (0.0)
Vínculo de trabalho	Concursado/CLT	0,61	0,99 (1.6)	0.00 (0.0)	0.99 (1.6)
	Prestador/terceirizado	0,02	0.00 (0.0)	0,04 (1.9)	0.00 (0.0)
	Cooperativado	0.37	0.00 (0.0)	0.96 (2.5)	0.00 (0.0)
Outro trabalho	Sim	0.18	0.00 (0.0)	0.39 (2.1)	0.04 (0.2)

	Não	0.80	0.99 (1.2)	0.58 (0.7)	0.95 (1.1)
Jornada semanal total (em horas)	8 a 36	0.06	0.00 (0.0)	0.12 (1.8)	0.00 (0.0)
	40 a 43	0.76	0.88 (1.1)	0.54 (0.7)	0.92 (1.2)
	44 ou mais	0.16	0.11 (0.7)	0.33 (1.9)	0.07 (0.4)
Materiais Suficientes	Sim	0.21	0.00 (0.0)	0.48 (2.2)	0.00 (0.0)
	Não	0.42	0.55 (1.3)	0.00 (0.0)	0.75 (1.7)
Tempo suficiente para realização das tarefas	Discordo fortemente	0.04	0.04 (1.1)	0.04 (1.1)	0.00 (0.0)
	Discordo	0.22	0.15 (0.6)	0.36 (1.6)	0.16 (0.7)
	Concordo	0.65	0.55 (0.8)	0.56 (0.8)	0.83 (1.2)
	Concordo fortemente	0.07	0.23 (3.1)	0.00 (0.1)	0.00 (0.0)
Suporte Social do chefe	Alto	0.76	0.44 (2.9)	0.84 (0.2)	0.99 (1.3)
	Baixo	0.18	0.55 (0.5)	0.04 (0.8)	0.00 (0.0)
Suporte Social dos colegas	Alto	0.71	0.34 (0.4)	0.75 (1.0)	0.99 (1.3)
	Baixo	0.27	0.64 (2.3)	0.22 (0.8)	0.00 (0.0)
Demanda	Alta demanda	0.53	0.62 (1.1)	0.36 (0.6)	0.62 (1.1)
	Baixa demanda	0.45	0.37 (0.8)	0.61 (1.3)	0.37 (0.8)
Controle	Alto	0.53	0.53 (1.4)	0.40 (0.0)	0.64 (1.4)
	Baixo	0.45	0.46 (1.0)	0.57 (1.3)	0.35 (1.0)

Quadro 1 Características que discriminam os “perfis puros” dos trabalhadores da equipe saúde da família, Feira de Santana, Bahia 2011.

Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3
“Menos vulneráveis às condições de trabalho e emprego precário.	“Mais vulneráveis às condições de trabalho e emprego precário”.	“Menos vulneráveis às condições de trabalho e emprego precário”
Nível superior	Ensino fundamental e pós-graduação	Renda de até 1 salário mínimo mensal
Renda de 1 a 2 salários mínimos mensais	Renda de 3 a 20 salários mínimos mensais	ACS
Discorda com salário	Concorda com salário	Direito adicionais de férias e 13º salário
Auxiliar/técnico de enfermagem e ACS	Menor insegurança no trabalho	Estatutário ou CLT
Direito adicionais de férias e 13º salário	Médicos, enfermeiros e auxiliares e técnicos de enfermagem.	Matérias não são suficientes para tarefas
Estatutário ou CLT	Não tem adicional de férias e 13º salário	Suporte social do supervisor-alto
Materiais não são suficientes para tarefas	Cooperativados, prestador de serviços e terceirizados.	Suporte social dos colegas- alto
Tempo suficiente para as tarefas- concorda fortemente	Possui outro vínculo de trabalho	
Suporte social do supervisor-alto	Jornada de trabalho de 8 a 36 horas e maior que 40 horas	
Suporte social dos colegas- alto	Matérias são suficientes para tarefas	
Controle sobre trabalho- alto	Tempo insuficiente para realizar as tarefas	
	Demanda – baixa	
	Controle sobre trabalho -baixo	

Considerações Finais

A dissertação apresentada teve como objetivo analisar características do trabalho e emprego e os indicadores de precarização do trabalho em trabalhadores da rede pública de saúde.

