

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**ANÁLISE DO GRAU DE SATISFAÇÃO COM AS CONDIÇÕES
DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM ARACAJU/SE**

SIMONE ALVES GARCEZ GUEDES

ARACAJU Março - 2008

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**ANÁLISE DO GRAU DE SATISFAÇÃO COM AS CONDIÇÕES
DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM ARACAJU/SE**

Dissertação de Mestrado submetida à banca
examinadora para a obtenção do título de
Mestre em Saúde e Ambiente, na área de
concentração em Saúde e
Ambiente.

SIMONE ALVES GARCEZ GUEDES
Orientador: Prof. Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior, Dr.

ARACAJU Março - 2008

**ANÁLISE DO GRAU DE SATISFAÇÃO COM AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS
PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ARACAJU/SE**

SIMONE ALVES GARCEZ GUEDES

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
AMBIENTE DA UNIVERSIDADE TIRADENTES COMO PARTE DOS REQUISITOS
NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE

Aprovada por:

Prof. Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior,.Dr.
Orientador

Prof^a. Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Dr^a.
Orientador

Prof^a. Almira Alves dos Santos, Dr^a

1^a examinador

Prof^a., Dr^a.Verónica de Lourdes Sierpe Jeraldo

2^a examinador

ARACAJU
Março – 2008

G924a

Guedes, Simone Alves Garcez

Análise do grau de satisfação com as condições de trabalho dos profissionais do programa Saúde da família em Aracaju/SE / Simone Alves Garcez Guedes ; orientação [de] Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior. – Aracaju, 2008.

84 p.

Inclui bibliografia

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade

Tiradentes

1. Saúde pública. 2. Qualidade de vida. 3. Programa Saúde da Família. I. Albuquerque Júnior, Ricardo Luiz Cavalcanti de (orient.) II. Título

CDU: 614

*Aos meus amores,
Ingrid, Brenna e Raíssa (dádivas de Deus)*

Agradecimentos

À Deus pela proteção e por sempre colocar em meu caminho pessoas maravilhosas.

Ao Prof. Dr. Ricardo Luís Cavalcanti de Albuquerque Júnior, meu orientador, profissional competente que aceitou compartilhar esse desafio e acreditou na minha capacidade, agradeço pela ajuda, disponibilidade, incentivo, seriedade e sugestões (sempre lúcidas e esclarecedoras).

À Prof^a. Dr^a. Cristiane Costa da Cunha Oliva, pessoa de luz própria e compreensiva, ao qual tive o prazer de dividir minhas angústias e incertezas, sugerindo novos pontos de vista e indicando caminhos. Agradeço sua valiosa e fundamental cooperação.

Aos professores do Mestrado, que nos enriqueceram, ensinando a ver o mundo em novas perspectivas e plantando sementes na nossa vida (cabe a nós fazê-las brotar).

Aos meus colegas de Mestrado, com quem desfrutei um ambiente estimulante e acolhedor, em especial às minhas amigas Annalu, Iandra e Mara Rúbia (com vocês pude compartilhar dúvidas, alegrias e dificuldades, mas acima de tudo uma amizade verdadeira).

Às pessoas amigas que me ajudaram nessa caminhada; Estela, amiga querida, agradeço pelo incentivo e amizade, só com sua ajuda foi possível concretizar essa etapa da minha vida e Pureza (minha irmã de coração), amiga de todas as horas, a responsável pela minha inscrição no Mestrado, quando nem eu mesma acreditava que fosse capaz de fazê-lo, você acreditou, incentivou e hoje eu completo mais um degrau na minha carreira, obrigada pelo carinho. **À minha família**, que sem o apoio seria impossível realizar esse sonho; meus pais, Augusto e Yvone, que além da vida me deram amor, ensinamento e educação para chegar até aqui; Tias Ceza e Fifi (in memoriam) pelos princípios de caráter, união e amor familiar; Tia Iara, minha madrinha, pelo amor e por me apoiar e estar presentes em todos os momentos; aos meus irmãos, Guga, Kika, Dani e Thaís, presentes em todos os momentos da minha vida, agradeço pela dedicação e amor às minhas filhas, a torcida, o incentivo e pelo imenso amor que nos une. **À minha mãe** um agradecimento especial (nunca suficiente) pelo exemplo de mãe, mulher e profissional que tem a ética e o amor como alicerces, capaz de um amor incondicional.

Obrigada por cuidar e amar minhas filhas nas inúmeras horas de ausência. Amo você demais. **A Ary**, meu marido, juntos construímos uma família maravilhosa; agradeço pelo amor, carinho e por tentar compreender as horas de dedicação ao mestrado. Amo muito você.

Um agradecimento especial às minhas filhas, Ingrid, Brenna e Raíssa, bênçãos que Deus colocou na minha vida, agradeço por toda ajuda que vocês me deram na concretização da dissertação, pela compreensão das ausências e da falta de tempo e principalmente por todo amor que me dedicam todos os dias. Vocês iluminam meu caminho. Amo muuuuuuuuito vocês.

SUMÁRIO

1. LISTA DE TABELAS.....	1
2. LISTA DE FIGURAS.....	2
3. RESUMO.....	3
4. ABSTRACT.....	4
5. INTRODUÇÃO	5
6. CAPÍTULO 1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	6
1.1- Breve Histórico da Saúde no Brasil.....	6
1.2- Conceituando Saúde.....	7
1.3- A Constituição Federal e a Regulamentação do SUS.....	8
1.4- Programa Saúde da Família.....	10
1.5- Saúde do Trabalhador.....	13
1.6- Qualidade de Vida	17
1.7- Referência Bibliográfica.....	20
7. CAPÍTULO 2 – ARTIGO – Análise da satisfação com as condições de trabalho dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE.....	26
8. CAPÍTULO 3 – ARTIGO – O cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família e seu ambiente profissioal.....	58
9. CONCLUSÃO GERAL.....	74
10. APÊNDICES.....	75
Apêndice I	76
Apêndice II.....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1 – Dimensões analisada.....	70
Tabela 2.2 - Dimensões contidas no instrumento de medição e suas respectivas asserções.....	71
Tabela 3.1 – Pontuação por nível de satisfação.....	72
Tabela 4.1 – Pontuação das asserções/dimensões.....	72

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Média das asserções da Dimensão 1.....	25
Figura 2 – Média das asserções da Dimensão 2.....	26
Figura 3 – Média das asserções da Dimensão 3.....	27
Figura 4 – Média das asserções da Dimensão 4.....	29
Figura 5 – Média das asserções da Dimensão 5	30
Figura 6 – Média das asserções da Dimensão 6.....	31
Figura 7 – Média das asserções da Dimensão 7.....	32
Figura 8 – Média das asserções da Dimensão 8.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1 – Dimensões analisadas através do instrumento de medição.....	35
Tabela 2.2 -. Dimensões contidas no instrumento de medição e suas respectivas	36
.....	36
Tabela 3.1 – Pontuação por nível de satisfação	37
Tabela 4.1 – Pontuação das asserções/dimensões	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –Médias das Dimensões e análise das condições de trabalho dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006-2007.....	33
Figura 2 –Média das asserções analisadas da Dimensão 1 “Compensação satisfatória e adequada” dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006-2007.....	36
Figura 3 –.Média das asserções analisadas da Dimensão 2 “Condições de saúde e segurança no trabalho” dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006-2007.....	39
Figura 4 –Média das asserções da Dimensão 3 “ Uso e desenvolvimento de capacidades” dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006-2007.....	41
Figura 5 –Média das asserções da Dimensão 4 “Oportunidade de crescimento e garantia de emprego” dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006-2007.....	44
Figura 6 – Média das asserções da Dimensão 5 “Integração social na organização do trabalho” dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006-2007.....	46
Figura 7 – Média das asserções da Dimensão 6 “Constitucionalismo na organização do trabalho” dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006-2007.....	48
Figura 8 –Média das asserções da Dimensão 7 “Trabalho e o espaço total de vida” dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006-2007.....	51
Figura 9 –Média das asserções da Dimensão 8 “Relevância social da vida no trabalho” dos	

profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006- 2007.....	53
---	----

ANÁLISE DO GRAU DE SATISFAÇÃO COM AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ARACAJU/SE

Simone Alves Garcez Guedes

RESUMO

A obtenção de níveis adequados de satisfação pessoal no âmbito do trabalho garante maior envolvimento e comprometimento dos profissionais na execução de suas atividades e cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos; por outro lado, a falta de satisfação promove uma queda na sua qualidade de vida, pois, indubitavelmente, o prejuízo se dará em todas as dimensões de sua existência, afetando sua saúde, o ambiente de trabalho, a família e as suas relações sociais. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi analisar as condições de trabalho e suas implicações na qualidade de vida dos profissionais cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros envolvidos no Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Aracaju/SE. Para tanto, foi efetuado um estudo seccional de cunho descritivo junto aos profissionais do Programa Saúde da Família visando avaliar sua percepção sobre as condições de trabalho oferecidas e as prováveis relações e implicações na sua qualidade de vida. Os dados foram coletados através de um questionário estruturado, adaptado e validado por Ritz (2000), considerando diferentes dimensões relevantes para a aferição das condições no trabalho e estimativa da qualidade de vida dos sujeitos. A análise dos resultados demonstrou insatisfação na maioria das dimensões ponderadas sendo que a categoria que mostrou maior insatisfação foi medicina. O fator de maior insatisfação para as três categorias profissionais estudadas foi a remuneração salarial, considerada injusta e incompatível com a função exercida. A conclusão desse estudo suscitou a necessidade de realizar uma revisão de caráter crítico-reflexivo que enfocasse o cirurgião-dentista e o seu ambiente profissional, suas dificuldades, a satisfação no trabalho e seu impacto na saúde. Encontramos que a maior causa de insatisfação está relacionada à baixa remuneração e dentre as doenças de maior prevalência nos cirurgiões-dentistas estão as doenças do sistema osteo-muscular. Através deste estudo, concluímos que a qualidade de vida no trabalho está intimamente relacionada com as condições de trabalho oferecidas aos profissionais. Informações que subsidiem ações posteriores voltadas para a prevenção da ocorrência de distúrbios na saúde dos trabalhadores, geradas por um quadro de insatisfação no âmbito do trabalho, são importantes na medida que salientam a importância do equilíbrio entre exigências da vida profissional e uma melhoria na qualidade de vida que terá conseqüências no trabalho e na vida pessoal dos profissionais.

Palavras-chave: Qualidade de vida - Programa Saúde da Família - Satisfação do trabalhador

ABSTRACT

The acquisition of appropriate levels of personal satisfaction at work ensures greater involvement and commitment of professionals in the implementation of their activities in meeting the goals and targets set, on the other hand, the lack of satisfaction promotes a decline in their quality of life, because undoubtedly, the injury will be in all dimensions of their lives, affecting their health, the workplace, the family and their social relations. Thus, the objective of this study was to analyze the perception about working conditions and their implications on the quality of life of health professionals like dentists, doctors and nurses involved in the Family Health Program (PSF) of Aracaju / SE county. Therefore, a sectional descriptive study was done with Family Health Program (PSF) professionals with an aim to assess their perception about the offered working conditions and likely implications for their relationships and quality of life. Data were collected through a structured questionnaire, previously validated considering relevant different dimensions to the measurement of the working conditions and estimation of subjects' quality of life. The results showed dissatisfaction in most dimensions weighted and the category that showed greater dissatisfaction was medicine. The biggest factor of dissatisfaction for the three professional categories studied was wage payment, considered unjust and incompatible with the exercised function. The conclusion of this study, raised the need to undertake a reflexive character critical review which a focus at the Dentist and his work, its difficulties, the satisfaction at work and its impact on health. The major cause of dissatisfaction is related to low pay and the most prevalent diseases among Dentists are diseases of skeletal muscle system. Through this study, it was found that quality of life at work is closely related to working conditions offered to professionals. Information that can subsidize subsequent actions aimed at the prevention of the occurrence of disturbances on the health of workers, generated by a framework of dissatisfaction at work, are important to enforces the importance of balance between demands of work and an improvement in the quality of life that will lead to consequences at work and professionals personal life.

Keywords: Quality of life - Family Health Program - Worker Satisfaction

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) tem seu início da década de 90 no Brasil, tendo como objetivo a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde utilizando como base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Hoje, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) marca presença em quase todos os municípios brasileiros, apresentando uma importância incontestável na melhoria das condições de saúde da população. Na base dessas conquistas está o trabalho de milhares de profissionais que se encontram na linha de frente dos serviços de saúde prestados à população.

A literatura dispõe de grande quantidade de informações sobre a satisfação dos usuários dos serviços de saúde, porém, poucos estudos sobre os sentimentos dos profissionais. Não basta apenas quantificá-los, devem ser avaliadas suas condições de saúde, percepções, expectativas e satisfação.

Quando as relações e o processo de trabalho não são bem estruturados pode ocorrer uma precarização das condições de trabalho afetando a saúde física e mental do trabalhador causando assim uma queda em sua qualidade de vida profissional e pessoal.

Para que os objetivos da ESF sejam alcançados é fundamental refletir e diagnosticar as necessidades dos profissionais e quando necessário reorganizar o processo e as relações de trabalho visando o aprimoramento do próprio desempenho profissional e conseqüentemente no serviço de saúde, o que resultaria na melhoria da Atenção em Saúde como também cooperaria no planejamento de políticas públicas e contribuiria para o desenvolvimento regional.

Considerando a contribuição que estudos sobre qualidade de vida trazem para uma melhor compreensão sobre o tema e a escassez de trabalhos que mostrem a importância da satisfação destes profissionais como diferencial na melhoria da saúde pública do Brasil, essa pesquisa visou avaliar a percepção das condições de trabalho e suas relações com o grau de satisfação do exercício laboral dos profissionais do Programa Saúde da Família do município de Aracaju, Sergipe.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 – Breve Histórico da Saúde no Brasil

A atuação do Estado brasileiro na tentativa de resoluções dos problemas de saúde da população teve, desde o seu surgimento no início do século até os anos 80, duas características básicas: uma estreita relação entre o estabelecimento das políticas de saúde e o modelo econômico vigente e uma clara distinção entre as ações de saúde pública e os de assistência médica. (PEREIRA, 2003).

Ainda de acordo com Pereira (2003), o atual modelo de prestação de serviços de saúde do Brasil corporificado no Sistema Único de Saúde (SUS), é resultado de um processo histórico de lutas do movimento sanitário brasileiro, intensificado a partir das décadas de 1970 e 1980, em consonância com lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira. Ainda na metade da década de 70 a sociedade começou a se mobilizar exigindo liberdades democráticas e questionando o sistema de saúde vigente, um modelo excludente de controle governamental e baseado na compra de serviços do setor privado.

Internacionalmente, em 1978, ocorria a Conferência da Unicef e da OMS sobre Atenção Primária à Saúde realizada em Alma-Ata, URSS, propondo uma progressiva valorização da prioridade de expansão de serviços de atenção primária à saúde como estratégia de reorganização do setor saúde (VASCONCELOS, 1999). A Carta de Otawa (1986) enfocou fatores sócio-econômicos e ambientais como estratégicos para promoção de saúde (BUSS, 2000).

Nos anos 80, o modelo médico-assistencial privatista foi substituído por um projeto neoliberal da saúde, que tinha como objetivo, reduzir o papel do Estado e remeter a regulação da saúde para o mercado (MENDES, 1991).

São estratégias fundamentais da promoção da saúde, segundo a Carta de Otawa (1986): a defesa da saúde consistindo na luta para que fatores econômicos, sociais, ambientais, comportamentais políticos sejam cada vez mais favoráveis à saúde, a capacitação que consiste em proporcionar os meios que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde e a mediação que consiste em intermediar os diferentes interesses em relação à saúde existentes na sociedade (BUSS, 2000).

Na década de 1980 a tese da municipalização começa a ser debatida tendo seu ponto alto na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília, aberta à participação da sociedade civil. Este seria um instrumento político ideológico que viria a influenciar de forma significativa na elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS) através do conceito ampliado de saúde proposto na Conferência (PEREIRA, 2003).

Em 1992 foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde com o tema

“Municipalização é o caminho” que abordou a importância da municipalização abordando temas como seguridade social, implantação do SUS e controle social.

Em 2003, a XII Conferência Nacional de Saúde foi realizada com o tema “Saúde: Direito de todos, dever do Estado. A Saúde que temos, o SUS que queremos”, e ampliou o debate ao colocar em pauta a intersetorialidade das ações de saúde; a organização da atenção em saúde; o controle social e gestão

participativa e o trabalho em saúde, onde abordou temas como a regularização dos vínculos, desprecarização do trabalho em saúde, relação de trabalho e saúde do trabalhador da saúde.

O Ministério da Saúde lança em 2006 o Pacto pela Saúde que consta de “um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social” (BRASIL, 2006 (a)).

1.2 - Conceituando Saúde

A forma mais antiga e comum de conceituar saúde é considerá-la como a simples ausência de doença, por estar arraigado culturalmente na população que a falta de saúde é decorrência de um estado de mal estar físico que a impeça de realizar as tarefas do cotidiano. Este é um conceito que considera o individual (MENDES, 1991).

Mais recentemente, a noção de "qualidade de vida" como conjunto de condições que assegura ao homem o direito de viver dentro de padrões (materiais e espirituais) adequados e condizentes com sua posição de ser humano, vem pôr em destaque a problemática do privilegiamento do planejamento econômico face à política social. Os agravos à saúde produzidos pelo desenvolvimento econômico desigual, ambicioso, agressivo e selvagem, despertaram grupos conscientes para uma visão humanística da saúde. Não basta apenas eliminar doenças, e reduzir a mortalidade, mas melhorar substancialmente a qualidade de vida. A saúde vem passando, nos últimos decênios, por uma revolução conceitual (BARBOSA, 1987).

Sob este prisma devemos adotar como “mais completo” o conceito ampliado de saúde baseado nas propostas da VIII Conferência de Saúde de 1986. Em sentido mais abrangente, a saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse a terra e acesso a bons serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades (BRASIL, 2006 (b)).

A concepção ampla de saúde consagrada na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, refletiu no Brasil e foi incorporado pela Constituição Federal de 1988 culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (VIETTA *et al*, 1998).

1.3 – A Constituição Federal e a Regulamentação do SUS

Em 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) tendo como diretrizes a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988). A regulamentação de alguns artigos é efetuada em 1990 formando a Lei Orgânica da Saúde:

Leis 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 1990(b), (c)).

A partir de então o Brasil passa a ter a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação segundo o capítulo 196 da Constituição Federal, 1988 (BRASIL,1988)

Segundo Mendes (1991) a Constituição de 1988 ressalta alguns aspectos fundamentais como o conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas sociais e econômicas; o entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de cidadania plena; a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; a criação do Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade e a integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social. A eliminação da contribuição previdenciária como condição para o acesso aos serviços públicos de saúde provoca uma ruptura com o modelo corporativo do benefício de saúde como direito de quem paga (MENDES, 1991).

A partir da nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, neste sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (nº. 8080/90 e 8142/90), e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996.

Com a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde – SUS, que agrega todos os serviços estatais – das esferas federal, estadual e municipal – e os serviços privados desde que contratados ou conveniados (BRASIL,1997).

O SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas dos três níveis de governo, com participação complementar do setor privado. Os três níveis de governo são responsáveis pela gestão e financiamento do SUS, de forma articulada e solidária. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL,1990).

Esta lei dispõe sobre essas condições e expressa as conquistas contidas na Constituição de 1988, mantendo e aprofundando as suas ambigüidades, mas, também servindo de apoio jurídico legal para a continuidade da luta política na arena sanitária. Incorpora os principais mandamentos constitucionais: saúde como direito de todos e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde, incluindo sua determinação social; o Sistema Único de Saúde com universalidade, integralidade da atenção, igualdade, direito à informação e descentralização político-administrativa (MENDES, 1991).

A Lei 8080/90, em seu artigo 3º afirma que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços; diz ainda que os níveis de saúde da população expressem a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

O art.6º da Lei 8080/90 incluiu a Saúde do Trabalhador no campo de atuação do Sistema Único de Saúde e o seu parágrafo 3º entende por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção

e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

A Lei Federal nº 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade da gestão do SUS criando as instâncias colegiadas de participação e controle social, nos três níveis de gestão: A Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Além disso, aborda sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde através de repasse regular e automático de recursos fundo a fundo (BRASIL, 1990).

Campos (1997, apud OLIVEIRA; SPIRI, 2006) relatou que a ação do Conselho de Saúde tem influenciado pouco nos métodos de gestão e no desempenho do trabalho em saúde. O controle social por meio dos Conselhos não tem atingido o cotidiano dos serviços.

Deve-se buscar formas de fortalecê-los, estruturá-los e dotá-los de mais poder político.

Apesar de todos os avanços ocorridos desde a efetivação do SUS ainda existem inúmeras dificuldades, como o acesso a serviços de saúde de qualidade por grande parte dos brasileiros (BRASIL, 2005).

Com o processo de descentralização, os municípios passam a receber recursos federais que são usufruídos no nível local. As inovações na gestão local estão relacionadas à incorporação, especificamente de programas tais como o Saúde da Família e outros que são associados à adequação do município às exigências colocadas pelas Normas Operacionais (GERSCHMAN, 2001).

O SUS exigia um modelo integral de atenção à saúde baseado no princípio da universalidade. Assim, em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família com o propósito de substituir o modelo vigente e reorganizar a prática de saúde em novos alicerces (VIEIRA; CORDEIRO, 2006).

1.4 – Programa Saúde da Família - PSF

Em 1994, foram implantadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde, funcionando, teoricamente, como porta de entrada para o sistema de saúde, visando à reversão do modelo assistencial vigente e reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios (VIEIRA *et al*, 2004).

