

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



**QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE:
A percepção dos trabalhadores da Estratégia da Saúde da Família de Chapecó – SC
Brasil**

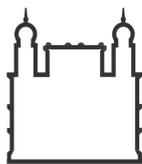
por

Fernanda Fabiana Ledra

Dissertação apresentada à banca examinadora do curso de Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Fátima Lobato Tavares

Rio de Janeiro (RJ) janeiro/2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

**QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE:
A percepção dos trabalhadores da Estratégia da Saúde da Família de Chapecó – SC
Brasil**

apresentada por

Fernanda Fabiana Ledra

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Fátima Lobato Tavares

Rio de Janeiro (RJ) janeiro/ 2012

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

L475 Ledra, Fernanda Fabiana
Qualidade de vida no processo de trabalho em saúde: a percepção dos trabalhadores da estratégia da saúde da família do município de Chapecó-SC – Brasil. / Fernanda Fabiana Ledra. -- 2012.
110 f. : graf. ; mapas

Orientador: Tavares, Maria de Fátima Lobato
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

1. Saúde do Trabalhador. 2. Qualidade de Vida. 3. Saúde da Família. 4. Estratégias. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.11098164

Á

*Alexandre, meu marido,
Nathália e Matheus, meus filhos,
Paulo e Neli, meus pais.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus por me proporcionar a possibilidade de estar nesta jornada realizando mais um sonho nesta vida.

Ao meu marido Alexandre, companheiro de todas as horas e como muito amor e paciência sempre tive seu apoio, e aos meus filhos Nathália e Matheus que sempre souberam entender a minha ausência e me apoiaram em todos os momentos, com certeza tudo isso foi para abrilhantar o futuro de vocês!

Aos meus pais, Paulo e Neli, que me encaminharam sempre pelos melhores trilhos e hoje chego nesta caminhada com a orientação e exemplo de vocês!

Aos meus colegas de trabalho que de uma forma ou de outra, sempre me encorajaram nesta busca, aos Secretários de Saúde, Nemésio Carlos da Silva e Américo do Nascimento Júnior que oportunizaram a minha liberação para a busca desta pesquisa e sempre com a preocupação de melhorar a Saúde Pública.

À minha querida orientadora Maria de Fátima Lobato Tavares, que, com toda sua sabedoria, me encaminhou, me ensinou e acreditou na minha proposta de pesquisa, obrigada pela dedicação, carinho e paciência.

Aos professores Antenor Amâncio Filho e Sergio Pacheco, pela valorosa dedicação pela coordenação do Mestrado Profissional.

À minha querida Luzimar pela sua presteza eficaz em todos os momentos deste curso, obrigada pela sua presença constante.

Agradeço aos meus colegas de mestrado, que em todos os momentos em que vivemos juntos vou levar lembranças maravilhosas pelo resto de minha vida, em especial a minha amiga Ana Lúcia, que na sua maneira de ser, tornou-se uma pessoa que marcou minha vida de forma inesquecível e valiosa.

Aos profissionais da Estratégia da Saúde da Família que participaram do meu trabalho, obrigada pela disposição e colaboração com os estudos científicos.

À todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram e colaboraram para concretização deste sonho.

Obrigado à todos de coração!

*“Escolha um trabalho que você ame e não terá de trabalhar um
único dia em sua vida”.*

(Confúcio)

RESUMO

A preocupação com a relação dinâmica do trabalho e a saúde do trabalhador tem sido uma constante desde a administração científica*, entretanto, atualmente existe um olhar mais cuidadoso para este trabalhador, voltado à importância da sua satisfação no trabalho onde resulte em uma melhor qualidade de vida e conseqüentemente, uma maior produtividade. O presente estudo teve como objetivo analisar a Qualidade de Vida no Processo de Trabalho dos trabalhadores que compõem as equipes de ESF do município em estudo sob o ponto de vista do trabalhador. Realizou-se uma revisão bibliográfica abordando o processo de trabalho em saúde com o foco na estratégia de saúde da família, o trabalhador da saúde e a qualidade de vida no processo de trabalho em saúde. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo que utilizou como instrumento de coleta de dados a entrevista semi estruturada, observação participante e análise documental. A partir dos resultados coletados, pode-se perceber a importância da satisfação no trabalho diretamente relacionada com a Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde (QVPTS). A partir das falas dos profissionais percebem-se algumas insatisfações que afetam a QVPTS. Por fim, fica evidente a importância da QVPTS como geradora de profissionais com maior comprometimento e satisfeitos no ambiente de trabalho.

Palavras-chave: processo de trabalho; saúde, qualidade de vida no trabalho; - qualidade de vida no processo de trabalho em saúde; estratégia de saúde da família; ambiente de trabalho saudável; qualidade de vida no trabalho em saúde; qualidade de vida na estratégia de saúde da família; trabalho em saúde no município de Chapecó; indicadores de qualidade de vida no trabalho em saúde

* Administração Científica, o Taylorismo é um sistema de organização industrial criado pelo engenheiro mecânico e economista norte-americano Frederick Winslow Taylor, no final do século XIX. A principal característica deste sistema é a organização e divisão de tarefas dentro de uma empresa com o objetivo de obter o máximo de rendimento e eficiência com o mínimo de tempo e atividade.

SUMMARY

Concern about the dynamic relationship of labor and workerhealth has been a constant since the scientific management^{*}, however, there is now a closer look to this worker, dedicated to the importance of their job satisfaction which results in a better quality of life and therefore a greater productivity. This study aimed to analyze the Quality of Life in the Working Process of workers who make up the teams in the FHS study of the city from the point of view worker. Realized is a literature review addressing the process of health work with strategy to focus on family health, worker health and quality of life in the work process health. It is a descriptive qualitative study that used the instrument to collect data to semi-structured interview, participant observation and document analysis. From the results collected, we can realize the importance of job satisfaction is directly related to Quality of Life in the Process of Health Work (QVPTS). From the speeches of some professional perceives dissatisfaction affecting QVPTS. Finally, it is evident the importance of QVPTS as a generator of professionals with more commitment and satisfaction in the workplace.

Keywords: work process, health, quality of work life, and quality of life in the work process in health, family health strategy, healthy work environment; quality of work life in health, quality of life in the family health strategy, health work in Chapecó; indicators of quality of life in health work

^{*} Scientific Management, Taylor is a system of industrial organization created by mechanical engineer and economist American Frederick Winslow Taylor in the late nineteenth century. The main feature of this system is the organization and division of tasks within a company in order to achieve maximum performance and efficiency with minimal time and activity.

LISTA DE APÊNDICE

Apêndice A: Roteiro das entrevistas	105
Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	108

LISTA DE FIGURA

Figura 1: Município de Chapecó-SC	44
---	----

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1: Composição da ESF	38
------------------------------------	----

LISTA DE QUADRO

Quadro 1: Modelos teóricos em qualidade de vida do trabalho.....	33
Quadro 2: Categorias conceituais de qualidade de vida no trabalho - QVT (Modelo de Walton 1973).	34
Quadro 3: Composição da ESF do município de Chapecó - SC.....	38
Quadro 4: Composição da Amostra	56
Quadro 5: Salário dos profissionais eESF – Chapecó - SC	61

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

eSF – Equipes de Saúde da Família

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes comunitários de Saúde

PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários

PNSST -Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador

PSF – Programa Saúde da Família

QV – Qualidade de Vida

QVT – Qualidade de Vida no Trabalho

QVPTS – Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

USB – Unidade Básica de Saúde

WHOQOL - Escala de Qualidade de Vida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 MARCO TEÓRICO.....	15
1.2 OBJETIVOS	20
1.2.1 Objetivo geral	20
1.2.2 Objetivos específicos	21
1.3 JUSTIFICATIVA	21
1.3.1 A importância do tema de pesquisa	21
1.4 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO.....	23
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
2.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE COM FOCO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	24
2.1.1 Conceito e objetivos	24
2.1.2 A equipe de saúde da família	25
2.1.3 O processo de trabalho em saúde	26
2.1.4 O trabalhador da saúde	28
2.2 QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	30
3 METODOLOGIA	36
3.1 O MÉTODO.....	36
3.1.1 Questões éticas	41
3.2 O TRABALHO DE CAMPO	41
4 DESVENDANDO O CAMPO	43
4.1 INTRODUÇÃO	43
4.2 O CONTEXTO.....	44
4.2.1 Município	44
4.2.2 Organização dos serviços de saúde	49
4.2.3 Descrição do ambiente de trabalho	54
4.2.4 Caracterização dos entrevistados	56
4.3 CATEGORIAS DE ANÁLISES SEGUNDO MODELO DE WALTON (1973)	58
4.3.1 Compensação justa e adequada	58
4.3.2 Condições de trabalho	62
4.3.3 O uso e desenvolvimento de suas capacidades	65

4.3.4 Oportunidade de crescimento e segurança.....	72
4.3.5 Integração social na instituição	73
4.3.6 O constitucionalismo	75
4.3.7 O trabalho e o espaço total na vida	77
4.3.8 Relevância social do trabalho na vida.....	81
4.3.9 Qualidade de vida no processo de trabalho em saúde.....	83
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	91
5.1 CONCLUSÕES	91
5.2 RECOMENDAÇÕES	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
APÊNDICE.....	104

1 INTRODUÇÃO

1.1 MARCO TEÓRICO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que teve subsídios de movimentos políticos e sociais, buscava reorientar a atenção à saúde no Brasil, no sentido de uma rede integrada de ações e serviços de saúde, garantindo legalmente o direito ao acesso universal ao cuidado da saúde da população. A concretização do SUS como modo de atenção à saúde deve reafirmar constantemente seus objetivos principais: prestar cuidado à população de forma universal e integral, fundamentada em um modelo de promoção, proteção e recuperação da saúde, para que assim possa buscar os meios - processos estruturas e métodos possíveis de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia.

Visualizado como uma nova formulação política e organizacional para a reorganização dos serviços e ações de saúde, estabelecida pela Constituição de 1988 e posteriormente pelas leis que a regulamentam, o SUS segue a mesma diretriz e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema orgânico que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que se integram e interagem para um fim comum.

Na década de 1980, ocorreu o processo de municipalização do SUS, que propiciou que fossem repassados maiores investimentos para os municípios passando a rede municipal a administrar um maior número de estabelecimentos públicos¹. Em decorrência disso, um maior número de trabalhadores para o SUS foram contratados.

O Brasil vem acumulando experiências e registrando avanços importantes no setor saúde, a partir do processo de implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, o que tem favorecido a melhoria das condições de saúde e contribuído para a qualidade de vida da população brasileira².

Portanto, esse modelo de atenção à saúde proposto, leva a reflexão, sobre as mudanças no processo de trabalho em saúde, ainda com um olhar na era da globalização e da comunicação ampliada pela evolução da informatização, refletindo-se em um mundo cada vez mais agitado, competitivo, e exigindo dos

trabalhadores aperfeiçoamento, para cada vez mais poderem melhorar seu desempenho, sua produtividade na instituição em que atuam. As transformações ocorridas, resultantes das inovações tecnológicas, dos novos padrões de administração e das novas formas de gestão da força de trabalho, mudaram a face do trabalho, inclusive na área de saúde³.

O processo de trabalho em saúde, além disso, tem características singulares, pois, para além da competência técnica lida com o limite humano, a morte, a doença, a dor, sendo que este trabalhador em saúde exerce ainda suas funções em ambientes que oferecem riscos à sua saúde.

Se por um lado, as mudanças no processo de trabalho em saúde qualificam os serviços de saúde, por outro, trazem novas exigências para os trabalhadores na medida em que abalam as formas tradicionais de exercício de funções, papéis, responsabilidades, desempenho, e principalmente, a forma de interação com seus pares e usuários. O profissional da Equipe de saúde da Família, por exemplo, precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico numa prática mais humanizada, competente e ao mesmo tempo, resolutiva, visando seu atendimento à promoção da saúde da área em que pertence, portanto, é um trabalhador da saúde que tem a sua prática diferenciada em virtude da reorganização da atenção básica⁴.

Mesmo com essa nova configuração, ao se realizar um debate acerca da compreensão sobre o homem e sua relação com o trabalho, persiste a ideia de que o trabalho permanece como a categoria central para pensar a vida social.

Grande parte dos problemas surgidos com essa transformação no âmbito da realidade social, econômica, política e cultural que permeiam a atualidade, passam de uma forma ou de outra por situações que se relacionam ao trabalho⁵. A relação entre a condição de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador permanece em foco, principalmente quando se observa pelo ponto de vista do trabalho. “Não se pode postular a independência da vida de trabalho em relação à vida pessoal: é um todo indissociável, em que todas as partes se comunicam de maneira permanente”. (p.49)⁶

Inicialmente, é pertinente esclarecer do que se trata quando se refere à Qualidade de Vida (QV). A explicação desta noção serve de ponto de partida para articular os aportes da temática da qualidade de vida ligada diretamente com a qualidade de vida no trabalho (QVT) ou ainda, como se trata de um universo

relacionado ao trabalho no campo da saúde, neste estudo trata-se da Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde- QVPTS[‡].

A construção do conceito de Qualidade de Vida (QV) existe em diferentes campos do saber, o que lhe confere múltiplos sentidos. Diferentes variáveis são consideradas. A expressão QV foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964 ao declarar que os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam as pessoas⁷.

A qualidade de vida é vista como um estado particularmente próprio do ser humano aproxima-se à satisfação, que pode ser considerada aprazível, que ocorre quando tudo está bem⁸. E esse estado de contentamento, alegria, é condição da satisfação do homem. Ressaltam ainda que se trata de uma representação social criada a partir de parâmetros *subjetivos- bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal* - e também *objetivos*, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade.

Na área da saúde, a relação entre saúde e Qualidade de Vida existe desde o nascimento da Medicina Social, no século XVIII na Europa. Atualmente, as discussões sobre QV estão relacionadas ao conceito de promoção da saúde. Lalonde em seus relatórios em 1974 define promoção da saúde tomando por base o que considera os determinantes da saúde: estilo de vida, os avanços da biologia humana, o ambiente físico e social e serviços de saúde⁸.

Na nossa Constituição Federal:

A saúde é um direito de todos garantido ao cidadão brasileiro pela Constituição Federal de 1988⁹, que apresenta no capítulo de saúde um conceito amplo que transcende a ausência de doença e sugere estratégias de recuperação, promoção, e proteção. (p. 347)¹⁰

A saúde assim é vista a partir dos determinantes sociais, culturais, econômicos, educacionais, ambientais e ecológicos e de acesso a bens e serviços essenciais. Esses princípios dão origem a um movimento internacional iniciado na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde e que teve como produto a *Carta*

[‡] Existem vários conceitos de QVT, neste estudo será utilizado o conceito de **Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde – QVPTS**, no qual o foco se configura na relação entre processo de trabalho exercido no campo da saúde.

de *Ottawa* organizada em torno de uma agenda que coloca a saúde como bem público universal, na perspectiva de uma visão sistêmica na qual está em jogo o enfrentamento das desigualdades sociais. (p. 333)¹⁰

A Carta de *Ottawa*¹¹ considera a estratégia da promoção da saúde como fator fundamental da melhoria da Qualidade de Vida (QV) e um dos seus critérios refere-se à criação de ambientes favoráveis, através da mudança de modo de vida, de trabalho e de lazer. Este documento deixa clara a questão referente à qualidade de vida ressaltando:

As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade. O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos [...] A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. (p.1)¹²

Ainda na carta de *Ottawa*(p.3)¹¹:

Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável. A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis.

Na Declaração de *Sundsvall*, resultante da terceira conferência internacional de Promoção da Saúde realizada na Suécia em 1991, esta também conclama que um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde e reconhece que todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde. Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis.

Outra relevância da declaração de *Sundsvall* se refere à reconceitualização da noção do ambiente em várias dimensões, pois o rápido crescimento populacional é a maior ameaça ao desenvolvimento sustentável. Muitas pessoas são obrigadas a sobreviver sem água potável, alimentação adequada, abrigo e saneamento o que afeta profundamente sua qualidade de vida.

O campo da qualidade de vida no processo do trabalho em saúde (QVPTS) tem relevante importância neste estudo.

Há várias interpretações do conceito de qualidade de vida no trabalho, desde o foco clínico da ausência de doenças no âmbito pessoal até as exigências de recursos, objetos e procedimentos de natureza gerencial e estratégica em nível das organizações.

A qualidade de vida é vista no trabalho como resultante de três fatores: físicos, tecnológicos e sócio-patológicos¹². Isso significa que ocorrências tais como, o sofrimento do corpo (fator físico); a falta de recursos materiais e equipamentos, por exemplo, podem fazer com que a capacidade dos membros da instituição não seja aproveitada a contento, contribuindo para a frustração, causando impacto na QVT, assim como a cultura e o clima organizacional.

A QVT engloba duas perspectivas interdependentes sob a ótica das instituições: 1) um preceito de gestão institucional que se expressa por um conjunto de normas, diretrizes e práticas no âmbito das condições da organização e das relações de trabalho que visa à promoção do bem-estar individual e coletivo 2) o desenvolvimento pessoal dos trabalhadores e o exercício da cidadania organizacional nos ambientes de trabalho. Sob a ótica dos sujeitos, ela se expressa por meio das representações globais que estes constroem sobre o trabalho, de reconhecimento institucional e coletivo, de possibilidade de crescimento do trabalhador e de respeito às características individuais¹².

Analisando-se desse modo o alinhamento conceitual sobre QVT desenvolvido por Ferreira⁵ pode-se sintetizar as seguintes questões: uma que se refere à gestão organizacional relacionada, portanto, ao trabalho propriamente dito e a outra, à ideia de reconhecimento institucional e coletivo como integrante de noção de QVT sob a ótica de quem trabalha.

A qualidade/produtividade requer ao lado da definição dos objetivos e diretrizes maiores institucionais, aqui no caso da Secretaria de Saúde em suas políticas de qualidade, o reconhecimento dos recursos necessários para criar ambientes de motivação e qualidade para seus trabalhadores.

Esta pesquisa - *tem por princípio a análise da percepção dos trabalhadores em relação a fatores que intervêm em sua relação com o trabalho* - visando propiciar maior participação, integração e desenvolvimento do trabalhador, numa visão holística do ser humano.

Juntamente com a expansão e o fortalecimento da estratégia saúde da família (ESF) existe a necessidade de identificar como está a qualidade de vida deste trabalhador que compõe as equipes do município em análise, enfocando a responsabilidade social e ética no trabalho. Este estudo foi desenvolvido com base no modelo proposto por Walton¹⁷, pois é atualmente o mais difundido entre os pesquisadores de QVT, dado a abrangência com que seus oito critérios tratam sobre Qualidade de Vida no Trabalho.

A escolha da instituição decorreu principalmente de oportunidades pessoais para desenvolver o estudo, bem como pelas características das condições de trabalho ali oferecidas, entre outros.

Neste contexto algumas questões se colocaram como instigadoras no presente estudo, sob o ponto de vista do trabalhador:

- Qual o sentido e o significado que os servidores das ESF atribuem à Qualidade de Vida no Processo de Trabalho?
- A Qualidade de Vida no Processo de Trabalho afeta a qualidade do serviço prestado?
- A Qualidade de Vida no Processo de Trabalho está relacionada à saúde do trabalhador?
- Quais os fatores organizacionais que podem afetar a QVTS?

Partindo desses questionamentos remete-se à questão central: **Como o trabalhador de saúde, que compõem as Equipe da Estratégia da Saúde da Família de um Município da região Sul percebe a sua Qualidade de Vida no Processo Trabalho em Saúde?**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Analisar a Qualidade de Vida no Processo de Trabalho dos trabalhadores que compõem as equipes de ESF do município em estudo sob o ponto de vista do trabalhador.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar a situação atual referente à Qualidade de Vida no Processo de Trabalho dos trabalhadores da equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF) no município– SC - Brasil.
2. Definir os principais fatores organizacionais e ambientais que influenciam na Qualidade de Vida dos Trabalhadores;
3. Identificar fatores que influenciam a Qualidade de Vida no Processo de Trabalho dos trabalhadores das equipes de ESF em estudo;
4. Propor ações voltadas à valorização dos trabalhadores da saúde.

1.3 JUSTIFICATIVA

1.3.1 A importância do tema de pesquisa

Um dos maiores desafios da área de Gestão do Trabalho, dentro das instituições públicas de saúde está sendo em como reter, fixar seus trabalhadores e como torná-los mais comprometidos com os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e as próprias equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), portanto, avaliar a qualidade de vida destes servidores municipais das ESFs é uma necessidade que se impõe, considerando-se que o comprometimento poderá ser diretamente afetado caso os trabalhadores estejam insatisfeitos frente à QVPTS.

Não há dúvida de que a municipalização do SUS fez com que os municípios passassem a ser responsáveis pela assistência local, tomando para si a responsabilidade de prover o sistema de capacidade instalada suficiente para atender a população. A atenção básica passou a ser responsabilidade dos municípios, o que significa prover as estruturas de profissionais adequados para a produção desta assistência. Contudo, analisa que:

Com o esgotamento da capacidade de expansão do quadro de pessoal, em decorrência da falta de recursos financeiros e das dificuldades impostas pela legislação – tais como Lei de Responsabilidade Fiscal – os municípios estão tendo dificuldades em ampliar a oferta de serviços para atender as lacunas na assistência. (p. 274)¹³.

Os municípios vêm sofrendo com a concorrência de certa forma danosa entre eles para a contratação de médicos, em especial, aumentando em muito os custos do sistema de saúde, posto que eleva, sobremaneira, a remuneração desses profissionais em função de verdadeiras bolsas de profissionais na oferta de salários atrativos, tornando-os cada vez maiores e de difícil cumprimento, principalmente para os pequenos municípios¹⁴.

Dessa forma, acredita-se que um estudo de QVPTS ao identificar informações e a percepção de cada trabalhador do município, possibilitou ajustes nas ações implantadas como contribuição na gestão municipal, permitindo a identificação dos fatores que comprometem o processo de trabalho saudável.