Os indicadores de precarização identificados caracterizam diferentes perfis de vulnerabilidade a que estão expostos os trabalhadores da equipe de saúde da família, em particular, o perfil extremo tipo 2 que apresentou os piores indicadores, representados pela categoria dos médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Com relação a relevância social, o estudo poderá fornecer elementos para redefinição de despreciação do trabalho na gestão municipal de saúde. Tais ações poderão ser subsidiadas a partir das informações que discriminaram cada perfil. A partir da manifestação da situação investigada, espera-se poder dar maior visibilidade aos trabalhadores e contribuir para promoção de políticas de valorização dos recursos humanos. Esta atuação precisa ser desencadeada numa ação intersetorial.

Destaca-se a busca pelo plano de cargo carreira e salários, ingressos dos profissionais da equipe saúde da família por concurso público. Salienta-se também, a importância da luta coletiva dos trabalhadores, na busca por melhores condições no ambiente de trabalho e emprego, fortalecimento dos trabalhadores através de filiação e participação nos sindicatos e outras representações legais, mobilizações, enfrentamento e resistências. Este é o desafio.

REFERÊNCIAS

ALVES, Márcia Guimarães de Mello, et al. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 164-171, 2004.

ALVES M, GODOY, S.C.B. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 73-81, 2001.

AMARAL, T. R. A. **Dimensões psicossociais do trabalho da enfermagem e os distúrbios menores em unidades críticas**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, SC, 2006.

ANTUNES, R. **Trabalho e precarização numa ordem neoliberal**. 2001. Disponível em: <<http://www.clacso.edu.ar/~libros/educacion/antunes.pdf>>. Acesso em: 1 ago. 2011.

ARAÚJO, Tânia M. **Distúrbios psíquicos menores entre mulheres trabalhadoras de enfermagem**, 1999. Tese de Doutorado (Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1999.

ARAÚJO, Tânia M et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-433, ago. 2003.

AQUINO, E.M.L. et al..Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 2, n. 2, 1993.

BÁRBARO, Marino et al.. Transtornos mentais relacionados ao trabalho: revisão de literatura. **SMAD Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 5, n. 2, p. 1–6, 2009.

BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamento do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-183, 2003.

BARBOZA D.B, SOLER Z.A, CIORLIA, L.A.S. Acidentes de trabalho com perfuro cortante envolvendo a equipe de enfermagem de um hospital. **Arquivo Ciência e Saúde** v. 11, n. 2, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BULHÕES, Ivone. **Riscos do Trabalho de Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ática,1998.

CANINI, Silvia R. M. da Silva. et al. Acidentes perfuro cortantes entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, mar. /abr. 2002.

COFFEY, M.; COLEMAN, M. The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. **J Adv Nurs**. v. 34, n. 3, p. 397-407, May. 2001

CAMPOS G.W.S. Paidéia e modelo de atenção à saúde: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho mágico** 2003; 10(2):7-14

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Número de profissionais cadastrados. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/> Acesso em 18 de novembro de 2011.

COSTA, F.M, VIERA, M.A, SENA, R.R. Absenteísmo relacionado às doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 38-44, jan. /fev. 2009.

CUSTÓDIO, I.L, LIMA, F.L.T, ALMEIDA, M.I, SILVA, L.F, MONTEIRO, A.R.M. Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de HAS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v. 64, n. 1, p. 18-24, 2011.

DEJOURS C. A. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Oboré, 1987.

DEJOURS C. A. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DE MARTINO, Milva Maria Figueiredo. Arquitetura do sono diurno e ciclo vigília-sono em enfermeiros nos turnos de trabalho. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, mar. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100025&script=sci_arttext. Acesso em: 2 fev. 2012.

ELIAS, M. A., NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

ELSEN, E. A. O efeito do trabalhador sadio nos estudos de morbidade. **La medicina Del lavoro** – Edição Latino Americana, v. 2, n. 5, p. 56 –62, 1995

FACCHINI, L. A., Uma contribuição da epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado a saúde do trabalhador. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Org.). **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993, p. 178-186.