O PSF desponta como uma das estratégias do Ministério da Saúde para a reorganização da atenção básica, tendo como objetivo melhorar o estado de saúde da população mediante a construção de um modelo de atenção baseado na promoção de saúde (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

Inicialmente concebido como Programa, o Saúde da Família é alçado à condição de Estratégia para a reorientação da atenção básica (CONILL, 2002).

Essa política de saúde está vinculada ao processo de descentralização, inovando e reestruturando a atenção em saúde e ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, estimulando a formação de equipes multiprofissionais, fortalecendo os vínculos de responsabilidade e confiança entre os profissionais, as famílias e a comunidade

(CANESQUI; SPINELLI, 2006)

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (população adscrita). As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as Equipes de Saúde da Família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2006(b)).

As equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2006(b)).

A ESF se propõe a uma ruptura com o modelo assistencial vigente e à construção de uma política com nova dimensão ética (RIBEIRO *et al*, 2004), propondo uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde através da humanização das práticas de saúde.

(OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde (DOMINGUEZ, 2006). O cirurgião-dentista, o técnico em higiene dental (THD) e o auxiliar de consultório dentário (ACD) foram incluídos a partir de janeiro de 2001 (VIEIRA *et al*, 2004). Baldani *et al* (2005) aponta o fato da odontologia não estar presente desde o início da implantação da ESF, o que possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização com os outros profissionais.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 600 a 1000 famílias com um limite máximo de 4500 pessoas de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde (COSTA; CARBONE, 2004). A proporção é definida pelo risco que a região representa para a saúde da comunidade. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se por ser porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de promoção da saúde, e ainda por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduo, famílias e comunidade (BRASIL, 2006(b)).

Pedrosa e Teles (2001) afirmaram que as equipes do Saúde da Família se deparam com o confronto entre a representação idealizada do programa (organizado, sistêmico, com base na promoção e prevenção) e as necessidades da comunidade que demanda ações e serviços de maneira emergencial e imediata.

Medeiros *et al* (2007) avaliaram a inserção e o grau de participação de 37 cirurgiões-dentistas no Saúde da Família do município de Mossoró-RN-Brasil e concluíram que os profissionais não se achavam

devidamente preparados para executar as ações necessárias, não trabalhavam em condições completamente adequadas e mostraram-se insatisfeitos quanto à remuneração salarial.

Costa e Carbone (2004) mostraram que as equipes de saúde da família devem estar capacitadas para: Planejamento das ações, atendimento à população, promoção de saúde, identificar a realidade epidemiológica e sócio-demográfica das famílias adscritas e trabalho interdisciplinar em equipe. Áreas estratégicas de atuação das equipes: Saúde da Criança; Saúde da Mulher; Saúde do Idoso; Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; Saúde Bucal; Controle da Tuberculose e Eliminação da Hanseníase.

1.5 - Saúde do Trabalhador

Segundo Silva (2002) a saúde do trabalhador se define, não enquanto uma disciplina homogênea, mas por metas e eixos de ação, dentre os quais temos a luta pela saúde, produzida nas transformações dos processos, na eliminação dos riscos e na superação das condições precárias de trabalho.

A Constituição Federal do Brasil em seu art.7º, do capítulo II- dos direitos sociais, relaciona os direitos dos trabalhadores. Dentre estes direitos estão: a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança; adicional de remuneração para atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei; aposentadoria e seguro contra acidentes de trabalho. Para os trabalhadores regidos pela CLT, considera-se insalubre as atividades ou operações que por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, exponham os empregados a agentes nocivos à saúde, sendo esses acima dos limites de tolerância e nesses casos o trabalhador faz jus ao recebimento da insalubridade que é uma gratificação instituída por lei e procura compensar o trabalhador pela possibilidade de dano de vida ou à saúde daqueles que executam determinados trabalhos classificados por insalubres e/ou perigosos (BEJGEL, BARROSO, 2001).

O relatório final da Oficina 38 com o tema – *A saúde do trabalhador na formação dos profissionais de saúde* - realizada no VI Congresso Nacional da Rede Unida em Belo Horizonte, em 2005, afirma que as condições de trabalho exprimem de modo determinado a sociedade de que faz parte. Ou seja, é uma expressão histórica de uma sociedade determinada, pois os seus atores diretos são inseridos no ambiente de trabalho de forma desigual: desigualdade de acesso às informações, impossibilidade de escolher a boa ferramenta, limitações na mobilização do colega quando preciso, participação negada na divisão dos ganhos. Afirma ainda o relatório que esta maneira do trabalho se organizar é um fator social determinado e determinante de uma lógica social. As condições de trabalho portam as marcas de uma relação de forças e dos valores da sociedade em que elas são geradas. As condições de trabalho exprimem de modo determinado à sociedade de que faz parte.

No contexto da reforma sanitária, a força de trabalho em saúde não pode ser limitada a uma descrição, deve-se estabelecer uma avaliação das condições de trabalho (NOGUEIRA, 1987). A saúde e a

qualidade do trabalho não podem ser negociadas como mais um mero elemento da produção (LACAZ, 2000).

Não há, portanto, como negar a existência de uma “sociedade 24 horas”, a qual depende de vasto número de trabalhadores, que estão sujeitos à exposição de fatores psicossociais do trabalho que interferem nos processos saúde-doença. (MORENO *et al*, 2003).

Há, em todo caso, uma completa mobilização da pessoa a quem se impõe a carga de conciliar o inconciliável: regularidade, velocidade, qualidade, segurança (SILVA, 2002).

A expressão “patologia organizacional” descreve de forma correta o funcionamento dos serviços públicos. De certa forma, o serviço público no Brasil tem sido afetado por este “mal” de forma crônica e a “desmotivação” do servidor pode ser um sintoma de patologia organizacional. A noção de patologia organizacional indica crise no desenho do trabalho e da organização que, embora não seja exclusiva do setor público, reflete, neste setor, o desinteresse histórico dos governantes pela prestação de serviços para a população. O governo federal afirma que 24,07% das aposentadorias de trabalha de servidores se devem a problemas de saúde decorrentes do trabalho admitindo assim, a relação entre adoecimento dos servidores públicos e suas condições de trabalho (FILHO, 2004).

Rigotto (1998) observou que as novas formas de organização do trabalho exigem novo perfil do trabalhador onde o saber já possuído é insuficiente e a exigência de aquisição permanente de novos saberes e da polivalência é a regra.

Para Bastos (2001) é importante ressaltar que organização é uma cultura, organização são pessoas e as pessoas estão em contínua interação. A organização do trabalho é o principal orientador da vida mental do trabalhador (SOBRINHO *et al*, 2006). Moniz e Araújo (2006) destacaram a problemática do sofrimento psíquico decorrente até do profissional voluntário na área da saúde.

Sabe-se que além de nos satisfazer de alguma maneira, o trabalho em diversas ocasiões é visto como algo penoso, difícil, como uma obrigação, e não como algo que nos dê sentido à vida. Esta condição pode acarretar no homem diversas patologias que se manifestam no transcorrer de sua vida laboral (BUENO, 2004).

Diversos são os fatores de risco associados à precarização no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde dentre eles o estresse, os acidentes de trabalho, o ambiente insalubre, a competição intensa, o trabalho noturno, a baixa remuneração tendo como conseqüência a necessidade de diversos empregos, o desgaste físico e mental e doenças físicas como tendinites, gastrites, úlceras, hipertensão e cefaléias provocando com isso também um afastamento social e familiar (DRUCK; FRANCO, 2005). A precarização das relações de trabalho está associada a fatores como falta de regulação do sistema de ingresso nos serviços, alta rotatividade nos postos de trabalho e ausência de uma política salarial e de carreira (VARELLA, 2004).

Segundo Silva (2000) a forma de organização do trabalho atua de forma a pressionar o indivíduo levando-o a estados de doenças, de insatisfação e desmotivação, ressaltando dentre estes a fadiga, distúrbios do sono estresse e a síndrome de Burnout.

Nogueira-Martins (2002) relatou que a Síndrome de Burnout apresenta sintomas somáticos e psicológicos. Dentre os somáticos encontra-se exaustão, fadiga, cefaléias, distúrbios gastro-intestinais,

insônia e dispnéia enquanto nos psicológicos verifica-se a presença de humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse.

Na visão de Bernik (1997) o termo estresse é amplamente usado na linguagem atual e nos meios de comunicação. Designa uma agressão, que leva ao desconforto, ou às conseqüências desta agressão. É uma resposta a uma demanda, de modo certo ou errado e desencadeia uma série de doenças, de uma simples azia à queda imunológica, que pode predispor infecções e até neoplasias, como também asma, gastrite, úlcera e problemas cardíacos.

Para Lipp (2002), o estresse é um estado geral de tensão fisiológica e mantém relação direta com as demandas do ambiente. O estresse ocupacional constitui experiência extremamente desagradável, associada a sentimentos de hostilidade, tensão, ansiedade, frustração e depressão, desencadeados por estressores localizados no ambiente de trabalho. A presença de estresse constante no ser humano pode levá-lo ao burnout (CHRISTOPHORO, WAIDMAN, 2002).

Dentre os fatores estressantes no ambiente de trabalho, podem ser considerados a sobrecarga ou a falta de trabalho, como fatores prejudiciais, podendo provocar sérios danos à pessoa que se encontra nestas situações (BAUCK, 1989 *apud* ALVAREZ, 1996). De conformidade com Moreno *et al* (2003) há múltiplos outros fatores de risco presentes no ambiente de trabalho. São eles de variadas naturezas (física, química, biológica e organizacional) e estão relacionados a uma grande variedade de perturbações de ordem física e psicossocial.

Para Rapparini (2004), odontólogos, médicos e enfermeiros são profissionais de alto risco de exposição a materiais biológicos. Caixeta e Branco (2005) afirmaram que o material pérfuro-cortante representa a principal causa de acidente e sugeriram a implementação de medidas de biosegurança fundamentais para a proteção dos profissionais de saúde.

Ramirez (2003) denominou acidente de trabalho todo aquele que se suceda ao trabalhador como causa do trabalho que executa ou como conseqüência deste, podendo causar morte, perda ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho. Para Beigel e Barroso (2001) equipara-se a acidente de trabalho a doença profissional, sendo esta produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho.

De acordo com Silva (2002), os acidentes de trabalho podem ser de diversos tipos, indo desde os de grande porte, com conseqüências dramáticas tanto para os trabalhadores das organizações diretamente implicadas, como de parcelas mais amplas da população, até aqueles de menor porte, que passam por vezes despercebidos, por serem considerados, ainda hoje, como inerentes ao processo de trabalho e, portanto inevitáveis – como “os ossos do ofício”. Os acidentes com instrumentos pérfuro-cortantes e exposição a fluidos biológicos estão neste último caso. Durante muito tempo, antes do surgimento da AIDS como doença e problema importante de saúde coletiva, essa questão recebia pouca atenção, mesmo dentro dos hospitais. Com o advento da AIDS, e a ampliação do conhecimento acerca da hepatite C, o risco de mortalidade como conseqüência desse tipo de exposição ganhou visibilidade. A partir da década de 80, acompanhando o processo de democratização do país, os estudos foram orientados predominantemente para o trabalho industrial. Mais recentemente, com as inovações tecnológicas que vêm sendo introduzidas no mundo do trabalho, as exigências de qualidade e as novas formas de gestão e controle da força de trabalho, a atenção às conseqüências da organização do trabalho ganhou espaço (SILVA, 2002).

De acordo com Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997), é neste segundo momento que os estudos relativos ao setor serviços incluídas as pesquisas sobre os profissionais de saúde foram iniciadas.

A partir desse momento as questões sobre valorização na produtividade do trabalho começam a ser discutidas. Uma nova concepção gerencial é imprescindível e deve reconhecer o papel central dos profissionais na vida da instituição, o que implica na prática da administração participativa e abertura para a criatividade e a iniciativa do próprio trabalhador (SANTANA, 1993).

Relatos de Belchior (2006) mostraram que o trabalhador de saúde sempre foi uma pauta paralela dentro da discussão da gestão, da formação. Deve-se colocar a pauta na ordem certa. O trabalhador não pode ser um adendo no debate da gestão da assistência à saúde. Ele é o protagonista da discussão. Acredita-se que essa conferência deve partir da visão do trabalho, das dificuldades que esse trabalhador enfrenta no dia-a-dia, numa lógica do trabalho digno, que leve em conta o direito do cidadão assistido e também do profissional que cuida. Afinal, quem não está bem, não pode cuidar bem.

Para Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) formular uma política de saúde do trabalhador abrange uma extensa gama de condicionantes da saúde e da doença, sendo necessário que o setor público de saúde consolide ações de saúde do trabalhador a partir da vigilância, até a assistência integral ao trabalhador.

A participação da força de trabalho feminina na esfera produtiva da área de saúde é cada vez mais expressiva, sendo o crescimento maior nos profissionais de nível superior (MACHADO, 1986). Junto com a inserção da mulher no mercado de trabalho, veio a sobrecarga de trabalho com dupla ou até tripla jornada de trabalho (SPINDOLA, 2000). Brito e D'acri (1991) alertaram para a importância de pesquisar a saúde da mulher trabalhadora.

Para Gianetti (2002) o avanço do saber científico, o domínio crescente da natureza pela tecnologia, o aumento exponencial da produtividade e da riqueza material, a emancipação das mentes após séculos de opressão religiosa, superstição e servilismo, a transformação das instituições políticas em bases racionais e o aprimoramento intelectual e moral dos homens por meio da ação conjunta da educação e das leis justificariam segundo os pensadores iluministas um aumento na qualidade de vida da humanidade, que resultaria em um estado de felicidade que abrangesse a todos.

1.6 – Qualidade de Vida

A satisfação no trabalho vem sendo apontada como elemento de qualidade de vida desde o início do século XX. Maslow (1943) afirma que além do trabalho, vários fatores influenciam a satisfação do trabalhador. São as realizações pessoais, reconhecimento no ambiente de trabalho, posição social, crescimento profissional permanente, promoções, entre outros (apud ALVAREZ, 1996)

O termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez por Lyndon Jonson, em 1964, então presidente dos Estados Unidos, que declarou: “(...) os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK *et al*, 1999).

A partir do crescimento do movimento ambientalista na década de 1970, o questionamento dos modelos de bem-estar predatórios, agregara, à noção de conforto, bem-estar e qualidade de vida, a perspectiva da ecologia humana que trata do ambiente biogeoquímico, no qual vivem os indivíduos e a população; e o conjunto das relações que os seres humanos estabelecem entre si e com a própria natureza (MINAYO *et al*; 2000).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (NUNES; FREIRE, 2006).

Os conceitos propostos inicialmente sobre qualidade de vida, enfatizam os aspectos materiais, como salário profissional e bens adquiridos (KLUTHCOVSKY, 2005). O conceito foi ampliado, a fim de medir o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente, utilizando-se os indicadores econômicos como instrumentos para medir e comparar qualidade de vida. Afirmar ainda que dentro do contexto da vida e da qualidade de vida das pessoas, o momento do trabalho é tão importante que não pode ser deixado de lado. Ainda segundo a autora os dados obtidos em avaliações da qualidade de vida em grupos específicos podem servir como base de argumentos e justificativas para tomadas de decisões em todos os setores.

Silva (2000) afirmou que “qualidade de vida é um conceito amplo e sendo assim, deve englobar aspectos subjetivos (sentimentos, percepção, bem-estar e satisfação) e objetivos (recursos materiais, disponíveis, salários e carreira)”.

Se durante suas atividades, as equipes Saúde da Família se confrontam com situações que, de algum modo, a irrite, excitem ou confundam, elas apresentarão alterações psicofisiológicas as quais promoverão a reação do organismo com componentes físicos e/ou psicológicos (CAMELO; ANGERAMI, 2004). Os conflitos no trabalho são inerentes à proposta da perspectiva interdisciplinar (OLIVEIRA, SPIRINI, 2006)

Ao abordar a interdisciplinaridade, é necessário fazer a distinção entre interdisciplinar e multidisciplinar. Enquanto a multidisciplinaridade abrange várias disciplinas trabalhando cada qual com seu saber, a interdisciplinaridade é a interação entre duas ou mais disciplinas onde o trabalho em equipe potencializa as ações necessárias para um atendimento integral às famílias (BENITO *et al*, 2003).

As difíceis relações estabelecidas nas equipes interdisciplinares apontam para um panorama bastante complexo sobre os profissionais de saúde. Os aspectos sociológicos do trabalho destes profissionais caracterizam um estado de insalubridade ocupacional que tem repercussões psicológicas no profissional afetando também sua relação com os pacientes e que acaba resultando em uma situação insatisfatória tanto para quem assiste (o profissional) como para quem é assistido (o paciente) (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

Uma revisão de literatura sobre o termo qualidade de vida concluiu que, ao invés de ser uma descrição do status de saúde dos indivíduos, é uma reflexão do modo como eles percebem e reagem sobre sua saúde e outros aspectos de suas vidas. A qualidade de vida inclui não somente os fatores diretamente relacionados à saúde, tais como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também elementos como trabalho, família, amigos e outras circunstâncias da vida (GILL; FEINSTEIN, 1994, *apud* ALVAREZ, 1996).

Haddad (2000) em estudo com profissionais de enfermagem concluiu que a pequena preocupação com a ergonomia, o grande número de pacientes que necessitam de tratamento especializado, as dificuldades sócio-econômicas enfrentadas pelos profissionais devido à baixa remuneração, sendo necessário uma dupla jornada de trabalho para poder sustentar suas famílias, apontam para uma baixa qualidade de vida no trabalho da enfermagem, além de aumentar os riscos de iatrogênias e acidentes no trabalho.

Para prosperar no novo milênio, os setores produtivos terão que cuidar muito bem do seu capital humano, aumentando-lhe a competência profissional em todos os níveis, e considerá-lo o seu bem mais valioso, o seu ativo principal, reconhecendo-o como fator decisivo no sistema produtivo. Entendendo-se como capital humano aquilo que diz respeito às pessoas, seu corpo, seus anseios, seus conhecimentos, capacidade de relacionamento, valores e experiências (RITZ, 2000).

Para Fernandes (1996), entre os tantos outros fatores que são apontados por interferirem na qualidade de vida no trabalho, os mais relevantes são: realização no trabalho, oportunidade de aprender, informação científica para realizar o trabalho, equipamentos para o trabalho, segurança no emprego e proporções justas na compensação.

Batista *et al* (2005) realizaram um levantamento com 52 enfermeiros de onze instituições de saúde (hospitais e unidades de saúde pública, municipais e estaduais) de Aracaju-SE-Brasil, com o objetivo de identificar os fatores de motivação e insatisfação no trabalho de enfermeiro e concluíram que os cinco fatores motivacionais citados, por ordem de prioridade foram: o gostar do que se faz, o bom relacionamento multiprofissional, a possibilidade de crescimento profissional, o poder de resolutividade atrelado ao compromisso com a população e as condições de trabalho. Foram citados como fatores de insatisfação: condições de trabalho, salário, relacionamento interpessoal e intersetorial.

Relatos da XII Conferência Nacional de Saúde (2003) demonstram que “saúde se faz com gente. Gente que cuida de gente. Por isso, os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área de saúde. As mudanças no modelo de atenção à saúde dependem da adesão dos profissionais de saúde e da qualidade do seu trabalho. Por sua vez, adesão e qualidade dependem das condições de trabalho e da capacitação para o seu exercício”.

1.7 - Referência Bibliográfica

ALVAREZ, B. R. **Qualidade de vida relacionada à Saúde de trabalhadores**, um estudo de caso. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pósgraduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina,

Florianópolis, 1996.

BALDANI, M. H.; FADEL, C. B.; POSSAMAI, T.; QUEIROZ, M. G. S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, 21(4):1026-1035, julho-agosto, 2005.

BARBOSA, F. S. Política de investigação em saúde no Brasil. In: **Seminário de Tropicologia**: Trópico e pesquisa científica, Recife, 1987.

BASTOS, M. A. R. A temática cultura organizacional nos estudos na área da saúde e da enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, 9(4): 68-74, 2001.

BATISTA, A. A. V.; VIEIRA, M. J.; CARDOSO, N., C. S.; CARVALHO, G. R. P. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista Esc. Enfermagem**, 39(1):8591, 2005.

BEJGEL, I.; BARROSO, W. J. O trabalhador do setor saúde, a legislação e seus direitos sociais. **Boletim de Pneumologia Sanitária** 9(2):69-77, jul/dez, 2001.

BELCHIOR, S. **Revista do Conselho Nacional de Saúde**.
http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2006/jornal17/entrevista.htm

BENITO, G. A. V.; SILVA, L. L.; MEIRELLES, S. B. C.; FELIPPETO, S. Interdisciplinaridade no cuidado às famílias: repensando a prática em saúde. **Farm. Saúde Desenvolvimento**, 5(1):66-72, janeiro/abril, 2003

BERNIK, V. Estresse: O Assassino Silencioso. **Revista Cérebro e Mente**. Revista eletrônica de divulgação científica em Neurociência. Campinas: UNICAMP/NIB (Núcleo de Informática Biomédica). 2). Setembro-novembro de 1997.

BRASIL, **Constituição Federal**, Brasília, 5 de outubro de 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm

BRASIL (a). **ABC DO SUS. Doutrinas e Princípios**. Ministério da Saúde. Brasília: 1990.

BRASIL(b). **Lei Federal nº 8080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em

<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>

BRASIL (c). **Lei Federal nº 8142**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília-DF, 28 de dezembro de 1990. Disponível em <http://www.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – (NOB 91)**. Brasília, 1991. Disponível em http://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – (NOB 93)**, Brasília, 1993. Disponível em http://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – (NOB 96)**, Brasília, 1996. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial**, Brasília, 1997.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Mapeamento dos Planos de Carreira das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde**. Brasília-DF, Brasil, julho, 2005.