Outra questão que merece atenção é o papel do trabalho na vida das pessoas e sua relação com a qualidade de vida no trabalho, considerando-se que muitas vezes este assume papel central na vida, chegando a definir aspectos vitais como “*status*” e identidade pessoal. Na verdade o sujeito se envolve no trabalho com sua história de vida, com seus valores, e “[...] O trabalho é lugar de retrabalho de sua própria história, de seus desafios da infância, junto com os desafios apresentados pelas variabilidades da história da atividade humana, que faz cada contexto ser sempre singular.” (p. 324)¹⁵

O trabalho em saúde envolve os trabalhadores da área numa rotina que provoca tensão em alguns momentos, que envolve toda a equipe. Várias pessoas transitando e conversando, sons agudos, intermitentes e variados, queixas constantes, ansiedade, tristeza, dor, morte e longas jornadas de trabalho podem fazer parte em algum momento do cotidiano desses trabalhadores.

Um trabalhador de saúde é uma pessoa que sofreu profundas modificações como resultado de treinamento especializado, do conhecimento e da experiência; são pessoas diariamente expostas à dor, à doença e à morte, para quem essas experiências não são mais conceitos abstratos, mas sim, realidades comuns. De muitas maneiras, é como estar sentado na poltrona da primeira fila no teatro da vida, uma oportunidade inigualável para adquirir um profundo conhecimento e maior compreensão da natureza humana. (p.180)¹⁶

Outro item relevante diz respeito à relativa escassez de trabalhos abordando a temática da qualidade de vida no processo de trabalho em saúde nas equipes de ESF principalmente que se debruçam sobre a análise da percepção dos próprios trabalhadores. Além disso, o investimento em estudos dessa natureza permite

reflexão dos atores envolvidos sobre seus próprios processos de trabalho, e com isso contribuem com a melhoria da QVPTS.

Em outro aspecto a escolha desta temática está diretamente relacionada à minha trajetória profissional. A aproximação com este tema originou-se em minha formação acadêmica na área de Psicologia, estendendo-se na Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. As experiências como Gerente do Trabalho e Educação na Saúde, do município em estudo, bem como, a própria proposta do Mestrado Profissional vem consolidar a carreira como gestora nesta área trazendo melhores resultados para o SUS e reais possibilidades de intervenção no tema proposto.

1.4 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

O trabalho será estruturado em cinco capítulos onde, no primeiro capítulo apresenta-se a introdução contendo o marco teórico, objetivos e a justificativa que balizaram a construção desta pesquisa.

No segundo capítulo apresenta-se a revisão bibliográfica abordando aspectos como o processo de trabalho em saúde com o foco na estratégia de saúde da família, o trabalhador da saúde e a qualidade de vida no processo de trabalho em saúde.

O capítulo três abordará o caminho metodológico percorrido para chegar aos resultados obtidos e atingir os objetivos propostos.

No quarto capítulo os resultados são apresentados em oito subcapítulos conforme os critérios de Walton (1973)¹⁷: compensação justa e adequada, condições de trabalho, uso e desenvolvimento de capacidades, oportunidade de crescimento e segurança, integração social na organização, constitucionalismo, o trabalho e o espaço total de vida, relevância social do trabalho na vida.

No quinto capítulo apresenta-se e apontam-se as conclusões sobre o estudo e no sexto capítulo, as sugestões e propostas de intervenção para uma melhoria na Qualidade de Vida no Processo de trabalho em Saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE COM FOCO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1.1 Conceito e objetivos

A **Estratégia Saúde da Família (ESF)** no Brasil, teve início, em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção primária[§]. A ESF é compreendida como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas dos trabalhadores neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação.¹⁸

Ainda no que se refere à reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente desde a proposição da Atenção Primária de Saúde (APS) e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas¹⁸.

Consolidado como estratégia prioritária da reorganização da Atenção Básica no Brasil, desde 28 de março de 2006 mediante a Portaria Nº 648, do Ministério da Saúde, a ESF tem como um dos seus fundamentos *possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade*, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. A unidade de saúde da família trabalha com definição de área de abrangência que significa o território que está sob sua responsabilidade de planejamento das ações da saúde e

[§] Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto para a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS apud STARFIELD, 2004, p.31).

deve ser pensado como um todo e direcionado à resolução de problemas diagnosticados no território objetivando a melhoria progressiva das condições de saúde e da qualidade de vida da população envolvida.

Uma reforma institucional relevante é o Pacto pela Saúde considerado um instrumento que tem como objetivo produzir mudanças significativas nas normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e comporta três dimensões – **Pacto pela Vida**, **Pacto em Defesa do SUS** e **Pacto de Gestão**, reiterando assim o compromisso com a melhoria da qualidade de vida e da saúde de todos os brasileiros, bem como com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas.

O Pacto pela Saúde é um acordo assumido entre os gestores responsáveis pela implementação do Sistema Único de Saúde, ou seja, os secretários municipais, estaduais, do Distrito Federal e o ministro da Saúde, com o objetivo de estabelecer novas estratégias na gestão, no planejamento e no financiamento do sistema de forma a avançar na consolidação do SUS. O Pacto envolve ainda o compromisso de ampliar a mobilização popular e o movimento em defesa do SUS. É resultado de um processo que vem sendo construído desde 2003.¹⁹

O desenvolvimento dos estudos em atenção básica e o fomento de novas políticas públicas, como a criação da Política das Práticas Integrativas e Complementares (Portaria GM 971/2006) proporcionou a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

O NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) é uma iniciativa do Governo Federal para ampliar o número de trabalhadores das equipes do PSF (Programa Saúde da Família). Os núcleos podem ser formados por trabalhadores das mais variadas áreas de saúde, como médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de Educação Física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Esses trabalhadores atuam em parceria e em conjunto com as equipes da Saúde da Família.²⁰

2.1.2 A equipe de saúde da família

Fundamentado na portaria 2.488/2011 foi estabelecido que para a

implantação das equipes de Saúde da Família deva existir (entre outros requisitos) uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000. A equipe básica é composta por no mínimo: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e Agentes Comunitários de Saúde (em número máximo de 1 ACS para cada 400 pessoas no urbano e 1 ACS para cada 280 pessoas no rural). Todos os integrantes devem ter jornada de trabalho de 40 horas semanais¹⁹.

A equipe da ESF trabalha com definição de área de abrangência que significa o território que está sob sua responsabilidade de planejamento das ações da saúde. Este deve ser pensado como um todo e direcionado à resolução de problemas diagnosticados no território objetivando a melhoria progressiva das condições de saúde e da qualidade de vida da população envolvida.

Este modelo de atenção está centrado nas famílias sendo visualizada em seu ambiente social e físico, sendo assim, possibilita aos trabalhadores de saúde terem uma visão ampliada do processo saúde/doença e ir além das práticas curativas.

Em função deste novo modelo de prática em saúde, faz-se necessário que uma relação exista entre os trabalhadores da saúde e a comunidade que se concretize através de práticas em saúde de forma mais humanizada e articulada tecnicamente e intersetorialmente. Configura-se aí uma modificação da concepção do trabalho em saúde, uma forma de ações interdisciplinares e voltadas ao trabalho em equipe.

2.1.3 O processo de trabalho em saúde

O conceito processo de trabalho em saúde, refere-se à pequena dimensão do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Portanto, é necessária a compreensão que neste processo de trabalho está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de processo de trabalho em saúde²¹.

Exercitar-se na compreensão dessa confluência e especificidade facilita o entendimento sobre como as mudanças no mundo do trabalho acontecem em função da reestruturação produtiva, da incorporação tecnológica, e como se processam as transformações humanas nessa nova relação, em que ambos os setores são muitotencionados²².

O trabalho em saúde é um processo de transformação no qual o trabalhador realizando suas ações propicia que se realize a finalidade social do trabalho como promoção da saúde e emancipação dos sujeitos²¹. Essas ações realizam-se através de um saber operante dentro de um modelo tecnológico, traduzindo projetos coletivos e individuais.

O trabalho em saúde atualmente também aparece como objeto central devido ao aumento de vínculos precários referente às condições de emprego e de trabalho e ainda que possa ter repercussões na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde²³. Coloca ainda a preocupação com a degeneração dos vínculos, a negação ou a omissão quanto aos direitos constitucionais dos trabalhadores, a precarização dos ambientes e condições de trabalho e problemas com a gestão praticada ainda de forma tradicional.

Os serviços de saúde caracterizam-se pelo fato de gerar produtos não-materiais, não podendo ser transportados ou armazenados, por serem menos suscetíveis à racionalização técnica e organizacional. Tendo como função social a manutenção das condições normais de saúde, o trabalho em saúde é uma produção não-material consumida no ato de sua realização, ocorrendo, portanto, entre sujeitos, numa determinada estrutura (intersubjetiva) e com significativo grau de autonomia. Pressupõe o domínio de saberes e técnicas específicas; tem um caráter interdisciplinar; necessita de uma equipe e em sua essência, é um trabalho coletivo²⁴.

O trabalho em saúde apresenta-se de forma intensiva e de forte componente do *modo de produção manufatureiro* onde depende do conhecimento e trabalho manual²⁴.

Referente à preocupação do Ministério da Saúde com os trabalhadores em um âmbito geral tem-se a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST) que nasceu da necessidade de garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e a realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejuízo para sua saúde e integridade física e mental. Busca ainda superar a fragmentação, desarticulação e superposição das ações

implementadas pelos setores trabalho, previdência social, saúde e meio ambiente. Pretende considerar também a necessidade de interfaces com as políticas da área econômica, da agricultura, da indústria e comércio, ciência e tecnologia, educação e justiça. A proposta de PNSST traz uma contextualização da população economicamente ativa com a situação de segurança e saúde do trabalhador no Brasil. Destaca a grande diversidade da natureza dos vínculos e relações de trabalho e o crescimento do setor informal e do trabalho precário, o que acarreta baixa cobertura dos direitos previdenciários e trabalhistas para aos trabalhadores²⁵.

Partindo-se da compreensão sobre o trabalho da Equipe da Saúde da Família ter um foco voltado à interação social entre os trabalhadores o que possibilita maior autonomia e criatividade do trabalhador, fica claro a necessidade da formação, capacitação permanente para alcançar os objetivos propostos pela política como parte fundamental do processo da efetivação do trabalho.

[...] é primordial entender que o setor saúde, parte do setor terciário da economia, integra o conjunto daquelas atividades denominadas serviços de consumo coletivo. Sofre, portanto, os mesmos impactos do processo de ajuste macro-estrutural a que o setor industrial vem sendo submetido nos últimos anos: redução de custos, privatizações e terceirizações. É fundamental, também, compreender a vital importância do setor em poder contar com recursos humanos bem formados, comprometidos com a causa da saúde e conscientes da necessidade de garantir a qualidade e a resolubilidade dos cuidados e dos serviços de saúde disponíveis para a população²⁶.

2.1.4 O trabalhador da saúde

O trabalhador da saúde na sua rotina de trabalho tem como uma das atribuições promover saúde a outras pessoas, ou seja, nas relações com os usuários porém, o trabalho pode ser tanto produtor de saúde como de mal-estar e adoecimento, para si – trabalhadores – e para os outros. Nessa relação do encontro do sofrimento e na produção de saúde, este trabalho se mostra particular ao lidar com o ser humano, capaz de originar sentimentos de prazer e satisfação. Desse modo, a gestão do trabalho em saúde deve perceber o espaço do trabalho como aquele que, de certa forma, interfere na QVT dos trabalhadores de saúde.

Considerando o trabalho em saúde efetuado fundamentalmente pela força de trabalho, prevenir doenças e acidentes e promover sua saúde, além de serem condições importantes que podem colaborar para o desenvolvimento satisfatório do

trabalho, são ações que vão ao encontro com o conceito de saúde, princípios e objetivos do SUS.

A saúde do trabalhador da saúde é fundamental para a expansão de qualquer instituição, seja ela com fins lucrativos ou não, o que também acontece com os trabalhadores de saúde, pois estão expostos a vários fatores de riscos operacionais e para que possam desempenhar adequadamente seus papéis suas necessidades e expectativas devem ser atendidas.

Existem alguns conceitos importantes referente ao mercado de trabalho inserido em um sistema de saúde que vem a ser, profissional de saúde, trabalhador de saúde e trabalhador do SUS²⁷.

[...] quando se fala de profissionais de saúde, faz-se referencia a todos aqueles que, estando ou não ocupados no setor saúde, tem formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica, para o desempenho de atividades ligadas direta ou indiretamente ao cuidado ou a ações de saúde. Já trabalhadores de saúde são todos os que inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde em estabelecimentos de saúde ou nas atividades de saúde, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor. Por sua vez, trabalhadores do SUS são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde nas instituições que compõem o Sistema Único de Saúde, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor. Nesta última definição, o mais importante é a inserção do trabalhador no SUS. (p. 310)²⁷

Quando se refere ao trabalhador da saúde a atenção sempre foi mais voltado para o atendimento do outro, o ser doente, mas raras vezes a este trabalhador. Quem garante ao trabalhador, em seu trabalho, o alívio do sofrimento e manutenção da dignidade em meio às experiências de vida e de morte ou às pressões, às quais é submetido no seu dia a dia?

Vale lembrar que o ser humano não foi “configurado”, como uma máquina, podendo despir-se de suas vontades e necessidades. Como ser humano, também reflete-se sobre quão difícil é a missão de formar trabalhadores da saúde e inserir neste contexto de formação a abordagem holística como base para as ações e a própria profissão²⁸.

Tem-se clareza da importância do papel do trabalhador da área de saúde, não apenas dentro de um hospital, mas em todo o sistema de saúde e, da relevância da qualidade do desempenho desse trabalhador. A responsabilidade atribuída aos trabalhadores da saúde e os inúmeros aspectos que deles dependem para uma boa

assistência talvez ajudem a entender o motivo da grande valorização e preocupação da precisão técnica e seu embasamento em conhecimentos científicos.

Ocorre, porém, que o mercado hoje exige, dos trabalhadores, mais do que um conjunto de conhecimentos técnico-científicos. É preciso, por exemplo, que os trabalhadores saibam com maestria, lidar equilibradamente com a razão e a emoção, que tenham conhecimentos, habilidades e atitudes relacionais, que desenvolvam competências interpessoais e capacidade de liderança, que valorize enfim, o seu desenvolvimento como pessoa para balizar o seu desenvolvimento trabalhador²⁹.

Ao se referirem à importância do investimento no desenvolvimento pessoal dos trabalhadores, sinalizam aspectos relevantes e necessários a esse processo, como por exemplo, a implantação de planos de desenvolvimento do trabalhador e pessoal, fortalecimento das relações interpessoais no trabalho e programas específicos de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores³⁰.

Segundo Martins³¹ por sua vez, indica que tais providências são fundamentais para o fortalecimento dos projetos de humanização das instituições de saúde, tão em evidência nos dias de hoje. A autora alerta ainda que ao negligenciar-se esse aspecto, a humanização não passa de um projeto de melhorias estruturais dos prédios, porque não cuida daquilo que mantém a instituição que é a teia interacional, concretizada através do conjunto de relações presentes no cotidiano dos serviços.

Na realidade, tais aspectos são relacionados às características genuinamente humanas e daí a certeza da impossibilidade em dissociá-los da prática em saúde.

2.2 QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A qualidade de vida no trabalho é uma das preocupações do ser humano, pois, desde o início de sua existência, há necessidade de facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador, na execução de suas tarefas³². Exemplo disso, pode-se citar os ensinamentos de Euclides de Alexandria, 300 anos a.C, que, por meio dos princípios de geometria, facilitou o método de trabalho dos agricultores à margem do Nilo, ou a “Lei das Alavancas”, de Arquimedes, 287 a.C., que vieram contribuir para um menor esforço físico de muitos trabalhadores

“Em termos históricos, a expressão Qualidade de Vida no Trabalho surgiu no início da década de 1950, na Inglaterra através de estudos de Eric Trist e alguns colaboradores. Esses estudos tiveram por base no trinômio indivíduo, trabalho e organização” (p. 396)³³ a partir daí surgiu à abordagem que dava enfoque na satisfação do trabalhador com o trabalho.

A qualidade de vida no trabalho é assunto tratado pelo homem desde épocas antigas, apenas com outras nomenclaturas, sempre objetivando contribuir para uma melhor satisfação e bem estar dos funcionários no desempenho de suas funções³⁴.

Westphal³⁵ressalta o cenário mundial no início do século XXI afetado pela globalização que vem promovendo processos de transformação estrutural nas sociedades avançadas, resultante das inovações tecnológicas transformando a sociedade de forma cultural e social. Qualidade de vida abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam a épocas e espaços diferentes³⁶.

A qualidade de vida deixou de ser aspecto a parte do processo produtivo, de responsabilidade individual, passando a incorporar a cultura do trabalho saudável tornando as pessoas mais independentes, auto-confiantes e determinadas, construindo uma sociedade que utilize de relações éticas e da prática da cidadania. “QVT: Qualidade de Vida é a busca contínua da melhoria dos processos de trabalho, os quais precisam ser construídos não só para incorporar as novas tecnologias como para aproveitar o potencial humano, individual e em equipe”. (p.40)³⁷

O homem não trabalha tão somente para a obtenção de salário; ele traz consigo sentimentos e ambições, desejos de auto-realização, expectativas de crescimento enquanto pessoa capaz de desenvolver-se, transformar-se e ser um ser humano melhor a cada dia. Uma instituição atual e inovadora respeita o trabalhador, reconhecendo em cada um a sua capacidade de construir na ação coletiva, e não apenas executar o que outros constroem e lhe determinam.

Ao se relacionar Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde com Gestão do Trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde, assume-se relevância ao processo de trabalho articulado ao objeto de trabalho, instrumento de trabalho e o próprio trabalho considerando as formas peculiares do desenvolvimento das práticas e as circunstâncias que interferem neste processo, cujo enfrentamento pode ser ocasional ou contínuo. Sendo assim, é importante a aplicabilidade dos princípios dos

SUS; integralidade, universalidade, equidade, participação, descentralização e hierarquização também aos trabalhadores do próprio SUS, ressaltando a importância destes profissionais para o sistema, a necessidade de valorização gerando uma melhor QVPTS através de condições dignas de trabalho mediante o desenvolvimento de ações que colaborem com a saúde física e mental dos trabalhadores.

O conceito de Qualidade de Vida no Trabalho envolve legislação trabalhista, segurança no trabalho, oportunidades iguais de emprego, planos de enriquecimento de cargos e a relação positiva, proposta por psicólogos, entre moral e produtividade¹⁷. A Qualidade de Vida no Trabalho abarca todos estes valores e ideias, surgidos desde o começo do século passado, para melhorar as condições de trabalho e, do seu ponto de vista, deve ir além, enfatizando, também, necessidades e aspirações humanas, tais como desejo por um empregador socialmente responsável. Afirma, ainda, que faz parte da Qualidade de Vida no Trabalho a preocupação com valores humanísticos e ambientais, esquecidos pela sociedade industrializada em favor de inovações tecnológicas, produtividade e crescimento econômico.

Existem alguns modelos de Qualidade de Vida no Trabalho que oferecem um referencial para a avaliação da satisfação dos trabalhadores, cada um enfatizando determinadas categorias e indicadores que influenciam na qualidade da vida destes em situação de trabalho.

A seguir, apresentam-se sinteticamente no quadro nº 1, alguns dos principais modelos de QVT, encontrados na literatura e as dimensões consideradas.

Quadro 1: Modelos teóricos em qualidade de vida do trabalho

Modelo Teórico	Dimensões Consideradas
Walton (1973)	Compensação justa e adequada Condições de trabalho seguras e saudável Oportunidades imediatas para desenvolver e usar as capacidades humanas Oportunidades futuras para o crescimento contínuo Integração social na organização Constitucionalismo na organização Trabalho e espaço total na vida Relevância social do trabalho
Hackman e Oldhan (1975)	Variedade de Habilidade Identidade da Tarefa Significado da Tarefa Inter-relacionamento Autonomia Feedback
Westley (1979)	Econômica Política Psicológica Sociológica
Werther e Davis (1983)	Organizacional Ambiental Comportamental
Belanger (1983)	Trabalho em si Crescimento pessoal e trabalhador Tarefas com significado Funções e estruturas organizacionais abertas
Huse e Cummings (1985)	Participação do trabalhador Projeto de cargos Inovação no sistema de recompensas Melhoria no ambiente de trabalho
Fernandes (1996)	Condições de Trabalho Saúde Moral Compensação Participação Comunicação Imagem Empresa Relação Chefe/subordinado Organização do Trabalho
França (1996)	BPSO-96 Biológicas Psicológica Sociais Organizacional
Limongi-França (2006)	BEO - Bem-Estar-Organizacional Produtividade Legitimidade Perfil dos líderes Práticas e Valores Nova Competência

Fonte: Furlanetto³⁸, (p 30)

O artigo escrito por Walton¹⁷ pode ser considerado como um clássico por ter apresentado um modelo de análise importante sobre a Qualidade de Vida no Trabalho. Walton na sua proposta apresenta oito critérios conceituais onde são incluídos indicadores de qualidade de vida no trabalho¹².

Quadro 2: Categorias conceituais de qualidade de vida no trabalho - QVT (Modelo de Walton 1973).

CRITÉRIOS	INDICADORES DE QVT
1-COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA	Equidade interna e externa justiça na compensação partilhada dos ganhos de produtividade proporcionalidade entre os salários.
2-CONDIÇÕES DE TRABALHO	Jornada de trabalho razoável ambiente físico seguro e saudável ausência de insalubridade.
3-USO E DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES	Autonomia, autocontrole relativo, qualidade múltiplas, informações sobre o processo total do trabalho.
4-OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA	Possibilidade de carreira, crescimento pessoal, perspectiva de avanço salarial, segurança de emprego.
5-INTEGRAÇÃO SOCIAL NA ORGANIZAÇÃO	Ausência de preconceitos, igualdade, mobilidade, relacionamento, senso comunitário.
6-CONSTITUCIONALISMO	Direitos de proteção do trabalhador, privacidade pessoal, liberdade de expressão, tratamento imparcial, direitos trabalhistas.
7-O TRABALHO E O ESPAÇO TOTAL DE VIDA	Papel balanceado no trabalho, estabilidade de horários, poucas mudanças geográficas, tempo para lazer da família.
8-RELEVÂNCIA SOCIAL DO TRABALHO NA VIDA	Imagem da empresa, responsabilidade social da empresa, responsabilidade pelos produtos, práticas de emprego.