FELLI, Vanda E. A., TRONCHIN, Daysi M. R. A qualidade de vida do profissional de enfermagem. In: KURCGANT, Paulina (Coord.) **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FELLI, Vanda E. A.; PEDUZZI, M. S. O processo de trabalho em enfermagem. In: KURCGANT, Paulina (Coord.) **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FOGAÇA, Monalisa de Cássia; CARVALHO, Werther Brunow de; MARTINS, Luiz Antônio Nogueira. Demandas do trabalho e controle: implicações em unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 63, n. 4, jul. /ago. 2010

GARAY, C.H. **Distúrbios do sono devidos ao trabalho em turnos**. In: REIMÃO, R. Sono: estudo abrangente. 2ª ed., São Paulo: Atheneu. p. 390-91, 1996.

GORENSTEIN, C.; TAVARES, S.; ALOÉ, F. **Questionário de auto avaliação de sono**. SP: Lemos, p. 423-34, 2000.

GUIDOL, L.A, LINCHLL, G.F.C, PITTHANLL, L.O, UMANNL, J. Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo. v. 45, n. 6, 2011.

GURGEIRA, G.P, ALEXANDRE, N.M.C, FILHO, H.R.C. Prevalência de sintomas musculoesqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino América de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 11, n. 5, set. /out. 2003.

KARASEK, R. et al. Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*, Washington, v.71, n.7, p.694-705, 1981

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 de Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 215-223, abr./ jun. 2009.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. O processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. In: KURCGANT, Paulina (Coord.) **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LIMA JÚNIOR, José Humberto Viana Lima; ESTHER, Angelo Brigato. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Revista Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, jul. / set. 2001.

LUDEMIR, Ana Bernarda. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 54, n. 3, p. 198-204, 2005.

MAGNAGO, Tânia Solange, LISBOA, Maria Tereza, GRIEP, Rosane Harter. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de janeiro, v. 17, n. 1, jan. /mar. 2009.

MAYNARDES, D.C.; SARQUIS, L.M.M.; KIRCHHOF, A.L.C. Trabalho noturno e morbidade de trabalhadores de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. v. 14, n. 4, p. 703-708. out. /dez. 2009

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatry**, v. 148, p. 23–26, 1986.

MARZIALE, M. Helena Palucci et al. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, jan. /fev. 2004.

MASLACH, Christina; LEITER, Michael P. **Trabalho**: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. São Paulo: Papyrus, 1999, p. 33.

MASUR, J; MONTEIRO, M. G. Validation of the “CAGE” alcoholism-screening test in a brasilian psychiatric inpatient hospital setting. **Braz J Méd Biol Res**, 1990.

MARTINO, M.M.F. Arquitetura do sono diurno e ciclo vigília-sono em enfermeiros nos turnos de trabalho. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo, v. 43, n. 1. 2009. p. 194, 1999.

MARX, Karl. **O Capital**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

MENDES, René. **Patologias do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu. 1995, p. 25.

MENECHINI, F.; PAZ, A.A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da Síndrome de Bournout em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto de Enfermagem**. Florianópolis. v. 20, n. 2. Abr./ jun. 2011. p. 225-233

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa e saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MONTANHOLI, Liciane Langona; TAVARES, Darlene M. dos Santos; OLIVEIRA, Gabriela Ribeiro de. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 5, out. 2006.

MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre estresse e bournout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto v. 13, n.2, p. 255-261, 2005.

MUROFUSE, N.T.; MARZIALE, M.H.P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 13, n. 3, 2005.

NASCIMENTO GM. Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma Unidade Básica e Distrital de saúde do município de Ribeirão Preto. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP. Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2003.

NASCIMENTO SOBRINHO, C.L.; CARVALHO, F.M.; BONFIM, T.A.S.; CIRINO, C.A.S.; FERREIRA, I.S. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 22, p. 131 -140, 2006.

OLIVEIRA, Beatriz R. G. de; MUROFUSE, Neide Tiemi. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Revista Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, jan. 2001.

PAFARO, R.C.; DE MARTINO, M.F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 152-160 Abr./jun., 2008.

PEDUZZI, M. S.; CIAMPONE, E. G. A qualidade de vida do profissional de enfermagem. In: KURCGANT, Paulina (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PEREIRA, Maurício G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PICALUGA, I. **Saúde e trabalho**. Rio de Janeiro: Cortez, 1990.