BRASIL (a). **Pacto pela Saúde**.Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão / Ministério da

Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada, 2:28-30, 2006.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília,2006 Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>.

BRITO, J. C.; D'ACRI, V. Referencial de análise para o estudo da relação trabalho, mulher e saúde. **Caderno de Saúde Pública**, 7(2):201-214, abril/junho, 1991.

BUENO, R. N. **Qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas da rede pública dos municípios da AMFRI**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 2004.

BUSS, P. M.. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** 5(1) 163-177, 2000.

CAIXETA, R. B.; BARBOSA-BRANCO, A. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. **Caderno de Saúde Pública**, 21(3):737/746, mai-jun, 2005.

CHRISTOPHORO, R.; WAIDMAN, M. A. P.. Estresse e condições de trabalho: um estudo com docentes do curso de enfermagem do UEM, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum Maringá**, 24(3):757-763, 2002.

CAMELO S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Sintomas de Estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de Saúde da Família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 12(1):14-21, jan-fev 2004.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S.. Saúde da família do estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Caderno de Saúde Pública**, 22(9):1881-1892, setembro, 2006.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno Saúde Pública**, 18:S191-S202, 2002.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família uma abordagem interdisciplinar**. Rubio. Rio de Janeiro, RJ, 2004.

DOMINGUEZ, B.N.R. **Programa de Saúde da Família; Como Fazer**. Minas Gerais, junho, 1998.

DRUCK, G.; FRANCO, T. A Alca e as principais implicações para o trabalho e a saúde dos trabalhadores. **Ciência e Saúde Coletiva** 8(4):875-885. 2003.

FERNANDES, E. **Qualidade vida no Trabalho**; como medir para melhorar. 2ª ed., Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FILHO, J. M. J.. Desenho do trabalho e patologia organizacional: um estudo de caso no serviço público. **Revista Produção**, 14(3):058-066, set/dez, 2004.

FLECK, M. P.A.; LEAL, O. F.; LOUZADAS, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 21(1):19-28, jan-mar 1999.

GERSCHMAN, S. Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década de 1990. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 6(2):417-434, 2001.

GIANETTI, E. **Felicidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

HADDAD, M.C.L. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Revista Espaço para a Saúde** 1(2):75-88, junho, 2000.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. **Qualidade de vida dos agentes comunitários do interior do Paraná**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem). Programa de pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública. Universidade Estadual do Centro-Oeste e Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

LACAZ, F. A. C.. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5(1):151-161, 2000.

LIPP, M. N. **O estresse do professor**. Campinas: Papirus, 2002.

MACHADO, M. H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil – 1970/80. **Caderno de Saúde Pública**, 2(4):449-460, outubro/dezembro, 1986.

MEDEIROS, C. L.; QUEIROZ, M. D. D.; SOUZA, G. C. A.; COSTA, Í. C. C.. Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line], 9(2):379-388, maio/agosto 2007. <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a07.htm>.

MENDES, E. V. "As Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80: A Conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia Neoliberal," in Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro/São Paulo, Abrasco/Hucitec 1991.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 5(1):7-18, 2000.

MINAYO-GOMES, C. & THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, 13: (S2):S21-S32, 1997.

MONIZ, A. L. F.; ARAÚJO, T. C. C. F. Trabalho voluntário em saúde: auto-percepção, estresse e burnout. **Interação em Psicologia**, 10(2):235-243, jul/dez, 2006.

MORENO, C. R. C.; FISCHER, F. M.; ROTENBERG, L. A Saúde do Trabalhador na Sociedade 24 horas. **São Paulo em Perspectiva** 17(1):34-46, jan/mar, 2003. www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100005.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde no contexto da reforma sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, 3(3):332-342, julho-setembro, 1987.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In: BOTEGA, N.J. (org.) Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência. 130-144, Editora Artmed, Porto Alegre, 2002.

NUNES, M. F.; FREIRE, M. C. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. **Revista Saúde Pública**, 40(6):1019-1026, dezembro, 2006.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, 40(4):727-733, agosto, 2006.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M.. Consenso e diferenças entre equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, 35(3):303-311, junho, 2001.

PEREIRA, A.C. et al. **Odontologia em Saúde Coletiva**; Planejando ações e promovendo Saúde. Artmed, 2003.

RAMIREZ, L. G. Tratamento do assédio psicológico, do estresse e do burnout como acidentes de trabalho. **Caderno de Doutrina Trabalhista**. Cidade de Havana, Cuba. Março, 2003.

RAPPARINI, C. Riscos Biológicos e Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. 2(2):103-117, abril-junho, 2004.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L.. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, 20(2):438-446, março/abril, 2004.

RIGOTTO, R. M. Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 93/94:9-20, dezembro, 1998.

RITZ, M. R. de C. **Qualidade vida no trabalho: construindo, medindo e validando uma pesquisa**. Dissertação de Mestrado em Qualidade. Universidade de Campinas. Campinas, Brasil, 2000.

SANTANA, J. P. **A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta**. In: Painel Gestão de Recursos Humanos, II Conferência Nacional de Recursos Humanos de Saúde, Brasília, setembro de 1993.

SILVA, F. P. P.. Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. **Revista PSS** 2(1), junho, 2000.

SILVA, C. O.. **Vida de Hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, julho, 2002.

SOBRINHO, C. L. N.; 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**, 22(1):131-140, 2006.

SPINDOLA, T. Mulher, mãe e...trabalhadora de enfermagem. **Rev. Esp. Enfermagem USP**, 34(4):354-361, dezembro, 2000.

VARELLA, T. C. Trabalho decente nos serviços de saúde e compromisso de governo. In: **Seminário Anual dos Observatórios de Recursos Humanos de Saúde nos processos de reforma setorial na região das Américas**. Brasília, DF, novembro, 2004.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VIEIRA, E.T.; BORGES, M.J.L.; PINHEIRO, S.R.M.; SOARES, S. A.O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira da Saúde**, RBPS,

v.17n.3. Fortaleza, 2004. Disponível em
https://www.unifor.br/hp/doc_noticias/rbps-7n3.pdf#search=%22VIEIRA%20PINHEIRO%20SOARES%20BORGES%20%22O%20PROG RAMA%20SAUDE%20DA%20FAMILIA%22%22.

VIEIRA, C.; CORDEIRO, M. **Trabalho e subjetividade: uma intervenção psicossocial com uma equipe de profissionais do “Programa Saúde da Família”**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Brasília, DF, setembro, 2006.

VIETTA, E. P.; UEHARA, M.; SILVA NETTO, K. A. S..Depoimentos de enfermeiras hospitalares da década de 80: subsídios para a compreensão da enfermagem atual. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 6(3):107-116, 1998.

VI Congresso Nacional da Rede Unida. **A saúde do trabalhador na formação dos profissionais de saúde**. Relatório da Oficina 38. Belo Horizonte, 2005.
<http://www.ufmg.br/redeunida/oficinas/OFICINA%2038%20-%20COM%20LOGO.doc>.

IX Conferência Nacional de Saúde. **“Municipalização é o Caminho”**. Brasília-DF, Brasil, agosto, 1992.
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/9conf_nac_rel.pdf.

XII Conferência Nacional de Saúde. Conferência Sérgio Arouca **“Saúde: Direito de todos, dever do Estado . A Saúde que temos, o SUS que queremos”**. Brasília de 07 a 11 de setembro de 2003: relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde- Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Artigo Científico

Análise da satisfação com as condições de trabalho dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE

GUEDES, Simone Alves Garcez¹; OLIVEIRA, Cristiane Costa da Cunha^{2,3}; ALBUQUERQUE JÚNIOR, Ricardo Luiz Cavalcanti ^{2,4}

Resumo

O objetivo desse estudo foi analisar a percepção sobre condições de trabalho e suas implicações na qualidade de vida dos profissionais cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros envolvidos no Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Aracaju/SE. Para tanto, foi efetuado um estudo seccional de cunho descritivo junto aos profissionais do Programa Saúde da Família visando avaliar sua percepção sobre as condições de trabalho oferecidas e as prováveis relações e implicações na sua qualidade de vida. Os dados foram coletados através de um questionário estruturado, previamente validado, considerando diferentes dimensões relevantes para a aferição das condições no trabalho e estimativa da qualidade de vida dos sujeitos. A análise dos resultados demonstrou insatisfação na maioria das dimensões ponderadas sendo que a categoria que mostrou maior insatisfação foi medicina. O fator de maior insatisfação para as três categorias profissionais estudadas foi a remuneração salarial, considerada injusta e incompatível com a função exercida. Os resultados observados sugerem que análise criteriosa sobre as condições de trabalho desses profissionais e a efetivação de ações no intuito da prevenção da ocorrência de distúrbios na saúde dos trabalhadores, geradas por um quadro de insatisfação no âmbito do trabalho.

Palavras-chave: Qualidade de vida - Programa Saúde da Família - Satisfação do trabalhador

1 Mestranda em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes. Aracaju/SE.

2 Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes. Aracaju/SE.

3 Laboratório de Planejamento e Promoção de Saúde, Instituto de Tecnologia e Pesquisa, Aracaju/SE.

4 Laboratório de Morfologia e Biologia Estrutural, Instituto de Tecnologia e Pesquisa, Aracaju/SE.

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) é o modelo de atenção à saúde vigente atualmente no Brasil e está presente em quase todos os municípios brasileiros. Tem como objetivo melhorar o estado de saúde da população baseado em um modelo assistencial de promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde utilizando como base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (VIEIRA; CORDEIRO, 2006). Apesar de todos os avanços ocorridos desde a efetivação do SUS ainda existem inúmeras dificuldades, como o acesso a serviços de saúde de qualidade pela população e a reorganização das relações de trabalho dos profissionais com ênfase na saúde do trabalhador.

A IX Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1992 e apontou a municipalização como o caminho a ser seguido para a reorganização do setor de saúde. Em 2003, a XII Conferência Nacional de Saúde ampliou o debate ao colocar em pauta a intersetorialidade das ações de saúde; a organização da atenção em saúde; o controle social e gestão participativa e o trabalho em saúde, abordando temas como a regularização dos vínculos, desprecarização do trabalho em saúde, relação de trabalho e saúde do trabalhador da saúde.

A partir de 2006 o Programa Saúde da Família foi normatizado como Estratégia de Saúde da Família, uma vez que deixou de ter um caráter provisório como Programa para se sedimentar como Estratégia (CONILL, 2002). As equipes inicialmente eram compostas por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde (DOMINGUEZ, 2006). O cirurgião-dentista, o técnico em higiene dental (THD) e o auxiliar de consultório dentário (ACD) foram incluídos a partir de janeiro de 2001 (VIEIRA et al, 2004). Baldani *et al* (2005) aponta o fato da odontologia não estar presente desde o início da implantação da ESF, o que possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização com os outros profissionais.

Pedrosa e Teles (2001) afirmaram que as equipes do Saúde da Família se deparam com o confronto entre a representação idealizada do programa (organizado, sistêmico, com base na promoção e prevenção) e as necessidades da comunidade que demanda ações e serviços de maneira emergencial e imediata.

As relações e condições de trabalho devem ser bem estruturadas visando à saúde física e mental do trabalhador estabelecendo um ambiente que alcance uma qualidade de vida profissional satisfatória. Se durante suas atividades, as equipes Saúde da Família se confrontam com situações que, de algum modo, a irrite, excitem ou confundam, elas apresentarão alterações psicofisiológicas as quais promoverão a reação do organismo com componentes físicos e/ou psicológicos (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

A precarização das relações de trabalho está associada a fatores como falta de regulação do sistema de ingresso nos serviços, alta rotatividade nos postos de trabalho e ausência de uma política salarial e de carreira (VARELLA, 2004). Medeiros *et al* (2007) observaram que a remuneração salarial era fruto de insatisfação entre profissionais cirurgiões-dentistas.

Rigotto (1998) observou que as novas formas de organização do trabalho exigem novo perfil do trabalhador onde o saber já possuído é insuficiente e a exigência de aquisição permanente de novos saberes e da polivalência é a regra.

De conformidade com Moreno *et al* (2003) há múltiplos outros fatores de risco presentes no ambiente de trabalho. São de variadas naturezas (física, química, biológica e organizacional) e estão relacionados a uma grande variedade de perturbações de ordem física e psicossocial. Uma nova concepção gerencial é imprescindível e deve reconhecer o papel central dos profissionais na vida da instituição, o que implica na prática da administração participativa e abertura para a criatividade e a iniciativa do próprio trabalhador (SANTANA, 1993).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (NUNES; FREIRE, 2006).

Silva (2000) afirmou que “qualidade de vida é um conceito amplo e sendo assim, deve englobar aspectos subjetivos (sentimentos, percepção, bem-estar e satisfação) e objetivos (recursos materiais, disponíveis, salários e carreira)”.

Para Fernandes (1996), entre os tantos outros fatores que são apontados por interferirem na qualidade de vida no trabalho, os mais relevantes são: realização no trabalho, oportunidade de aprender, informação científica para realizar o trabalho, equipamentos para o trabalho, segurança no emprego e proporções justas na compensação.

Para que os objetivos do PSF sejam alcançados é fundamental refletir e diagnosticar as necessidades dos profissionais e quando necessário reorganizar o processo e as relações de trabalho visando sempre à qualidade de vida e o aprimoramento do desempenho profissional no serviço de saúde, o que resultaria na melhoria da Atenção em Saúde.

Considerando a contribuição que estudos sobre qualidade de vida trazem para uma melhor compreensão sobre o tema e a escassez de trabalhos que mostrem a importância da satisfação destes profissionais como diferencial na melhoria da saúde pública no Brasil, esse estudo avaliou a percepção das condições de trabalho e suas relações com o grau de satisfação do exercício laboral dos profissionais integrantes do Programa de Saúde da Família do município de Aracaju, Sergipe.

Material e Método

O estudo foi realizado em Aracaju, município brasileiro, capital do estado de Sergipe, uma das primeiras capitais brasileiras a ser planejada. Localiza-se no litoral, sendo cortada por rios como o Sergipe e o Poxim. De acordo com a contagem populacional realizada pelo IBGE em 2007, a cidade conta com 520.303 habitantes, ocupa uma área de 181,8 km² com uma densidade demográfica de 2.535,19 hab/km². A expectativa de vida é de 68,72 anos 92,7% dos municípios possuem água e 96,1% têm coleta de lixo segundo o IBGE (Censo, 2000). O Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,794 (PNUD, 2000).

Foi efetuado um estudo seccional de cunho descritivo. O município de Aracaju no mês de maio/2006 contava com 128 equipes de saúde da família e 53 equipes de saúde bucal, com 128 médicos, 128 enfermeiros e 53 cirurgiões-dentistas totalizando de 309 profissionais de formação superior, que constituiu a população-alvo deste estudo (BRASIL, 2006 (b)). O questionário foi aplicado a uma amostra dessa população, calculada a partir da aplicação da formula de Barbetta. O cálculo amostral foi de 174 profissionais, desses apenas 147 responderam ao questionário sendo 24 profissionais de odontologia (16,33%), 69 de enfermagem (46,94%) e 54 de medicina (36,73%).

Os dados foram coletados através de um questionário estruturado baseado em Walton (1973), modificado e validado por Ritz (2000), considerando diferentes dimensões relevantes para a aferição da percepção dos sujeitos da pesquisa no que diz respeito às condições de trabalho e qualidade de vida. Foram analisadas oito dimensões. Dimensão neste caso consiste em um fator considerado importante para uma determinada análise. Cada dimensão incide em um grupo de asserções. A asserção pode ser definida como uma afirmação sobre determinado assunto, podendo ser positiva ou negativa.

O instrumento utilizado é do tipo escala atitudinal, oferecendo um universo de respostas que abrange as possíveis percepções dos sujeitos acerca de suas condições de trabalho, qualidade de vida e delinea possíveis relações entre estes. O questionário foi aplicado aos profissionais da ESF no local de trabalho.

1 - Dimensões analisadas

O questionário, por sua vez, compreenderam perguntas estruturadas que levam em consideração dimensões relevantes para análise de condições de trabalho e qualidade de vida, conforme descreve Ritz (2000), evidenciadas na tabela a seguir:

Tabela 1 – Dimensões analisadas através do instrumento de medição

<i>DIMENSÕES</i>	
Dimensão 1	Compensação satisfatória e adequada
Dimensão 2	Condições de saúde e segurança no trabalho
Dimensão 3	Uso e desenvolvimento de capacidades
Dimensão 4	Oportunidades de crescimento e garantia de emprego
Dimensão 5	Integração social na organização
Dimensão 6	Constitucionalismo na organização
Dimensão 7	Trabalho e o espaço total de vida
Dimensão 8	Relevância social da vida no trabalho

Para cada dimensão relevante foram definidas seis asserções (afirmações), com exceção da dimensão 3 que contou com doze asserções, com o objetivo de alcançar o contínuo compreendido por dimensão. O instrumento aplicado continha 54 asserções que abarcavam todas as oito dimensões e estavam distribuídas de forma aleatória. Foram apresentadas quatro alternativas de resposta, devendo ser escolhida apenas uma. O instrumento de medição aplicado encontra-se no Apêndice I. Na tabela 2 estão todas as dimensões com as respectivas asserções contidas no instrumento de pesquisa:

Tabela 2 – Dimensões contidas no instrumento de medição e suas respectivas asserções

<i>DIMENSÕES</i>	<i>ASSERÇÕES</i>
1- Compensação satisfatória e adequada	1-10-19-28-37-46
2- Condições de saúde e segurança no trabalho	2-11-20-29-38-47
3- Uso e desenvolvimento de capacidades	3-9-12-18-21-27-30-36-39-45-48-54
4- Oportunidade de crescimento e garantia de emprego	4-13-22-31-40-49
5- Integração social na organização do trabalho	5-14-23-32-41-50
6- Constitucionalismo na organização de trabalho	6-15-24-33-42-51
7- Trabalho e o espaço total de vida	7-16-25-34-43-52
8- Relevância social da vida no trabalho	8-17-26-35-44-53

2 - Cálculo das Médias

2.1 - Média das Asserções

Calcula-se a média das asserções, somando-se as pontuações obtidas em cada asserção validada e dividindo pelo total de respondentes.

2.2 - Média das Dimensões

A média das dimensões é a média das médias das asserções validadas que compõem a dimensão. A escala de resposta apresenta quatro alternativas representando o nível de satisfação do sujeito onde cada uma tem uma pontuação, variando conforme a asserção seja afirmativa ou negativa, de acordo com a tabela 2.

Tabela 3 – Pontuação por nível de satisfação

<i>Nível de satisfação</i>	<i>Escala de Pontuação</i>	
	<i>Asserções Afirmativas</i>	<i>Asserções Negativas</i>
Concordo Plenamente	4	1
Inclinado a Concordar	3	2
Inclinado a Discordar	2	3
Discordo Plenamente	1	4

3 - Construção e Interpretação Gráfica

As pontuações das asserções podem assumir valores de 1 a 4, logo após são obtidas as médias das asserções e das dimensões. As médias das dimensões são divididas em três áreas que são chamadas de zonas de acordo com a média alcançada. Quanto menor for a média, mais crítica está a situação. A tabela a seguir mostra o intervalo das médias e suas respectivas zonas.

Tabela 4 – Pontuação das asserções/dimensões

<i>Intervalo das médias</i>	<i>Zonas</i>
1,00 a 1,99	Zona de perigo
2,00 a 2,99	Zona de alerta
3,00 a 4,00	Zona de conforto

Caso a média da asserção ou da dimensão fique na zona de perigo (valor entre **1,00 e 1,99**) indica que é uma atitude extremamente negativa frente à asserção ou dimensão e, por conseguinte, necessita de medidas intervencionistas extremas e rápidas. Quando a média se apresentar na zona de alerta (valor entre **2,00 e 2,99**) é considerado como algo preocupante e deve servir como alerta para a asserção ou

dimensão analisada e implica na adoção de medidas de intervenção, embora de caráter menos premente. A zona de conforto (valor entre **3,00 e 4,00**) é interpretada como uma atitude positiva frente à asserção ou dimensão e, neste caso, nenhuma medida urgente precisa ser adotada. Desta maneira, a média de cada dimensão reflete, em última instância, a satisfação pessoal com as condições de trabalho e a qualidade de vida dos sujeitos.

Os escores de satisfação com as condições de trabalho também serão comparadas entre os profissionais de diferentes formações que comporão nossa amostra, visando analisar possíveis distorções quanto a essa percepção entre os sujeitos.