Fonte: Walton *apud* Fernandes¹²(p. 48).

Os critérios do modelo de Walton são definidos a seguir conforme aborda Fernandes¹²:

1. Compensação justa e adequada: classe que busca determinar a medida da qualidade de vida no trabalho referente à remuneração recebida pelo trabalho executado, dividida em critérios: remuneração adequada, e igualdade interna e externa;
2. Condições de trabalho: nesta categoria a qualidade de vida no trabalho é medida analisando-se as condições do local do trabalho, de acordo com os seguintes critérios: jornada de trabalho, carga de trabalho, ambiente físico, material e equipamento, ambiente saudável e estresse;
3. Uso e desenvolvimento de capacidade: nesta área a qualidade de Vida no trabalho é medida diante das oportunidades que o funcionário tem de aplicar seu conhecimento e habilidades trabalhadores, e destaca os seguintes critérios: autonomia, significado da tarefa, identidade da tarefa, variedade da habilidade e retroinformação;
4. Oportunidade de crescimento e segurança: esta categoria mensura a qualidade de vida no trabalho levando-se em consideração as

oportunidades que a organização estabelece para o desenvolvimento e o crescimento pessoal de seus funcionários e para a segurança do emprego, de acordo com os seguintes critérios: possibilidade de carreira, crescimento pessoal, segurança de emprego;

5. Integração social na organização: seu principal objetivo é medir o grau de integração social na organização, analisando os seguintes critérios: igualdade de oportunidades, relacionamento e senso comunitário;
6. Constitucionalismo: categoria que busca mensurar o grau em que os direitos do funcionário são cumpridos na instituição, verificando-se os seguintes critérios: direitos trabalhistas, privacidade pessoal, liberdade de expressão, normas e rotinas;
7. Trabalho e espaço total de vida: categoria que tem o objetivo de medir o equilíbrio entre a vida pessoal do empregado e a vida no trabalho, de acordo com os seguintes critérios: papel balanceado no trabalho e horário de entrada e saída no trabalho;
8. Relevância social da vida no trabalho: categoria que mede a qualidade de vida no trabalho através do discernimento do funcionário em relação à responsabilidade social da organização na comunidade, à qualidade dos serviços prestados e ao atendimento a seus funcionários. Destaca-se os seguintes critérios: imagem da instituição, responsabilidade social da instituição e responsabilidade social pelos empregados.

3 METODOLOGIA

3.1 O MÉTODO

A metodologia tem o objetivo de mostrar todos os procedimentos que produzirão dados as explicações (métodos) onde nortearão o alcance dos objetivos, as técnicas que extraíram os dados, verificando assim, a capacidade do pesquisador relacionar o referencial teórico com os objetivos do estudo³⁹.

Método é um conjunto de atividades sistemáticas e racionais que promovem o alcance dos objetivos, traçando o caminho a ser trilhado, detectando possíveis erros e reforçando as tomadas de decisões do pesquisador⁴⁰.

A natureza das questões abordadas na construção do objeto de estudo e do aporte teórico sustentado pelo conceito de qualidade de Vida no processo de Trabalho em Saúde (QVPTS) e o modelo de atenção à saúde da família e seu ambiente de trabalho implicam em localizar este estudo dentro da abordagem qualitativa, pois, trata de características muito específicas em relação ao objeto de estudo. Teve-se preocupação com a qualidade das informações obtidas e não somente a quantidade, sendo assim, foi possível o entendimento dos significados que os profissionais dão a QVTS.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis" (p. 21-2)⁴¹.

A esse respeito afirmaram⁴² que os investigadores qualitativos não coletam dados ou provas com o objetivo de confirmar suas hipóteses previamente construídas. Ao invés disso, constroem as abstrações à medida que os dados coletados vão se agrupando. Estes pesquisadores devem tentar compreender o processo mediante o qual as pessoas constroem significados, e descrever em que consistem estes mesmos significados.

Quanto à natureza da pesquisa realizada considera-se uma pesquisa descritiva. A pesquisa descritiva visa descobrir, com a maior precisão possível, a freqüência que um fenômeno ocorre, sua relação, conexão, natureza e

características correlacionando fatos e fenômenos em manipula-los⁴³. É importante ressaltar que a pesquisa descritiva expõe as características de uma determinada população ou um fenômeno, mas não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação. Nesse estudo procurou-se fazer uma leitura compreensiva da realidade do processo de trabalho nas equipes de saúde da Família selecionadas e, sua relação com a Qualidade de Vida nesse Processo de Trabalho, considerando assim, a percepção do próprio profissional quanto esta temática, buscando identificar e descrever os significados propostos.

Os procedimentos técnicos adotados para a realização do trabalho caracterizam-se como um estudo de caso, que, “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.(p. 32)⁴⁴ “O estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento”.(p.58)⁴⁵. O estudo de caso pode ser definido como:

[...] um conjunto de dados que descrevem uma fase ou a totalidade do processo social de uma unidade, em suas várias relações internas e nas suas fixações culturais, quer seja essa unidade uma pessoa, uma família, um trabalhador, uma instituição social, uma comunidade ou uma nação.
(p.59)⁴⁵

A orientação para a escolha deste tipo de pesquisa também encontra respaldo em Yin (2005)⁴⁶ e Richardson (1999)⁴⁷ que apresentam as seguintes funções: aumentar o conhecimento do pesquisador acerca do fenômeno estudado; esclarecer conceitos; estabelecer prioridades para pesquisas futuras; e obter informações sobre as possibilidades práticas de realização de uma pesquisa em situações reais.

O estudo de caso é a estratégia de pesquisa mais adequada, quando se busca estudar fenômenos contemporâneos dentro de seu contexto e, ainda, quando o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre os eventos investigados⁴⁸. Sendo assim, definiu-se o estudo de caso como a melhor estratégia para este estudo. A dificuldade ou até mesmo a impossibilidade de generalizar os resultados adquiridos com o estudo de caso é a maior limitação dessa técnica de pesquisa⁴⁹.

Esta pesquisa tem importância pela dimensão do estado de saúde e pela busca de conhecimentos visando à ampliação do entendimento dos profissionais em

questão (trabalhadores que fazem parte das ESF) relacionados às suas atividades de trabalho e impactando na Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde.

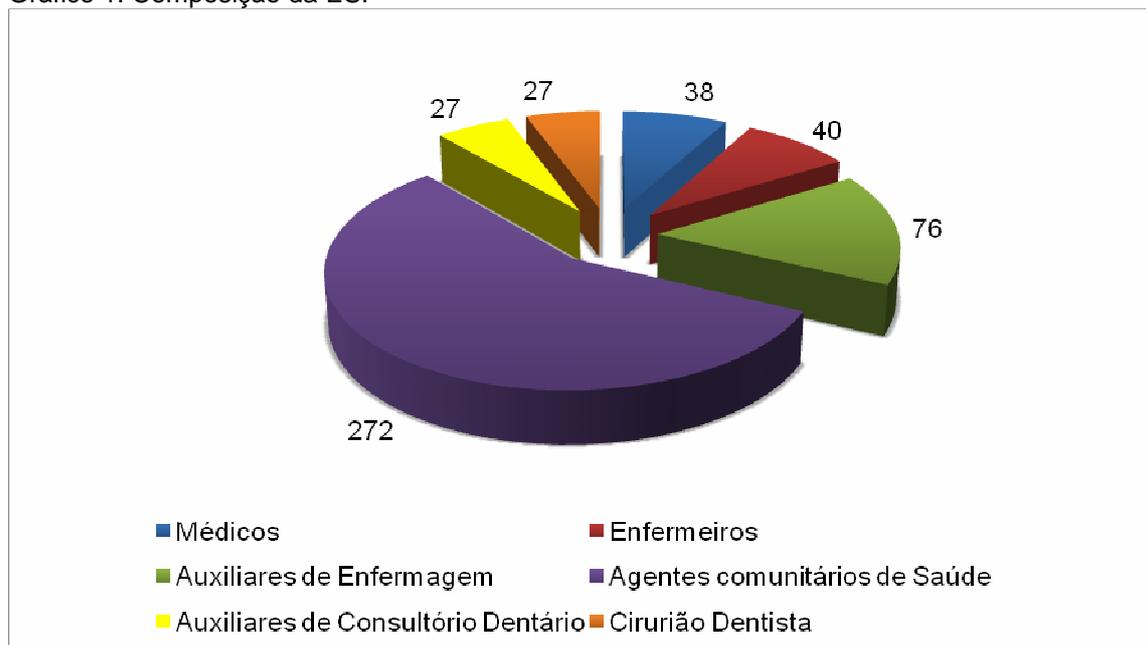
Partindo do tema sobre QVPTS foi formulada a pergunta norteadora, bem como, definiu-se os objetivos geral e específicos. As técnicas para a coleta de dados foram utilizadas com o intuito de produção de dados buscando atender tais objetivos. Portanto, um dos pontos a se destacar, é a seleção dos participantes da pesquisa, pois, os critérios devem ser explicitados e as possíveis consequências desta seleção devem ser exploradas. Sendo assim foram realizadas as escolhas da amostra qualitativa, definido o campo de estudo, bem como os instrumentos a ser utilizados⁵⁰. Na pesquisa qualitativa a amostragem não deve ser definida com uma representação numérica, mas sim visando à compreensão mais profunda do objeto escolhido para o estudo³⁹. A população total que compõe as eESF, é composta por 480 indivíduos distribuídos da seguinte forma:

Quadro 3: Composição da ESF do município de Chapecó - SC

Trabalhadores	Frequência absoluta
Médicos	38
Enfermeiros	40
Auxiliares de Enfermagem	76
Agentes Comunitários de Saúde	272
Auxiliares de Consultório Dentário	27
Cirurgião Dentista	27
TOTAL	480

Fonte: CNES⁵¹, 2011

Gráfico 1: Composição da ESF



Fonte: CNES⁵¹, 2011

Levando em consideração a grande população em estudo, optou-se por selecionar os participantes para a entrevista de duas equipes de saúde da família que compõe o maior Centro Integrado de Saúde do município, pois, atualmente é o serviço que possui atendimento a maior população, ou seja, atende em média 18.600 usuários, sendo assim foi utilizado como critério de exclusão todos os Centros de Saúde que atendem menos do que esta população. Dessa forma, acredita-se estar à frente de um subgrupo com representatividade no contexto estudado. A seleção dos trabalhadores a serem entrevistados foi motivada pela facilidade de acesso, disponibilidade e concordância em participar da pesquisa.

Os profissionais que participaram das entrevistas foram médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, auxiliares de consultório dentário, dentistas e auxiliares de enfermagem.

Os sujeitos que participaram da pesquisa trabalham em regime celetista (ACS) e estatutário (os demais profissionais), nos turnos matutino e vespertino durante 40 horas semanais, sendo oito horas diárias, de segunda a sexta-feira, com folgas aos finais de semana, exceto quando convocados para realização de campanhas em nível de Ministério da Saúde ou mutirões realizados pelo município.

A técnica adequada para coletar os dados com a finalidade de apreensão da realidade é aquela que responde os objetivos da pesquisa e somente terá efeito se colocar o pesquisador e o pesquisado em sintonia.

A coleta de dados foi realizada por intermédio de entrevistas semi-estruturadas, buscando-se averiguar, sob a percepção dos respondentes, quais fatores são mais importantes e o que deveria ser modificado em prol de melhorias na qualidade de vida no processo de trabalho dessas pessoas. A entrevista consiste em um momento de conversa entre, no mínimo duas pessoas, objetivando assim, obter informações sobre o determinado objeto de pesquisa buscando a compreensão do problema, levantar dados através da fala individual dos entrevistados⁴¹.

O roteiro elaborado para a entrevista foi dividido em duas partes, sendo que a primeira parte é relativa aos dados de identificação do trabalhador com a finalidade de traçar o perfil do mesmo; e a segunda parte está fundamentada no modelo proposto por Walton (1973) em seus oito critérios (Quadro 2) permitindo uma investigação conforme o objetivo da pesquisa. O material gravado durante as entrevistas, após a transcrição, foi trabalhado, primeiramente com uma leitura

flutuante, e posteriormente uma leitura exaustiva, com o objetivo de identificar as semelhanças e as diferenças entre as falas dos trabalhadores. O instrumento a ser utilizado está apresentado como apêndice A.

Ao lado da entrevista semi-estruturada, a observação participante tomada no sentido amplo de comunicação verbal, vem com o objetivo de complementar as percepções da entrevista o que permitiu o alcance das dimensões explicativas que os dados exigem. Realizou-se ao longo de cada entrevista com o intuito de enfatizar as relações informais com o pesquisador no campo. Esta técnica permite ainda, a captação de uma variedade de situações ou fenômenos, os quais não são possíveis de se obter através de questões, pois os atores observados durante a entrevista transmitem muito mais do que é possível através da linguagem verbal.

A pesquisa documental realizada buscou descrever em detalhes o nível empírico, enfocando a estrutura do serviço, as características do município e da população envolvida, bem como as redes de relações que conformam o serviço de saúde, das quais deve fazer parte para cumprir seu papel de co-responsabilidade sanitária. Esses elementos inscrevem-se como itens referenciais capazes de demarcar a atuação do serviço o mais exaustivamente possível.

Por fim, após a definição do instrumento de coleta de dados bem como todos os procedimentos necessários, iniciou-se a etapa do trabalho de campo.

O trabalho de campo é uma etapa importante e imprescindível da pesquisa qualitativa, a qual não poderia ser pensada sem esta etapa. A interação entre o pesquisador e o pesquisado é essencial na pesquisa qualitativa³⁹. Devido a tal importância, o trabalho de campo deve ser calcado em referencial teórico e também em aspectos operacionais, ou seja, não pode se pensar em trabalho de campo neutro.

Nesta etapa é importante ressaltar que a construção teórica elaborada até o momento é levada a prática. A análise de conteúdo,

[...] a análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos (p.303)³⁹.

Optou-se por adotar a técnica da análise temática³⁹, pois procura obter os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, ou seja, os temas mais significativos abordados nas falas.

Para a análise dos dados foram desdobradas as três etapas, conforme preconizado pela análise temática³⁹. A primeira etapa, a pré-análise consistiu em tomar contato com o material coletado determinando a unidade de registro e a delimitação do contexto. A segunda etapa ocorreu com a exploração do material, mediante a escolha das categorias de análise num processo de redução do texto às palavras significativas. A terceira etapa se caracterizou pela interpretação dos significados dos dados.

3.1.1 Questões éticas

O presente estudo envolve seres humanos e foi encaminhado à coordenação do Mestrado Profissional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde onde buscou a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – ESNP/FIOCRUZ, considerando assim as questões éticas. Em todas as pesquisas que há o envolvimento de seres humanos devem-se assegurar os direitos e deveres dos envolvidos sempre levando em conta o compromisso social e com a própria ciência. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto no Comitê de ética da instituição de ensino.

Com a finalidade de preservar o sigilo, todos os nomes foram omitidos, e para efeito da apresentação dos dados coletados, utilizar-se-á a codificação E1, E2, E3, E4, etc. para quando se refere a entrevistados.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca com CAAE nº 0196.0.031.000-11

3.2 O TRABALHO DE CAMPO

Para uma entrada no campo de forma satisfatória esta deve vir acompanhada de uma adequada explicitação, pois a racionalidade da população escolhida é diferente da do pesquisador, podendo causar diversas reações como, medo, receio, dúvidas, desconfianças, esperanças, enfim que poderão até mesmo influenciar nos resultados obtidos.

Utilizou-se a técnica da entrevista semi-estruturada com os profissionais que compõem as eESF do Centro de Saúde da família EFAPI.

A coleta de dados iniciou-se no mês de setembro de 2011, as entrevistas foram realizadas no próprio centro de saúde, local onde os profissionais realizam seu trabalho onde transcorreram num ambiente tranquilo e sem contratemplos.

4 DESVENDANDO O CAMPO

4.1 INTRODUÇÃO

Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental, da Organização Mundial da Saúde – OMS – definiu qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (p.1405)⁵². Essa definição reforça a ideia de que a percepção do que é qualidade de vida, ou até, conforme o tema do estudo proposto, pois está relacionado diretamente, Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde, é encarada diferentemente pelos indivíduos. É como se cada profissional colocasse em uma balança suas percepções, de um lado a realidade em que vive, e de outro, seus padrões, valores e expectativas.

Walton⁵³ ressalta que a ideia de QVT, se alicerça na humanização do trabalho e na responsabilidade que as empresas apresentam. Preocupa-se com as necessidades e objetivos do trabalhador, pelo re-desenho dos cargos e pelas novas formas de organizar o processo de trabalho, aliado a formação de equipes de trabalho, com maior autonomia e com a melhoria ambiental, exteriorizando maior segurança.

Buscando uma forma para perceber a Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde, buscou-se adequar um instrumento para verificar a realidade que o indivíduo vive no seu ambiente de trabalho, resultante do trabalho realizado, com a realidade social e familiar e outras.

O instrumento utilizado para a pesquisa foi adaptado para levantar dados relativo à QVPTS, foi dividido em duas partes, a primeira refere-se ao perfil do entrevistado e a segunda parte, itens agrupados em oito critérios e cada critério contém outras perguntas sobre a qualidade de vida do trabalhador. A classificação sugerida foi adaptada conforme modelo de Walton, possibilitando assim apresentar os resultados encontrados nos subcapítulos que se seguem:

4.2 O CONTEXTO

4.2.1 Município

Figura 1: Município de Chapecó-SC



Fonte: <http://www.achetudoeregiao.com.br>

- Aspectos demográficos e sócio-econômicos

A população do Município de Chapecó cresce aceleradamente, segundo dados do IBGE, estima-se uma população atual de mais de 183 mil habitantes, sendo 93% da área urbana e 7% da área rural.

Chapecó localiza-se na região oeste de Santa Catarina, a cerca de 630 km da capital Florianópolis. Os dados que seguem foram resultados da análise de documentos presentes no site www.chapeco.sc.gov.br.⁵⁴

A urbanização acentuada, proporção menor de crianças e jovens, população adulta mais numerosa, e proporção crescente de idosos, são características da transição demográfica no município e em todo o país, o que indica novos desafios para a saúde pública.

É considerado o principal pólo econômico da região, exercendo influência sobre aproximadamente 70 outros municípios. Ocupa uma posição central em relação ao MERCOSUL, considerando o círculo formado por capitais como São Paulo, Buenos Aires, Assunción, Montevideo, Porto Alegre, Curitiba e Florianópolis.

A superfície do município é de 624,3 Km², encontrando-se na latitude sul de 27°5 e 47" e na longitude oeste de 52° 3 e 6", faz limites ao norte com os municípios de Coronel Freitas e Cordilheira Alta; a leste com Xaxim, Arvoredo, Seara e Itá; a Oeste com os municípios de Nova Itaberaba, Guatambú e Planalto Alegre e ao Sul com o Estado do Rio Grande do Sul.

A população de Chapecó, na sua maioria, é de origem italiana e alemã, constituída de descendentes de imigrantes que se fixaram particularmente na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, e que nas últimas décadas vieram para Chapecó e região.

O grande destaque econômico do município é o complexo agro-industrial de suínos e aves, sediando três dos maiores frigoríficos de suínos e aves do País. Porém, outros ramos industriais estão presentes. As indústrias do ramo metal-mecânico fornecem equipamentos não somente aos frigoríficos locais, como também para outros Estados e para outros Países. Destacam-se também os ramos industriais de móveis, plásticos, bebidas, alimentos e confecções.

Na agricultura, a estrutura familiar, aliada a características dos fatores naturais, clima e solo, proporciona potencial não só para os produtos tradicionais, suínos, aves, grãos e leite, mas também para significativo leque de diversificação.

Destacam-se ainda a ampla gama de produtos e serviços oferecidos pelo setor terciário do município, em consonância com sua condição de pólo regional.

O acompanhamento e análise mensal dos dados através da Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Geração de Empregos da Prefeitura, relativos à evolução do emprego formal, evidenciou-se, visto que no comparativo entre os municípios catarinenses com mais de 100.000 habitantes, Chapecó obteve um dos melhores desempenhos na Variação de Empregos, com 5,6% no ano de 2006. Os dados apontaram que o município está com índices de crescimento acima das médias estadual (4,75%) e nacional (4,72%). Este índice é obtido a partir da evolução na geração de novos postos de trabalho nos cinco principais setores da atividade produtiva. A flutuação do emprego em nível setorial foi a seguinte: comércio (5,96%), indústria (5,10%), prestadores de serviços (7,85%).

A infraestrutura de Chapecó inclui ainda um setor hoteleiro bem desenvolvido com 33 empreendimentos, um aeroporto em vias de internacionalização, 1 hospital regional, 1 hospital da criança 2 emissoras de televisão, 4 emissoras de rádio FM e 2

AM, 3 jornais diários locais e muitos outros itens que caracterizam a responsabilidade regional de Chapecó, também presente nos serviços especializados que a cidade oferece a toda a região, nas mais diversas áreas.

O parque industrial do município, baseado historicamente na agroindústria, encontra-se em amplo processo de diversificação. Para suprir a demanda dos frigoríficos locais e regionais, as indústrias do ramo metal-mecânico crescem e se modernizam, produzindo equipamentos para os mercados nacional e internacional. Estão também presentes os ramos de plásticos e embalagens, transportes, móveis, bebidas, biotecnologia na industrialização de carnes, *software*, confecções e outros.