PITTA, A.M. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec. 1990

REZENDE, Marina Pereira. **Agravos a saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição aos riscos ocupacionais**. Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: <[http:// www. aux. Enferm-marina \[1\].pdf](http://www.aux.enferm-marina[1].pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2011.

RIBEIRO, E.J.G, SHIMIZU, H.E. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília. v. 60, n.5, p. 535-540, set. /out. 2007.

ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz, MARZIALE, M. Helena Palucci. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, DF, v. 52, n. 3, p. 331-338, jul. /set. 2000.

ROCHA, Adelaide. Fatores que influenciam a saúde da mulher que trabalha em enfermagem. **O mundo da Saúde**, Rio de Janeiro, ano 23, v. 23, n. 2, mar. /abr. 1995.

ROCHA, Lys Esther; RIBEIRO, Myrian Delbert. Trabalho, saúde e gênero: um estudo comparativo sobre analistas de sistemas. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 539-547, 2001.

ROUQUAYROU, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **A reforma sanitária e o SUS: tendências e desafios após 20 anos**. Rev. Saúde em Debate, nº 81, V.33 http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudilanciaPublicaSaude/anexo/A_REFORMA_SANITARIA_E_SUS_TENDENCIAS_E_DESAFIOS03_10.pdf. Acesso 22/02/2013.

SCHNALL, P. et al. Job strain and cardiovascular disease. **Annual Review of Public Health**. v. 15, p. 381-411, 1994.

SILVA, Andréa Tenório Correia da; MENEZES, Paulo Rossi. **Síndrome de Burnout e transtornos mentais comuns entre agentes comunitários de saúde**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.42, n.5, pp 921-929. ISSN 0034-8910.

SILVA, D.M.P.P.; MARZIALE, M.H.P. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Acta Scientiarum Health Sciences**. Maringá. v. 25, n. 2, p. 194-97. 2003.

SILVA, C. O. Trabalho e subjetividade no hospital geral. **Revista de psicologia, ciência e profissão**. v. 18, n. 2, 1998.

SILVA, J. L. L. **Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Programa de pós-graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, V.E.F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem: Relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador** [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

SILVANY NETO, A. M. **Bioestatística sem segredos**. Salvador, Bahia, 2008.

SOUZA, M.N.M.; MARTINS JÚNIOR, D.F.; SILVA, M.V.; COSTA, J.Á.; NASCIMENTO SOBRINHO, C.L. Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem de um hospital especializado de Feira de Santana, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 35, n. 1, p. 38-54. Jan./jun. 2011.

SOUZA, S.B.C, BERNADI, I.K, CATALAN, V.M, TEIXEIRA, M.G, MELLODB, L. **Cronotipo, trabalho em turno e acidentes de trabalho**. In: Anais do 12º. Colóquio Pan-americano de Investigación em Enfermería, 2010, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; p. 1-3. 2010

XELEGATI, Rosicler; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, mai. / jun. 2003.

APÊNDICES

Apêndice A

– Termo de Solicitação



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
SOLICITAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS

De: Elizabete Silva de Jesus Lopes - aluna de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Para: Prof.^a Dr.^a Tânia Maria de Araújo- coordenadora do Núcleo de Epidemiologia.

Data :14/01/2012

TERMO DE SOLICITAÇÃO

Eu, Elizabete Silva de Jesus Lopes, aluna de Pós- graduação do Mestrado acadêmico da Universidade Estadual de Feira de Santana/BA (UEFS) venho através deste, solicitar à coordenadora do Núcleo de Epidemiologia (NEPI) Prof.^a Dr.^a Tânia Maria de Araújo, a utilização do banco de dados da pesquisa intitulada "Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores", com o objetivo de analisar os dados de interesse a minha dissertação de mestrado.

Certa de contar com a compreensão e atendimento à solicitação, desde já agradeço.