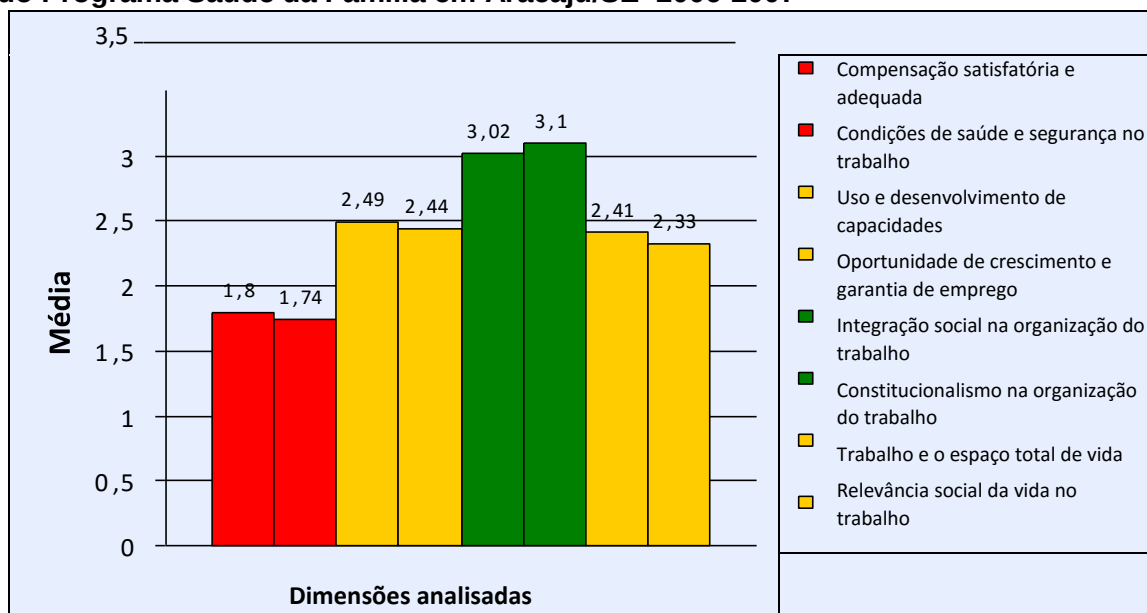
Resultados e discussão

A amostra foi predominantemente feminina (77,55%), perfazendo um total de 91,3% em enfermagem, 83,33% em odontologia e 57,4% em medicina, mostrando uma tendência de feminilização da força de trabalho em saúde, confirmada por diversos autores (CANESQUI, SPNELI, 2006; GERSCHMAN, 2001).

Dimensões

Após a obtenção das médias, verificou-se que as dimensões 1 e 2 estavam na zona de perigo (médias 1,80 e 1,74 respectivamente) e as dimensões 3, 4, 7 e 8 ficaram na zona de alerta (médias 2,54, 2,44, 2,41 e 2,33 respectivamente). As dimensões 5 (3,02) e 6 (3,10) estão na zona de conforto. Na figura 1 estão as médias de todas as dimensões.

Figura 1 – Médias das Dimensões e análise das condições de trabalho dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006-2007



Legenda:

■ Zona de perigo ■ Zona de alerta ■ Zona de conforto

Dimensão 1

A dimensão 1 “Compensação satisfatória e adequada” está relacionada com a remuneração do trabalhador, e sua adequação e equidade. Apresentou média geral de 1,80, a segunda menor média de todas as dimensões estudadas. Odontologia e medicina ficaram na zona de perigo com médias 1,72 e 1,62 respectivamente, enfermagem apresentou média de 2,08 ficando na zona de alerta. Pode-se concluir que para as três categorias profissionais a remuneração salarial é considerada injusta e insatisfatória em contrapartida às responsabilidades assumidas.

Observa-se que a asserção sobre “salário compatível com função” apresentou médias baixas para as três categorias: 1,39 para odontologia, 1,92 para enfermagem e 1,22 para medicina. Santana (1993) apresentou uma proposta com o uso integrado de três estratégias de gestão: responsabilização no trabalho, o que implicaria em atitudes e compromissos efetivos com as necessidades dos pacientes; incentivos à produtividade que seriam estímulos, financeiros ou não, cuja aplicação só ocorreria a partir de um patamar de produção e não poderia se transformar em permanente ou automática. Aponta ainda a importância do processo permanente de negociação coletiva do trabalho, que seria o estabelecimento de procedimentos que possibilitem o exercício da administração pública participativa.

Para Varella (2004) a precarização das relações de trabalho estão associadas, entre outros fatores, com a ausência de uma política salarial e de carreira setorial. Estudos apontam que a relação trabalhista e as condições de trabalho são determinantes de inseguranças e preocupações (VIEIRA, *et al*, 2004; PEDROSA, TELES, 2001).

A Odontologia apresentou média extremamente baixa (1,29) na asserção sobre “salário de acordo com importância do trabalho realizado”, as outras médias também foram baixas, 1,44 (medicina), e 1,79 (enfermagem). Apesar de ocorrer uma modificação no mercado de trabalho para o cirurgião-dentista com o ingresso dessa categoria profissional no Programa Saúde da Família em 2001, as condições de trabalho impostas a esses profissionais ainda não se mostram adequadas, principalmente no que se refere à remuneração. Na imensa maioria dos municípios não existe uma isonomia de salário por nível de escolaridade entre médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros e, em alguns municípios os cirurgiões-dentistas recebem metade do salário do médico sendo esse ainda menor que o da enfermagem. Esses resultados estão em concordância com Baldani *et al* (2005) ao afirmar que apesar das três categorias profissionais estarem incluídas no mesmo programa, com a mesma carga horária e as mesmas responsabilidades, as disparidades salariais são encontradas em muitos municípios brasileiros.

A insatisfação dos cirurgiões-dentistas com a falta de isonomia salarial foi abordada por Medeiros *et al* (2007) afirmando que todos os profissionais com o mesmo nível de formação acadêmica teriam direito ao mesmo salário, uma vez que as atribuições dos profissionais se complementam e se reforçam entre si, mostrando que no trabalho em equipe nenhum profissional é mais importante que o outro.

A asserção “salário adequado quando comparado a colegas de igual responsabilidade” mostra médias próximas para medicina (2,16), odontologia (2,22) e enfermagem (2,45). Quando a asserção foi

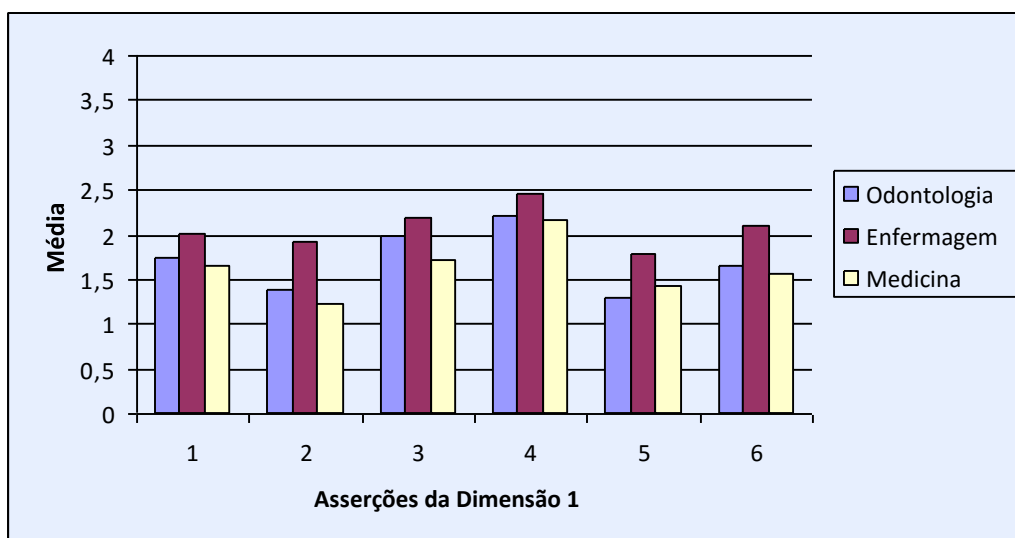
sobre salário e padrão de vida, enfermagem apresentou média 2,10 enquanto odontologia (1,66) e medicina (1,57) obtiveram médias mais baixas. As diferenças salariais entre as categoriais profissionais são apontadas como fonte de rivalidades e insegurança (VIEIRA, *et al*, 2004).

Enfermagem apresentou a maior média (2,19) na asserção “defasagem salarial em relação ao mercado de trabalho” enquanto odontologia ficou com média 2,0 e medicina 1,72.

O mesmo ocorreu com a asserção “salário suficiente para o sustento familiar” onde enfermagem obteve média 2,02, odontologia 1,75 e medicina 1,66. Embora os médicos apresentem um salário maior que o dos cirurgiões-dentistas e enfermeiros eles se mostram mais insatisfeitos com a remuneração quando comparados com os outros profissionais. Esses resultados são semelhantes aos obtidos em outros estudos (PEDROSA, TELES, 2001; CANESQUI, SPINELLI, 2006). Pode-se supor que haja uma força corporativa na classe médica maior que nas outras categorias, predispondo a um aumento de reivindicações de melhores condições de trabalho e maiores remunerações.

As médias da dimensão 1 encontram-se na figura 2.

Figura 2 - Média das asserções analisadas da Dimensão 1 “Compensação satisfatória e adequada” dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006-2007



Legenda:

- 1-Salário suficiente para sustento familiar
- 2-Salário compatível com função
- 3-Defasagem salarial em relação ao mercado de trabalho
- 4-Salário adequado quando comparado a colegas de igual responsabilidade
- 5-Salário de acordo com importância do trabalho realizado
- 6-Salário e padrão de vida

Dimensão 2

A dimensão 2 “Condições de saúde e segurança no trabalho” analisa as condições de jornada de trabalho, ambiente físico, carga de trabalho e suas relações com a qualidade de vida no trabalho.. Apresentou média geral de 1,74, sendo esta a menor média entre todas as dimensões analisadas, apresentando-se com todas as categorias na zona de perigo: odontologia (1,90), enfermagem (1,77) e medicina (1,55). Nota-se uma insatisfação generalizada quanto às condições existentes no ambiente de trabalho.

A segurança no trabalho obteve a segunda menor média em enfermagem (1,82), seguida de medicina (2,0.) e odontologia (2,08) enquanto a asserção sobre salubridade no setor apontou médias semelhantes para odontologia (1,41), enfermagem (1,68) e medicina (1,31). Medicina ficou com a menor média (1,77) na asserção “satisfação com espaço de trabalho”, por outro lado, odontologia (2,34) e enfermagem (2,32) alcançaram médias mais altas.

As asserções que apresentaram menores médias nas três categorias profissionais foram “assistência médica adequada” (1,25 em enfermagem 1,56 para odontologia e 1,27 em medicina) e “preocupação com a saúde do profissional” (1,08 em odontologia, 1,18 em medicina e 1,36 em enfermagem). Esse fato demonstra insatisfação dos profissionais quanto à falta de interesse da secretaria com a saúde de seus profissionais.

“A existência na atividade médica de condições desencadeadoras de sofrimento, estresse e ansiedade é uma realidade não mais contestada. No entanto, as repercussões sobre a saúde dos trabalhadores reconhecidamente expostos a fatores estressantes e ansiogênicos são ainda pouco conhecidos” (SOBRINHO, *et al*, 2006).

Na literatura, encontramos descrições de síndromes associadas às atividades profissionais. “A síndrome de “burn-out” em profissionais de saúde é composta por sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais (NOGUEIRA-MARTINS, 2002). O autor cita alguns sintomas: exaustão, cefaléias, fadiga, insônia, humor depressivo, irritabilidade, rigidez e desinteresse dentre outros.

O estresse e o Burnout são síndromes relatadas por vários autores (RAMIREZ, 2003; CHRISTOPHONO, WAIDMAN, 2002). Segundo Silva (2000) não existe uma definição unânime sobre Burnout, “existe um consenso em considerar que aparece no indivíduo como uma resposta ao estresse laboral”, com o indivíduo apresentando sintomas e atitudes negativas. Quando as relações interpessoais se apresentam tensas, competitivas e prolongadas, existe a tendência de aumentar os sintomas de Burnout.

Em um estudo realizado com equipes de saúde da família, Camelo e Angerami (2004) encontraram que 62% dos profissionais apresentaram estresse, sendo que a predominância dos sintomas de estresse ocorreu na área psicológica (48%) seguida pela área física (39%). Os autores afirmam que a presença de estresse resulta em enfermidades físicas e mentais como também em insatisfação e desmotivação no trabalho.

A instalação de comissões que visem à prevenção, diagnóstico e tratamento dos profissionais que trabalham em ambiente estressante, muitas vezes insalubre e lidam com material de risco é importante para que o cuidado com a saúde dos profissionais também esteja inserida na estrutura organizacional das

secretarias de saúde, trazendo uma maior satisfação desses profissionais que têm a responsabilidade de cuidar das pessoas e muitas vezes têm as suas próprias necessidades negligenciadas.

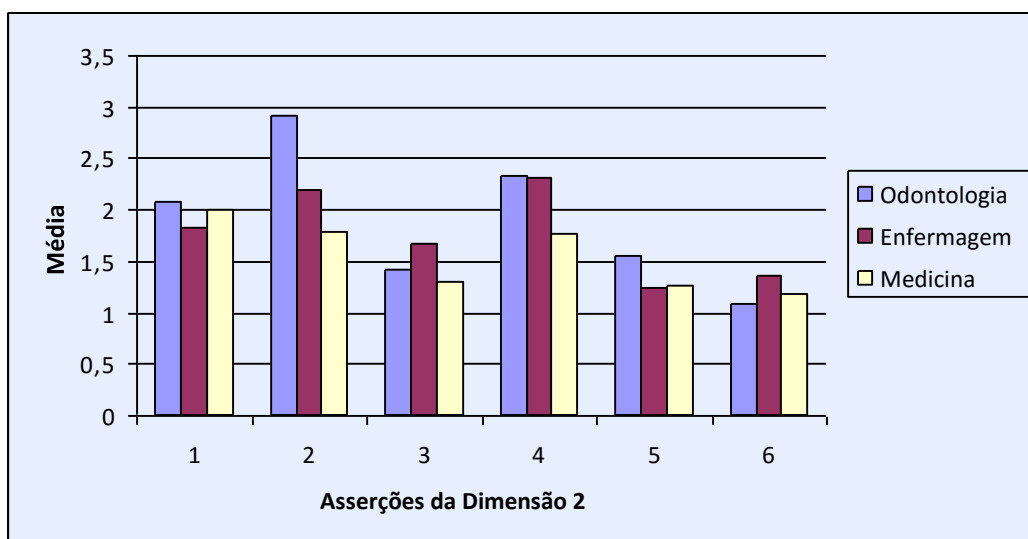
Odontologia apresentou a maior média da dimensão, quando a asserção foi sobre a disposição de Equipamentos de Proteção Individual necessários (média 2,91), diferente do encontrado em enfermagem e medicina que apresentaram médias 2,20 e 1,79 respectivamente. Apesar de dispor de EPI's e provavelmente utilizá-las os cirurgiões-dentistas continuam a se acidentarem com materiais contaminados. Caixeta e BarbosaBranco (2005) avaliaram 570 profissionais de saúde de seis hospitais públicos do Distrito Federal sobre a ocorrência de acidente de trabalho e concluíram que o cirurgião-dentista foi o profissional que mais se acidentou, o que pode ser explicado pela prática diária com material pérfuro-cortante já que este material constitui a principal causa de acidente de trabalho em profissionais de saúde. Os autores afirmam que “particularmente para os profissionais de saúde, o uso de barreiras de proteção deveria ser conduta priorizada”.

Os cirurgiões-dentistas pela própria atividade laboral, constitui uma categoria que mantém contato com materiais biológicos e pérfuro-cortantes, portanto, constantemente exposta ao risco de contaminação ocupacional.

Os profissionais da área cirúrgica, odontólogos, paramédicos e profissionais de atendimento de emergência são descritos como profissionais de alto risco de exposição a material biológico. Estudos mostram que a maioria dos cirurgiões-dentistas (quase 85%) tem pelo menos uma exposição percutânea a cada período de cinco anos. A enfermagem também se apresenta como uma das principais categorias profissionais expostas a risco de contaminação (RAPPARINI, 2005).

Pode –se observar todas as médias da Dimensão 2 na figura 3.

Figura 3 – Média das asserções analisadas da Dimensão 2 “Condições de saúde e segurança no trabalho” dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006-2007



Legenda:

- 1-Segurança no trabalho
- 2-Disposição de EPI's necessários
- 3-Salubridade no setor
- 4-Satisfação com espaço de trabalho
- 5-Assistência médica adequada
- 6-Preocupação com a saúde do profissional

Dimensão 3

A média obtida na dimensão 3, a única a apresentar 12 asserções, “Uso e desenvolvimento de capacidades” relaciona a qualidade de vida no trabalho em relação à autonomia, feedback, informação e participação no processo de trabalho. Medicina (2,34), odontologia (2,59) e enfermagem (2,54) mostra pouca variação entre as três categorias profissionais, obtendo média geral de 2,49, portanto encontra-se na zona de alerta. Esta dimensão revela que para os profissionais, as oportunidades que se apresentam estão aquém de todo o seu potencial de conhecimento e capacidade profissional.

A asserção “valorização das atividades desempenhadas”, as três categorias ficaram com médias altas (3,82 odontologia, 3,75 enfermagem e 3,57 medicina), demonstrando bom nível de satisfação entre os profissionais. Pode-se supor que os profissionais detectam seu trabalho como essencial na estrutura da secretaria e conseguem observar a importância do trabalho realizado junto à população, acarretando bom nível de satisfação.

Odontologia apresentou menor média (1,75) quando comparada à medicina (2,28) e enfermagem (2,17) na asserção “participação nas mudanças que afetam o trabalho”.

Nota-se a asserção “Discuto métodos de trabalho com os participantes do meu setor” que obteve médias 3,03 para medicina, 3,14 em enfermagem e 3,37 para odontologia.

Contudo, na asserção “Minha opinião é solicitada para a organização do trabalho em meu setor”, enfermagem obteve média 2,70. Podemos deduzir que a enfermagem é solicitada para o trabalho organizacional, uma vez que essa profissão sempre foi atuante nas áreas de coordenação e chefia de setores desde a implantação do Programa Saúde da Família, sendo importante sua opinião dentro do setor tanto quanto dentro da equipe, onde é grande sua participação nos métodos de trabalho, talvez por ser uma equipe multiprofissional, porém não necessariamente interdisciplinar como enfatiza Benito *et al* (2003) ao afirmar que mais do que um trabalho multidisciplinar, uma equipe tem a função de potencializar a qualidade no atendimento e no cuidado das famílias.

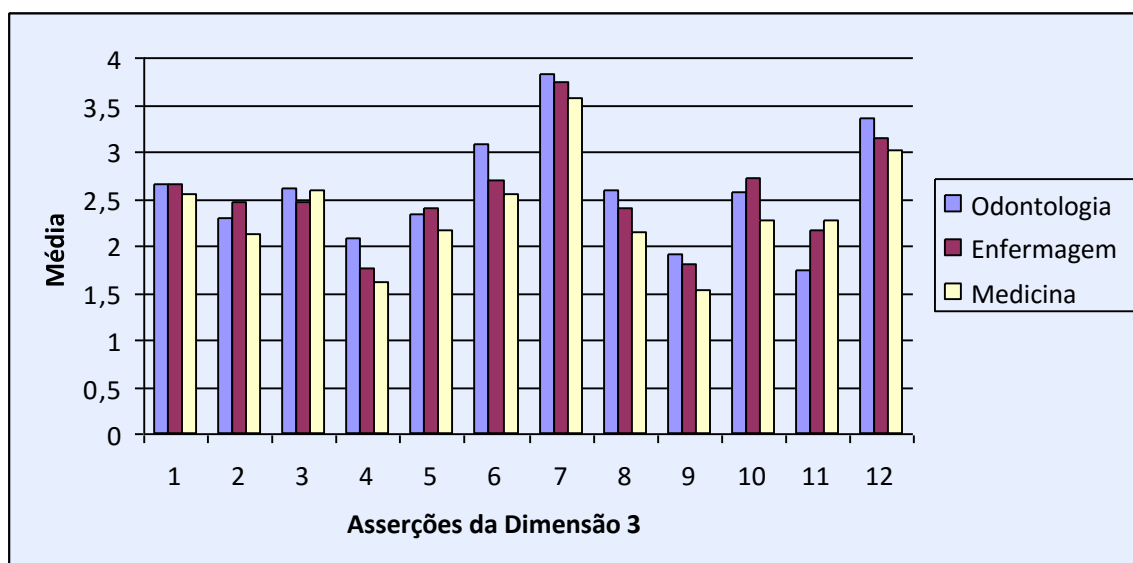
A insatisfação do profissional de enfermagem em relação à sua falta de autonomia e reconhecimento foram relatados no estudo de Vietta *et al* (1998). Afirmaram ainda que a enfermagem se expandiu nacional e internacionalmente, porém perdeu espaço e campo de atuação, principalmente em relação às terapêuticas alternativas e ações específicas para outros profissionais da área como psicólogos, fisioterapeutas, etc, sendo uma das conquistas mais importantes, a aceitação da prescrição de enfermagem pela equipe multiprofissional promovendo maior interação entre médicos, enfermeiros e pacientes.

Pedrosa e Teles (2001) em um estudo relataram boas relações entre médicos e enfermeiros. O mesmo foi encontrado por Vieira et al (2004) que em um estudo qualitativo envolvendo 18 profissionais de saúde, concluiu que para os profissionais, trabalhar em equipe passou a ter maior valor do que ações técnicas individuais. Médico, enfermeiro e cirurgião-dentista trabalham em prol da comunidade, fazem visitas domiciliares em conjunto e as decisões são tomadas em grupo, por meio de reuniões periódicas de trabalho. Essas práticas interdisciplinares, na maioria das vezes mantêm coesos os profissionais de saúde. Por outro lado, Vieira e Cordeiro (2006) relatam que o conceito de equipe interdisciplinar, proposto pelo serviço de atenção básica à saúde, ainda não foi compreendido pelos profissionais. Observou-se que ainda predomina o trabalho fragmentado, isto é, cada membro da equipe parece preocupar-se em exercer sua tarefa individualmente, o que pode comprometer o resultado final do atendimento. A literatura aponta como motivos que causam segmentação na equipe os salários, condições de trabalho, competências e responsabilidades influenciando diretamente nas suas ações de saúde (CAMPOS, 1997 *apud* OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

O trabalho em equipe é de fundamental importância dentro do PSF uma vez que consta dos seus objetivos o atendimento integral ao indivíduo e à sua família, e nenhuma categoria profissional sozinha detém todos os conhecimentos necessários para a resolução dos problemas de saúde da população. O conhecimento de uma categoria profissional vai estar sempre alicerçado e ampliado pelo saber da outra e juntas vão estar mais preparadas e fortes para dar resolução aos problemas de saúde.