Dentre as políticas de desenvolvimento econômico, destaca-se o Distrito Industrial Flávio Baldissera, com área de 484 mil metros quadrados, que absorveu 16 unidades industriais, mais o REDEX. O Distrito Industrial comporta diversos ramos industriais e de prestação de serviço, visando gerar atividades orientadas à promoção do desenvolvimento social, econômico tanto local quanto regional.

Na área do ensino fundamental e médio, Chapecó conta com mais de 180 estabelecimentos e cerca de 2.200 profissionais. No ensino técnico profissionalizante figuram cursos técnicos em Química com Habilitação em Alimentos, Carnes e Derivados, Eletromecânica, Segurança do Trabalho, Eletrotécnica, Eletrônica e Agropecuária. No município destacam-se ainda, os centros profissionalizantes especializados nos segmentos industriais da confecção e moveleiro, e a presença do Centro Federal de Educação Tecnológica (CEFET).

Cerca de 87% das crianças de 4 a 6 anos estão matriculadas nos Centros de Educação Infantil em Chapecó, o maior índice de Santa Catarina.

O município abriga 06 instituições de ensino superior, entre as quais, 2 Universidades. São mais de 10 mil estudantes distribuídos em mais de 30 cursos de graduação, entre eles: agronomia, administração de empresas, ciências da computação, contabilidade, economia, biologia, medicina, psicologia, jornalismo, direito, enfermagem, engenharias civil, de alimentos e química, farmácia, fisioterapia, zootecnia, e além dos cursos pós-graduação *latu* e *strictu-sensu* em várias áreas do conhecimento.

Do ponto de vista dos investidores, prêmios e índices obtidos por Chapecó indicam claramente a qualidade do município como área prioritária para investimentos, Exemplos:

- Conforme pesquisa realizada pela Fundação Getulio Vargas, Chapecó foi considerada a 65ª melhor cidade para se trabalhar do Brasil, e a 14ª da Região Sul; (junho/2006);
- Segundo o Atlas do Mercado Brasileiro publicado em março de 2006, pela Gazeta Mercantil, Chapecó é a 13ª Melhor Cidade Para se Investir do Brasil, e a 4ª da Região Sul;
- Chapecó foi classificada como a 55ª entre as 100 maiores cidades do país, para investimentos, em uma pesquisa realizada pela Revista Exame, em 2000. Entre os critérios de classificação foram considerados o potencial de consumo, qualidade de vida, serviços de qualidade nas áreas de saúde e educação e distribuição de renda;
- Segundo o PNUD/ONU, Chapecó ocupa o 42º lugar no Brasil quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano, o 19º quanto à Educação e o 5º em frequência escolar, superando muitas das maiores cidades do País e do Mundo;
- Chapecó passou de 153ª para 33ª colocação no Índice de Desenvolvimento Social, medido pelo Governo do Estado em 2000.
- Selo de Ouro do Turismo – Brasília - concedido a municípios que têm políticas públicas na área do Turismo⁵⁴.

- Características epidemiológicas

Uma forma de conhecer as condições de vida e saúde de uma população é conhecer as taxas de natimortalidade. Observa-se que, a exemplo do que ocorre a nível nacional, o município de Chapecó apresentou uma curva descendente nos índices de natalidade nos últimos anos, houve uma queda muito acentuada, por exemplo, em 1996, para cada 1000 habitantes (coeficiente de natalidade), nasceram 24 crianças, já em 2006, para cada 1000 habitantes, a proporção foi de 15 crianças nascidas. Isto pode ser justificado especialmente pelo processo de urbanização que gerou transformações sócio-econômicas e culturais, alterando o estilo de vida e as expectativas da população brasileira.

Ao analisar a mortalidade infantil, o município de Chapecó apresentou, a partir de 2004, as seguintes taxas de óbitos de zero a um ano de idade: 2004= 16,11; 2005= 14,37 e 2006= 13,62 (calculados para cada 1000 nascidos vivos), de onde se pode afirmar que o coeficiente de mortalidade infantil também vem apresentando

queda, o que significa resposta às políticas de saúde que vêm sendo adotadas pela administração. Entre 2000 e 2010 a redução chegou a 60% passando de 17,77% para 7,68%. Em 2011 a Administração Municipal de Chapecó lança um Programa voltado à saúde da mãe e do recém-nascido: é o “Coração Chapecoense”, que tem como proposta ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral a saúde da mulher e do bebê com o compromisso de promoção da qualidade de vida para a criança com ações que estabelecem interfaces com diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade.

Outro importante indicador para avaliar a qualidade de vida de uma determinada população e dos serviços de saúde, é a taxa de mortalidade materna. No município de Chapecó, esse índice não é elevado sendo que em 2004 ocorreram 03 óbitos maternos, em 2005 nenhum e em 2006 01 óbito. Os números referentes à mortalidade materna refletem a qualidade da assistência à saúde como um todo e não somente à gestante, considerando também as seguintes ações: implantação da Clínica da Mulher; mutirões de CP; captação precoce da gestante, implantação da Clínica do recém-nascido de risco, entre outras.

Com relação ao perfil de mortalidade geral, para homens e mulheres, observa-se que a maior causa de morte são as doenças do aparelho circulatório (cardiovasculares), seguidas, pelas neoplasias (principalmente àquelas relacionadas ao aparelho respiratório) e pelas diversas causas externas. Observa-se ainda, um decréscimo no número de óbitos com causas mal definidas, devido a investigação e melhoria na orientação da importância da informação correta da causa morte.

Em relação à tuberculose, no município de Chapecó são registrados, anualmente, uma média de 20 a 25 casos novos, índice considerado baixo que, porém não interfere na adoção de estratégias de tratamento com o objetivo de aumentar a detecção de casos, assegurando a cura dos doentes e redução do abandono do tratamento.

Quanto à hanseníase, houve o registro de 18 novos casos em 2006, também considerado baixo. Importante salientar que tanto a tuberculose quanto à hanseníase vêm apresentando um índice de 100% de cura, sem abandono do tratamento.

A produção e divulgação de informações permanentes e atualizadas sobre as condições de saúde, e também sobre a distribuição dos fatores de risco, tanto para

os gestores como também para a sociedade como um todo, fazem parte do conjunto de atividades desenvolvidas pela vigilância epidemiológica.

Sabedores de que todos os níveis do sistema de saúde têm atribuições de Vigilância Epidemiológica, torna-se evidente que quanto mais eficientes as funções forem realizadas nos níveis locais, maior será a oportunidade e agilidade das ações de controle serão desencadeadas.

O impacto epidemiológico satisfatório exige que, para além da adoção de medidas de controle específicas, relativa a cada doença ou agravo, seja vacinado um percentual da população capaz de interromper a cadeia de transmissão. Cabe frisar que as nossas metas de vacinação de rotina, para menores de 1 ano, estão sendo atingidas na sua íntegra.

No entanto, continua-se com uma tarefa árdua para que os adolescentes, adultos e idosos também tenham a sua caderneta de vacina em dia. Importante registrar como estão organizados os serviços de saúde no município que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde.

4.2.2 Organização dos serviços de saúde

O município de Chapecó cumpre a função de município pólo da região oeste e extremo-oeste do Estado, sendo referência regional em prestação de serviços e formação profissional na área da saúde.

O fortalecimento do Sistema Único de Saúde no Município de Chapecó vem sendo desenvolvido a partir da organização da rede de atenção básica, através da concepção da estratégia saúde da família.

A rede básica do município está estruturada a partir de:

- 27 Centros de Saúde;
- 1 Centro de Referência Especializado – CRESM, que oferece as especialidades de: neurologia, dermatologia, otorrinolaringologia, cardiologia, dermatologia, neurologia, endocrinologia, ortopedia, mas mesmo assim a carga horária oferecida não supre a demanda apresentada, o que também faz gerar uma demanda reprimida para

exames. O município também compra do ser privado, algumas especialidades e exames não disponibilizados no próprio serviço;

- 1 Centro de Especialidades Odontológicas Tipo II (já protocolizado na CIB o pleito para a modalidade Tipo III);
- 2 Serviços de Pronto-Atendimento, nas especialidades de clínica médica e pediatria, com funcionamento das 16h às 22h e 16h às 24h e uma UPA – Unidade de Pronto atendimento 24 hora e fase de conclusão
- 1 Centro de Referência Regional da Saúde do Trabalhador;
- 1 Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador
- 1 Centro de Reabilitação Física;
- 3 Serviços de Saúde Mental (CAPS, CAPSi, CAPS ad);
- 1 Hospital Dia;
- 1 Clínica de Saúde da Mulher.

As discussões para implantação da Estratégia de Saúde da Família - ESF, no município, tiveram início no ano de 1994 e, a partir de 1995 as primeiras equipes foram implantadas. Atualmente em 27 Centros de Saúde estão implantadas 38 ESF, entre uma e duas equipes por Centro, cuja cobertura populacional é de 71%. As equipes de Saúde Bucal somam em número de 28. Os 27 Centros de saúde trabalham com área de abrangência definida e com adscrição de clientela.

As equipes de saúde da família foram implantadas de forma prioritária nas áreas urbana e rural do município, intensificando 100% de cobertura na área rural.

O PACS (Programa de Agentes comunitários de Saúde) foi implantado no município em 1998. Atualmente são 288 agentes comunitários de saúde inseridos nas equipes de saúde das unidades básicas.

Chapecó faz parte da relação de municípios contemplados pelo Proesf – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família em sua primeira etapa de classificação. Esta iniciativa busca a ampliação e reorganização do modelo de atenção à saúde no país, tomando a estratégia de Saúde da Família como eixo de estruturação do sistema, buscando a integralidade e resolutividade do atendimento. Assim, o município vislumbra ainda, a possibilidade de alcançar uma meta superior a 71% de cobertura.

No que se refere à qualidade de vida existem diversas facetas que se integram e interagem com as necessidades e desejos de cada indivíduo dentro de limites impostos culturalmente e que são profundamente influenciados pelas condições socioeconômicas de cada município. Assim, parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, inserção social, liberdade, solidariedade, espiritualidade, realização pessoal) e objetivos (satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer) se interagem dentro da cultura para constituir o que consideramos qualidade de vida. Sendo assim, o município de Chapecó de acordo com os indicadores apresentados favorece o compromisso com uma melhor qualidade de vida dos habitantes, pois, a atenção à família no seu processo de ser e viver, como pré condição para a construção da qualidade de vida e seus desdobramentos para planejamento/execução da atividade profissional.

Promovendo a expansão da estratégia saúde da família, é lançado um grande desafio, sendo necessário intervir na formação acadêmica, provocar adequações no sistema atual de ensino, na sua forma de funcionamento e estruturação para adequar-se as políticas do Sistema Único de Saúde.

E, ainda, para que sejam desencadeadas ações que visem a sustentação dos princípios da integralidade, resolutividade, equidade, vínculo e humanização, evidencia-se a necessidade de formular e desenvolver políticas que tenham como propósito agir diretamente na formação dos futuros profissionais de saúde, a partir das necessidades e realidades sociais, bem como do perfil epidemiológico da população.

Chapecó também participa do PET – Programa de Educação pelo Trabalho e Pró-Saúde-Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional, através da classificação da Unochapecó – Universidade Comunitária Regional de Chapecó, com todos os cursos envolvidos nos programas, projeto este que busca intervir no processo de formação, valorizando as necessidades advindas da população.

Aliado a isto, tornar-se evidente também, a necessidade de desenvolver políticas de formação e qualificação, envolvendo os diferentes atores sociais (profissionais de saúde, gestores, docentes dos cursos de saúde e áreas afins, conselhos de saúde, entre outros). É justamente neste enfoque que o

Ministério da Saúde lançou o Pró-Saúde, trabalho de parceria entre instituição formadora e serviços do SUS.

Ao aproximar a academia da prática, através de ações conjuntas entre os Ministérios da Saúde e da Educação – qualificando e transformando o ensino oferecido aos futuros profissionais de saúde – estarão sendo fortalecidas as ações de integralidade e resolutividade da rede pública do SUS.

Paralelo a isso, faz-se necessário que os programas de educação permanente dos municípios sejam implementados e fortalecidos.

Os Centros de Saúde, bem como os serviços de referência do município, atuam como campos de estágio, para as seguintes instituições formadoras, nos respectivos cursos da área de saúde:

- Ensino Superior: Celer, UNOESC, UCEFF, UFFS, UDESC, UNOCHAPECÓ (enfermagem, farmácia e bioquímica, nutrição, fisioterapia, medicina, psicologia, educação física, odontologia);
- Cursos técnicos: SENAC e Aprovação (auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem, Auxiliar de Consultório dentário).

Na medida em que os serviços estão sendo ampliados e/ou implementados, ou ainda, a partir das necessidades da demanda, é necessário poder contar com recursos humanos suficientes e qualificados. Assim, a Secretaria Municipal de saúde investiu no aumento do quadro de profissionais, totalizando atualmente 1.170 servidores.

O Programa de Educação Permanente da Secretaria de Saúde está passando por processo de readequação e reestruturação do Setor de Recursos Humanos. Em 2006 foram desenvolvidas capacitações nas áreas de: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, saúde bucal, saúde mental, relação interpessoal, entre outras, envolvendo os trabalhadores da rede básica de saúde.

Os profissionais que fazem parte do quadro de recursos humanos são na sua maioria concursados, com exceção dos estagiários, assessores, agentes de saúde e de alguns profissionais de outras categorias (médicos e auxiliares de consultório dentário), que estão na dependência de realizar novo concurso público.

A capacidade instalada no município para a atenção hospitalar compreende dois hospitais. No entanto, apenas o Hospital Regional do Oeste presta serviço pelo

SUS, tanto para Chapecó como para cerca de 70 municípios, desencadeando uma superlotação em suas instalações.

Importante salientar a existência do Hospital Materno Infantil Municipal, que oferece 54 leitos à população, bem como o Laboratório Municipal de Saúde Pública. Essas obras têm recebido investimentos significativos tanto do município, quanto do Ministério da Saúde.

O município está habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM pela NOB/96, através da Portaria GM/MS nº 2801 de 14 de maio de 1998, e em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPABA pela Portaria GM/MS nº 2260 de 10 de dezembro de 2002.

A gestão do SUS no município é exercida em nível central pelo Secretário de Saúde, Diretores e Coordenações e nas unidades de saúde e demais serviços por um colegiado de diretores. Esses são os atores sociais que de forma coletiva planejam as ações, utilizando-se também dos instrumentos de gestão existentes.

Conforme já mencionado anteriormente, o município pretende expandir a ESF, bem como implantar nos serviços, para tanto o quadro de recursos humanos disponível será insuficiente, remetendo à necessidade de novas contratações em diferentes categorias.

Importante frisar que muitos municípios ainda apresentam limitações importantes para a expansão da estratégia de saúde da família, o que também acontece com Chapecó e com outros municípios da região. Na avaliação da SAS/DAB/2003, “despontam problemas tradicionalmente relevantes na organização do sistema de saúde, sobretudo ligados ao perfil dos profissionais de saúde e capacidade de respostas dos serviços.”

A missão da Secretaria Municipal de saúde é oferecer uma atenção básica humanizada e resolutiva para os usuários do SUS, dispondo de uma rede básica com profissionais qualificados e infra-estrutura adequada. Porém, ainda consistem falhas neste nível de atenção.

Importante destacar também, no que tange aos níveis secundário e terciário, consistem os importantes gargalos de gestão. Considerando a insuficiência e ou inexistência de assistência especializada para a população de Chapecó e região - o que desencadeia a necessidade de constituição de redes hierarquizadas e regionalizadas de serviços, conforme NOAS/02 – o município de Chapecó

protocolizou junto ao Ministério da Saúde um projeto para implantação de uma Policlínica de Referência Regional no município, objetivando minimizar e ou resolver as dificuldades de média complexidade, e garantir os princípios da integralidade, eqüidades e resolutividade.

Salienta-se que a constituição de um serviço de referência especializado, de caráter regional, vem de encontro às necessidades epidemiológicas dos municípios da região. No entanto, paralelo a isto, necessário se faz investir em capacitação dos profissionais da rede básica visando o comprometimento e resolutividade do primeiro nível de atenção, para que os encaminhamentos especializados sigam os parâmetros definidos pelas portarias ministeriais, de acordo com a situação epidemiológica de cada município, evitando o excesso de demanda reprimida que ocorre atualmente.

O acompanhamento dos dados epidemiológicos de Chapecó, destacando-se a análise sistemática das tendências observadas na mortalidade, auxilia no planejamento das ações que contribuem para a prevenção e redução dos óbitos evitáveis, compromissos estes reforçados também no Termo de Gestão do Pacto pela Saúde e também no Plano Municipal de Saúde.

Atrelado ao crescimento econômico do município, inevitável o seu crescimento populacional, que segundo senso demográfico de 2010 é de aproximadamente 183 mil habitantes. Nesta direção, a estruturação da Rede de Atenção assume um grande desafio, o de disponibilizar uma infra-estrutura adequada, com ambiência humanizada e acolhedora, tanto para os profissionais de saúde, como para os usuários do SUS, proporcionando deste modo uma melhor qualidade de vida à população.

Assim, os trabalhadores do SUS do município vêm sendo ampliados e qualificados, o que somado a rede organizada e com indicadores de saúde que demonstram a qualidade do sistema, tornam o município referência para muitos municípios da região.

4.2.3 Descrição do ambiente de trabalho

O Centro de Saúde da Grande Efapi onde foi realizado a pesquisa situa-se no

bairro EFAPI composto por cerca de 90 mil habitantes, o bairro teve um grande desenvolvimento por conhecimento de ter várias indústrias frigoríficas tais como: Sadia, Aurora e a Bondio no acesso à SC-283. Um forte atrativo para que as pessoas também terem vindo morar neste bairro foi pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó a maior universidade da cidade, e a Universidade Federal. O modelo de Atenção Básica é misto composto de três equipes completas de Saúde da Família, inclusive com equipes de Saúde Bucal e uma equipe de Saúde da Família. Atualmente 73 profissionais atuam neste local com o horário de funcionamento compreendendo das 7h e 30 min. às 11h e 30 min. e das 13h às 17h de segunda a sexta. O local em estudo tem 648 metros quadrados e é composto por uma recepção para o atendimento e espera, nove consultórios médicos, quatro consultórios de enfermagem, uma sala de reuniões que atualmente é utilizada pelos Agentes comunitário de saúde, dois consultórios odontológicos, uma copa/cozinha, um depósito de materiais de limpeza, uma sala de curativos, uma sala para coletas de material para exames, uma farmácia, dois sanitários para funcionários, uma sala de procedimentos, uma sala de agendamento para especialidades, uma sala para a coordenação, uma sala de vacinas, dois sanitários para o público (adaptado para deficientes físicos), um abrigo de resíduos sólidos, uma sala de observação e uma área de embarque e desembarque para ambulância. Embora o local fosse construído em 1998 e passou por uma reforma em 2005, apresenta necessidade de ampliação pelo volume de pessoas que são atendidas diariamente neste local. Foi verificado alguns problemas referente a ventilação, luminosidade, conforto térmico e acústico, principalmente na sala de vacinas e consultórios médicos pois não apresentam climatização, vale ressaltar que os consultórios odontológicos apresentam ar condicionado. Todos os consultórios, médicos, odontológicos e de enfermagem e farmácia, bem como a recepção, são providos de computadores com acesso à internet, pois os profissionais trabalham com prontuários eletrônicos e receitas impressas.

Quanto à organização do trabalho, devido a uma necessidade de reestruturação da planta física do Centro de Saúde, fica evidente, pela percepção do pesquisador, a relação direta deste fator com a QVPTS, pois a satisfação dos trabalhadores fica comprometida em relação ao ambiente que não se considera adequado para o desenvolvimento e organização do processo de trabalho.

4.2.4 Caracterização dos entrevistados

As entrevistas foram realizadas com 20 profissionais que compõe duas equipes de Saúde da Família do Centro de Saúde da Família da Grande Efapi (CSFGE) Efapi distribuídos conforme quadro nº 4:

Quadro 4: Composição da Amostra

Trabalhadores	Frequência absoluta	Frequência relativa
Médicos	2	10%
Enfermeiros	2	10%
Auxiliares de Enfermagem	4	20%
Agente Comunitários de Saúde	8	40%
Auxiliares de Consultório Dentário	2	10%
Cirurgião Dentista	2	10%
TOTAL	20	100%

Fonte: CNES, 2011

Desse total, 16 são do sexo feminino e 4 são do sexo masculino. Os entrevistados tem idade que variam de 21 a 52 anos. Dos entrevistados 10 são casados, 6 são solteiros 1 possuem união estável e 3 são divorciados. Quanto a escolaridade 11 possuem ensino médio completo, 3 terceiro grau incompleto e 6 possuem ensino superior completo com especialização.

Quando questionados sobre o tempo de serviço na Secretaria de Saúde, 6 responderam estar dentro da faixa de 4 à 7 anos, 4 de 2 à 4 anos, 3 de 10 à 15 anos, 1 há mais de 15 anos, 3 de 7 meses à 2 anos e 1 há menos de 6 meses. Bem como em relação ao tempo que compõem as eESF, 6 estão entre 7 meses à 2 anos na equipe, 6 de 4 à 7 anos , 2 há menos de seis meses , 5 de 2 à 4 anos, 1 de 10 à 15 anos.

Dentre os 20 entrevistados 15 não possuem outro emprego além do desenvolvido na Secretaria de Saúde e 5 possuem outros vínculos empregatícios. Todos aceitaram participar da pesquisa por livre e espontânea vontade, e o fizeram através de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Considerando os dados apresentados verifica-se que a maioria dos entrevistados é do sexo feminino, percebendo-se que a participação da mulher como força de trabalho tem aumentado consideravelmente, nas diferentes atividades humanas.