Elizabete Silva de Jesus Lopes

Discente do curso de Pós- graduação em Saúde Coletiva

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA UTILIZAR O BANCO DE DADOS

Eu, professora Dr^a Tânia Maria de Araújo, autorizo a discente, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana/BA (UEFS), Elizabete Silva de Jesus Lopes, a utilizar o banco de dados referente ao projeto de pesquisa multicêntrico: “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da Bahia,” desenvolvido nesta mesma instituição, no Núcleo de Pesquisa em Epidemiologia (NEPI), que está sob minha coordenação, com a finalidade de desenvolvimento da sua dissertação de mestrado. Vale ressaltar que a aluna terá acesso aos dados que se configurem imprescindíveis ao desenvolvimento do estudo. Após conclusão, está autorizado a publicação dos resultados da pesquisa em meios acadêmicos e encontros científicos.

Feira de Santana, 14 de dezembro de 2012.

Prof.^a Dra. Tânia Maria de Araújo

Apêndice B

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. Edna de Araújo, Dr. 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. Os resultados da pesquisa serão divulgados aos seus participantes e à comunidade geral e científica. Esta 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 _____ 2011.

Assinatura do Participante

Prof.^a Tânia Maria de Araújo

Coordenadora da Pesquisa

(0xx75) 3224-8320

Apêndices C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número do Questionário

GERAL

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.

BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO GERAL INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Unidade:

1. Sexo: ☐ feminino ☐ masculino	2. Idade: Anos	3. Tem filhos? ☐ não ☐ sim Quantos?			
4. Situação conjugal: ☐ solteiro (a) ☐ união consensual/união estável ☐ divorciado (a) /separado (a)/desquitado(a) ☐ casado (a) ☐ viúvo/a					
5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série /grau que concluiu? <table><tr><td>☐ Ensino fundamental ☐ 1ª a 4ª série. ☐ 5ª a 8ª série.</td><td>☐ Ensino Médio ☐ 1º ano ☐ 2º ano ☐ 3º ano ☐ Técnico. Qual curso? [ANOTAR]: _____</td><td>☐ Ensino Superior ☐ completo ☐ incompleto ☐ Pós-Graduação: ☐ especialização ☐ mestrado ☐ doutorado</td></tr></table>			☐ Ensino fundamental ☐ 1ª a 4ª série. ☐ 5ª a 8ª série.	☐ Ensino Médio ☐ 1º ano ☐ 2º ano ☐ 3º ano ☐ Técnico. Qual curso? [ANOTAR]: _____	☐ Ensino Superior ☐ completo ☐ incompleto ☐ Pós-Graduação: ☐ especialização ☐ mestrado ☐ doutorado
☐ Ensino fundamental ☐ 1ª a 4ª série. ☐ 5ª a 8ª série.	☐ Ensino Médio ☐ 1º ano ☐ 2º ano ☐ 3º ano ☐ Técnico. Qual curso? [ANOTAR]: _____	☐ Ensino Superior ☐ completo ☐ incompleto ☐ Pós-Graduação: ☐ especialização ☐ mestrado ☐ doutorado			
6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele? ☐ branca ☐ amarela (oriental) ☐ parda ☐ origem indígena ☐ preta ☐ 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: <table><tr><td>☐ Municipal com concurso (do quadro permanente)</td><td>☐ Contratado pela CLT</td><td>☐ Prestador de serviços</td><td>☐ Cooperativado</td></tr><tr><td>☐ Municipalizado (cedido p/ governo estadual ou federal)</td><td>☐ Cargo de confiança</td><td>☐ Terceirizado</td><td>☐ Estagiário</td></tr></table>	☐ 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
☐ 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? 0 ☐ sim 1 ☐ não Se SIM, por favor, especifique qual: _____			
7. Você tem recebido treinamento durante o tempo que está exercendo este cargo? 0 ☐ sim 1 ☐ não			
8. As atividades que você desenvolve diariamente são compatíveis com o seu cargo de trabalho? 0 ☐ sim, totalmente 1 ☐ sim, a maior parte do tempo 2 ☐ sim, a menor parte do tempo 3 ☐ quase nunca 4 ☐ nunca			
9. Seu turno de trabalho é: 1 ☐ Manhã 2 ☐ Tarde 3 ☐ Manhã e tarde 4 ☐ Noturno 5 ☐ Regime de plantão			
10. Qual a sua jornada real neste trabalho no município? 1 ☐ jornada semanal até 8 horas 4 ☐ jornada semanal de 20 horas 7 ☐ jornada semanal de 36 horas 2 ☐ jornada semanal de 8 horas 5 ☐ jornada semanal de 24 horas 8 ☐ jornada semanal de 40 horas 3 ☐ jornada semanal de 12 horas 6 ☐ jornada semanal de 30 horas 9 ☐ jornada semanal $\geq$ 44 horas			
11. Em seu trabalho, você direito a: 1 ☐ 13º 2 ☐ Folgas 3 ☐ Férias remuneradas 4 ☐ 1/3 de adicional de férias			
12. Você possui outro trabalho? 1 ☐ Sim, na Prefeitura 3 ☐ Sim, no Estado 5 ☐ Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada com carteira assinada 7 ☐ 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 antissépticos, 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 A 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 antirrábica?		☐ 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)?	₀ ☐ sim	₁ ☐ não	₄ ☐ não sei/não me lembro
26. No setor onde você trabalha existem recursos:			
Materiais suficientes para realizar as tarefas	₀ ☐ sim	₁ ☐ não	
Sala de descanso	₀ ☐ sim	₁ ☐ não	
Tempo disponível para você se alimentar	₀ ☐ sim	₁ ☐ não	
Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho	₀ ☐ sim	₁ ☐ não	
Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho	₀ ☐ sim	₁ ☐ não	
Escaninhos para guardar pertences	₀ ☐ sim	₁ ☐ não	
Copa/refeitório	₀ ☐ sim	₁ ☐ não	
27. No caso de não existir copa ou refeitório, três ou mais vezes por semana você almoça ou janta:			
₁ ☐ Em casa ₂ ☐ No próprio local de trabalho em condições confortáveis ₃ ☐ No próprio local de trabalho em condições desconfortáveis ₄ ☐ Em restaurantes ou lanchonetes próximos ao seu local de trabalho ₅ ☐ Em restaurantes ou lanchonetes distantes do seu local de trabalho ₆ ☐ 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.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo fortemente
2. Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo fortemente
3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo fortemente
4. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo fortemente
5. Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo fortemente
6. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo fortemente
7. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo fortemente
8. Meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo fortemente
9. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo fortemente
10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo fortemente
11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo fortemente
12. Eu não sou solicitado (a) a realizar um volume excessivo de trabalho.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo fortemente
13. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo fortemente
14. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo fortemente
15. Eu frequentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo fortemente
16. Meu trabalho me exige muito emocionalmente.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo fortemente
17. Meu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo fortemente
18. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.	☐ discordo fortemente	☐ discordo	☐ concordo	☐ 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. supervisor ☐ 8 não tenho	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
24. Meu supervisor me trata com respeito. ☐ 8 não tenho supervisor	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
25 Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho. ☐ 8 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.	☐ discordo totalmente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo totalmente
38. Tenho pouca estabilidade no emprego.	☐ discordo totalmente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo totalmente
39. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.	☐ discordo totalmente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo totalmente
40. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado (a) pela pressão do tempo.	☐ discordo totalmente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo totalmente
41. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.	☐ discordo totalmente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo totalmente
42. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho.	☐ discordo totalmente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo totalmente
43. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.	☐ discordo totalmente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo totalmente
44. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.	☐ discordo totalmente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo totalmente
45. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.	☐ discordo totalmente	☐ discordo	☐ concordo	☐ concordo totalmente

Com relação a satisfação:

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

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

10. Quantas horas você dedica, por dia, às tarefas domésticas? _____ 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) ☐ atividades sociais (visita a amigos, festa, barzinho, jogos – baralho, dominó, xadrez) ☐ físicas (caminhadas, natação, prática de esportes, corrida, academia) ☐ Assiste TV ou ouve rádio		
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 365dias
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. 9. 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?