As médias da dimensão 3 encontram-se na figura 4.

Figura 4 - Média das asserções da Dimensão 3 “ Uso e desenvolvimento de capacidades” dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006-2007



Legenda:

- | | |
|---|--|
| 1- Informação sobre processo de trabalho | 2- Diversificação das atividades no trabalho |
| 3- Recebimento de informações necessárias ao trabalho | 4- Reconhecimento do profissional |
| 5- Satisfação com capacitação recebida | 6- Valorização da opinião profissional |
| 7- Valorização das atividades profissionais | 8- Concordância com planejamento do setor |

9- Feedback no trabalho

10- Diálogo na tomada de decisões nas atividades do profissional

11- Participação nas mudanças que afetam o setor

12- Discussão dos métodos de trabalho

Dimensão 4

A dimensão 4: “Oportunidade de crescimento e garantia de emprego” objetiva medir a qualidade de vida no trabalho, no que se refere à estabilidade no emprego e às oportunidades de crescimento e desenvolvimento. Apresentou médias próximas para medicina, odontologia e enfermagem (médias 2,35, 2,45 e 2,54 respectivamente), apresentando-se na zona de alerta, demonstrando uma preocupação dos profissionais quanto às oportunidades de crescimento e desenvolvimento pessoais. Batista *et al* (2005) relataram que a possibilidade de crescimento profissional foi um dos fatores motivacionais apontados por profissionais de enfermagem de instituições de saúde, ficando atrás apenas do gostar do que se faz e do bom relacionamento multiprofissional.

A asserção que obteve menor média para odontologia (1,60) e segunda menor para enfermagem (1,67) e para medicina (1,54), foi sobre as promoções serem baseadas na competência, enquanto a menor média de medicina (1,48) ficou com a asserção “estímulo ao desenvolvimento pessoal”. Demonstrando a insatisfação geral dos profissionais quanto ao crescimento profissional e a forma como esta se dá, indicando um ponto limite relevante no processo de trabalho.

A existência de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários poderia, de forma concreta, diminuir a insatisfação dos profissionais ao propiciar condições de ascensão, maior remuneração e incentivo à qualificação profissional. Atualmente, poucos municípios dispõem dessa política. O que predomina é a estagnação profissional, onde o profissional do PSF é contratado de diversas maneiras, por concurso público, aproveitamento de pessoal, teste seletivo interno, cooperativas ou como prestador de serviços (BALDANI *et al*, 2005), recebendo determinada remuneração não importando o tempo de exercício, a qualificação profissional, a dedicação e o empenho no serviço, todos os profissionais da mesma categoria recebem a mesma remuneração.

A simples aplicação da Lei 8142/90 seria suficiente e adequada. O artigo 4º diz que para receberem os repasses financeiros, os municípios deverão contar, entre outros requisitos, da elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), sendo previsto o prazo de dois anos para sua implantação, estabelecendo medidas punitivas para quem não cumprir. Apesar de constar em lei, o PCCS não foi implantado na imensa maioria dos municípios brasileiros, não havendo fiscalização ao cumprimento dessa lei, muito menos medidas punitivas.

A IX Conferência Nacional de Saúde (1992) afirmou que é indispensável uma política de recursos humanos que obedeça a alguns princípios: regime jurídico único; implantação e execução de planos de carreira e de cargos e salários; ingresso por concurso público; isonomia salarial por nível de escolaridade, com nivelção pelo salário mais alto; valorização da dedicação exclusiva e progressão permanente na carreira.

A XII Conferência Nacional de Saúde realizada em 2003, também foi muito importante, uma vez que apresentou algumas propostas, entre as quais a recomendação aos gestores da observância de dispositivo legal da implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS); constituição de comissões paritárias (governo e trabalhadores) e garantia de recursos financeiros, nas três esferas de governo, para elaboração e implantação do PCCS para o SUS, com ênfase na humanização dos serviços de saúde,

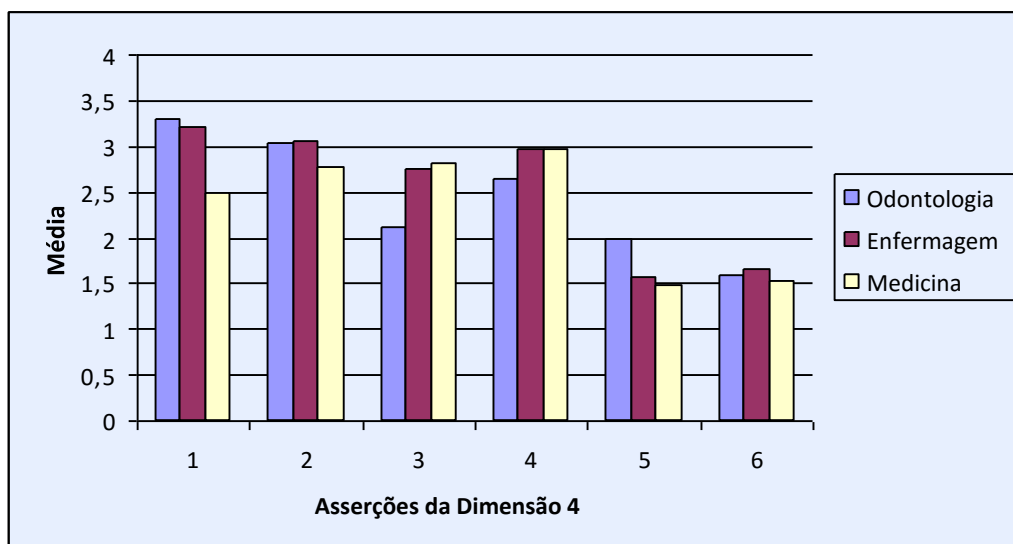
qualidade de vida no trabalho e caráter multiprofissional do trabalho na saúde, destacando alguns aspectos: definição do trabalho no SUS como carreira de Estado; consideração do currículo e do tempo de serviço; política salarial; isonomia salarial por nível de escolaridade e carga horária; piso salarial para todas as categorias profissionais; incorporação de gratificações e prêmios e garantia dos direitos aos servidores municipalizados.

A Medicina apontou a asserção “Há preocupação contínua por parte de minha chefia em fazer uso total das minhas habilidades” como satisfatória, obtendo a maior média, 2,98, enquanto odontologia e enfermagem apresentaram médias 2,65 e 2,98 respectivamente. Pode-se questionar se medicina está mesmo satisfeita ou entende fazer uso total das habilidades com a utilização dos seus conhecimentos técnicos pelas gerências das unidades de saúde através da quantidade de atendimento que é efetuado no decorrer do dia de trabalho.

Observou-se na asserção “salário associado ao trabalho” que medicina apresentou média mais alta (2,81) quando comparada à odontologia (2,12) e enfermagem (2,76). Ao contrário do que ocorreu com a asserção “atividade e capacitação” (2,5 em medicina, 3,29 em odontologia e 3,21 em enfermagem), o mesmo ocorrendo com a asserção “atividade e crescimento profissional” (medicina 2,77, odontologia 3,04 e enfermagem 3,07). O desempenho nas ações de saúde, muitas vezes, depende da estrutura organizacional, onde os profissionais terão ou não probabilidade de crescimento, bem como maior possibilidade de desempenho intelectual aumentando a auto-estima e a satisfação com reflexo nas tarefas desempenhadas. Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde são responsabilidades profissionais assumidas pelos municípios através do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006).

Todas as médias da dimensão 4 podem ser observadas na figura 5, abaixo referido.

Figura 5 - Média das asserções da Dimensão 4 “Oportunidade de crescimento e garantia de emprego” dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006-2007



Legenda:

- 1- Atividade e capacitação
- 2- Atividade e crescimento profissional
- 3- Salário associado ao trabalho
- 4- Uso pleno das habilidades profissionais
- 5- Estímulo ao desenvolvimento pessoal
- 6- Promoção baseada na competência

Dimensão 5

A dimensão 5 “Integração social na organização do trabalho” visa medir o nível de integração social através da igualdade de oportunidades, cooperação e relacionamentos. Apresentou a segunda maior média geral (3,02) de todas as dimensões. Odontologia alcançou a maior média (3,16) seguida de enfermagem (2,99) e medicina (2,91).

As menores médias da dimensão 5 foram sobre “confiança na gestão” com médias 2,47, 2,13 e 1,96 para odontologia, enfermagem e medicina respectivamente. Alguns autores apontaram diretrizes para uma maior participação dos profissionais no processo de trabalho: gestão colegiada e aumento do vínculo entre profissional e paciente combinando autonomia com responsabilidade profissional como Campos (1997, apud OLIVEIRA; SPIRI, 2006) que apresentou três requisitos básicos para um arranjo institucional equilibrado e de confiança: capacidade de produzir saúde pela equipe, viabilidade técnica, financeira e política dos projetos e também a realização profissional e financeira dos trabalhadores de saúde. Para Medeiros *et al* (2007) o conhecimento das diretrizes do SUS deveria ser um pré-requisito para o ingresso dos profissionais nas equipes do PSF preparando os profissionais para a realidade que irão encontrar.

O profissional tem que se sentir sujeito ativo no processo de trabalho, da promoção até a reabilitação do paciente. As diretrizes, os resultados, a situação financeira e infraestrutura disponível devem ser repassados e estar bem claro para todos os profissionais que fazem parte do quadro institucional. A participação na elaboração das metas e avaliação dos resultados introduz os profissionais nas questões gerenciais promovendo maior comprometimento com as ações efetuadas.

As asserções que tratam de relacionamentos com colegas (3,75 em odontologia, 3,69 em enfermagem e 3,44 em medicina), chefia imediata (3,72 em enfermagem, 3,66 em odontologia e 3,46 em medicina) e colaboração com os colegas (enfermagem 3,71, odontologia 3,54 e medicina 3,47) obtiveram médias altas nesta dimensão. Diferente do encontrado por Vieira e Cordeiro (2006) em uma experiência de intervenção psicossocial envolvendo uma equipe de profissionais do Programa de Saúde da Família, onde os participantes apontaram o relacionamento entre os profissionais da equipe como uma das principais dificuldades enfrentadas no trabalho.

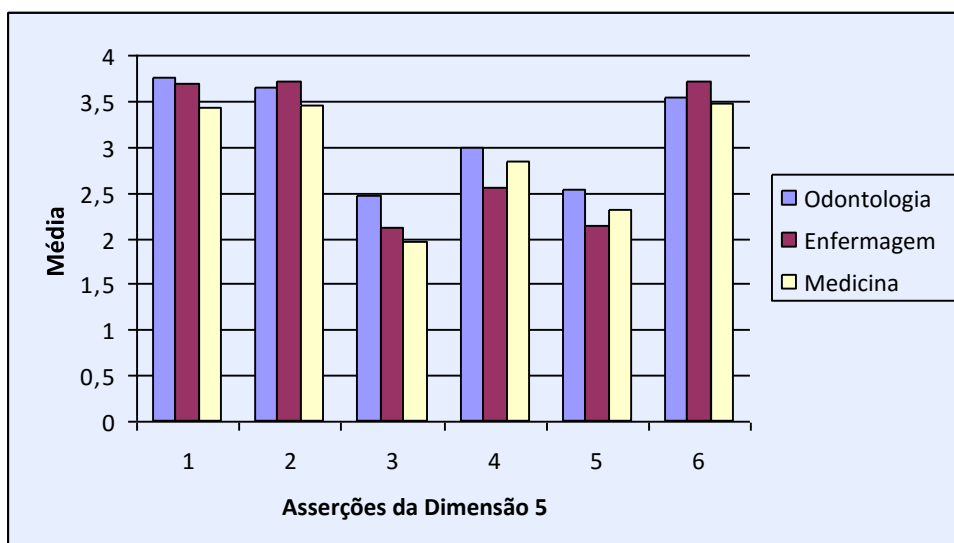
O relacionamento entre os diversos profissionais, incluindo a própria gestão em saúde, é uma peça chave que pode determinar o sucesso ou insucesso das ações desempenhadas pela equipe já que todos necessitam trabalhar em conjunto visando à saúde da população atendida pela equipe. Os gestores podem atuar promovendo uma maior satisfação, integração e conhecimento entre os diversos profissionais através de algumas ações como isonomia salarial, tratamento igual para todos, premiação para as equipes por desempenho, confraternizações, cursos de capacitação e reuniões de avaliação.

Segundo o Pacto pela Vida e de Gestão (2006) todos os municípios devem promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho (BRASIL, 2006).

Quando questionados sobre favoritismo ser um problema no setor, odontologia ficou com média alta (3,0). Ao analisar essa asserção pode-se questionar se a odontologia está mesmo satisfeita com sua posição na Secretaria ou é apenas uma acomodação da categoria dentro do processo de trabalho onde pela primeira vez, através de concurso público para o Programa Saúde da Família, o cirurgião-dentista encontra espaço dentro do serviço público quebrando um clientelismo que sempre imperou nos empregos municipais.

Todas as médias da dimensão 5 podem ser observadas na figura 6, abaixo referido.

Figura 6 - Média das asserções da Dimensão 5 “Integração social na organização do trabalho” dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006-2007



Legenda:

- 1- Relacionamento com colegas
- 2- Relacionamento com chefia imediata
- 3- Confiança na gestão
- 4- Favoritismo no setor
- 5- Cooperação entre os setores
- 6- Colaboração com os colegas

Dimensão 6

A dimensão 6 “Constitucionalismo na organização do trabalho” objetiva analisar os direitos do trabalhador, liberdade de expressão e direito à privacidade. Encontra-se na zona de conforto obtendo a maior média (3,10) de todo o estudo. Odontologia apresentou média 3,17, medicina 3,09 e enfermagem 3,05. Somente as dimensões 5 e 6 ficaram na zona de conforto.

A asserção sobre “conhecimento de normas de segurança no trabalho”, odontologia obteve média 2,91 enquanto enfermagem apresentou média 2,77 e medicina 2,81. A elaboração e divulgação de normas de segurança no trabalho; medidas de controle, prevenção, diagnóstico e tratamento para os profissionais de saúde são medidas necessárias e urgentes que as Secretarias de Saúde devem colocar em prática visando a saúde dos seus profissionais. Lacaz (2000) afirmou que seria necessário: “um debate que tenha como foco a possibilidade de organização a partir dos locais de trabalho, de forma a possibilitar uma discussão das demandas de maneira democrática e igualitária, visando submeter as questões ligadas à competitividade/produtividade e qualidade do produto à qualidade do trabalho e à defesa da vida e da saúde no trabalho”.

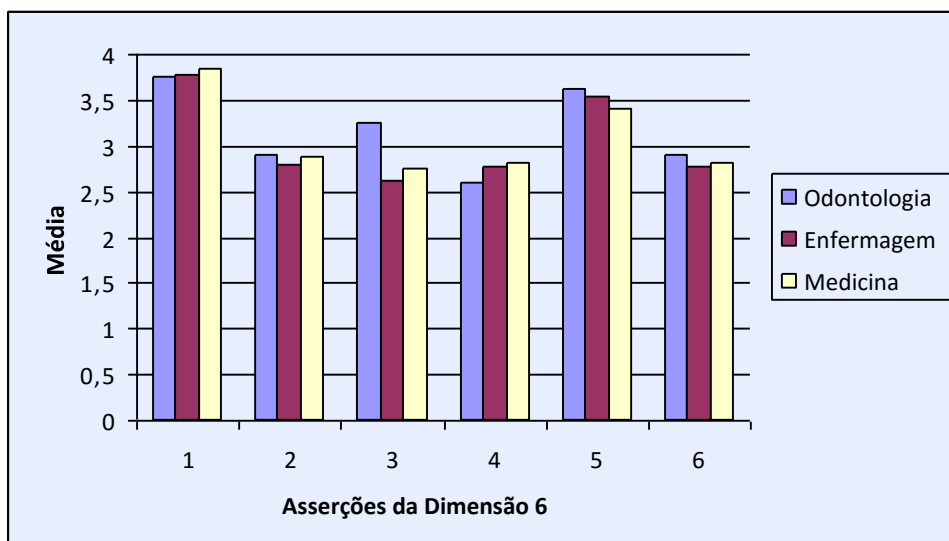
A maior média nas três categorias ficou com a asserção “não necessito dar satisfação referente a comportamento fora do horário de trabalho”, medicina ficou com 3,85, enfermagem 3,78 e odontologia com 3,75, evidenciando a percepção dos profissionais que para os gestores não existe uma ligação das atividades laborais com as ações fora do horário de trabalho, não havendo necessidade de prestar algum tipo de satisfação referente a esse período.

A asserção “acolhimento de idéias pela chefia imediata” alcançou médias próximas nas três categorias (2,81 em medicina, 2,77 enfermagem e 2,65 odontologia). O mesmo ocorreu na asserção “direito de discordar dos superiores” (enfermagem 2,80, odontologia

2,83, e medicina 3,0) e na asserção “cumprimento de normas de disciplina” onde odontologia obteve média 2,91, enfermagem 2,80 e medicina 2,88.

As médias da dimensão 6 podem ser observadas na figura 7, abaixo inserido.

Figura 7- Média das asserções da Dimensão 6 “Constitucionalismo na organização do trabalho” dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006-2007



Legenda:

- 1- Dar satisfação à chefia referente a comportamento fora do trabalho
- 2- Direito de discordar dos superiores
- 3- Igualdade de tratamento entre profissionais
- 4- Acolhimento de idéias pela chefia
- 5- Cumprimento de normas de disciplina
- 6- Conhecimento de normas de segurança no trabalho

Dimensão 7

A dimensão 7 “Trabalho e o espaço total de vida” avalia o papel da vida profissional em relação à vida pessoal do trabalhador. Apresentou média geral de 2,41, ficando na zona de alerta. Enfermagem obteve 2,68, odontologia 2,43 e medicina 2,14. Pode-se supor que na percepção dos profissionais existe um desequilíbrio entre jornada de trabalho e vida pessoal.

As três categorias profissionais apresentaram a menor média na mesma asserção “Minha jornada de trabalho está de acordo com minha remuneração”. Medicina obteve média 1,24, odontologia 1,41 e enfermagem 1,85. Já quando a asserção foi “Minha jornada de trabalho está de acordo com minha função”, as médias encontradas foram medicina (1,98), odontologia (3,08) e enfermagem (3,02). Isso demonstra que os profissionais se encontram confortáveis quanto à relação jornada de trabalho e função, com exceção de medicina. Entretanto, quando se relaciona jornada de trabalho e remuneração todos se mostram insatisfeitos. A categoria Medicina se apresenta com o maior grau de insatisfação.

Gerschman (2001) encontrou que a sobrecarga de trabalho profissional é maior nos programas (90%) do que nos hospitais (50%) e nas unidades ambulatoriais (48,8%). A remuneração dos profissionais

nos três tipos de serviço é considerada inadequada. Para a maioria dos médicos, o comprometimento com o SUS e o processo de descentralização está condicionado às condições de trabalho, oportunidades de formação, processo de trabalho e à remuneração obtida no setor.

Nogueira-Martins (2002) esclareceu que os médicos se mostraram insatisfeitos e estressados; 80% dos médicos brasileiros consideram a atividade médica desgastante, sendo os principais fatores de desgaste: excesso de trabalho, multiemprego, baixa remuneração, más condições de trabalho. Os sentimentos de incerteza e pessimismo predominam quando os médicos se referem ao futuro da profissão. Pode-se crer que o desgaste com a sobrecarga de trabalho está intrinsecamente relacionado ao acúmulo de empregos e ao estresse inerente ao trabalho na área de saúde.

Em 1984 de um total de 600 mil empregos, os médicos ocupavam 200 mil postos em estabelecimentos de saúde e entre 1977 e 1983, 75 mil empregos de médicos foram criados e 57 mil médicos se formaram, no mesmo período, resultando numa relação de 1,3 emprego/médico. Em 1987, a força de trabalho em saúde atingia um contingente de 3% de todos os trabalhadores brasileiros, abrangendo cerca de um milhão e oitocentos mil trabalhadores, sendo a metade desse número composta por profissionais com uma qualificação específica em saúde, ou seja, profissionais de saúde. Segundo dados censitários de 1980, 46% dos médicos trabalhavam mais de 50 horas semanais. O prolongamento da jornada de trabalho pode ser vista como mecanismo de “proletarização” dos médicos e de outros profissionais de saúde, dando-se através de uma estratégia de subsistência, em que cada um procura acumular e somar o rendimento de diversos postos, com carga de trabalho extremamente variável. A acumulação de múltiplos postos de trabalho prejudica o rendimento dos médicos e de todos os profissionais, prejudicando assim a qualidade dos serviços prestados (NOGUEIRA, 1987).

Em um estudo envolvendo 237 cirurgiões-dentistas do quadro permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, GO em 2004, mais de um terço dos profissionais afirmava trabalhar mais de nove horas por dia, demonstrando também que a chance dos profissionais desenvolverem baixa qualidade de vida foi maior entre os que relataram problemas de saúde e os que estavam insatisfeitos com sua saúde (NUNES; FREIRE, 2006).

A asserção “trabalho e ausência na família” apresentou médias baixas em odontologia (2,08) seguida de medicina (2,33) e enfermagem (2,44). Pode-se supor que jornadas de trabalho extensas provoquem uma ausência desses profissionais no meio familiar, fato mais acentuado quando se observa que a grande maioria dos profissionais de saúde são mulheres. A literatura tem apontado alguns contrasensos referente à jornada de trabalho de mulheres: Em 1980, 50% das médicas tinham sua jornada de trabalho acima de 50 horas semanais enquanto que apenas 30% dos médicos se encontravam em tal situação. A enfermagem apresentava 75% das mulheres com jornada de trabalho de até 49 horas e 25% com mais de 50 horas. Da década de 80 até os dias de hoje só aumentou a participação da mulher no mercado de trabalho (Machado, 1986).