A feminilização na área da saúde é marcante⁵⁵. A participação da mulher na força de trabalho nesta área representava, no ano 2000, 69% do total dos

profissionais que trabalham na área de saúde. A maior parte do contingente ativo masculino na área da saúde encontra-se nos cargos ocupados por exigência de nível superior de qualificação, sobretudo medicina e odontologia⁵⁶. Ao contrário desta afirmação, os cargos que exigem menor qualificação, são na grande maioria, ocupado por mulheres, principalmente nos cargos de auxiliares e técnicos de enfermagem. Portanto, estas colocações confirmam os dados representados nesta pesquisa.

Nas relações entre gênero e classe constata-se que, no universo do mundo produtivo e reprodutivo, vivenciamos também a efetivação de uma construção social sexuada, onde os homens e mulheres que trabalham são desde a família e a escola, diferentemente qualificados e capacitados para *o* e *no* mercado de trabalho⁵⁷. Dentre as atividades, que foram socialmente construídas como sendo adequadas para a mulher é o *cuidar*, desta forma as atividades que envolvem o cuidado, geralmente são atribuídas as mulheres como algo natural considerando que estas estariam acostumadas socialmente a tal prática por exercerem este tipo de atividade em casa, com a família.

[...] a idéia de cuidar, de proteger, esteve sempre presente na história da mulher. Com ela ficaram as incumbências domésticas, o cuidado e a educação dos filhos. Por extensão, o cuidado dos doentes também passou a ser parte do trabalho feminino na medida em que exigia tarefas similares [...].(p. 139)⁵⁸

Para efeito de análise, de acordo como descrito na metodologia desta pesquisa, foram utilizados as oito categorias, relacionadas abaixo, propostas por Walton (1973) para analisar os fatores relacionados a Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde:

- Compensação Justa e Adequada;
- Condições de Trabalho;
- O uso e Desenvolvimento das capacidades;
- Oportunidade de crescimento e segurança;
- Integração Social na Instituição;
- Constitucionalismo;
- O Trabalho e o Espaço Total na Vida;
- Relevância social do trabalho na vida, e

- Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde.

4.3 CATEGORIAS DE ANÁLISES SEGUNDO MODELO DE WALTON (1973)

4.3.1 **Compensação justa e adequada**

No relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, destaca-se que os trabalhadores do SUS não podem ser visto como mais um recurso para o Sistema Único de Saúde, ressaltando ainda que todas as mudanças no modelo de atenção primária dependem necessariamente do comprometimento dos profissionais de saúde e da qualidade do seu trabalho. Contudo, esta adesão e qualidade dependem das condições de trabalho e da formação para o seu desempenho, com remuneração justa².

Quando se refere à *compensação*¹⁸ ressalta a satisfação do trabalhador em relação à política salarial praticada na organização em que trabalha, se a remuneração que é percebida é considerada justa e adequada ao trabalho executado e que supre as necessidades mais básicas do trabalhador como, alimentação, saúde, lazer, vestuário e moradia este trabalhador poderá sentir satisfação em relação a este fator.

Bohlander, Snell e Sherman⁵⁹ indicam variáveis relevantes relacionadas com o trabalho, que levam à satisfação no emprego, destacando-se: a satisfação no trabalho, desafios, atribuições de tarefas interessantes, remuneração justa, supervisão competente e carreiras recompensadoras. Não se conhece se muitos trabalhadores continuariam exercendo suas funções se não fossem pelo salário, pois o pagamento é considerado importante por uma recompensa tangível pelos seus serviços, bem como fonte de reconhecimento e subsistência.

Segundo as respostas dos trabalhadores em estudo, a partir do modelo de Walton, foi possível agrupar três subcategorias relacionadas à compensação que interferem diretamente na QVPTS. Essas subcategorias são:

1. Satisfação com a atividade realizada;
2. Satisfação com o salário;
3. Satisfação com os benefícios sociais.

Os profissionais entrevistados ao se reportar a satisfação com a atividade desenvolvida na eESF ressaltaram estarem satisfeitos com suas atividades profissionais, conforme podem ser observados nos relatos que seguem:

“Eu estou eu gosto do que estou fazendo, agora o que eu faço é bom. Do meu trabalho eu gosto, gosto do que faço, não me vejo fazendo outra coisa” – E3 – Auxiliar de enfermagem

“Estou satisfeita com a minha atividade profissional” – E6 – Agente Comunitário de Saúde

Percebe-se nestes relatos a relação entre satisfação com o “gostar do que faz” sendo um aspecto presente entre os trabalhadores entrevistados. Sendo assim, o fato do trabalhador gostar do que faz é um ponto essencial na QVPTS, pois é incongruente ter prazer no trabalho sem gostar das tarefas desempenhadas.

Quando abordados sobre a *satisfação com a remuneração*, ou seja, salário e benefícios os trabalhadores pesquisados expressaram o maior índice de insatisfação:

“Não, porque a gente percebe que o nosso salário é completamente diferente das outras cidades, e a gente tem percebido principalmente nos últimos 4 meses um aumento de exigências, exigências, exigências, exigências...” E10 - Médico

“Em partes, acho que poderia ser melhor, pelo serviço e pela responsabilidade que a gente tem, pelo stress do dia-a-dia, por você estar lidando com a população, eu acho que poderia ser bem melhor”. E15 – Agente comunitário de Saúde

O salário percebido constitui uma medida quantitativa do valor relativo de um trabalhador. Para muitos, o salário tem um peso diretamente relacionado ao seu padrão de vida, e ao seu status e ao reconhecimento que eles são capazes de atingir dentro e fora da instituição. Partindo desta relação percebe-se também a importância de que o pagamento seja de acordo com a teoria da inequidade, a qual é uma teoria de motivação que explica como os funcionários reagem às situações

em que sentem que recebem menos ou mais do que merecem, ou seja, justo com as tarefas que estão desempenhando e inclusive, relacionados aos salários dos outros trabalhadores que compõem a equipe de trabalho⁵⁹. Ressalta-se algumas falas que mostram a relação equitativa que os trabalhadores da eESF percebem entre as categorias profissionais a seguir:

“Eu acho que cada um tem a sua função, eu acho que deveriam olhar para nós, tanto nós auxiliares de enfermagem, as ACDs, as agentes de saúde, porque o nosso salário é bem inferior ao deles, lógico, eles estudaram fizeram uma faculdade, mas quem está mais dando a cara a tapa na rua são as agentes, nós por que o médico vai fazer visita em casa mas a gente que está mais com o paciente, ficamos muito mais com os pacientes do que os médicos, não desmerecendo a função deles, lógico que não, mas eles deveriam olhar um pouquinho mais para nosso salário”. E3 – Auxiliar de enfermagem

“Não tem um padrão definido para cada profissional, deveria ter uma padronização de salários para a equipe de ESF, e não uma diferença salarial tão grande entre os profissionais, independente de ter curso superior ou não”. E1 - Médico

Analisando estas falas, a contradição existente tem relação com o lugar ocupado por cada um dos entrevistados. Pode ser percebido que os trabalhadores fazem uma comparação com o grau de escolaridade, o tempo consumido e a importância do trabalho na eESF, demonstrando nas suas colocações, um sentimento de injustiça no tocante à remuneração, mesmo que exista uma interpretação de que quem tem maior grau de escolaridade é justo terem um salário maior. Portanto, esse sentimento que explicitam, o qual converge para a inequidade dos salários, pode criar tensão, sendo assim, afetam diretamente a Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde, pois pode ter efeitos marcantes na sua motivação, tanto no comportamento do trabalho quanto para a produtividade. Segue a seguir quadro demonstrativo com os salários vigentes de cada categoria profissional:

Quadro 5: Salário dos profissionais eESF – Chapecó - SC

Cargos	Salário
Médicos	R\$ 6.881,41 + R\$ 2.752 (abono produtividade)
Enfermeiros	R\$ 2.808,81
Auxiliares de Enfermagem	R\$ 1.092,56
Agente Comunitários de Saúde	R\$ 585,00
Auxiliares de Consultório Dentário	R\$ 889,65
Cirurgião Dentista	R\$ 6.881,41

Fonte: dados coletados pela pesquisadora janeiro de 2011.

No decorrer da pesquisa houve um aumento no salário dos Agentes Comunitários de Saúde, onde foi incorporado o vale alimentação de R\$ 210,00 no salário e um aumento para janeiro de 2012 de 5%, a partir deste momento evidenciaram-se a fala que segue:

“Agora deu uma melhoradinha né, estou gostando mais, agora eu achei bom, se desse pra ser um pouquinho mais... mas está bom assim”. – E16 – Auxiliar de enfermagem

Mesmo com o aumento no salário base ainda não foi constatado um nível adequado de satisfação quanto à remuneração percebida mesmo sendo relativamente equivalente ao valor de salário de outros municípios na região.

Outra subcategoria referente à compensação refere-se aos *benefícios sociais*. Quando indagados sobre os benefícios que a Prefeitura oferece para seus servidores públicos, muitos dos entrevistados afirmam que a prefeitura não oferece benefícios sociais o que não reflete a realidade, pois são oferecidos benefícios como: vale alimentação, assistência à saúde do servidor, incentivo à qualificação profissional, auxílio funeral, auxílio natalidade, progressão anual por mérito através de avaliação de desempenho e convênio com universidade onde o profissional que é preceptor recebe a bolsa do PET Saúde (programa de educação pelo trabalho para a saúde). Aos beneficiários do servidor público municipal falecido, ativo ou inativo, é pago um Pecúlio Especial correspondente ao valor de um único mês de remuneração ou provento.

Pesquisas sobre remuneração indicam que grande parte dos trabalhadores são incapazes de citar com exatidão os benefícios que recebem⁵⁹ o que vem ao encontro com as falas dos trabalhadores da eESF a seguir:

“Olha agora... eu sou concursado, tem essas coisas de concursado, não sei muito bem como funciona, tem a questão de convenio de saúde...” E10 - Médico

“Tem o convênio né, o FAS, na verdade eu não sei bem como funciona, eu não tinha, agora faz um mês que eu tenho e eu não sei ainda como funciona, mas eu sei que quando eu precisa de alguma coisa eu posso contar com o FAZ”. E12 – Auxiliar de Consultório Dentário

Como pode ser analisado, ainda que os benefícios oferecidos pela Prefeitura sejam subvalorizados e mal identificados, eles continuam a ser uma questão importante, tanto para a instituição como para o trabalhador⁶⁰ sendo consideradas formas indiretas de compensação total.

4.3.2 Condições de trabalho

As *condições de trabalho*, segundo o modelo de Walton (1973), dizem à respeito das condições físicas do ambiente em que o trabalhador cumpre a sua jornada de trabalho, as quais devem ser adequadas para não colocar em risco a sua saúde e o seu bem estar.

Neste contexto foram agrupadas duas subcategorias que englobam a quantidade e ritmo de trabalho e as instalações físicas do Centro de Saúde em estudo.

Na ótica de alguns dos entrevistados as questões referentes à *quantidade e ritmo de trabalho* ressaltam um excesso de trabalho com um ritmo acelerado, enquanto outros apontam ainda a sobre carga no trabalho, destacando-se as expressões das categorias da enfermagem, cirurgião dentista e o médico. Os ACS, no entanto, na sua grande maioria colocam que é adequado. Essa diversidade de percepção pode ser visualizada nas seguintes falas:

“Eu acho que é boa” E7 - Agente Comunitário de Saúde

“Eu acho que é bem... na maioria dos dias, é bem puxado, bem pesado, o ritmo é acelerado e além disso, além de ter bastante demanda, você tem que estar atenta a tudo, tú tens que estar prestando atenção no que você esta fazendo”. E16 -Auxiliar de enfermagem

Os aspectos materiais e ambientais que impressionam os sentidos podem afetar diretamente a saúde e a integridade física e mental dos trabalhadores⁶⁰. Assim, um ambiente saudável de trabalho deve envolver condições ambientais físicas que atuem positivamente sobre todos os órgãos de sentido humanos. Do ponto de vista de saúde mental, o ambiente de trabalho deve envolver condições psicológicas e sociológicas saudáveis e que atuem positivamente sobre os trabalhadores, uma vez que a definição de saúde é o estado físico, mental e social de bem estar.

Os depoimentos do grupo em estudo deixam explícito a insatisfação dos trabalhadores no que se refere ao ambiente de trabalho relacionados ao tamanho do Centro de Saúde, considerado pequeno para a execução de suas tarefas, inclusive com falta de salas, e também para acomodar a população, esse fatos foram frequentemente apontado pelos trabalhadores da eESF.

“Eu acho que tem algumas coisas que tem que melhorar, nós não temos sala para nos reunirmos, metade fica para dentro e metade fica para fora da sala, tu queres escrever alguma coisa não dá, o dia de reunião das equipes de ESF com os estagiários nós não temos sala para escrever, sempre tínhamos palestras com a enfermeira agora nunca mais tivemos”. E7- Agente Comunitário de Saúde

“Muito precária, até mesmo pros pacientes, eles tem que ficar em pé, não tem um banco, uma recepção, pra eles sentarem, até tem um espaçozinho alí, e às vezes a gente sai catar umas cadeiras, por que tem gente com bebezinho de colo, e que às vezes demora pra atender, é só a parte burocrática, mas às vezes tem 2, 3, 4 vacinas pra fazer, e você não pode deixar o paciente entrar lá sem falar nada e sem dizer nada, a gente não pode fazer a medicação sem que as

mães saibam o que você está fazendo, e isso leva tempo, enquanto os outros lá fora estão ali, de pé, e até estes outros, deveria ter um espaço pra eles poderem aguardar o médico, tem uns bancos, os pacientes passam mal ali, por que eles tem medo de tomar vacina, ai pra você pegar uma cadeira de rodas, pra você transportar eles pra cá...”E16 – Auxiliar de enfermagem

O relato do Agente Comunitário de saúde vem de encontro com a percepção do pesquisador em que, verificou-se *in loco* que a sala de reuniões atualmente está sendo ocupada pelos ACSs, porém não comporta o número total de profissionais, prejudicando assim o processo de trabalho destes trabalhadores, bem como as próprias reuniões com as eESF.

Outra referência dos trabalhadores foi relacionado ao calor, ventilação, ruídos, materiais e iluminação das salas onde os trabalhadores desenvolvem suas atividades laborais os quais não apresentam satisfação frente a esta situação.

“Regular, ambiente não muito silencioso a minha sala não é parede de concreto, é de compensado e eu atendo do lado da pediatria, as crianças batem na parede, mesmo que a gente Peça silencio, não tem como, é ruim para fazer o atendimento mais tranqüilo”.E1 - médico

“É ruim, problemas com ventilação, aqui é abafado, não tem janela, é muita gente pro espaço físico”. E17 - Enfermeiro

Mediante estes relatos existem trabalhadores que identificaram as condições adversas do trabalho, no caso de um Cirurgião Dentista que destaca o fato de ter uma temperatura confortável na sua sala de trabalho porém ainda concorda com falta de salas.

“Tá bom agora, por que uma vez a gente não tinha ar condicionado, faz uns 4 anos que a gente conseguiu isso, aqui falta uma sala de reunião, quando agente quer fazer uma reunião mesmo, a sala não precisa ser tão grande, a gente tem essas dificuldades com as salas”. E18 – Cirurgião Dentista

Com referência as *condições do ambiente de trabalho* estudado a satisfação é mínima, pois o ambiente relatado tem problemas estruturais que comprometem a QVPTS considerando-se uma jornada de trabalho de oito horas diárias.

4.3.3 O uso e desenvolvimento de suas capacidades

Esta categoria de análise se refere às oportunidades que a instituição oferece com a finalidade de que o trabalhador tenha possibilidades de satisfazer as necessidades de utilização de suas habilidades e de conhecimentos, bem como de expressar autonomia. A QVT parte do reconhecimento de que uma pessoa bem capacitada na instituição está em melhores condições para identificar problemas dificilmente diagnosticados com relação ao trabalho que deve executar, sendo assim o fator avaliação de desempenho em conjunto com o reconhecimento colaboram para o aumento da QVPTS⁶¹.

A análise dos dados evidenciou nesta categoria as seguintes subcategorias: a autonomia, o reconhecimento pela qualidade, habilidade e conhecimento e a própria avaliação de desempenho.

No que se refere à *autonomia*, praticamente todos os trabalhadores apontam que possuem autonomia, sem deixar, no entanto, de se colocar como parte integrante da equipe:

“Nas visitas, o que está dentro do meu trabalho que eu posso resolver eu tenho, eu tenho autonomia, certas atitudes eu tomo, se exige mais a primeira coisa que faço é falar com a minha coordenação ou com minha equipe de SF”. E7 - Agente Comunitário de Saúde

“Tenho sim, claro às vezes eu não posso sozinha tomar uma decisão, tenho que ter a ajuda de um dentista né, mas tem coisas que eu posso fazer sozinha sim, como não é só a boca do paciente que envolve o atendimento no consultório, aí tem coisas que eu posso fazer sozinha sim.” E13 – Auxiliar de Consultório Dentário

Embora percebido na maioria dos relatos a presença da *autonomia*, existe a exigência da obediência a estrutura hierárquica da instituição de forma consultiva onde prevalece a necessidade da aprovação da coordenação do Centro de Saúde o que instiga a pensar sobre isto:

“Claro que as idéias que eu tenho eu sempre levo pra direção, eu sempre converso com ela”. E16 – Auxiliar de Enfermagem

“Tenho certa autonomia, mas não tomo decisões sem a autorização da coordenadora”. E20 – Auxiliar de Enfermagem

A *autonomia* no trabalho favorece condições reconhecidamente saudáveis e que oportunizam a promoção do potencial humano, pois, libera o trabalhador do controle acirrado no desenvolver das suas tarefas, exercendo liberdade para executá-las com responsabilidade.

Em relação a subcategoria referente ao *reconhecimento por qualidade, habilidades e conhecimento*, denota-se algumas dificuldades frente a este fator.

“Me sinto reconhecida pelas mães, você tem uma ligação maior com elas, lá na secretaria, os outros não falam que você faz um bom trabalho, tem gente que nem me conhece né, mas assim, com as mãezinhas, todas saem agradecendo pelo que tu faz, e elas falam “ai que bom que é você que está aqui vacinando meu filho” e isso me deixa muito contente.”E16 - Auxiliar de enfermagem

“Isso eu acho que eu não tenho, tenho elogios ao grupo inteiro, os elogios são gerais, ara o grupo inteiro, Chapecó é um modelo, nesse sentido eu sou reconhecido, mas “você é o quinto melhor, ou sei lá quem que produz mais” não acontecem coisas assim, mas eu me trabalho com isso, eu não me frustro, e faço isso pra mim, eu me realizo por mim mesmo.”E18- Cirurgião Dentista

É certo que existem contradições no que dizem respeito ao reconhecimento, alguns trabalhadores sentem-se reconhecidos podendo ser evidenciados em alguns

relatos, mas, existem falas significantes onde colocam que se sentem reconhecidos pela população e não se sentem reconhecidos pela própria instituição empregadora.

De certa forma, este reconhecimento por parte dos usuários de forma positiva fortalece o fato de que o SUS objetiva a centralidade do usuário nos processos de trabalho em saúde, a construção de sujeitos e a humanização do cuidado, tendo em vista que o reconhecimento do usuário como um sujeito da história, e de forma especial da sua própria história, pode ser um fator importantíssimo para a consolidação do acolhimento nos estabelecimentos de saúde.

Os fatores motivacionais geram sentimentos profundos de realização, satisfação, crescimento e reconhecimento, são eles que produzem efeitos duradouros nas pessoas⁶². Os fatores capazes de provocar satisfação nos trabalhadores compreendem: a realização, o reconhecimento, o próprio trabalho e o desenvolvimento. Sendo assim, esta insatisfação referente ao reconhecimento que poderia ser atribuído pela instituição, fica a desejar sob o ponto de vista do trabalhador das eESF podendo refletir em um fator desmotivante.

Outra questão levantada na entrevista é referente a figura centralizada no médico resultado histórico do modelo assistencial hospitalocêntrico, que ainda se faz presente nos serviços de saúde. Entretanto, dentro de uma nova conjuntura da saúde pública brasileira, entende-se que esta representação ainda está ligada ao preceito imperativo do modelo de atenção hegemônico médico-assistencial-privatista. Configura-se como ponto central de reflexão, na medida em que a idéia contemporânea de atenção à saúde no SUS foi revista e se pauta em um atendimento multiprofissional, com referência e contra-referência, de forma a garantir a integralidade da atenção com resolutividade⁶³. A fala a seguir denota esta questão:

“Nem sempre me sinto reconhecida, a coordenadora é legal, a comunidade é assim, eles querem saber dos médicos, mas eles depende da gente para preparar o paciente, isso aí às vezes não é valorizada eles só pensam na categoria do médico, o médico é que faz falta dentro de um posto, só que se o médico estiver sozinho dentro de um posto a coisa não funciona”. E4 – Auxiliar de Enfermagem

Surge então a necessidade de modificar esse tipo de prática, que requer a organização do trabalho médico e dos outros trabalhadores, no que diz respeito aos processos decisórios que ocorrem no ato mesmo da produção em saúde para colaborar com o trabalho em equipe e a própria satisfação do trabalhador.

Não sentir reconhecimento no trabalho pode significar que o trabalhador não considera a sua atividade profissional importante para si mesmo, para a instituição e para sociedade. O fato de a falta deste reconhecimento aparecer nas falas anteriores podem evidenciar que as relações sociais/profissionais precisam de atenção. Elucida existir dificuldades na relação gestão e trabalhadores, bem como aqueles, relacionados ao espaço para construir um coletivo de trabalho entre esses atores.