☐ muito bom

☐ bom

☐ regular

☐ ruim

☐ muito ruim

2. Você possui **diagnóstico médico** para alguma das doenças listadas abaixo? Pode marcar mais de uma opção

Diabetes

☐ sim

☐ não

Tuberculose

☐
sim

☐ não

Colesterol alto

☐ sim

☐ não

Gastrite

☐
sim

☐ não

Obesidade

☐ sim

☐ não

Úlcera

☐
sim

☐ não

Pressão alta

☐ sim

☐ não

Hepatite

☐
sim

☐ 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	☐	☐	☐	☐	☐	Cansaço mental	☐	☐	☐	☐
Dor parte inferior das costas	☐	☐	☐	☐	☐	Nervosismo	☐	☐	☐	☐
Dor nos braços	☐	☐	☐	☐	☐	Sonolência	☐	☐	☐	☐
Dor parte superior das costas	☐	☐	☐	☐	☐	Insônia	☐	☐	☐	☐
Cansaço ao falar	☐	☐	☐	☐	☐	Azia/Queimação	☐	☐	☐	☐
Rouquidão	☐	☐	☐	☐	☐	Fraqueza	☐	☐	☐	☐
Problemas de pele	☐	☐	☐	☐	☐	Redução da visão	☐	☐	☐	☐
Esquecimento	☐	☐	☐	☐	☐	Irritação nos olhos	☐	☐	☐	☐
Problemas digestivos	☐	☐	☐	☐	☐	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?										

BLOCO VII - ASPECTOS RELACIONADOS À SUA SAÚDE

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?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
2. Tem falta de apetite?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
3. Dorme mal?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
4. Assusta-se com facilidade?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
5. Tem tremores nas mãos?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
6. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
7. Tem má digestão?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
9. Tem se sentido triste ultimamente?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
10. Tem chorado mais do que de costume?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
12. Tem dificuldade para tomar decisões?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
13. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
16. Você se sente uma pessoa inútil em sua vida?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
20. Você se cansa com facilidade?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não

BLOCO VIII - ATOS DE VIOLÊNCIA – VITIMIZAÇÃO

1. Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho?	☐ ₁ sim	☐ ₀ não
2. Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho?	☐ ₁ sim	☐ ₀ 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?		
☐ paciente/ usuário do serviço de saúde ☐ esposo (a) ☐ amigo (a) ☐ pai ☐ irmão (a) ☐ mãe ☐ filho (a) ☐ vizinho (a) ☐ desconhecido (a) ☐ Outros. Especifique		
9. Qual foi o tipo de agressão (fora do trabalho)?		
☐ Física – Especifique: ☐ Psicológica ☐ Sexual ☐ Negligência ☐ Atos de destruição ☐ Xingamentos ☐ 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!

ANEXOS

ANEXO A



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,

ANEXO B

Revista INTERFACE - Comunicação, Saúde, Educação

Norma e preparação de manuscritos

Artigos - textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

SUBMISSÃO DE ORIGINAIS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível para upload no sistema.

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em "Author Center" e inicie o processo de submissão. Os originais devem ser digitados em **Word ou RTF**, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Notas breves e Cartas).

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 15 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé: identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

CITAÇÕES E REFERÊNCIAS

A partir de 2014, a revista Interface passa a adotar as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos.

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.

Nota importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Casos específicos de citação:

- a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
- b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.
- c) Citação literal de **mais de três linhas**: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com **4 cm** de recuo à esquerda, em **espaço simples, fonte menor** que a utilizada no texto, **sem** aspas, **sem** itálico, terminando na margem direita do texto.

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...]encontramos algumas falhas no sistema[...]quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito[...].

Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos
- *Estilo Vancouver*².

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) - <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>). As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

Nota:

Autor é uma entidade:

Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3ª ed. Brasília, DF: SEF; 2001.

Séries e coleções:

Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do capítulo

Nota:

Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino, EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número/suplemento): página inicial-final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

RESENHA

Autor (es). Local: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano;v(n):página inicial e final.

ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

. CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano(n.):página inicial-final.

ENTREVISTA PUBLICADA

Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado. Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano;v(n.):página inicial-final.

DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do *site* com a expressão "Disponível em:"

Com paginação:

Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet],1998 [acesso em 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

Sem paginação:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota:

Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. **Só neste caso** (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o Doi junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados

em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

ILUSTRAÇÕES

Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw).

Nota:

No caso de textos enviados para a Seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 200 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

As submissões devem ser realizadas *online* no

endereço: <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados). Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Todo o conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo DY-NC. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte. Mais detalhes, consultar o link: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>