O impacto do trabalho doméstico tem uma interferência decisiva na vida pessoal e profissional das mulheres, afetando sua saúde, sobretudo pela configuração de dupla jornada. Pesquisar a saúde da mulher trabalhadora corresponde a um caminho para se enxergar problemas pouco evidenciados da relação saúde/trabalho (BRITO; D’ACRI, 1991).

Já Spindola (2000) abordou o papel das enfermeiras como mulher, mãe e trabalhadora concluiu que a sobrecarga de trabalho, com jornadas duplas ou triplas pode conduzir a mulher ao stress emocional

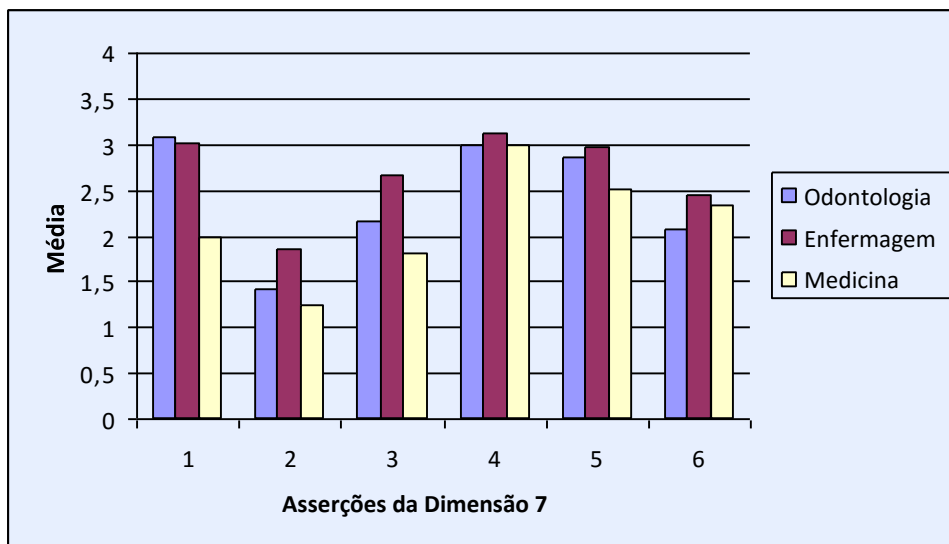
devido aos múltiplos papéis assumidos pela maioria das mulheres que exerce atividade profissional podendo provocar situações em que estas se sintam impotentes e frustradas por não conseguirem cumprir todos esses papéis a contento.

A relevância do trabalho para os profissionais é incontestável, mas, estes se mostram apreensivos quanto ao tempo total de trabalho utilizado em suas vidas. O aumento da jornada de trabalho derivado de múltiplos empregos ocasiona sobrecarga de trabalho originando muitas vezes problemas de saúde físicos e mentais, tendo repercussões na sua vida pessoal, afetando não só os profissionais como os seus familiares e o seu círculo social. Essa sobrecarga de trabalho é um fator relevante principalmente para as mulheres que são a maioria da força de trabalho em saúde, já que ao retornar aos seus lares depois de uma jornada extensa de trabalho, estão apenas começando outra, que tentam conciliar com muito mérito e coragem essa dupla jornada, profissional e familiar.

Medicina apresentou médias bem mais baixas quando comparada com as outras categorias nas asserções “jornada de trabalho não interfere no lazer” (medicina 1,81, odontologia 2,17, enfermagem 2,66) e na asserção “tempo de intervalo suficiente” (medicina 2,51, odontologia 2,87 e enfermagem 2,98).

As médias da dimensão 7 encontram-se na figura 8.

Figura 8 - Média das asserções da Dimensão 7 “Trabalho e o espaço total de vida” dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006-2007



Legenda:

- 1- Jornada de trabalho adequada com função
- 2- Jornada de trabalho de acordo com remuneração
- 3- Jornada de trabalho não interfere no lazer
- 4- Período de almoço adequado
- 5- Tempo de intervalo suficiente
- 6- Trabalho e ausência na família

Dimensão 8

A dimensão 8 “Relevância social da vida no trabalho” mede a qualidade de vida no trabalho em relação à responsabilidade da secretaria com parte ambiental, social e pelos serviços prestados. Alcançou média geral de 2,33, ficando na zona de alerta. Odontologia ficou com a maior média 2,60, seguido de enfermagem 2,30 e medicina 2,11. Nota-se nesta dimensão que é inquietante a percepção dos profissionais em relação à qualidade das ações de proteção ao meio ambiente e da responsabilidade social da secretaria.

A menor média para odontologia (2,08), e enfermagem (1,71) ficou com a asserção “estímulo ao trabalho voluntário durante jornada de trabalho”. Alguns elementos são significativos para a inserção do voluntário em saúde: a experiência anterior com a doença (pessoal, familiar ou no círculo social), a busca de realização pessoal no atendimento às necessidades pessoais ou às necessidades de determinados grupos e a influência social. Embora não exista um ganho material, há o pessoal no exercício da atividade que se manifesta pelas gratificações associadas a: desenvolvimento, aprendizado, experiência e reconhecimento social, mudanças de valores pessoais, satisfação. Apesar da exposição a diversos estressores, os voluntários contam com estratégias de enfrentamento que eliminam ou aliviam o sentimento de estresse ou Burnout (MONIZ; ARAUJO, 2006).

Pode-se supor que a inserção de profissionais de saúde em atividades voluntárias dentro da jornada de trabalho, minimizem alguns sintomas de exaustão, insatisfação, desmotivação e apatia que constantemente acarreta esses profissionais. Ao se depararem com outras realidades podem melhorá-las. Esses profissionais transportam para suas atividades laborais a experiência acumulada, o trabalho em grupo, aumento do círculo social, a percepção da solidariedade e da responsabilidade social. As Secretarias de Saúde só têm a ganhar ao estimular o trabalho voluntário dos seus profissionais.

A Medicina apresentou médias mais baixas que as outras categorias nas asserções: “percepção da responsabilidade social da secretaria” (medicina 2,0, enfermagem 2,11, odontologia 2,79), “ações da secretaria na proteção ao meio ambiente” (medicina 1,72, enfermagem 2,02, odontologia 2,30) e “preocupação da secretaria com a comunidade” (medicina 2,16, enfermagem 2,51 e odontologia 2,65). É interessante lembrar que são estratégias fundamentais de promoção da saúde, segundo a Carta de Otawa (1986): a defesa da saúde consistindo na luta para que fatores econômicos, sociais, ambientais, comportamentais políticos sejam cada vez mais favoráveis. Nesse contexto, ressalta-se a capacitação que seria proporcionar os meios que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde e a mediação que consiste em intermediar os diferentes interesses em relação à saúde existentes na sociedade (BUSS, 2000).

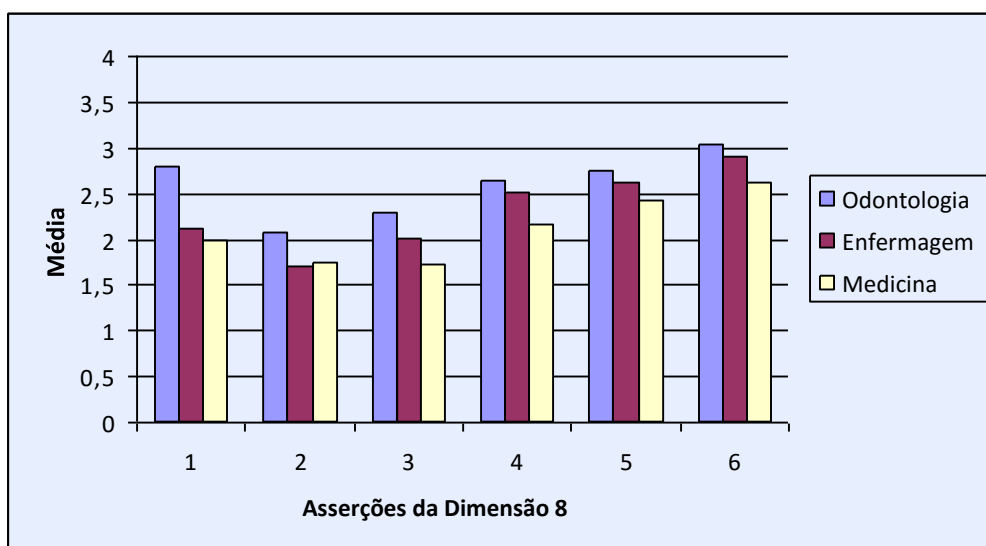
O exercício da cidadania e do controle social bem como uma gestão compartilhada promovendo uma relação mais próxima entre população e poder público, conduzem a uma maior responsabilidade social pelas ações promovidas pelos profissionais e gestores. Para Santana (1993) a gestão do trabalho em saúde é um processo destinado a “evitar a desumanização e os riscos no atendimento associados à falta de compromisso e motivação dos profissionais, mediar os conflitos de interesse que muitas vezes surgem nos ambientes de trabalho, tanto dentro da própria equipe profissional como com os usuários e contribuir para o controle da produção e da qualidade do atendimento”.

A gestão em saúde deve proporcionar aos seus trabalhadores oportunidade de crescimento profissional através de um plano de carreira, cargos e salários, remuneração justa, isonomia salarial por nível de escolaridade, reconhecimento profissional, capacitação permanente, informação e participação

no processo de trabalho e respeito às normas de segurança no trabalho, uma vez que são fatores essenciais para a motivação das tarefas, o bom relacionamento com os gestores e entre os profissionais e uma melhoria na qualidade de vida tendo como consequência um aprimoramento dos serviços prestado à população.

As médias da dimensão 8 encontram-se na figura 9.

Figura 9 - Média das asserções da Dimensão 8 “Relevância social da vida no trabalho” dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE 2006-2007



Legenda:

- 1- Percepção da responsabilidade social da secretaria
- 2- Estímulo ao trabalho voluntário durante jornada de trabalho
- 3- Ações da secretaria na proteção ao meio ambiente
- 4- Preocupação da secretaria com a comunidade
- 5- Descarte adequado do lixo hospitalar
- 6- Responsabilidade da proteção ambiental atribuída apenas à comunidade.

Conclusão

As dimensões que se referiam ao salário, condições de saúde e segurança no trabalho foram as que apresentaram menores médias, o que demonstra uma percepção extremamente negativa frente a esses assuntos. A Medicina foi a categoria profissional que demonstrou maior insatisfação em todas as dimensões analisadas. A Odontologia apresentou maior satisfação em seis dimensões em relação aos seus pares das outras áreas da saúde. Não houve grande variação entre cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros quando se analisou as médias das dimensões demonstrando uma mesma tendência.

A criação de políticas públicas voltadas para a saúde do trabalhador que atua no serviço público são imprescindíveis e urgentes como também uma fiscalização eficiente sobre as condições e processos de trabalho oferecidos pelos municípios para seus profissionais.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the perception about working conditions and their implications on quality of life of professionals like dentists, doctors and nurses involved in the Family Health Program (PSF) of Aracaju / SE county. Therefore, a sectional descriptive study was done with Family Health Program professionals with an aim to assess their perception about the offered working conditions and likely implications for their relationships and quality of life. Data were collected through a structured questionnaire, previously validated considering relevant different dimensions to the measurement of the working conditions and estimation of subjects' quality of life. The results showed dissatisfaction in most dimensions weighted and the category that showed greater dissatisfaction was medicine. The major factor of dissatisfaction for the three professional categories studied was wage pay, considered unjust and incompatible with the exercised function. The outcomes suggests a careful review of these professionals working conditions and effective actions in order to prevent the occurrence of disturbances in workers health, generated by a framework of dissatisfaction at work.

Keywords: Quality of life - Family Health Program - Satisfaction of the worker

AGRADECIMENTOS:

A colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju foi fundamental para a concretização desse estudo. O apoio dos gerentes das Unidades de Saúde foi importante ao facilitar o acesso aos profissionais. Um agradecimento especial aos colegas que ajudaram na pesquisa de campo e a todos os profissionais que responderam ao questionário, sem os quais não seria possível realizar essa pesquisa.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BALDANI, M. H.; FADEL, C. B.; POSSAMAI, T.; QUEIROZ, M. G. S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, 21(4):1026-1035, julho-agosto, 2005.

BENITO, G. A. V.; SILVA, L. L.; MEIRELLES, S. B. C.; FELIPPETO, S. Interdisciplinaridade no cuidado às famílias: repensando a prática em saúde. **Farm. Saúde Desenvolvimento**, 5(1):66-72, janeiro/abril, 2003.

BRASIL (a). **Pacto pela Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão / Ministério da Saúde, Secretaria-

Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada, vol.2, p.2830, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL (b). Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe. **Informativo SIAB**, maio, 2006.

BRITO, J. C.; D'ACRI, V. Referencial de análise para o estudo da relação trabalho, mulher e saúde. **Caderno de Saúde Pública**, 7(2):201-214, abril/junho, 1991.

BUSS, P. M.. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** 5(1):163-177, 2000.

CAIXETA, R. B.; BARBOSA-BRANCO, A. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. **Caderno de Saúde Pública**, 21(3):737/746, mai-jun, 2005.

CHRISTOPHORO, R.; WAIDMAN, M. A. P. Estresse e condições de trabalho: um estudo com docentes do urso de enfermagem do UEM, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum Maringá**, 24(3):757-763, 2002.

CAMELO S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Sintomas de Estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de Saúde da Família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 12(1):14-21, jan-fev 2004.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S.. Saúde da família do estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Caderno de Saúde Pública**, 22(9):1881-1892, setembro, 2006.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno Saúde Pública**, 18:S191-S202, 2002.

DOMINGUEZ, B.N.R. **Programa de Saúde da Família; Como Fazer**. Minas Gerais. junho, 1998.

FERNANDES, E. **Qualidade vida no Trabalho**; como medir para melhorar. 2ª ed., Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

GERSCHMAN, S. Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década de 1990. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 6(2):417-434, 2001.

IBGE. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/seculoxx/estatisticas_populacionais.shtm.

LACAZ, F. A. C.. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5(1):151-161, 2000.

MACHADO, M. H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil – 1970/80. **Caderno de Saúde Pública**, 2(4):449-460, outubro/dezembro, 1986.

MEDEIROS, C. L.; QUEIROZ, M. D. D.; SOUZA, G. C. A.; COSTA, Í. C. C. Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line], 9(2):379-388, maio/agosto, 2007. <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a07.htm>.

MONIZ, A. L. F.; ARAÚJO, T. C. C. F. Trabalho voluntário em saúde: auto-percepção, estresse e burnout. **Interação em Psicologia**, 10(2):235-243, jul/dez, 2006.

MORENO, C. R. C.; FISCHER, F. M.; ROTENBERG, L. A Saúde do Trabalhador na Sociedade 24 horas. **São Paulo em Perspectiva** 17(1):34-46, jan/mar, 2003. www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100005.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde no contexto da reforma sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, 3(3):332-342, julho-setembro, 1987.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In: BOTEAGA, N.J. (org.) Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência. 130-144, Editora Artmed, Porto Alegre, 2002.

NUNES, M. F.; FREIRE, M. C. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. **Revista Saúde Pública**, 40(6):1019-1026, dezembro,2006.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, 40(4):727-733, agosto, 2006.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M.. Consenso e diferenças entre equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, 35(3):303-311, ,junho,2001.

RAMIREZ, L. G.. Tratamento do assédio psicológico, do estresse e do burnout como acidentes de trabalho. **Caderno de Doutrina Trabalhista**. Cidade de Havana, Cuba. Março,2003.

RAPPARINI, C. Riscos Biológicos e Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. 2(2):103-117, abril-junho, 2004.

RIGOTTO, Raquel Maria. Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 93/94: 9-20, dezembro, 1998.

RITZ, M. R. de C. **Qualidade vida no trabalho: construindo, medindo e validando uma pesquisa**. Dissertação de Mestrado em Qualidade. Universidade de Campinas. Campinas, Brasil, 2000.

SANTANA, J. P. **A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta**. In: Painel Gestão de Recursos Humanos, II Conferência Nacional de Recursos Humanos de Saúde, Brasília, setembro de 1993.

SILVA, F. P. P.. Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. **Revista PSS** 2(1), junho, 2000.

SOBRINHO, C. L. N.; 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**, 22(1):131-140, 2006.

SPINDOLA, T. Mulher, mãe e...trabalhadora de enfermagem. **Rev. Esp. Enfermagem USP**, 34(4):354-361, dezembro, 2000.

VARELLA, T. C. Trabalho decente nos serviços de saúde e compromisso de governo. In: **Seminário Anual dos Observatórios de Recursos Humanos de Saúde nos processos de reforma setorial na região das Américas**. Brasília, DF, novembro,2004.

VIEIRA, E.T.; BORGES, M.J.L.; PINHEIRO, S.R.M.; SOARES, S. A.O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, RBPS, 17(3), Fortaleza, 2004. Disponível em: https://www.unifor.br/hp/doc_noticias/rbps-v17n3.pdf#search=%22VIEIRA%20PINHEIRO%20SOARES%20BORGES%20%22O%20PROGRAMA%20SAUDE%20DA%20FAMILIA%22%22 .

VIEIRA, C.; CORDEIRO, M. **Trabalho e subjetividade: uma intervenção psicossocial com uma equipe de profissionais do “Programa Saúde da Família”**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Brasília, DF, setembro, 2006.

VIETTA, E. P.; UEHARA, M.; SILVA NETTO, K. A. S..Depoimentos de enfermeiras hospitalares da década de 80: subsídios para a compreensão da enfermagem atual. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 6(3):107-116, 1998.

IX Conferência Nacional de Saúde. **“Municipalização é o Caminho”**. Brasília-DF, Brasil, agosto, 1992. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/9conf_nac_rel.pdf.

XII Conferência Nacional de Saúde. Conferência Sérgio Arouca **“Saúde: Direito de todos, dever do Estado . A Saúde que temos, o SUS que queremos”**. Brasília de 07 a 11 de setembro de 2003: relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde- Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Artigo Científico

O cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família e seu ambiente profissional: uma reflexão

The dentist in Family Health Care and his professional environment: a discussion

GUEDES, Simone Alves Garcez¹; OLIVEIRA, Cristiane Costa da Cunha^{2,3}; ALBUQUERQUE JÚNIOR, Ricardo Luiz Cavalcanti^{2,4}

Resumo

O Programa de Saúde da Família(ESF) apresenta-se de maneira concreta e efetiva na vida de milhões de brasileiros através das suas ações de promoção à saúde. Ações que são desenvolvidas por milhares de profissionais da saúde empenhados na melhoria da qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente concebido sem a presença do cirurgião-dentista, a sua inserção se fez necessária e se concretizou em dezembro de 2000, trazendo acertos e falhas na implantação da saúde bucal. A satisfação do profissional e o seu bem-estar estão intimamente ligados à qualidade de vida no trabalho que é um dos fatores preponderante na saúde do trabalhador. O fator de maior insatisfação foi a baixa remuneração salarial. Ao abordar a saúde do profissional observamos que o ambiente de trabalho é gerador de diversas situações, tanto agradáveis como também origem de decepções, conflitos interpessoais, insatisfações e doenças. A convivência com os riscos ocupacionais faz parte da rotina laboral do cirurgião-dentista. Dentre as doenças de maior prevalência nos cirurgiões-dentistas estão as doenças do sistema osteo-muscular, que merecem um olhar mais atento dos profissionais e gestores, uma vez que a literatura coloca os profissionais de Odontologia entre os primeiros lugares em afastamento do trabalho por incapacidade temporária ou permanente respondendo por cerca de 30% das causas de abandono prematuro da profissão. Apresenta-se como necessário e urgente um debate sobre a saúde física e mental dos trabalhadores de saúde inseridos no Programa de Saúde da Família, devendo estar sempre em pauta entre os gestores e os profissionais e presente nas políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Cirurgião-dentista; Saúde do Trabalhador.

1 Mestranda em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes. Aracaju/SE.

2 Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes. Aracaju/SE. 3 Laboratório de Planejamento e Promoção de Saúde, Instituto de Tecnologia e Pesquisa, Aracaju/SE. 4 Laboratório de Morfologia e Biologia Estrutural, Instituto de Tecnologia e Pesquisa, Aracaju/SE.

Introdução

Em 1994 foram implantadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família com o intuito de estruturar os serviços de saúde em novas bases, tendo como objetivo melhorar o estado de saúde da população (VIEIRA *et al*, 2004; CAMELO; ANGERAMI, 2004). O Programa Saúde da Família está hoje implantado na imensa maioria dos municípios brasileiros, desde os de pequeno porte até as grandes capitais e devido à aceitação do programa e aos bons resultados alcançados passou de programa para se sedimentar como estratégia. Conill (2002) afirma que inicialmente idealizado como Programa, o Saúde da Família é alçado à condição de Estratégia para a reorientação da atenção básica.

No primeiro momento, as equipes eram formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O que demonstra uma incoerência com um dos princípios do Sistema Único de Saúde, a integralidade, uma vez que não é possível dar atendimento integral à população sem incluir a saúde da boca, já que essa é parte indivisível de todo ser humano.

Apenas em 28 de dezembro de 2000, foi divulgada a inclusão da saúde bucal no Programa Saúde da Família através da Portaria nº 1.444, que estabeleceu um incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal, devido aos alarmantes resultados obtidos pela Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios – PNAD/IBGE, 1998, encomendado pelo Ministério da Saúde que havia mostrado o espantoso nível de exclusão no acesso aos serviços odontológicos em todo o território nacional, como bem afirmou Zanetti (2001).