“Eu acho que a secretaria de saúde é uma instituição lá em um canto, que serve para incomodar e cobrar.”E10 - Médico

“Um pouco distante, a gente sabe que está tudo ligado, mas parece que tem uma barreira pra chegar até lá”. E14 – Agente Comunitário de saúde

“Bem longe do pessoal da base, eles estão mais perto da coordenação, as auxiliares comentam, por que quando a gente vai nas reuniões a gente fica sabendo das coisas, a coordenação consegue, mas a gente não.”E3 – Auxiliar de enfermagem

Os relatos exposto acima destacam sentimentos de frustração, cobrança e distância, que podem levar ao desinteresse e desmotivação relacionados aos trabalhos, prejudicando assim a QVPTS. Esta distância pode estar relacionada a estrutura rígida de administração com separação clara entre os planejadores e executores do trabalho, além de distanciar, alienar o trabalhador da sua capacidade de criação, análise, tomada de decisão e produção de saberes, repercute negativamente na sua saúde mental⁶⁴.

Estudos têm indicado que o padrão gerencial do setor público tem uma baixa capacidade de lidar com pessoas, os mecanismos de incentivos são insuficientes, quando não inexistentes; as políticas salariais e de evolução do profissional por meio de carreiras em geral, são desvinculadas de

resultados ; as sanções administrativas são pouco utilizadas e também pouco eficazes, devido o alto grau de burocratização e lentidão para seu desfecho, culminando com a análises descontextualizadas dos acontecimentos que as geraram. (p. 74)⁶⁵

Referente ao desenvolvimento das eESF, alguns relatos deixam claros que estão satisfeitos com as capacitações que são oferecidas pela SSA. Muitos profissionais afirmam terem feitos capacitações freqüentemente.

“A gente sempre tem capacitações, claro que 100% a gente não está capacitada, então sempre é bom a gente ter capacitações pois por mais que a gente saiba alguma coisa tu acaba esquecendo ou deixando então tu voltando àquele assunto sempre é bom. “E5 – Agente Comunitário de Saúde

“Na odontologia a gente tem capacitação uma vez por mês, eles fazem uma vez por mês mais ou menos, a coordenação chama pra colocar as coisas novas.”E2 – Cirurgião Dentista

Por outro lado, cabe ressaltar que, os profissionais que trabalham na área da enfermagem, sejam auxiliares de enfermagem ou enfermeiros, acreditam que deveria ter um maior investimento em formação, pois os cursos promovem além do conhecimento, interação e troca de experiências entre os profissionais.

“Eu me capacitei fazendo o serviço, a gente podia ter mais capacitações, porque a minha função é fazer coleta de sangue, a gente sabe coletar agora para que serve a gente não sabe , para que serve o exame que a gente está coletando a gente nem sabe explicar”. E3 – Auxiliar de Enfermagem

No processo de trabalho na Estratégia da Saúde da Família exige-se um desenvolvimento de competências de forma diversificadas como: cuidar das famílias em seu território, apontando para as necessidades de serviços, investir em educação permanente em serviço para uma efetiva mudança nas práticas. Sendo assim, as capacitações são fundamentais, pois, a maioria dos profissionais não teve oportunidades anteriores para o desenvolvimento destas habilidades.

Tais capacitações deveram ser embasadas nas necessidades da eESF e também da própria avaliação de desempenho que a instituição deveria executar continuamente com o propósito de ser mais um indicador de necessidades da realização de treinamentos e desenvolvimento da equipe de trabalho. Em todos os momentos estamos avaliando tudo o que acontece ao nosso redor, a avaliação de desempenho é um tema corriqueiro e constante em nossas vidas, o mesmo ocorre nas instituições, elas sempre se defrontam com a necessidade de avaliar os mais diferentes desempenhos⁶⁰. Esta colocação corrobora com a seguinte fala:

“Constantemente a gente está sendo avaliado, ou seja existe avaliação escrita que a prefeitura faz anualmente e a própria avaliação dos pacientes que as vezes procuram ...ha eu quero o dentista da noite...” E2 – Cirurgião Dentista

*“Sim, todo mundo é avaliado, sempre tem algum tipo de cobrança”
E10 - Médico*

A Prefeitura possui, regulamentada em lei municipal complementar nº130/2001 a avaliação de desempenho para os trabalhadores efetivos que encontram-se em estágio probatório porém, após este estágio não são mais avaliados formalmente. Os ACSs nem mesmos são avaliados formalmente, pois são vinculados a CLT, portanto não existe nenhum formato de avaliação formal. Existem sim, algumas avaliações por produtividade, assiduidade e pontualidade, que é utilizada somente para os médicos que recebem um abono de 40% mensal fundamentado nestes critérios.

As outras categorias tomam conhecimento de alguns resultados através de informações geradas por um sistema, porém uma avaliação de desempenho que atenda a uma apreciação sistemática do desempenho de cada trabalhador, em função da atividade que desempenha, das metas e resultados a serem alcançados e do seu potencial de desenvolvimento. As falas destacam várias diferentes percepções sobre a avaliação de desempenho, demonstrando assim, desde a total despreocupação até a compreensão de uma avaliação de desempenho que valoriza o trabalho em si na sua integralidade.

“Na realidade nunca me preocupei de como sou avaliado, eu sei que existe uma avaliação da diretoria, mas como é realizado, acho que é em relação a assiduidade, pontualidade, entre outros”.E1 - médico

“Eu acho que pelo interesse que a gente tem pelas famílias, se eu acho algum problema lá fora à gente vai resolver em equipe, eu trago para dentro da unidade, ou com equipe ou com a coordenação.”E5 – Agente Comunitário de Saúde

Todo o trabalhador precisa receber devolutivas a respeito de seu desempenho para ter conhecimento de como está desempenhando seu trabalho⁶⁰. Sem essa retroação as pessoas caminham sem rumo. É importante a instituição saber como os trabalhadores desempenham suas atividades para ter uma ideia de suas potencialidades e dificuldades. Existem várias razões para efetuar uma avaliação de desempenho, destaca-se dentre elas: julgamento para promoções, transferências e demissões, necessidades de mudanças no comportamento, atitudes, habilidades ou conhecimento, o avaliado ter conhecimento sobre o que coordenação sugere ao seu respeito, indicadores de necessidades de educação permanente e continuada. Mediante esta afirmação fica claro a importância da avaliação de desempenho ser trabalhada através dos resultados, porém a SSA não informa os resultados individuais dos trabalhadores por não ter uma programa de avaliação de desempenho estruturado. Os trabalhadores nas eESF entrevistados não conhecem os resultados e porém alguns demonstram incentivados a conhecer.

“Não nunca passaram, a avaliação da prefeitura é na hora, mas se existe alguma outra avaliação, não conheço o resultado”.E2 – Cirurgião Dentista

“Parcialmente, eu já recebi ligações pra dizer, por que tu não atendeu mais gente? Eu não me sinto avaliado, eu me sinto vigiado, é diferente.”E10 - Médico

“Eu nunca passei por avaliação de desempenho formalmente, mas acho importante como está meu desempenho, se estou fazendo certo e [...] essas coisas”. E20 – Auxiliar de enfermagem

4.3.4 Oportunidade de crescimento e segurança

Esta categoria de análise refere-se as oportunidades dos trabalhadores de poder crescer dentro da instituição por sua habilidades e potencialidade¹⁷. Destacam-se alguns indicadores como: possibilidade de carreira, desenvolvimento e crescimento pessoal, segurança e estabilidade. Ressalta ainda a importância de atividades profissionais educacionais, com a finalidade de manter e ampliar as capacidades profissionais do trabalhador dentro da instituição, bem como a aplicação das habilidades em tarefas que visem um melhor desempenho considerada como fundamentais para a QVPTS.

A grande maioria dos trabalhadores entrevistados compreende que as capacitações oferecidas são importantes para o crescimento profissional e pessoal, porém ressaltam a ausência do Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS).

“A prefeitura tem feito capacitações mas eu acho que deveria dar um incentivo maior para os profissionais e colegas que se especializaram com a implantação de plano, carreiras e salários, isso eu acho que está faltando.”E2 – Cirurgião Dentista

“Sempre aprendo mais, sempre tem alguma coisa nova que você aprende e vai usar no teu dia a dia, sempre aprendo coisas diferentes”. E7 – Agente Comunitário de Saúde

A gestão do trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação com a qualidade de vida no trabalho, defende aqui a importância do Planos de Carreiras, Cargos e Salários, os quais preconizam a capacitação e educação permanente; mesas de negociação para subsidiar o processo decisório e de representação; formas de contratação e ingresso, progressão, fixação e critérios de avaliação de desempenho.

A implantação de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários no SUSvem há muito tempo sendo proposto com um dos objetivos para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Entre várias estratégias propostas no sentido da desprecarização do trabalho no SUS também está inserido o tema PCCS-SUS, que tem sido discutido pelo Governo há alguns anos.

O Plano de Carreira é definido como o conjunto de normas que disciplinam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores de forma a contribuir com a qualificação dos serviços prestados pelos órgãos e instituições, constituindo-se em instrumento de gestão da política de pessoas¹⁹.

No entanto, embora Lei a Federal 8.142/90 no Art.4o, inciso VI, preconiza a determinação da obrigatoriedade da existência do PCCS para todos no sistema de saúde, nos níveis federal, estadual e municipal, no município de Chapecó ainda não existe um PCCS em exercício, pois em outubro de 2010, o Prefeito Municipal anunciou o interesse em desenvolver o Plano o qual está sendo construído por uma comissão nomeada para este fim.

Outra subcategoria apontada pelo grupo entrevistado é relacionado a *segurança no emprego*, tratada com otimismo por estarem empregadas no serviço público conforme relatos à seguir:

“Me sinto segura, sou concursada eu sei que daqui, só se eu fizer uma coisa muito grave, eu saio”. E3 – Auxiliar de Enfermagem

“Sim aqui eu tenho segurança, trabalhar na prefeitura, que eu considero um órgão sério, eu gosto muito de trabalhar aqui, é muito bom”. E9 – Agente Comunitário de Saúde

Neste contexto, não se pode esquecer que uma das principais características da carreira pública, seja relacionada à estabilidade na relação de emprego, da segurança de que ao encerrar uma semana de trabalho, o trabalhador terá a possibilidade de retornar na semana seguinte, pois, segundo Diniz⁶⁶ define a estabilidade como “um atributo do cargo público que assegura a continuidade da prestação do serviço público, que é de caráter permanente”.

4.3.5 Integração social na instituição

A *integração social na organização do trabalho*, diz respeito ao estabelecimento de um bom relacionamento entre os trabalhadores da equipe de

trabalho, entre os níveis hierárquicos e a própria comunidade atendida. A integração social favorece a Qualidade de Vida no Trabalho¹⁷, essa integração é considerada adequada quando houver um clima de trabalho no qual o trabalhador sintá-se aceito, tenha um tratamento com equidade em relação aos outros profissionais, tenha um senso de comunidade, obtenha apoio dos trabalhadores de sua equipe e tenha liberdade para compartilhar suas ideias e sentimentos.

Dentro da categoria *integração social na organização do trabalho*, foram destacadas subcategorias se reportando a relação interpessoais com os outros trabalhadores do Centro de Saúde, a coordenação e a própria comunidade a atendida por estes profissionais,

Na subcategoria onde foi destacado o relacionamento entre colegas, coordenação e comunidade, verificou-se que os relacionamentos interpessoais dos trabalhadores que compõe as eESF são considerados favoráveis na sua grande maioria, em relação aos trabalhadores, a coordenação e a comunidade, embora identifica-se falas contraditórias.

“Aqui dentro eu me dou bem com todas, sou uma pessoa que não diferencio o tratamento com os colegas”. E7 – Agente Comunitário de Saúde

“Precisava mais ajuda que um com o outro, precisa de mais colaboração, ajudar, a até por que falta pessoas”. E16 – Auxiliar de enfermagem

“Também, os paciente aqui são bem exigentes, eles reclamam se não são atendidos com rapidez, eles xingam, mas eles sabem como funciona o sistema, eles são bem informados”. E11 - Enfermeiro

De todo modo o relacionamento interpessoal da eESF, objeto de análise desta subcategoria, revela-se na presença de vários atores, profissionais com diferentes formações, saberes e práticas, como objetivo desafiador em produzir saúde, percebe-se estas diferenças conforme apontado a seguir:

“Eu no meu caso eu me dou bem com todos mas, tem uma certa discriminação, não sei, com alguns profissionais”. E5 – Agente Comunitário de Saúde

“Às vezes acontecem algumas desavenças, por causa do desempenho, mas eu procuro respeitar para ser respeitada. É um pouco complicada, mas nunca tive dificuldade com médicos e etc, a maior dificuldade é com as agentes de saúde”. E9 – Agente Comunitário de Saúde

A manutenção da divisão por categorias profissionais e a forte hierarquização ainda presente nas eESF dificultam a articulação destes profissionais e por sua vez, transformam o espaço de produção de saúde em potencial espaço de desavenças⁶⁷.

Na produção de saúde é importante que os trabalhadores tenham o sentimento de que os diferentes profissionais que compõem a eESF são fundamentais para a realização do serviço reforçando assim a noção de pertencimento e comprometimento com o trabalho em equipe, entendendo que o cuidado necessita de vários saberes, de uma responsabilidade coletiva e não de um saber específico.

As ações que tenham como objetivo atingir um favorável nível de integração social necessitam de um ambiente de trabalho onde não existam preconceitos para com os trabalhadores, capacidade de senso comunitário e fortalecimento das ações voltadas ao trabalho em equipe para a consolidação da própria ESF.

4.3.6 O constitucionalismo

O *constitucionalismo* diz respeito a política adotada referente aos direitos e deveres dos trabalhadores dentro do seu ambiente de trabalho, em geral, esta política é composta por um conjunto de regras e normas pelas quais balizam as ações referente a preservação do direitos dos trabalhadores, tais como segurança, salários, benefícios, liberdade de expressão, devendo sempre prevalecer a democratização com o favorecimento do diálogo aberto e tratamento justo para todos os assuntos, entre outros fatores que determinarão a Qualidade de Vida no

Processo de Trabalho na Saúde sob a ótica deste critério. Esta categoria se divide em: direitos trabalhistas e a liberdade que os trabalhadores têm em relação a expressar suas ideias e sugestões.

Em termos do pressuposto teórico, existe a necessidade de princípios que tornem claros os direitos e deveres dos trabalhadores, conduzindo suas ações e permitindo que se previnam contra atitudes arbitrárias por parte dos gestores, pois a garantia do seus direitos resguardados e cumpridos promoverá uma satisfação no trabalhador¹⁷.

Quando se expressam sobre referente aos direitos trabalhistas, os trabalhadores concordam que a Prefeitura cumpre integralmente com as leis e direitos trabalhistas.

“Eu acho que tem cumprido os direitos trabalhistas, não tenho queixas em relação a isso”. E2 – Cirurgião Dentista

“Sim, o salário sempre esta na conta, e os direitos sempre são cumpridos”. E14 – Agente Comunitário de Saúde

No entanto, na subcategoria referente à *liberdade de expressão*, apresentam-se divergências relacionadas à expressão de ideias, sugestões e críticas:

“Sempre coloco as minhas idéias, sempre falo minhas dúvidas, o que eu acho que tem que melhorar e o que tem que mudar não tenho medo de falar”. E7 Agente Comunitário de Saúde

“Eu tenho um pouco de medo, eu me sinto ameaçada, não ameaçada, acuada em me expressar”. E3 – Auxiliar de Enfermagem

“Sei lá não é nós que decidimos, eu nunca exponho nada pois o que a gente fala nunca é levado em conta”. E4 – Auxiliar de Enfermagem

É necessário afirmar que, o fato de alguns trabalhadores não conseguirem expressar suas ideias, sugestões ou críticas acaba afetando a Qualidade de Vida no Trabalho, pois, nesta abordagem, há ênfase do trabalhador como indivíduo que

participa, que expressa suas ideias com a finalidade de gerar mudanças e desenvolvimento do processo de trabalho em saúde.

A fala é uma forma de expressão das relações e das lutas sociais e que serve de instrumento para a comunicação e possível dissolução de conflitos. “[...] é através da comunicação verbal que as pessoas refletem e retratam conflitos e contradições próprios dos sistemas de dominação, onde a resistência está dialeticamente relacionada com a submissão” (p.110)³⁶. A liberdade de expressão faz parte do processo de democracia, um espaço aberto e estimulador da comunicação que favorece a QVPTS.

4.3.7 O trabalho e o espaço total na vida

Segundo o modelo de Walton¹⁷ o trabalho pode interferir, de forma positiva ou negativa, na vida pessoal e social dos sujeitos; por esta razão, o autor considera viável, a busca do equilíbrio entre o *trabalho* e o *espaço total na vida* pessoal do trabalhador. É importante a verificação do nível de satisfação do trabalhador em relação à influência exercida pelo trabalho sobre a vida privada dos mesmos. Sendo assim se destaca as seguintes subcategorias: *papel balanceado no trabalho, mudanças geográficas e lazer*.

[...] a experiência de trabalho de um indivíduo tem efeitos positivos e negativos em outras esferas da vida dele, como as relações dele com a família. A relação do trabalho para o espaço total de sua vida se expressa melhor pelo conceito de equilíbrio entre o trabalho e sua vida total. (p 23)¹⁷

O trabalho é um tema amplamente estudado e esse interesse decorre da influência que o mesmo pode exercer sobre o trabalhador, afetando sua saúde física e mental, atitudes, comportamento profissional, social, tanto com repercussões para a vida pessoal e familiar do indivíduo como para as organizações⁶⁸.

As atividades exercidas no ambiente de trabalho podem se manifestar sobre sua saúde, qualidade de vida e comportamento, com consequências para os indivíduos e para as instituições.

O trabalhador quando apresenta o equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal pode demonstrar a satisfação com a vida por meio da generalização das emoções do trabalho para a vida fora do trabalho e de atitudes decorrentes, que também

podem afetar, especificamente, as relações sócio-familiares, o trabalho é um dos principais componentes da satisfação geral com a vida, ou de uma avaliação de bem-estar subjetivo.

Assim o trabalho é o modo de ser do homem e, como tal, invade e permeiam todos os níveis de sua vida, podendo, dada esta singularidade, torna-se difícil diagnóstico, muitas vezes não diferenciando alguns sintomas a ele relacionados, se de ordem pessoal ou profissional⁶⁹. Por ser onipresente, o trabalho e seus efeitos são difíceis de detectar. Neste sentido, identifica-se as seguintes falas:

“Na vida pessoal, é bom trabalhar, eu não gosto de ficar em casa, eu gosto de trabalhar, eu tenho meio que separar, é claro que separar totalmente nenhuma pessoa consegue, mas eutento separar, porque a gente vê muitos problemas nas famílias, eu tento separar para não levar esses problemas para casa senão a gente se sobrecarrega muito”. E5 – Agente Comunitário de Saúde

“Se você não esta feliz no teu trabalho, você também vai estar mais estressado em casa, vai começar a negar algumas coisas...”. E10 - Médico

Por outro lado, existem profissionais que afirmam conseguir diferenciar o que acontece no ambiente de trabalho com a sua vida pessoal:

“Não deixo interferir, aqui é aqui, fora é fora”. E1 - Médico

“Eu consigo me desligar totalmente, depois que eu saio daqui eu nem me lembro mais o que acontece aqui, a única coisa que interfere é mais fisicamente, o cansaço”. E11- Enfermeiro

Em síntese, destaca-se que estes relatos são considerados de suma importância, pois podem proporcionar problemas de saúde ao trabalhador e modificar o relacionamento com sua família, trazendo reflexos relevantes a sua vida pessoal e social.

Outra subcategoria estudada foi a *localização geográfica* do trabalho como facilitador da rotina diária. Nesta subcategoria, notam-se claramente as colocações dos ACS em relação à satisfação de morar próximo ao local de trabalho.

“Facilita por que é próximo da minha área, ajuda bastante nesse sentido”. E9 – Agente Comunitário de Saúde

Os profissionais de outras categorias, no entanto, consideram dificultosa a distância de suas residências em relação ao local de trabalho. O equilíbrio satisfatório entre a localização geográfica do local de trabalho e a casa do trabalhador favorece a Qualidade de Vida no Trabalho em função de diminuir o tempo de trajeto e disponibilizar assim, um maior tempo livre para ficar com a família e momentos de descanso e lazer¹⁷.

“Nada, não facilita nada, por que eu moro na Vila Real, é bem longe, e eu trabalho em outro extremo, eu chego em casa 6:30, 1 hora e meia depois que eu paro de trabalhar, eu amo muito trabalhar aqui, mas isso não ajuda mesmo, pena que não seja perto da minha casa né, por que o que eu faço aqui eu teria que fazerem outra unidade perto da minha casa, isso é um problema pra mim”. E13 – Auxiliar de Consultório Dentário

Reportando-se ao quadro teórico da QVT apresentado anteriormente, pode-se dizer que o tempo livre indagado ao grupo de pesquisados encontra-se diretamente relacionado com a categoria conceitual de Walton (1973), denominada de *Trabalho e espaço total de vida*.

As atividades realizadas no tempo livre, isto é, nos momentos de folga, tempo liberado do trabalho, são muito variadas. Como exemplo, as sociais, de convívio com a família e até mesmo não fazer *nada* como segue nos relatos abaixo:

“Tenho colegas em que jogo, futebol, tênis, paddle”. E2 – Cirurgião Dentista

“Se tem alguma viagem prevista, eu vou com a minha família, eu procuro curtir, fazer faxina, a gente vai pra piscina, vai pro camping,

a gente procura um lugar mais tranquilo”. E16 – Auxiliar de Enfermagem

As três formas de comportamento no tempo livre, relacionadas com o trabalho⁷⁰:

- REGENERATIVA, onde neste processo o tempo livre serve para recuperar as forças depois de uma jornada fisicamente cansativa;
- SUSPENSIVA, que se executa durante o tempo livre um trabalho sem a determinação exógena e sem a desproporção da exigência do trabalho profissional;
- COMPENSATIVA, que tende à compensação psíquica das seqüelas nervosas do trabalho.