Foram disponibilizadas duas modalidades de inclusão das equipes de saúde bucal: Modalidade I: composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário (ACD) e a Modalidade II que inclui o técnico de higiene dental. No início, diferentemente dos outros profissionais do Programa de Saúde da Família, a equipe de saúde bucal deveria exercer suas atividades em duas equipes de saúde da família. Para Santos *et al* (2006) esta prescrição dificultou a vinculação territorial com a comunidade e com a própria equipe de trabalho, reduzindo também sua capacidade de resolução dos problemas. Somente em 2003 a portaria nº 673/GM, estabeleceu que o número de equipes de saúde bucal poderia ser o mesmo das equipes de PSF (BRASIL, 2003). Apesar de estabelecer a equiparação entre o número de equipes de Saúde Bucal e equipes de Saúde da família, esse documento não tornou obrigatória essa medida, dando origem a diversas formas de implantação e não corrigiu o erro inicial da exclusão do cirurgião-dentista da equipe de Saúde da família que deveria ser única e não ter uma bifurcação chamada de Saúde Bucal.

A difícil realidade da inserção do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família

Grande parte das dificuldades encontradas pelo cirurgião-dentista na inserção, adaptação e relacionamento nas equipes do Programa Saúde da Família é fruto da odontologia não estar presente desde o princípio do Programa. Baldani *et al* (2005) afirmam que essa medida acarretou prejuízos de integralização dos profissionais, como também determinou diversas formas de implantação.

Apesar de a saúde bucal estar contemplada na Estratégia de Saúde da Família, não é obrigatório a sua inclusão. Quando os municípios resolvem implantá-lo fica a cargo do gestor tanto a sua implantação

como também a sua proporção: uma equipe de saúde bucal para uma equipe de saúde da família ou uma equipe de saúde bucal para duas equipes de saúde da família. Esse fato também foi salientado por Santos et al (2006) ao afirmar que não obstante o estabelecimento do número de equipes de saúde bucal implantadas possa ser o mesmo das equipes de PSF, não inclui o cirurgião-dentista na equipe mínima do programa, deixando para os gestores municipais a escolha da inserção ou não da saúde bucal e também a sua proporcionalidade.

Algumas distinções são feitas entre os profissionais que compõem as equipes, existindo equipe de saúde bucal e equipe de saúde da família, sendo feito assim uma primeira distinção. A segunda distinção refere-se ao incentivo financeiro, repassado da esfera federal para a municipal, que distingue o incentivo para as equipes de saúde da família e o incentivo para as equipes de saúde bucal. A terceira distinção se faz quanto ao valor repassado, sendo o de saúde bucal bem inferior ao da equipe de saúde da família de acordo com a portaria 650/GM de 2006: saúde bucal por equipe Modalidade I: R\$ 1.700,00 (um mil e setecentos reais) e Modalidade II: R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos reais) enquanto que para a equipe de saúde da família é repassado o valor de R\$ 5.400,00 (cinco mil e quatrocentos reais). Faz jus a 50% a mais sobre os valores transferidos às equipes implantadas nos municípios com IDH<0,7 ou que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos (BRASIL, 2006).

Podemos apontar também a pouca participação da categoria odontológica nas decisões políticas, desde o nível municipal até o federal, fato que pode ter origem na formação acadêmica do cirurgião-dentista que tem na especialidade o seu objetivo, condicionando esses profissionais a trabalharem de forma isolada, dentro de um consultório, com pouca participação na gestão e na esfera política. Maciel (2006) afirmou que “a fragmentação política da área odontológica, com excessivas entidades de classe, a voz ativa muitas vezes calada do cirurgião-dentista e sua formação pouco politizada afastam a Odontologia das decisões políticas de impacto para a saúde”.

Medeiros *et al* (2007) avaliaram a inserção e o grau de participação de 37 cirurgiões-dentistas no Saúde da Família do município de Mossoró-RN-Brasil e concluíram que esses profissionais não se achavam devidamente preparados para executar as ações necessárias, não trabalhavam em condições completamente adequadas e se mostravam insatisfeitos quanto à remuneração salarial enquanto que Germano *et al* (2005) no estudo realizado com as equipes de saúde da família do município de Natal encontraram uma insatisfação dos cirurgiões-dentistas com o pequeno número de capacitações oferecidas para a saúde bucal quando comparado aos outros profissionais.

Os dados da pesquisa realizada pelo INBRAPE (Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas) em 2003 para entidades nacionais de Odontologia são relevantes ao traçar o perfil dos cirurgiões-dentistas. De acordo com a pesquisa 26,2% dos cirurgiões-dentistas atuavam no serviço público e a questão salarial representou 53,4% das queixas apresentadas por esses profissionais. A insatisfação dos cirurgiões-dentistas com a falta de isonomia salarial foi abordada por Medeiros *et al* (2007). Pedrosa e Teles (2001) e Vieira et al (2004) apontaram que as relações e condições de trabalho são fatores determinantes de preocupações e inseguranças.

A literatura aponta a questão salarial como um dos fatores de maior insatisfação dos cirurgiões-dentistas das equipes de saúde bucal. É importante analisar o porquê dessa insatisfação, quais são as causas dos baixos salários e por qual razão esses profissionais se submetem a receber remuneração aquém das suas qualificações e expectativas. Poderia se supor que isso se deveria a uma maior oferta de profissionais da odontologia do que locais de trabalho. No primeiro momento, por ocasião da inclusão das

primeiras equipes de Saúde Bucal da Família, isso poderia até ser uma realidade, pois havia uma imensa classe (odontologia) necessitando trabalhar e poucas vagas oferecidas originando uma disputa, algumas vezes, antiética e contratações vergonhosas sem qualquer amparo jurídico. Atualmente, após o excelente trabalho do Ministério Público que pressionou os municípios a realizarem concurso público para provimento das vagas da Saúde da Família, a maior parte das contratações tem amparo legal, mas, em muitos casos, continuam oferecendo salários abaixo do das outras categorias incluídas no Saúde da Família, gerando insatisfações e desentendimentos. As diferenças salariais entre os profissionais da Saúde da Família e as insatisfações geradas por esse fato, são abordadas em diversos estudos ((PEDROSA TELES, 2001; CANESQUI, SPINELLI, 2006; VIEIRA, *et al*, 2004). Esse fato merece outros estudos de caráter investigativo que tratem dessa questão específica e apontem razões para essa diferença e permitam traçar um melhor planejamento de políticas públicas adequadas para a categoria odontológica, sob pena de reduzi-la a uma subcategoria com salários menores, condições de trabalho precárias e dessa forma por em risco a saúde bucal dos brasileiros).

Apesar de todas as dificuldades encontradas pelo cirurgião-dentista, é inegável a importância da sua inclusão no Saúde da Família quando se analisa o mercado de trabalho que se abriu para a Odontologia, mudando de forma paradigmática o perfil do cirurgião-dentista, antes autônomo que ganhava o seu sustento principal da sua clínica particular e atualmente aquele profissional que procura e se submete a concursos para fazer parte de uma Equipe de Saúde Bucal da Família.

O cirurgião-dentista e alguns aspectos da saúde do trabalhador

Ao falarmos em satisfação profissional devemos abordar a saúde do trabalhador, uma vez que esse é um dos fatores que compõe a qualidade de vida no trabalho.

Segundo Silva (2002) a saúde do trabalhador se define, não enquanto uma disciplina homogênea, mas por metas e eixos de ação, dentre os quais temos a luta pela saúde, produzida nas transformações dos processos, na eliminação dos riscos e na superação das condições precárias de trabalho.

O ambiente profissional é gerador de diversas situações, da satisfação pessoal ao bom relacionamento com outros profissionais, do sustento financeiro à participação social, da oportunidade de aprendizagem ao crescimento profissional. Mas também pode ser fruto de decepções, conflitos interpessoais, insatisfações e doenças.

Para Fernandes (1996), entre os tantos outros fatores que são apontados por interferirem na qualidade de vida no trabalho, os mais relevantes são: realização no trabalho, oportunidade de aprender, informação científica para realizar o trabalho, equipamentos para o trabalho, segurança no emprego e proporções justas na compensação. Segundo Nogueira-Martins (2002) as difíceis relações estabelecidas nas equipes interdisciplinares apontam para um panorama bastante complexo sobre os profissionais de saúde. Os aspectos sociológicos do trabalho destes profissionais caracterizam um estado de insalubridade ocupacional que tem repercussões psicológicas no profissional afetando também sua relação com os pacientes e que acaba resultando em uma situação insatisfatória tanto para quem assiste (o profissional) como para quem é assistido (o usuário).

O trabalho no Saúde da Família tem características particulares ao abordar uma visão abrangente do indivíduo, incluindo a responsabilidade com determinada comunidade, a epidemiologia e a interdisciplinaridade, exigindo um profissional que possua perfil próprio para essas atividades: o generalista em detrimento do especialista. Esse perfil não faz parte da essência da Odontologia, que é especialista e tecnicista e talvez por isso o cirurgião-dentista não se sinta muito à vontade dentro do trabalho em equipe, da sua imprescindível participação junto com os outros profissionais na resolução dos problemas, e nos questionamentos da forma de organização do trabalho e das condições que lhe são dadas.

Rigotto (1998) observou que as novas formas de organização do trabalho exigem novo perfil do trabalhador onde o saber já possuído é insuficiente e a exigência de aquisição permanente de novos saberes e da polivalência é a regra. Para Lacaz (2000) uma maior participação desse trabalhador nas empresas poderia tornar o trabalho mais humanizado.

Nunes e Freire (2006) realizaram pesquisa com 237 cirurgiões-dentistas do município de Goiânia (GO) em 2004 e concluíram que a chance dos profissionais desenvolverem baixa qualidade de vida foi maior entre os que relataram problemas de saúde e os que estavam insatisfeitos com sua saúde.

As condições de trabalho são pouco questionadas pelos cirurgiões-dentistas, talvez por medo de perder o emprego ou por acomodação. Apesar de pouco questionada, a questão é de suma importância já que interfere na qualidade de vida tanto profissional quanto pessoal causando, em muitos casos, estresse, sofrimentos, afastamentos e incapacidades, que pode gerar um quadro de insatisfação e/ou desmotivação profissional ocasionando até o abandono prematuro da profissão acarretando problemas financeiros e estruturais.

Diversos são os fatores de risco associados à precarização no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde dentre eles o estresse, os acidentes de trabalho, o ambiente insalubre, a competição intensa, o trabalho noturno, a baixa remuneração tendo como consequência a necessidade de diversos empregos, o desgaste físico e mental e doenças físicas como tendinites, gastrites, úlceras, hipertensão e cefaléias provocando com isso também um afastamento social e familiar (DRUCK; FRANCO, 2005).

O ambiente de trabalho apresenta diversos fatores de risco que podem ser de natureza física, química, biológica e organizacional e estão ligados a diferentes perturbações de ordem física e psicossocial (MORENO *et al*, 2003). Segundo Silva (2000) a forma de organização do trabalho atua de forma a pressionar o indivíduo, levando-o a estados de doenças, de insatisfação e desmotivação dentre estes a fadiga, distúrbios do sono estresse e a síndrome de Burnout.

Os aspectos organizacionais do trabalho merecem especial atenção desses profissionais e dos gestores públicos de saúde, devido às consequências na sua rotina de trabalho o que poderá acarretar problemas de saúde, tanto de natureza física como psicossociais. Assim embora esses profissionais permaneçam em uma fase de estagnação quanto às questões próprias da categoria, urge que políticas públicas sejam implementadas no sentido de valorização do cirurgião-dentista na Equipe de Saúde da Família, implicando esse fato em melhor saúde e qualidade de vida para esses profissionais.

A satisfação profissional e seus possíveis reflexos físicos e psicossociais

No ambiente de trabalho e na tentativa de oferecer um tratamento de qualidade, muitos profissionais podem se deparar com estresse, relações tensas com pacientes, com sua família, e pessoal administrativo, sensação de perda porque as coisas não acontecem de modo esperado podendo afetar tanto a vida particular como profissional do cirurgião-dentista, assim como a sua saúde (INOCENTE *et al*, 2006).

O cirurgião-dentista é um profissional que no convívio com seus pacientes lida com a dor, o medo e a doença, caracterizando um trabalho muitas vezes estressante por suas próprias particularidades e se for acrescido a isso condições precárias de trabalho, o nível de estresse e suas conseqüências aumentarão interferindo nas suas atividades laborais.

Santos Filho e Barreto (2001) ressaltaram a Odontologia como uma profissão física e mentalmente estressante, apresentando também doenças do sistema músculo-esquelético. Para Rasia (2004) além dos riscos físicos, o estresse é componente que pode acentuar as patologias do trabalho e muitos profissionais sentem um aumento em suas responsabilidades buscando sempre alcançar um nível de excelência em sua arte.

Camelo e Angerami (2004) investigaram a ocorrência de estresse em 37 trabalhadores das equipes de cinco núcleos de saúde da família e concluíram que 23 (62%) apresentavam estresse, sendo que 19 pessoas estavam na fase de resistência e 4 na fase de quase-exaustão. Houve predominância dos sintomas de estresse na fase psicológica (48%), seguido da área física (39%).

O estresse, quando presente no indivíduo, pode desencadear diversas doenças. Se nada for feito, para diminuir a tensão, a pessoa se sentirá cada vez mais exaurida, sem energia e depressiva podendo desenvolver várias doenças. Alguns desenvolvem úlceras, outros hipertensão, outros apresentam crises de pânico, de herpes e outras doenças. Após esse estágio, de acordo com as características pessoais, existe o risco de ocorrerem problemas graves como, acidente vascular encefálico, dentre outros. O estresse pode apresentar três fases: a) Fase de Alerta: é um comportamento de adaptação, uma situação de reação saudável ao estresse que possibilita o retorno à situação de equilíbrio após a experiência estressante. Sintomas característicos: taquicardia, dor de cabeça, sensação de esgotamento, extremidades frias; b) Fase de Resistência: existe persistência da fase de alerta, o organismo modifica seus parâmetros de normalidade e concentra a reação em um determinado órgão-alvo. Nessa fase ocorrem os sintomas da esfera psicossocial: medo, ansiedade, isolamento social, roer unhas, impotências sexual, entre outros; c) Fase de Quase Exaustão: caracteriza-se por um enfraquecimento do indivíduo que não está conseguindo adaptar-se ou resistir ao agente agressor, às doenças começam a surgir; d) Fase de Exaustão: o organismo apresenta-se extenuado pelo excesso de atividade e pelo alto consumo de energia ocorrendo à falência do órgão-alvo, o que se manifesta sob a forma de doenças orgânicas. (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

A Síndrome de Burnout é conceituada como uma reação à tensão emocional crônica originada a partir do contato direto, excessivo e estressante com o trabalho. A pessoa com esse tipo de estresse começa a apresentar comportamento agressivo e irritadiço. Tal síndrome se refere a um tipo de estresse ocupacional e institucional que atinge principalmente profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, principalmente médicos, enfermeiros, professores e dentistas. O burnout é

considerado um processo em resposta ao estresse crônico, constituindo uma fase avançada do estresse laboral (INOCENTE *et al*, 2006).

O cirurgião-dentista atualmente convive com fatores estressantes em seu cotidiano: uma competição intensa que demanda uma busca incessante de novas qualificações para se adaptar às exigências do mercado, o desgaste físico ocasionado pela própria característica da profissão, as baixas remunerações, a falta de reconhecimento profissional e uma exposição constante a situações de risco. Todos esses fatores aliados atingem a saúde do profissional ocasionando problemas específicos que estão se tornando cada vez mais freqüentes.

Bueno (2004) realizou pesquisa com 57 cirurgiões-dentistas da rede pública e concluiu que apenas 12% da amostra apresentava boa qualidade de vida, não sendo encontrado níveis significativos de estresse. Entretanto 24% da amostra apresentou diferentes níveis de depressão com predominância no sexo feminino.

Em relação à Depressão a característica essencial é a ocorrência do humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. Incluem sintomas como: alterações do apetite, do peso, do sono e na atividade psicomotora. A depressão está correlacionada positivamente com as subescalas do Burnout (exaustão emocional, depersonalização e falta de realização pessoal) e com a duração do sono noturno (INOCENTE *et al*, 2006).

Talvez por ter sintomatologia bastante subjetiva, os profissionais não se alertam para os sinais e sintomas da depressão e deixam de procurar atendimento médico especializado para um correto diagnóstico. Poucos estudos são encontrados na literatura sobre o acometimento da depressão nos cirurgiões-dentistas e seus reflexos na rotina de trabalho.

Profissionais da Saúde Bucal e os riscos ocupacionais

A Odontologia vem sendo descrita como uma profissão sujeita a vários tipos de riscos ocupacionais que podem levar a doença, à invalidez e, mesmo, à morte conforme amplamente divulgados na literatura. Estudos realizados colocam os profissionais de Odontologia entre os primeiros lugares em afastamento do trabalho por incapacidade temporária ou permanente respondendo por cerca de 30% das causas de abandono prematuro da profissão (SANTOS FILHO; BARRETO, 2001). Esse é um fato preocupante e que deveria estar em pauta permanente nos órgãos de classe e entre os próprios profissionais que muitas vezes só se alertam para os riscos que correm depois de acidentados ou da instalação de doenças que comprometem suas atividades diárias tanto profissionais como pessoais.

Os riscos ocupacionais com material biológico, os riscos físicos e químicos fazem parte da rotina laboral do cirurgião-dentista. Dentre os acidentes de trabalho, os mais comuns são acidentes com material perfuro-cortantes, e as doenças mais relacionadas às atividades profissionais estão as doenças osteomuscular. Estão de acordo os estudos de Santos Filho e Barreto (2001), Rapparini (2004) e Faria (2003).

Em relação aos acidentes com material perfuro-cortantes deve-se colocar em questão a necessidade de todos os consultórios odontológicos das unidades de saúde possuírem caixas próprias para descarte de agulhas, contribuindo assim para a prevenção de acidentes, como também é imprescindível

uma postura dos profissionais exigindo não só a colocação de caixas de descarte como a utilização destas por todos.

Farinassi (2007) demonstrou em estudo realizado com cirurgiões-dentistas que esses profissionais ainda mantêm o mau hábito de re-encapar agulhas correndo um alto risco de acidente e contaminação no ambiente de trabalho como também não utilizam todos os equipamentos de proteção preconizados de maneira correta, excetuando-se o uso de luvas.

Após realização de estudo sobre acidente de trabalho com profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Caixeta e Barbosa-Branco (2005) apontaram que o cirurgião-dentista foi o profissional que mais se acidentou. Estudos mostram que a maioria dos cirurgiões-dentistas (quase 85%) tem pelo menos uma exposição percutânea a cada período de cinco anos (RAPPARINI, 2004). Rapparini (2004) assinalou que para os profissionais de saúde da área clínica, a preocupação com riscos biológicos surgiu a partir da epidemia da AIDS, na década de 1980, resultando em normas de segurança no ambiente de trabalho mais bem estabelecidas.

A conscientização dos profissionais quanto aos riscos ocupacionais deveria ser uma constante, desde a formação acadêmica até o fim da vida profissional. Os órgãos de classe poderiam ser mais atuantes nesse sentido ao informar, questionar e avaliar de que forma o cirurgião-dentista convive com os riscos ocupacionais. Capacitações, reestruturação ambiental, debates, discussões e avaliações podem ser feitas com os trabalhadores e alertá-los para os riscos que correm quando as medidas de proteção corretas não são tomadas.

Faria (2003) realizou estudo com 50 cirurgiões-dentistas em diferentes municípios do Estado do Rio de Janeiro sobre informações e práticas dos riscos no trabalho desses profissionais e apontou que não existe nas grades curriculares da disciplina de Odontologia, tópicos específicos relativos com a saúde desses trabalhadores, no intuito de informá-los sobre os cuidados com a própria saúde. Os resultados mostraram que 92% dos entrevistados referiam algum tipo de problema de saúde e as doenças mais citadas foram as do sistema osteo-muscular (47%) e as do aparelho circulatório (18%). A grande maioria (82%) que referia alguma patologia acreditava que os problemas podem ter sido causados pelo seu trabalho.

Em sua atuação nos serviços públicos de saúde, os cirurgiões-dentistas se confrontam com diversas realidades. Quanto mais rígida for a forma de organização do trabalho, menor a participação do profissional e poucas possibilidades de modificá-lo. Os fatores físicos e psicossociais relacionados à organização do trabalho podem refletir na qualidade de vida no trabalho e por fim na saúde do profissional. Organizações mais flexíveis, que aceitem a participação do trabalhador na gestão e implementação de ações, resultam em um ambiente mais humanizado, onde o profissional sente que é parte integrante e importante do processo.

Murta (2004) afirmou que estressores ocupacionais estão frequentemente ligados à organização do trabalho. Przysiezny (2000) destacou a multiplicidade de fatores relacionados ao aparecimento dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT): fatores ergonômicos, técnicas incorretas, más posturas, excesso da jornada de trabalho, fatores organizacionais e psicossociais ligados ao trabalho, dentre outros.

Segundo Rasia (2004) os cirurgiões-dentistas apresentam dores musculoesqueléticas mais do que outros indivíduos. Enquanto que a prevalência de desconforto e dores musculoesqueléticas alcança um

índice de 62% da população em geral, em cirurgiões-dentistas seu percentual atinge 93%. O fenômeno dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) é por definição, uma afecção multicausal decorrente de uma série de fatores do trabalho que atuam de forma combinada. O DORT freqüentemente é causa de incapacidade laboral temporária ou permanente por ser resultado da superutilização das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular e da falta de tempo de sua recuperação. Além da dor, outras manifestações subjetivas do DORT são sensações de peso e cansaço no membro afetado, parestesia, formigamento, distúrbios circulatórios, edema, calor localizado, rubor, sudorese, perda de força muscular, crepitações, choques, alterações de sensibilidade, transtornos emocionais, depressão e insônia.