É importante também ressaltar que o estilo de vida atual sofre influências típicas do modo de vida urbano e muitas vezes, do excesso de trabalho, que diminuem ou impedem que o indivíduo usufrua de maneira adequada de seu tempo livre no que diz respeito à família, lazer e atividade física. Esta realidade provoca consequências que influenciam não só o estilo de vida, mas também propiciam uma diminuição da qualidade de vida dos indivíduos⁷¹, conforme apontado a seguir:

“Minha Qualidade de Vida está meio fragilizada ultimamente, faz um mês que eu não vejo a minha família e eles moram a 200km, e não vou ir até o natal, estou trabalhando muito, de manhã, de tarde e de noite todos os dias”. E11 - Enfermeiro

Ainda nesta análise, constata-se que muitos problemas de saúde física e mental têm sido acarretados devido à uma sobrecarga de trabalho, falta de tempo livre desprendido para o lazer e o bem estar. O lazer vem sendo considerado cada dia que passa uma necessidade e não apenas um privilégio para poucos,

[...] mesmo numa sociedade como a brasileira, marcada por profundos contrastes socioeconômicos, com uma imensa população carente, cada vez mais o lazer deixa de ser pensado como privilégio ou acessório, passando a ser encarado como direito de todos e parte constitutiva de modos culturalmente diferenciados de vida. (p. 91)⁷²

Constata-se que lazer, esporte, saúde e integração social são ações que se complementam. Os benefícios do lazer são percebidos na melhoria da saúde,

destacando-se diminuição do estresse, do absenteísmo, dos acidentes no trabalho, entre outros, podendo proporcionar disposição e integração entre os trabalhadores.

Foi enfatizada entre os entrevistados, a relevância e a necessidade da existência de espaço no próprio local de trabalho.

“No trabalho, muitas vezes é puxado, acho que a gente tá precisando de momentos de lazer, lazer... uma ginástica laboral, pra dar uma levantada, por que tem horas que fica tão massacrante aquilo que você está fazendo, acho que dava pra gente tirar um minuto pra fazer... ir lá em uma sala dar um esquecida, e você volta bem melhor e renovada”. E16 – Agente Comunitário de Saúde

Algumas instituições já promovem o lazer no local de trabalho, ou fora dele, e vêm investindo de forma significativa no fator humano. Segundo Salles⁷² estas instituições percebem que pensar no social e no trabalhador traz resultados tanto para os trabalhadores quanto para os gestores.

A Secretaria de Saúde de Chapecó não possui programas específicos para tratar das atividades de integração, recreação/Lazer, mas de forma incipienterealizando algumas ações e que foram relatadas nas entrevistas:

“Temos palestrasde alongamento, Ginástica laboral mas deveriam ser realizadas mais seguidamente”. E1 - Médico

“Eu creio que não muito, fizeram um evento legal , eu achei muito construtivo, acho que deveria ter mais”. E9 – Agente Comunitário de Saúde

4.3.8 Relevância social do trabalho na vida

Esta categoria, trata do sentimento de orgulho que o trabalhador deve ter em relação à instituição em que trabalha, pois o contrário pode causar constrangimento social, o que poderá afetar sua Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde¹⁷. A instituição que se apresenta de forma irresponsável faz com que um

número cada vez maior de trabalhadores deprecie o valor de seus trabalhos e carreiras, o que afeta tanto a auto-estima quanto a sua produtividade.

Neste contexto, foram abordadas subcategorias como: o sentimento em trabalhar na instituição, a percepção da instituição e o comportamento ético da instituição. No tocante ao sentimento em trabalhar na Secretaria de Saúde, os trabalhadores, de forma unânime apontam que gostam de trabalhar neste local:

“Eu me sinto bem, estável, sei que é uma profissão boa, que não exige muito esforço, eu me sinto em um lugar bom de trabalhar”.

E14 – Agente Comunitário de Saúde

“Desde que eu me formei eu trabalho na prefeitura, eu gosto dessa coisa de trabalhar em grande quantidade, eu me sinto mais útil, e aqui eu tenho coisas melhores pra mim aposentadoria, eu teria que trabalhar até às 10 horas da noite em um consultório particular pra tirar o que eu tiro aqui, e com o consultório cheio todos os dias”.

– Cirurgião Dentista

Outro fator que se relaciona com a Qualidade de Vida no Trabalho é o orgulho que o trabalhador tem em fazer parte da eESF, conforme relato abaixo:

“Eu faço parte de uma equipe que ficou no segundo lugar no país e fico muito feliz com isso sei que tem muita coisa para melhorar mas tem que trabalhar com seriedade, essa é minha visão”.

E2 – Cirurgião Dentista

Cabe ressaltar neste momento as dificuldades apontadas por alguns entrevistados em relação a visão sobre a gestão da Secretaria de Saúde:

“Um pouco distante, a gente sabe que está tudo ligado, mas parece que tem uma barreira pra chegar até lá”.

E14 – Agente Comunitário de Saúde

“Eu acho que eles poderiam dar mais atenção pra nós, não só nas dificuldades, mas fazendo algumas visitas, por que às vezes, você liga lá, e eles nem sabem quem é você, os meus próprios chefes

não me conhecem, eles não se lembram de você, acho que precisa ter mais contato". E16 – Auxiliar de enfermagem

Vale ressaltar que, mediante os relatos acima analisados, a sede Administrativa da Secretaria de Saúde fica distante dos Centros de Saúde, o que acaba por dificultar a comunicação direta com os gestores que exercem suas funções em um local distante. É importante refletir, no entanto, sobre este distanciamento de relacionamento entre gestão e equipe de trabalhadores no seu local de trabalho.

Neste contexto, para que a Secretaria de Saúde possa cumprir com sucesso sua função de gerir estes trabalhadores, ela precisa cada vez mais de lideranças qualificadas e motivadas para uma gestão voltada às pessoas. Impõem-se necessidade de estilo gerencial voltado para uma aproximação mais eficaz com estes trabalhadores. Os pressupostos do novo modelo organizacional para o setor público refletem a ênfase na adoção de estilos gestão mais democráticos e participativos que desenvolvam as competências, bem como satisfaçam as necessidades dos funcionários⁷³.

A ética questionada aos trabalhadores envolvidos no grupo de pesquisados diz respeito à responsabilidade da instituição referente a proposta ética e projeto político da saúde dos municípios, com suas estratégias, que, balizados pelos princípios do SUS, orientem os usuários e trabalhadores no exercício de seus direitos e deveres. Referente a esta subcategoria quando os trabalhadores foram questionados se consideravam a Secretaria de Saúde ética alguns mencionaram não ter conhecimento sobre este assunto e preferiram abster-se desta resposta e outros consideravam ética a instituição.

4.3.9 Qualidade de vida no processo de trabalho em saúde

Relacionado à percepção que os trabalhadores entrevistados têm sobre a Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde, estes trazem conceitos que estão relacionados aos oito critérios ressaltados pelo próprio autor¹⁷ entre os quais estão inclusos os aspectos básicos da situação de trabalho como importante para

QVPTS, incluindo fatores higiênicos*, condições físicas, aspectos relacionados à segurança e também à remuneração, sem, no entanto, descuidar dos demais.

“Eu entendo que são vários aspectos, condições de trabalho, estrutura para trabalhar, material suficiente para desenvolver o trabalho, a renda do trabalhador, um trabalhador para se sentir bem tem que ter uma renda adequada razoável, e a resolutividade do paciente, você trabalha em um lugar que não consegue resolver o problema do paciente começa ficar muito tenso o ambiente de trabalho, agora quando você consegue dar uma resposta para o que ele procura isto colabora para uma melhor qualidade de vida minha e do paciente”. E2 – Cirurgião Dentista

A dimensão relacionada ao satisfazer o usuário, resolver os problemas, ou seja, a resolutividade levantada pelos entrevistados remete-se a uma preocupação da área de gestão do trabalho que deve estar voltada para o próprio nível de satisfação dos trabalhadores da saúde. É sabido que para a motivação da eESF, a identificação de suas necessidades no local de trabalho e a satisfação gradativa destas necessidades, bem como a perspectiva de desenvolvimento pessoal e profissional, é fundamental para a criação de um clima favorável para um bom desempenho, comprometimento com o trabalho e consequência, a resolutividade alcançada, bem como satisfação do usuário.

Outra questão importante que surgiu nas entrevistas foi em relação ao relacionamento interpessoal. Vários entrevistados mencionaram a importância do bom relacionamento entre os trabalhadores para se ter QVPTS:

* Esses fatores estão relacionados com o meio que o funcionário atua, são fatores determinados pela organização, e que fazem parte da cultura da empresa, ou seja, fora do controle dos funcionários, de responsabilidade apenas da empresa e de seus respectivos administradores. Esses fatores são necessários para ajustar os colaboradores a seu ambiente, porém não são determinantes para gerarem motivação ou produtividade a longo prazo. São fatores que referem-se às condições que rodeiam o funcionário enquanto trabalha, englobando as condições físicas e ambientais de trabalho, o salário, os benefícios sociais, as políticas da empresa, o tipo de supervisão recebido, o clima de relações entre a direção e os funcionários, os regulamentos internos, as oportunidades existentes etc. Correspondem à perspectiva ambiental. Constituem os fatores tradicionalmente utilizados pelas organizações para se obter motivação dos funcionários. Herzberg considera esses fatores higiênicos muito limitados na sua capacidade de influenciar poderosamente o comportamento dos empregados. Este, escolheu a expressão "higiene" exatamente para refletir o seu caráter preventivo e profilático e para mostrar que se destinam simplesmente a evitar fontes de insatisfação do meio ambiente ou ameaças potenciais ao seu equilíbrio. Quando esses fatores são ótimos, simplesmente evitam a insatisfação, uma vez que sua influência sobre o comportamento, não consegue elevar substancial e duradouramente a satisfação. Porém, quando são precários, provocam insatisfação.

“Sei lá, a gente tem que ter um bom ambiente para trabalhar, uma boa localização, relação boa entre os colegas”. E4 – Auxiliar de Enfermagem

“Eu acho que é conseguir expor as idéias da gente, com a equipe, poder sentar e discutir com a equipe e para resolver os problemas, eu acho que isso é qualidade”. E5 – Agente Comunitário de Saúde

“Uma boa qualidade de vida no meu trabalho gostar do que faz, gosto do meu trabalho, relacionamento saudável com as pessoas”. E6 – Agente Comunitário de Saúde

“Primeiro lugar a gente tem trabalhar bem em equipe, se dar bem com os colegas de trabalho, se dá bem com a comunidade, acho que em primeiro lugar mesmo, para tu teres um bom desenvolvimento do teu trabalho é se dar bem com todos os colegas”. E7 – Agente Comunitário de Saúde

“Pra mim, é você estar feliz por onde você está trabalhando, se acertar com teus colegas, ter facilidade pra ir, estar feliz trabalhando, não ficar triste por ter que ir trabalhar, chegar lá e se sentir bem”. E13 – Auxiliar de Consultório Dentário

Em situações como o trabalho, as relações interpessoais nascem devido ao processo de interação de uma ou mais pessoas, pois elas tem que se relacionar, que se comunicar, cooperar umas com as outras, tem que se respeitar⁷⁴.

A valorização do ser humano, a preocupação com sentimentos e emoções, e com a qualidade de vida são fatores que fazem a diferença. O trabalho é a forma como o homem, por um lado, interage e transforma o meio ambiente, assegurando a sobrevivência, e, por outro, estabelece relações **interpessoais**, que teoricamente serviriam para reforçar a sua identidade e o senso de contribuição.(p. 36)⁷⁵

Uma relação interpessoal saudável no local de trabalho pode proporcionar um ambiente agradável e satisfatório. O ser humano é um ser sociável por natureza, convive em sociedade, tem a necessidade de se relacionar com outras pessoas e de estar inserido em um grupo social. O bem-estar proporcionado por um grupo de

trabalho bem relacionado interfere na qualidade, na produtividade e na resolutividade dos serviços prestados em saúde. Se os processos de relações interpessoais são construtivos, a colaboração e o comprometimento com o outro predominam, o que possibilita a coesão da equipe de trabalho.

O trabalho em equipe é um fator importante para o sucesso coletivo da organização, buscando assim os mesmos objetivos, pensando no todo, e ao mesmo tempo visualizando as partes integrantes do trabalho em si⁷⁶. Este fator contribui para harmonizar o ambiente de trabalho, bem como enaltecer o valor de cada um. A adequada gestão das relações interpessoais, também contribui para um ambiente de trabalho harmonioso e saudável.

Em relação a QVPTS é muito oportuno ressaltar a fala de um entrevistado que enfoca na questão do cuidado e atenção para com o trabalhador da saúde relacionados a QV, pois percebe-se que também precisam de apoio, de um espaço para verbalizar suas angústias, as tensões decorrentes do trabalho:

“Eu acho que deveriam dar mais atenção para gente, a nossa qualidade de vida, que a gente ouve muito, ouve queixas, reclamações e não tem ninguém para ouvir nó, pois a gente também tem problemas, então eu acho que deveriam olhar mais para este lado nosso, a gente precisaria ter um suporte, ter mais pessoas para trabalhar para não sobrecarregar quem está aqui, para a gente poder dividir as tarefas, acho que isso”. E3 – Auxiliar de enfermagem

O trabalhador da saúde também deverá ser cuidado, a tarefa de cuidar exige reciprocidade, por conseguinte, para promover o bem-estar do outro exige-se que o trabalhador se sinta bem física e mentalmente.

A questão referente ao lazer oferecido pela própria instituição aparece novamente relacionado a qualidade de vida no trabalho reforçando as respostas evidenciadas anteriormente.

“Qualidade de Vida no Trabalho é um bom ambiente para trabalhar, pessoas acessíveis, população acessível, recursos acessíveis, não se estressar com o trabalho, uma série de fatores, ter momentos de lazer que a própria secretaria ofereça, interação com os próprios

colegas e com os de mais membros da secretarias que não tem ocorrido mais”. E1- Médico

A segurança relacionada com a questão de proteção também aparece nos dados coletados, bem como as questões de ambiente físico corroborando com os fundamentos teóricos apontados.

“Acho que é tem condições mínimas e um local adequado para você poder trabalhar com segurança, você tem que ter um guardinha lá, para poder apagar os incêndios quando acontece, que a gente sabe que acontece, e pra deter algumas pessoas doentes que tem uma reação agressiva por alguém motivo, nós precisamos de um lugar que quando você saia daqui, você não saia molhado de suor, ou por que tu quase tem que usar óculos escuros na sala por que tem muito sol te batendo, um lugar pra você estacionar o carro direitinho sem medo se ser assaltado, ou que fique no sol a tarde inteira ou a manhã inteira, e isso a gente tem em outros locais, por que então aqui seria diferente se é a maior instituição da cidade?” E10 - Médico

Uma das questões centrais da QVPTS é determinar quais são condições que devem existir para atingir o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional preservando condições de vida saudável, gerando conseqüentemente um trabalho oferecido com qualidade, potencializando capacidades é o que é ressaltado nas seguintes falas:

“Essa pergunta é muito complexa, talvez aproveitar bem o momento, atender as pessoas de forma tranqüila, não deixar as coisas de fora atrapalharem aqui, e as coisas daqui atrapalharem lá fora, não deixar que as coisas daqui interfiram na minha qualidade de vida de forma negativa, o relacionamento com os colegas, os problemas dos pacientes, que eu tenho que tentar resolver eles, mas eu não posso deixar isso prejudicar a minha qualidade de vida”. E11 - Enfermeiro

“Acho que o trabalho não deve interferir na sua saúde, você deve se manter saudável, não exigir muito mais do que você pode dar, você

tem que conseguir ter lazer fora daqui e conseguir se cuidar”. E14 – Agente Comunitário de Saúde

Considerando-se que a identificação de que o trabalhador gosta do que faz aliado ao reconhecimento são aspectos essenciais para a qualidade de vida no trabalho, pois é impossível obter prazer no trabalho sem gostar das tarefas desempenhadas, aponta-se novamente o posicionamento dos trabalhadores sobre esse aspecto relacionados a sua percepção sobre a QVPTS:

“Eu entendo que qualidade de vida no processo de trabalho em saúde é gostar do que faz, gostando do que faz acho que a gente tem qualidade de vida no trabalho”. E12 – Auxiliar de Consultório Dentário

“Qualidade de vida no trabalho é se sentir realizada com o teu trabalho, fazendo o que tu gostas, tu ter um respaldo, pra você poder fazer as coisas, tu entenderes que às vezes uma crítica não é para querer denegrir a imagem, mas sim pra melhorar, acho que é você se sentir segura”. E17 - Enfermeiro

Quando questionados sobre a avaliação da própria QVPTS a grande maioria coloca que está adequada:

“Eu acho que eu tenho uma boa qualidade de vida no meu trabalho pois eu gosto do que faço, gosto do meu trabalho e de atender as minhas famílias”. E6 – Agente Comunitário de Saúde

“Agora está boa, principalmente depois que eu entrei aqui, parece que está mais fácil fazer esses exames preventivos e cuidar da saúde, por que cuidar da saúde é cuidar da vida”. E14 – Agente Comunitário de Saúde

No entanto, apresentam-se relatos que colocam que a QVPTS não está adequada, justificando por fatores relacionados com a sobrecarga de trabalho, saúde física e falta de espaço para os trabalhadores serem ouvidos:

“Eu vou te dizer que nos últimos 3 meses eu acho que tem piorado, nos estamos em um período de “vamos cobrar” mas até agora ninguém nos chamou para reunir e saber o que a gente está achando, o que podem melhorar, a direção é bem acessível, mas até agora não houve nenhum tipo de convite para a gente se juntar e ver as atitudes, eu acho que nesse momento a secretaria está lá para incomodar e cobrar, não estou falando da prefeitura, estou falando da secretaria, e eu acho que isso deve melhorar”. E10 - Médico

“Estou cansada, começou já as dores, nos braços, o meu trabalho tem muita coisa manual, eu tenho que fazer tudo manual, nessa época do ano já está muito cansativo, eu já tenho dores, eu trabalho de manhã e de tarde, e temos que nos cuidar, mais tarde as outras meninas também vão sentir essas dores, tem trabalho que a gente faz muito seguido, que não é necessário”. E17 - Enfermeiro

Saúde e qualidade de vida são dois temas relacionados entre si, o cuidado com a saúde é uma condição importante para poder cuidar dos outros, quando questionados em relação como cuidam da sua saúde, ressaltam-se os seguintes relatos:

“Alimentação, já que eu tenho pai e mãe diabéticos, medicação tomo pouco”E9 – Agente Comunitário de Saúde

“Eu faço exercício físico, na esteira, faço alongamentos e cuido da minha alimentação, como bastante frutas”. E17 - Enfermeiro

Pode-se observar que os relatos acima ainda tratam das importantes atitudes relativas ao estilo de vida como apenas dependentes das pessoas, sem considerar a sua dimensão social. A saúde exige cuidados individuais junto com condições de vida aceitáveis, daí compreender a importância dos determinantes sociais e sua influência problemática saúde/doença/cuidado, em relação a si e a sua comunidade de referência.

Desse modo a melhoria da QVPTS dos trabalhadores que compõem a eESF da amostra estudada pode ocorrer a partir de uma intervenção que estimule a participação dos trabalhadores como atores de mudança, permitindo-lhes um espaço de verbalização, para que haja um resgate de seu papel como membro da equipe.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.1 CONCLUSÕES

O presente estudo focalizou a temática da Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde, que vem sendo muito debatida nos últimos anos como forma de melhorar a relação entre trabalhadores e gestores.

Teve como objetivo geral analisar a Qualidade de Vida no Processo de Trabalho dos trabalhadores que compõem as equipes de ESF do município em estudo sob o ponto de vista do trabalhador. Para este fim foi realizada uma pesquisa de natureza descritiva e qualitativa, considerando-se que os objetivos específicos deste estudo foram também alcançados, mediante o desenho metodológico de estudo de caso, ainda que se reconheçam seus limites.

Foi então possível identificar junto aos profissionais das eESF, sua percepção sobre seus próprios processos de trabalho utilizando como referencial teórico os critérios estabelecidos pelo modelo de Walton¹⁷. Constatou-se que estudos desta natureza podem concorrer para atender aos anseios e às necessidades dos trabalhadores, incluindo vários aspectos, entre os quais se destaca a participação do trabalhador nas decisões que lhe são relacionadas, a humanização do trabalho, bem como, a importância da responsabilidade social das instituições.

A partir dos resultados da pesquisa foi possível agrupar em oito categorias de análise que se desdobraram em demais subcategorias onde a QVPTS é percebida individual e coletivamente pelos trabalhadores envolvendo condições apontadas nos fundamentos teóricos de Walton¹⁷.

A análise dos dados extraídos dos relatos instigou as seguintes conclusões:

Na categoria referida como *compensação*, alguns dos entrevistados destacaram que se sentiam satisfeitos com a sua atividade profissional. O fator que mais sobressaiu negativamente foi relativo ao salário percebido, pois, a grande maioria dos trabalhadores reclamou do seu ganho mensal. Outro fator importante nesta categoria foi a não identificação do recebimento dos benefícios sociais por parte dos trabalhadores.

Outra questão apontada é referente à *avaliação de desempenho*, pois alguns trabalhadores afirmam que não a conhecem e os que conhecem não têm clareza da

sua finalidade e como funciona. No que se refere a *condições de trabalho*, são unânimes as respostas do descontentamento com a estrutura física do local de trabalho referente a espaço, pinturas, ventilação e estrutura. Em relação à *carga e ritmo do trabalho*, vários trabalhadores expressaram a sobrecarga e ritmo muito intenso em seus processos de trabalho, porém os ACS estão satisfeitos com a carga e ritmo do trabalho.

Na categoria *uso e desenvolvimento das capacidades* do grupo pesquisado a maioria afirmou que possui *autonomia* no processo de trabalho sob sua responsabilidade. Já em relação à subcategoria *reconhecimento*, os entrevistados em grande parte não se sentem reconhecidos, embora algumas contradições tenham surgido conforme já analisado nos resultados.

Referente à categoria sobre a *oportunidade de crescimento e segurança*, os achados da pesquisa na subcategoria *segurança* apontam, que os trabalhadores se sentem seguros e estáveis em seus contratos de trabalho. Em relação à *formação dos trabalhadores* as ações oferecidas pela Secretaria de Saúde, são reconhecidas positivamente, embora ainda destaquem necessidade do PCCS para estimular o trabalhador a se qualificar.

A categoria *Integração Social na Instituição* está associada ao *relacionamento interpessoal*; as respostas analisadas enfatizam contradições onde se denota, por um lado, que existe um bom relacionamento entre os colegas na sua maioria, mas, por outro, sobressai necessidade de fortalecimento do trabalho em equipe como um dos eixos para alcance da integralidade da Estratégia da Saúde da Família. É considerável que esses trabalhadores entendam o trabalho em equipe como uma estratégia, formada pelo próprio homem, para prosperar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador.⁷⁸

O trabalho em saúde envolve interação constante e veemente de um grupo de trabalhadores para realização da atenção/cuidado integral e humanizado, o que requer reformulação dos modos de lidar com os diferentes saberes e disciplinas, necessários para o atendimento em saúde.

Em relação ao *constitucionalismo*, os *direitos trabalhistas* foram avaliados de forma satisfatória pelo grupo de entrevistado, que afirmaram que a Prefeitura cumpre com os deveres relacionados aos *direitos trabalhistas*. Porém, em relação à

liberdade de expressão de ideias, críticas e sugestões, alguns trabalhadores relatam que foram tolhidos.

Outra categoria se remete ao *trabalho e o espaço total na vida*, reafirmando a importância das falas dos trabalhadores onde afirmam que a Secretaria de Saúde não favorece o *lazer* no ambiente de trabalho e nem fora dele. A última categoria apontada¹⁷ é a *relevância social na vida*, onde fica claro a necessidade da valorização do fator humano pela gestão da Secretaria de Saúde, e a evolução deste quadro dependerá da proximidade que esta gestão terá com os trabalhadores da saúde.

Espera-se que a realização deste estudo, possa contribuir para a gestão mais eficaz dos trabalhadores da saúde do município, bem como se constituir em estímulo para futuras pesquisas nessa área.

5.2 RECOMENDAÇÕES

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, surgiram alguns pontos merecedores de recomendações, que ficam aqui registradas, como segue:

Em relação ao não conhecimento dos benefícios oferecidos pela prefeitura, esta questão poderá ser corrigida mediante elaboração de manual contendo estas informações sobre os benefícios oferecidos pela Prefeitura de Chapecó, além de comunicação por outras mídias quando se fizerem necessárias.

Outro ponto importante nesta perspectiva é a implantação de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) com a finalidade de corrigir algumas distorções salariais, pois, a importância do PCCS está justamente na possibilidade de se garantir esta isonomia, através do exercício da avaliação da estrutura funcional separando tarefas e responsabilidades que corresponderão a cada cargo, atribuindo-lhes valores justos e coerentes, bem como a possibilidade do desenvolvimento na carreira.

Uma estrutura de cargos, carreiras e salários deve estar articulada a um sistema de avaliação de desempenho. A implantação eficaz de processos de avaliação de desempenho é um desafio, principalmente na Administração Pública,

necessitando participação dos trabalhadores e criação de espaços de debates entre trabalhadores das equipes e gestores.

Para melhorias em relação ao ambiente de trabalho seria importante buscar um apoio profissional da área de arquitetura ou engenharia civil para uma reestruturação do local, bem como reforma da estrutura física.

Uma estratégia de enfrentamento relacionada a sobrecarga de trabalho e ritmo intenso, seria um dimensionamento de pessoal, objetivando estabelecer análise do quadro incluindo composição etária e saúde ocupacional dos servidores, definição da estrutura organizacional e suas competências, análise dos processos e das condições de trabalho, buscando melhorar a Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde.

O estudo de Necessidade de Pessoal constitui-se em uma poderosa ferramenta de gestão do trabalho na saúde pública, pois proporciona a organização do quadro de pessoal da instituição, potencializando as competências individuais em função dos objetivos institucionais. Para atingir este objetivo deverá ser estruturado nas seguintes etapas:

- Levantar a real força de trabalho que compõe a Secretaria de Saúde de Chapecó – SC no tocante a formação, vínculo e perfil completo dos trabalhadores.
- Descrever as atividades dos serviços e setores em relação aos ambientes organizacionais e à força de trabalho;
- Descrever as condições tecnológicas e de trabalho, bem como a saúde do servidor;
- Descrever e analisar os processos de trabalho em saúde, apontando as necessidades de melhoria;
- Identificar a necessidade de redefinição da estrutura organizacional;
- Estabelecer a real necessidade de força de trabalho;
- Comparar quadro real com a necessidade para: promover ajuste de distribuição de pessoal; identificar a necessidade de abertura de vagas.

A pouca oportunidade de participação relatada pelos trabalhadores leva a importância para criação de espaços de debates e trocas para que as tomadas de

decisões sejam elaboradas de forma mais participativa criando assim, co-responsabilidades dos trabalhadores no próprio trabalho da eESF.

É importante também, que sejam criadas ações intersetoriais visando à promoção da saúde, voltadas para o lazer do trabalhador que entre outros, pode propiciar fortalecimento da equipe, integração social e o aumento da satisfação dos trabalhadores. Além disso, manutenção dos espaços de participação considerando-se ser relevante a escuta de suas dificuldades, assim como propostas de organização do cuidado a sua saúde.

O desenvolvimento interno de um serviço público depende da participação interna de todos os envolvidos, com abertura para a participação externa, o que possibilita crescimento da gestão com aprimoramento de suas atividades. Um dos fatores essenciais é sem dúvida a participação nas tomadas de decisão e comprometimento de todos os trabalhadores. Em conseqüência, propiciará aproximação entre as equipes e entre equipes e gestores resultando na valorização do trabalhador da saúde.

Em relação ao tema proposto - *Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde* - o resultado desta pesquisa possibilitou identificar que há a necessidade da elaboração de forma participativa de um programa voltado a QVPTS do trabalhador das eESF do município estudado. Este programa deverá contemplar os eixos considerados pelos trabalhadores e incluir diversas ações que abrangem áreas de atuação, como saúde, alimentação, prática de exercícios físicos, meio ambiente, cultura, lazer e cidadania, ao lado de revisão das políticas que contemplem os determinantes sociais da saúde considerados como recurso. Com este programa se pretende atender algumas das necessidades do trabalhador respeitando-se o princípio da integralidade.

Os objetivos do programa de QVPTS deverão atender:

- Uma política para a valorização do trabalhador da saúde;
- Despertar o comprometimento com a política da ESF e a própria saúde pública;
- Elevar o nível de satisfação do trabalhador da saúde;
- Estimular os trabalhadores a cuidar de si e ter um estilo de vida mais saudável;

- Proporcionar o bem-estar do trabalhador no ambiente de trabalho;
- Estreitar os laços entre gestão/trabalhador.

O programa aqui sugerido visa compreender o trabalhador da saúde como um ser multidimensional, integrado com harmonia, visando desenvolver um clima positivo no trabalho e no ambiente familiar de forma integral para prevenir doenças e promover a saúde. Neste contexto, implantar e manter este programa exige um processo de mudança que busca como resultado contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Este estudo evidenciou, portanto, a importância da implantação de projeto de Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde entendendo-se que é de suma importância que se desenvolvam outros estudos sobre QVPTS, tendo em vista sua relevância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Moysés N, Teixeira M, Pereira SR. Estrutura da rede de serviços de saúde: onde atuam os trabalhadores de saúde? In: Machado MH (Org). **Trabalhadores de saúde em números**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ;v. 02, 2006. p. 11-31.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano nacional de saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 3 Deluiz N. Neoliberalismo e educação: é possível uma educação que atenda os interesses dos trabalhadores? **Tempo e Presença**.1997, maio./jun.:(293):14-6.
- 4 Wagner HL. **Princípios do programa de saúde da família**. Curso para profissionais de nível médio da regional de saúde do Pinheirinho. Curitiba: 1996.
- 5 Ferreira MC. **Trabalhar em ambiente feliz é possível?** Brasília: Universidade de Brasília; 2005.
- 6 Duraffourg J. O trabalho e o ponto de vista da atividade (capítulo 2). In: Schwartz Y, Durrive L. (Org.). **Trabalho e ergologia. Conversa sobre a atividade humana**. Niterói: UFF; 2007.
- 7 The Whoqol Group.Grupo Whoqol. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (Whoqol). Famed - Universidade Federal do Rio Grande do Sul/HCPA, 1998- [acesso em 19 abr. 2011]. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>.
- 8 MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo e BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2000, vol.5, n.1, pp. 7-18. ISSN
- 9 Brasil. Constituição de 1988.Constituição [da] Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- 10 Tavares MFL, Carvalho AI, Bodstein RCdeA. Abordagem avaliativa de uma experiência de promoção da saúde no Rio de Janeiro. In: Ugá MA, Sá MdeC, Martins M, Braga Neto FC. (Org.). **A gestão do SUS no âmbito estadual o caso do Rio de Janeiro**. 1ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010, 1:333-350.
- 11 Brasil. **Promoção da saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa-fé de Bogotá. Brasília: MS; 2001.

12 Fernandes EC. **Qualidade de vida no trabalho**: como medir para melhorar. Salvador, BA: Casa da Qualidade; 1996.

13 Silva SF. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec; 2001.

14 Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidade. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. 2009;(44):p. 13-24.

15 Schwartz Y. Ergonomia, filosofia e exterritorialidade. In: Daniellou F. (Coord.). **A ergonomia em busca de seus princípios**: debates epistemológicos. São Paulo: Edgard Blucher; 2004:141-179.

16 Remen RN. **O paciente como ser humano**. Trad. de Denise Bolanho. São Paulo: Summus; 1993.

17 Walton RE. Quality of working life: what is it? **Slow Management Review**. 1973;15(1):11-21.

18 Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2005;21(2):490-498.

19 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Dialogando sobre o Pacto pela Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006:. (Série B. Textos básicos de saúde).

20 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009:. (Série B. Textos básicos de saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

21 Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. 2002;1(1):75-91.

22 Brasil. Ministério da Saúde. **Lei nº.8080**. Brasília, DF: 1990. [acesso em 03 mar. 2011] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>.

23 Santos-Filho SB, Barros MEB. (Orgs.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí; 2007.

24 Martins MIC, Dal Poz MR. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. **Physis**. 1998;8(2):125-146.

25 Arcury ASA. Interfacehs. **Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**. 2007; ago. 2(4), Resenha 1.

26 Amâncio Filho A, Teles JL. Formação de recursos humanos para a saúde: antigos problemas, novos desafios. **Escola de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; s/ano.

27 Machado MH. Trabalho e emprego em saúde. In: Giovanella et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008:309-330.

28 Remen RN. **O paciente como ser humano**. Trad. de Denise Bolanho. São Paulo: Summus; 1993.

29 Esperidião E, Munari DB. Repensando a formação do enfermeiro e investindo na pessoa: algumas contribuições da abordagem gestáltica. **Rev. Bras. Enf.**, 2000;53(3):339-340.

30 Fernandes MV, Batista AS, Leite MAN. **Endomarketing**: uma possibilidade nos serviços de saúde. [on line] - [acesso em 16 set 2011] Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espaco-parasaude/v3n2/doc/endomarketing>.

31 Martins MCFN. **Humanização da assistência e formação do trabalhador de saúde**. [on line] - [acesso em 15 abr. 2011] Disponível em: http://www.polbr.med.br/arquivo/arquivo0503_1.htm.

32 Buss V. **Qualidade de vida no trabalho**: o caso do corpo técnico e auxiliar administrativo de uma instituição de ensino superior. [dissertação] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Engenharia de Produção. Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, 2002.

33 Bitencourt C. (Colab). **Qualidade de vida no trabalho**: gestão contemporânea de pessoas: novas práticas, conceitos tradicionais. Porto Alegre: Bookman; 2004.

34 Rodrigues MVC. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

35 Westphal, MF. Promoção da saúde e qualidade de vida. In: Fernandes JCA, Mendes R. **Promoção da saúde e gestão local**. Hucitec; 2007:41-60.

36 Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência Saúde Coletiva**. 2000;(51):7-18.

37 Limongi-França AC. **Qualidade de vida no trabalho**: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. São Paulo: Atlas; 2003.

38 Furlanetto MS. **Qualidade de vida no trabalho**: a percepção dos servidores da prefeitura municipal de Porto Alegre. Porto Alegre: 2008.

39 Minayo MCS. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2010.

40 Lakatos EM, Marconi MdeA. **Fundamentos da metodologia científica**. 4ª ed São Paulo: Atlas; 2001.

41 Minayo MCS. **Pesquisa social - teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes; 1998.

42 Bogdan R, Biklen SK. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto; 1994.

43 Cervo AL, Bervian PA, Da Silva R. **Metodologia científica**. 4ª ed. São Paulo: Makron Books;1996.

44 Yin RK. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução: Daniel Grassi. 2ª ed. Porto Alegre: Brookman; 2001.

45 Gil AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1991.

46 Yin RK. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução Daniel Grassi. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

47 Richardson RJ. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.

48 Yin RK. **Case study research**: design and methods. Thousand Oaks: Sage; 1994.

49 Gil AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas; 1999.

50 Spink MJ (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez; 1999.

51 CNES.[acesso em 13 abr. 2011] Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.

52 The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (Whoqol): Position Paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**. 1995;10:1403-1409.

53 Tolfo SdaR, Piccini VC. As melhores empresas para trabalhar e a qualidade de vida no trabalho: disjunções entre a teoria e a prática. 22º Encontro da ANPAD de Foz do Iguaçu. **Anais**. Rio de Janeiro: ANPAD; 1998.

54 Chapeco (cidade). [acesso em 15 nov. 2011] Disponível em: <http://www.chapeco.sc.gov.br>.

55 Steaghall-Gomes DL, Mendes IJM. A força do trabalho da mulher .**ACTA Paul Enf.**, São Paulo:1995; jan./abr. 8(1):61-74.

56 WERMELINGER, M. C. M. W. ; MACHADO, M. H. ; TAVARES, Maria de Fátima Lobato ; OLIVEIRA, Eliane dos Santos ; MOYSÉS, Neuza Maria ; FERRAZ, W. . **A Feminização do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil**. Divulgação em Saúde para Debate, v. 45, p. 54-70, 2010.

57 Antunes R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial; 1999.

58 Codo W, Sampaio JJC. (Org.). **Sofrimento psíquico nas organizações**: saúde mental e trabalho. Rio de Janeiro: Vozes; 1995:139-151.

59 Bohlander G, Snell S, Sherman A. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2003.

60 Chiavenato I. **Gestão de pessoas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.

61 Milkovich GT, Boudreau JW. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Atlas; 2000.

62 Herzberg F. "One more time: How do you motivate employees?".**Harvard Business Review**. 2003;81(1):87-96.

63Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**.1998;VII(2):7-28.

64 Viana SV. Prática em nutrição, prática do nutricionista. **Cadernos CRH**. 1995;2:97-113.

65 Vecina Neto G, Malik A M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

66 DINIZ, PdeMF. Tudo Sobre a Reforma Administrativa e as Mudanças Constitucionais. **Coletânea Administrativa Pública**. Brasília: BrasíliaJurídica; v.4, 1998.

67 Bonaldi C et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: Pinheiro R, Barros de Barros ME, Mattos R. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2007:51-72.

68 Cura MLAD. **Satisfação profissional do enfermeiro**. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 1994.

69 Jacques MG, Codo W. (Org.), **Saúde mental & trabalho**: leituras. Petrópolis: Vozes; 2002.

70 Habermas J. **Conhecimento e interesse**. Trad. José N. Heck. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.

71 Silva Rda. **Características do estilo de vida de professores do ensino superior público em Educação Física**. [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. CTC. 2006.

72 Salles EPde. **Qualidade de vida do auxiliar e técnico de enfermagem em UTIs**. [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem. 2005.

73 Menezes MJ. Estilo democrático de gestão no contexto organizacional: Perspectivas. **Administração de Empresas em Revista**. Faculdades Integradas Curitiba. Curitiba: 2002;1(1).

74 Moscovici F. **Desenvolvimento interpessoal**. 15ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2005

75 Bom Sucesso EdeP. **Trabalho e qualidade de vida**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Dunya; 1997.

76 Lumertz C. **Seminário avançado**: liderança de resultados. Porto Alegre: Allcon; 2001.

77 Boff L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 1999.

78 Piancastelli CH, Faria HP, Silveira MR. **O trabalho em equipe**. [acesso em 15 ago. 2005]. Disponível em:
http://www.opas.org.br/rh/publicações/textos_apoio/texto_1.pdf.

79 Robbins SP. **Comportamento organizacional**. Tradução técnica de Reynaldo Marcondes. 9ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.

APÉNDICE

PERFIL

Há quanto tempo você está trabalhando na Secretaria Municipal da Saúde? _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____

Estado Civil:

() Casado(a) () Solteiro(a) () Divorciado(a)
() Viúvo(a) () União estável

Qual é sua escolaridade?

- () Ensino Fundamental completo
- () Ensino Médio incompleto
- () Ensino Médio completo
- () Terceiro grau incompleto - Curso: _____
- () Terceiro grau completo - Curso: _____
- () Especialização incompleta - Curso: _____
- () Especialização completa - Curso: _____
- () Mestrado incompleto - Curso: _____
- () Mestrado completo - Curso: _____
- () Doutorado incompleto - Curso: _____
- () Doutorado completo - Curso: _____

Qual é o seu cargo?

- () auxiliar de enfermagem
- () auxiliar de consultório dentário
- () cirurgião dentista
- () médico
- () enfermeiro
- () agente comunitário de saúde

Há quanto tempo trabalha na Equipe de Estratégia de Saúde da Família? _____

Você cuida da sua saúde?

() sim () não Como? _____

Você trabalha em outro lugar, além da ESF?

() sim () não Qual? _____

I. COMPENSAÇÃO

Você está satisfeito com sua atividade profissional?

Você está satisfeito com seu salário?

Qual sua opinião sobre as diferenças salariais na equipe de SF?

Como você define seu salário em relação aos trabalhadores da sua categoria profissional que trabalham em outros lugares?

Além do seu salário, que outro benefício você recebe?

Você está satisfeito com os benefícios que a Prefeitura oferece?

II. CONDIÇÕES DE TRABALHO

Como é a relação da sua jornada de trabalho com a quantidade de trabalho?

É preciso fazer horas extras? Quantas?

Qual sua opinião sobre as instalações físicas do seu ambiente de trabalho?

Como você caracteriza o ritmo do seu trabalho?

III. USO E DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES

Você tem autonomia para a execução do seu trabalho?

Você se sente reconhecido pela qualidade dos trabalhos que realiza?

Você se sente reconhecido por suas habilidades e conhecimento?

Você se sente capacitado e treinado para exercer sua atual função?

Há quanto tempo foi sua última capacitação?

De que forma você é avaliado no que se refere ao trabalho que desempenha?

Você conhece o resultado destas avaliações?

Como são trabalhados institucionalmente os resultados das avaliações?

Você se sente realizado com seu trabalho?

IV. OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA

A instituição lhe propicia o crescimento pessoal e profissional através de cursos e palestras?

Você se sente seguro com relação ao seu trabalho? () sim () não Por quê?

V. INTEGRAÇÃO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO

Como é o ambiente social no trabalho?

Como é a relação entre os colegas de trabalho?

Como é a relação com a coordenação das equipes?

Como é a relação com a comunidade?

VI. CONSTITUCIONALISMO

Como a instituição se comporta em relação aos direitos trabalhistas dos servidores?

Você sente tranquilidade em expressar suas idéias, sugestões e críticas?

VII. O TRABALHO E O ESPAÇO TOTAL NA VIDA

Como o trabalho interfere na sua vida pessoal?

A instituição onde você trabalha promove programas de lazer entre os trabalhadores?

A instituição onde você trabalha promove programas de lazer que integre sua família?

O que você faz nos seus momentos de folga?

A localização geográfica onde você trabalha facilita a sua rotina diária?

IX. RELEVÂNCIA SOCIAL DO TRABALHO NA VIDA

Como você se sente trabalhando nesta instituição?

Como você percebe a instituição na qual você trabalha?

Você considera sua instituição ética?

Você gosta de trabalhar nesta instituição?

Você gosta do seu trabalho?

O que você entende por Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde?

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Estudo: QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ - SC - BRASIL

Pesquisadora: Fernanda Fabiana Ledra

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Fátima Lobato Tavares

Instituição/Departamento: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21041-210 - Tel: (21) 2598-2525

Telefone(s) para contato: (49) 84071272 / (49) 33210061

Local da Coleta dos Dados: Equipes da Estratégia da Saúde da Família de Chapecó/SC.

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, respondendo às perguntas desta entrevista de forma totalmente **voluntária**.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder a esta entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar.

Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tem direito.

Objetivo do Estudo: Analisar a Qualidade de Vida no Processo de Trabalho em Saúde dos trabalhadores que compõe as equipes de ESF do município em estudo sob o ponto de vista do trabalhador

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas de uma entrevista as quais são relacionadas à Qualidade de Vida no Trabalho em Saúde. As entrevistas serão gravadas e analisadas e ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora até março de 2015, quando serão destruídos.

Benefícios: Os benefícios deste estudo estão em conhecer, sob o ponto de vista dos trabalhadores da ESF de Chapecó –SC, a Qualidade de Vida no Processo de Trabalho destes trabalhadores. A descrição destes elementos pode subsidiar o fortalecimento de ações voltadas para a QVPTS a partir da discussão dos resultados com os sujeitos da pesquisa após a finalização do estudo.

Riscos: A participação em responder as entrevistas não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Privacidade: Será assegurada a privacidade das informações fornecidas por você. O seu nome **não** será divulgado e você **não** será identificado (a) em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Nome do(a) entrevistado(a): _____

Assinatura do(a) entrevistado(a): _____

Pesquisadora: _____

Data: ____/____/____.

Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Andar Térreo
Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210
Telefone e Fax - (21) 2598-2863
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>