Embora existam diversas abordagens para as causas do DORT, há um consenso sobre alguns fatores causais e entre eles destacam-se: fatores de natureza organizacional; fatores de natureza biomecânica; fatores de natureza psicossocial e fatores de condições de trabalho. Para que os fatores possam ser considerados de risco para a ocorrência de DORT é importante que se observe a sua intensidade, duração e freqüência. Dentre estes elementos predisponentes, ressalta-se a importância dos fatores de natureza organizacional, isto porque ao se analisar cada um dos referidos fatores isoladamente, percebe-se que a forma como o trabalho está organizado produz um impacto maior sobre o bem-estar do indivíduo quando comparado aos outros fatores (RASIA, 2004).

Santos Filho e Barreto (2001) realizaram um amplo e importante estudo com 358 cirurgiões-dentistas vinculados ao Serviço Público de Saúde de Belo Horizonte e coletaram informações sócio-demográficas, sobre organização do trabalho, aspectos ergonômicos e do ambiente de trabalho, hábitos pessoais e fatores individuais, características psicológicas e psicossociais e histórico de saúde. Os resultados mostraram que 58% dos cirurgiões-dentistas apresentavam queixa de dor músculo-esquelética em uma ou mais regiões do segmento superior do corpo, sendo a dor no membro superior o principal sintoma relatado seguido da queixa de dor na coluna torácica e/ou lombar. Quase a metade dos cirurgiões-dentistas relatou que a dor costuma levar à interrupção da sua atividade no trabalho, com alguma freqüência e em 57% dos casos ocasionaram modificações nas rotinas de trabalho, lazer, incluindo limitações da vida diária. Além de dor, a maioria apresentou outros sintomas como dormência, sudorese, redução de força muscular, alteração de temperatura ou edema. Nos profissionais que relataram ter sido realizado diagnóstico para sua queixa (37%) apareceram mais freqüentemente os relatos de tensões musculares e algias decorrentes de posturas e esforço, tendinites, bursites, artrites e lesão por esforço repetitivo.

O convívio diário com a dor, às exigências de aumento da produtividade, a insegurança quanto ao futuro e a falta de reconhecimento, fatores encontrados na vida de muitos cirurgiões-dentistas, não deveria preocupar somente o profissional, mas deveria envolver todos os seguimentos de gestão. O cuidado com a saúde do trabalhador deve fazer parte da agenda dos gestores e das políticas públicas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inclusão do cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família foi efetuada tardiamente e gerou algumas dificuldades. O fator de maior insatisfação se referiu à baixa remuneração e à falta de isonomia

salarial com as outras categorias que compõem o Programa Saúde da Família. A satisfação profissional está intimamente ligada à saúde do trabalhador e à qualidade de vida. Quando se analisa a organização do trabalho verifica-se que essa tem reflexos na rotina e na saúde dos profissionais. Os riscos ocupacionais fazem parte do trabalho do cirurgião-dentista e dentre esses os mais relatados foram acidentes com material perfuro-cortantes e doenças do sistema ósteo-muscular, o que demanda implantação de medidas de prevenção urgentes. O estado de saúde física e mental dos trabalhadores inseridos no Programa Saúde da Família deve suscitar debates entre os cirurgiões-dentistas e ser incluída na agenda dos gestores com criação de novas políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is presented with a concrete propose and an effective way for the life of millions of Brazilians through their actions to health promotion. Actions that are developed by thousands of health professionals committed with improving the quality of life of Unified Health System (SUS) users. Initially conceived without Dentist presence, its inclusion was necessary and implemented in December 2000, bringing successes and failures in implementation of oral health. Professional satisfaction and his well-being are closely linked to quality of life at work which is one of the predominant factors in worker health. The factor of greatest dissatisfaction was the low wages paid. Talking about professional health it was observed that the working environment is generator of different situations, both pleasant but also led to disappointments, interpersonal conflicts, diseases and dissatisfaction. The coexistence with the occupational risks is part of dentist labor routine. The most prevalent diseases among Dentists are diseases of skeletal muscle system, which deserves a closer look from health professionals and managers, since the literature puts Dentistry professionals among the first in absence at work by temporary or permanent disability accounting about 30% of the causes of profession premature abandonment. It is presented as necessary and urgent a discussion about physical and mental health of Family Health Program workers, and should always be in agenda among managers and professionals and present in public health policies.

Keywords: Oral Health; Dentist; Workers' Health

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BALDANI, M. H.; FADEL, C. B.; POSSAMAI, T.; QUEIROZ, M. G. S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, 21(4):1026-1035, julho-agosto, 2005.

BRASIL. Portaria 1.444. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do programa de saúde da família. Diário Oficial União, 29 Dezembro de 2000.

BRASIL. Portaria nº 673/GM. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do programa de saúde da família, parte integrante do Piso de Atenção Básica PAB. Diário Oficial União, 4 de junho de 2003.

BRASIL. Portaria 650/GM, Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 28 de março de 2006.

CAIXETA, R. B.; BARBOSA-BRANCO, A. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. **Caderno de Saúde Pública**, 21(3):737/746, mai-jun, 2005.

CAMELOS.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Sintomas de Estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de Saúde da Família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 12(1):14-21, jan-fev 2004.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno Saúde Pública**, 18:S191-S202, 2002.

DRUCK, G.; FRANCO, T. A Alca e as principais implicações para o trabalho e a saúde dos trabalhadores. **Ciência e Saúde Coletiva** 8(4):875-885. 2003.

FARIA, A. V. C. **Riscos no trabalho de cirurgiões-dentistas: informações e práticas referidas**. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Mestrado em Saúde Pública. Sub-área: saúde, trabalho e ambiente. Rio de Janeiro, 2003.

FARINASSI, J. A. Biossegurança no ambiente odontológico. **Revista virtual Odontologia**. 1(3):24-30, 2007; Disponível em http://sotau.sind.googlepages.com/SotauRvirtualOdontol2007_3pag24a30.pdf

FERNANDES, E. **Qualidade vida no Trabalho**; como medir para melhorar. 2ª ed., Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

GERMANO, R. M.; FORMIGA, J. M. M.s; MELO, M. N. B.; VILAR, R. L. A.; ALMEIDA JÚNIOR, J. J. **Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade**. Pesquisa integrante do Plano Diretor 2004-2005 do Observatório de Recursos Humanos em Saúde (NESC/UFRN), Natal, 2005.

INBRAPE. Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas- INBRAPE. **O perfil do cirurgião-dentista no Brasil**. Pesquisa realizada para entidades nacionais de Odontologia: ABO, ABENO, ACBO, CFO, FIO e FNO, abril, 2003. Disponível em http://www.cfo.org.br/download/perfil_CD.pdf.

INOCENTE, J. J.; INOCENTE, N. J.; INOCENTE, C. O.; REIMÃO, R.; RASCLE, N.. **A avaliação de certos fatores psicossociais e o impacto na saúde dos cirurgiões-dentistas brasileiros**. X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação - Universidade do Vale do Paraíba 2006. Disponível em http://www.inicepg.univap.br/trabalhos/EPG00394_04O.doc.

LACAZ, F. A. C.. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5(1):151-161, 2000.

MACIEL, S. M.. **A equidade com a Inclusão da Assistência Ortodôntica nas Políticas Públicas de Saúde Bucal: Sugestões para Reflexão e Debate**. Artigo da Dissertação de Mestrado defendida no IMS/UERJ, na área de concentração em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde, Rio de Janeiro, 2006

MEDEIROS, C. L.; QUEIROZ, M. D. D.; SOUZA, G. C. A.; COSTA, Í. C. C.. Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line], 9(2):379-388, maio/agosto 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a07.htm>

MORENO, C. R. C.; FISCHER, F. M.; ROTENBERG, L. A Saúde do Trabalhador na Sociedade 24 horas. **São Paulo em Perspectiva** 17(1):34-46, jan/mar, 2003. www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100005.

MURTA, Sheila Giardini. Avaliação de Intervenção em Estresse Ocupacional. **Psicologia: Teoria. e Pesquisa**, vol. 20 n.1, pp. 039-047, Brasília, Jan-Abr 2004.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In: BOTEGA, N.J. (org.) *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. 130-144, Editora Artmed, Porto Alegre, 2002.

NUNES, M. F.; FREIRE, M. C. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. **Revista Saúde Pública**, 40(6):1019-1026, dezembro, 2006.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M.. Consenso e diferenças entre equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, 35(3):303-311, junho, 2001.

PRZYSIEZNY, W. L. Distúrbio osteomuscular relacionados ao trabalho: um enfoque ergonômico. *Revista Tecno-científica Dynamis*, 2000. Disponível em: <http://www.eps.ufsc.br/ergon/revista/artigos/disturbios.PDF>

RAPPARINI, C. Riscos Biológicos e Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. 2(2):103-117, abril-junho, 2004.

RASIA, D. **Quando a dor é do dentista! Custo Humano do trabalho de Endodontistas e indicadores de DORT**. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Social e do Trabalho. Universidade de Brasília – UnB, Instituto de Psicologia – IP, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho – PST Laboratório de Ergonomia – Lab. Ergonomia, Brasília - DF, 2004.

RIGOTTO, R. M. Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 93/94:9-20, dezembro, 1998.

SANTOS, A. M.; RODRIGUES, A. Á. A. O.; SUZUKI, C. L. S.; MAGALHÃES, D. C.; BRANDÃO, P. T. J.; BATISTA, R. L.; FRÓES, T. C. **Mercado de trabalho e a formação dos estudantes de odontologia: o paradigma da mudança**. *Ver.Saúde.Com* 2(2); 169-182, 2006.

SILVA, F. P. P. Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. **Revista PSS** 2(1), junho, 2000.

SILVA, Claudia Osório da. **Vida de Hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, julho, 2002.

VIEIRA, E.T.; BORGES, M.J.L.; PINHEIRO, S.R.M.; SOARES, S. A.O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira da Saúde**, RBPS, v.17n.3. Fortaleza, 2004. Disponível em https://www.unifor.br/hp/doc_noticias/rbps-7n3.pdf#search=%22VIEIRA%20PINHEIRO%20SOARES%20BORGES%20%22O%20PROGRAMA%20SAUDE%20DA%20FAMILIA%22%22

ZANETTI, Carlos Henrique Goretti. **OPINIÃO: a inclusão as Saúde Bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS**. Brasília, 2001. Disponível em <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>>.

CONCLUSÃO GERAL

A qualidade de vida no trabalho está intimamente relacionada com a percepção sobre as condições de trabalho oferecidas aos profissionais. As remunerações e as condições de saúde e segurança foram as que apresentaram as menores médias ficando na zona de perigo, o que demonstra uma atitude negativa frente a essas dimensões e sendo assim necessita de medidas intervencionistas extremas e rápidas. As dimensões sobre uso de capacidades, oportunidade de crescimento profissional e o espaço e a relevância do trabalho na vida ficaram na zona de alerta o que é considerado algo preocupante implicando na adoção de medidas de intervenção, embora menos premente. A favorável percepção dos profissionais sobre integração social e organização do trabalho demonstra uma atitude positiva e confortável e, nesse caso, nenhuma medida urgente precisa ser tomada. Medicina foi a categoria profissional que demonstrou maior insatisfação em todas as dimensões analisadas. Odontologia apresentou maior satisfação em seis dimensões. Não houve grande variação entre cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros quando se analisa as médias das dimensões demonstrando uma mesma tendência.

No âmbito da Odontologia encontramos diferenças de inclusão e dificuldades de adaptação no Programa Saúde da Família, uma insatisfação quanto à remuneração e a existência de doenças relacionadas à atividade laboral com prevalência das doenças osteomusculares. O que pode ser explicado pelo esforço físico-postural necessário à realizações dos procedimentos odontológicos e à forma de organização do trabalho.

Ambientes de trabalho que não promovam boas condições de trabalho podem levar esses profissionais a níveis preocupante de insatisfação originando acidentes e doenças derivadas do ambiente de trabalho. É necessário conhecer esses sentimentos para que medidas possam ser tomadas nas áreas que apresentaram nível crítico de satisfação quanto à percepção dos profissionais, uma vez que, a identificação dessas necessidades propicia a criação e o desenvolvimento de reformas organizacionais proporcionando a humanização das condições de trabalho e a satisfação dos trabalhadores tendo como resultado uma maior produtividade e uma melhoria dos serviços prestados à população.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Instrumento de Avaliação

Objetivo:

O objetivo desta pesquisa é analisar o grau de satisfação dos profissionais com as condições de trabalho. Os resultados obtidos serão utilizados dentro de uma dissertação apresentada no curso de Mestrado Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes.

Metodologia:

A pesquisa apresenta algumas afirmações, as quais você deverá ler com bastante atenção e escolher apenas uma das alternativas possíveis de resposta, a saber:

- **Concordo Plenamente:** Você concorda totalmente que a afirmação retrata a realidade do seu ambiente de trabalho.
- **Inclinado a Concordar:** você tende a concordar que a afirmação retrata a realidade do seu ambiente de trabalho.
- **Inclinado a Discordar:** você tende a discordar que a afirmação retrata a realidade do seu ambiente de trabalho.
- **Discordo Plenamente:** você discorda plenamente que a afirmação retrata a realidade do seu ambiente de trabalho.

Resultados:

Os resultados serão depois analisados estatisticamente e, oportunamente, divulgados.

Preenchimento do questionário:

Leia atentamente a questão e marque com um **X** apenas uma alternativa. Agradecemos pela sua colaboração.

Seja sincero e fique tranquilo com relação às suas respostas, pois elas serão mantidas em sigilo.

Dados Gerais:

Área de Formação: () Odontologia
 () Medicina
 () Enfermagem

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Tempo de Formado: _____ Tempo de Atuação no PSF: _____

LEVANTAMENTO DA PERCEPÇÃO SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO

	CONCORDO PLENAMENTE	INCLINADO A CONCORDAR	INCLINADO A DISCORDAR	DISCORDO PLENAMENTE
1. O meu salário é suficiente para o sustento de minha família.				
2. Eu me sinto seguro no ambiente de trabalho.				
3. Tenho informações significativas sobre o processo total de trabalho.				
4. A minha atividade contribui para manter e expandir minha capacidade.				
5. Me relaciono bem com meus colegas de função.				
6. Tenho que dar satisfação a minha chefia no que se refere ao meu comportamento fora do horário de trabalho ou sobre atos dos membros de minha família.				
7. Minha jornada de trabalho está de acordo com minha função.				
8. Percebo a minha secretaria responsável socialmente, por exemplo, em seus serviços.				
9. Faço meu trabalho sempre de maneira diferente.				
10. O salário que recebo é compatível com as funções que exerço.				
11. Tenho à disposição os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) necessários.				

12. Eu recebo as informações que necessito para desempenhar bem o meu trabalho.				
	CONCORDO PLENAMENTE	INCLINADO A CONCORDAR	INCLINADO A DISCORDAR	DISCORDO PLENAMENTE
13. A minha atividade não favorece meu crescimento profissional.				
14. Tenho um bom relacionamento com minha chefia imediata.				
15. Tenho direito de discordar da visão dos meus superiores, sem medo de represálias.				
16. Minha jornada de trabalho está de acordo com minha remuneração.				
17. A minha secretaria estimula o trabalho voluntário durante o horário de trabalho.				
18. Sou reconhecido pela contribuição das minhas atividades para os resultados alcançados pela secretaria.				
19. Em relação ao mercado de trabalho, o meu salário é defasado.				
20. O meu setor de trabalho não é insalubre (prejudicial).				
21. O nível de treinamento recebido para desempenho, com eficiência e segurança, das tarefas atribuídas é satisfatório.				
22. Tenho garantia de um salário associado com meu trabalho.				
23. Tenho confiança na sinceridade e honestidade da alta administração da secretaria.				

24. Sou tratado de maneira igual aos meus colegas de trabalho em todos os assuntos.				
	CONCORDO PLENAMENTE	INCLINADO A CONCORDAR	INCLINADO A DISCORDAR	DISCORDO PLENAMENTE
25. Meu horário de trabalho não toma meu tempo de descanso e o tempo com a minha família.				
26. Vejo a minha secretaria tendo ações no sentido de proteger o meio ambiente.				
27. Minha opinião é solicitada para organização do trabalho em meu setor.				
28. Sou pago adequadamente em comparação aos colegas em trabalhos com responsabilidades similares às minhas, na secretaria.				
29. Estou satisfeito com o espaço e a disposição do lugar onde desenvolvo meu trabalho.				
30. Acho importante minhas tarefas no conjunto de operações do setor.				
31. Há preocupação contínua por parte de minha chefia em fazer uso total das minhas habilidades.				
32. Favoritismo é um problema em meu setor.				
33. Minha chefia recebe bem minhas idéias mesmo quando elas diferem das suas.				

34. Considero o período de almoço adequado.				
35. Minha secretaria mostra-se preocupada com a comunidade.				
36. Estou de acordo com o planejamento e a organização das atividades do setor.				
	CONCORDO PLENAMENTE	INCLINADO A CONCORDAR	INCLINADO A DISCORDAR	DISCORDO PLENAMENTE
37. Considero que o salário recebido está de acordo com a importância do trabalho que eu realizo.				
38. A secretaria oferece assistência médica adequada.				
39. Tenho feedback a respeito do meu trabalho.				
40. A secretaria estimula seus funcionários a se desenvolverem como pessoas.				
41. Existe clima de cooperação sem rivalidades entre os setores.				
42. Sigo as normas de disciplina dentro da minha secretaria.				
43. O tempo de intervalo durante a jornada de trabalho é suficiente.				
44. Minha secretaria tem atitudes no que se refere a proteger o meio ambiente do seu lixo hospitalar.				

45. Quando minha chefia toma decisões e se compromete envolvendo meu trabalho, isto é feito com minha participação através de troca de idéias.				
46. Meu trabalho me proporciona um bom padrão de vida.				
47. A secretaria se preocupa com a minha saúde (exame periódico, admissional, etc.).				
	CONCORDO PLENAMENTE	INCLINADO A CONCORDAR	INCLINADO A DISCORDAR	DISCORDO PLENAMENTE
48. Todas as vezes que as mudanças vão afetar o meu trabalho, minha chefia procura saber a minha opinião.				
49. As promoções são baseadas na competência.				
50. Colaboro com meus colegas no desempenho das suas funções.				
51. Conheço as normas internas de segurança no trabalho.				
52. O trabalho me afasta de minha família.				
53. Minha secretaria acha que proteger o meio ambiente é responsabilidade somente da comunidade.				
54. Discuto métodos de trabalho com os participantes do meu setor.				

Obrigada por dispor de seu tempo respondendo este questionário.

Apêndice II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ RG _____, abaixo qualificado, DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de (sujeito objeto da pesquisa/representante legal do sujeito objeto da pesquisa), que fui devidamente esclarecido do Projeto de Pesquisa intitulado: *Análise do grau de satisfação com as condições de trabalho dos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju/SE* desenvolvido pela pesquisadora Simone Alves Garcez Guedes, do Curso de Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes, quanto aos seguintes aspectos:

O objetivo do trabalho é avaliar a percepção de satisfação dos diferentes profissionais do PSF com suas condições de trabalho. Pretende-se, através deste, beneficiar os participantes da pesquisa com o levantamento das dificuldades que estes trabalhadores enfrentam no seu dia a dia, e como elas se relacionam com o grau de satisfação sentida com o exercício profissional, subsidiando propostas intervencionistas futuras que resultem na melhoria dessas relações.

Por outro lado, os riscos inerentes à execução desta pesquisa limitam-se àqueles relativos ao tratamento das informações de caráter pessoal levantadas a partir da aplicação do questionário e dos dados de identificação dos sujeitos. Esses riscos serão minimizados por meio da sistematização de trabalho adotada nesta pesquisa, onde apenas a pesquisadora responsável tem acesso aos questionários aplicados e tão somente a mesma trabalhará os dados neles obtidos; adicionalmente, os questionários não serão identificados, de modo a impossibilitar a identificação dos sujeitos que os responderam.

A identificação dos profissionais, determinada pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, será mantida no mais absoluto sigilo pela pesquisadora responsável. Além disso, as informações obtidas serão analisadas em conjunto e apenas pela pesquisadora responsável, assegurando a confidencialidade destas informações.

O método utilizado para coleta das informações será o uso de questionário objetivo, não identificado, entregue e devolvido devidamente lacrado, como uma das garantias de sigilo.

Os participantes devem decidir, de livre e espontânea vontade, se responderão ou não ao questionário, não sendo imputada qualquer tipo de retaliação àqueles que porventura decidirem não participar.

Todo participante poderá retirar seu consentimento de participação em qualquer etapa do desenvolvimento da pesquisa, sem necessidade de explicações ou avisos prévios.

Não há qualquer tipo de ônus para o profissional participante desta pesquisa, sendo todas as despesas referentes à mesma arcadas pela pesquisadora responsável. De forma similar, não há qualquer tipo de compensação financeira relacionada a participação em qualquer etapa da execução do projeto, seja para os sujeitos (profissionais) seja para a pesquisadora.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me (nos) foi explicado, consinto voluntariamente (em participar/que meu dependente legal participe) desta pesquisa.

Aracaju, de de 200_

QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sujeito da Pesquisa (Nome):.....

RG:.....Data de nascimento:..... / / Sexo: M () F ()

Endereço: nº Apto:

Bairro:.....Cidade:.....Cep:.....Tel.:.....

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas nas alíneas acima elencadas e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa.

Aracaju, de de 200.....

Assinatura do Pesquisador