



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

JULIA RICETTI SKRONSKI JEDLICZKA

**ACIDENTES E CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS  
PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO ESTADO DO  
PARANÁ**

---

Londrina  
2011

JULIA RICETTI SKRONSKI JEDLICZKA

**ACIDENTES E CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS  
PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO ESTADO DO  
PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação stricto sensu em Gestão de Serviços de Saúde (Mestrado Profissionalizante), da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes.

Londrina  
2011

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da  
Universidade Estadual de Londrina.**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

J44a Jedliczka, Julia Ricetti Skronski.

Acidentes e condições de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte do estado do Paraná / Julia Ricetti Skronski Jedliczka. – Londrina, 2011  
1014 f. : il.

Orientador: Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, 2011.

Inclui bibliografia.

1. Acidentes do trabalho – Teses. 2. Trabalhadores da saúde – Teses. 3. Saúde e trabalho – Teses. 4. Recursos humanos na saúde pública – Teses. I. Nunes, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde. III. Título.

CDU 614.8

JULIA RICETTI SKRONSKI JEDLICZKA

**ACIDENTES E CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS  
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DE  
PEQUENO PORTE DO ESTADO DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação stricto sensu em Gestão de Serviços de Saúde (Mestrado Profissionalizante), da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Rigo Silva

---

Prof. Dr. Paulo Roberto Gutierrez

Londrina, 29 de março de 2011.

Dedico este trabalho...

Ao Deus Eterno,

... pois até aqui tem me ajudado o Senhor.

**Slm 126.3b**

## AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, meu marido Eduardo, filhos, filha e noras...

...pelo incentivo e cooperação.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Fátima...

...pelos cafés com bolachas nas horas de sábados e feriados que passamos juntas revendo o trabalho, e por transmitir de maneira desprendida seu conhecimento.

Às amigas Liana Lopes Bassi e Glória Maria Assis Alavarse...

... que com revisões, correções e apoio, me incentivaram e me sustentaram em momentos de fraqueza.

À Maira Sayuri Bortoletto....

... por suas colaborações.

Em especial à amiga Stela Maris Santini...

... que se tornou companheira, como uma irmã nestes dois anos de esforço.  
Por ser o porto seguro, transmitindo tranquilidade e colaboração, sem a qual talvez eu não tivesse chegado ao fim desta viagem.

Meu muito obrigada a todos!

*“Há um tempo em que é preciso  
abandonar as roupas usadas, que já tem a  
forma do nosso corpo,  
e esquecer os nossos caminhos, que nos  
levam sempre aos mesmos lugares.  
É o tempo da travessia:  
e, se não ousarmos fazê-la,  
teremos ficado, para sempre à margem de  
nós mesmos”.*

**Fernando Pessoa**

JEDLICZKA, Julia Ricetti Skronski. **Acidentes e condições de trabalho dos profissionais de saúde das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do Estado do Paraná.** 2010. 101 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo caracterizar os trabalhadores das equipes de saúde da família de municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do Paraná, suas condições de trabalho, bem como os acidentes de trabalho referidos. Consistiu de um estudo descritivo de natureza quantitativa, desenvolvido em municípios de pequeno porte da 16ª Regional de Saúde (RS) da Secretaria Estadual de Saúde – (SESA) – PR com sede em Apucarana. A população deste estudo foram os profissionais das 41 equipes de saúde da família, sendo: 232 agentes comunitários de saúde (ACS), 29 médicos, 38 enfermeiros e 33 auxiliares de enfermagem, totalizando 332 profissionais. A coleta de dados foi efetuada por meio de um questionário estruturado e auto aplicável e estruturado. Analisando-se o perfil das equipes de saúde das equipes observou-se que 82,8% dos trabalhadores eram do sexo feminino; faixa etária menor de 39 anos (75,9%). Quanto ao vínculo empregatício, 19,0% foram admitidos por Estatuto do Servidor Público, 53,0% através da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), 20,8% terceirizados e 2,7% através de cargos comissionados. Em relação às condições de trabalho tanto o espaço próprio para desenvolvimento das atividades específicas, bem como o espaço físico das UBS foram considerados inadequados por mais de 68,6 % dos pesquisados. Os equipamentos de proteção individual ou os EPI's foi referido como indisponível por 48,5% dos entrevistados. Os veículos destinados às ações desenvolvidas encontravam-se disponíveis para 18,2% das equipes. Os trabalhadores estudados referiram ter sofrido 143 acidentes de trabalho e destes, 16,1% com material perfuro-cortante, dos quais 69,6% foram notificados. As partes do corpo mais atingidas por acidentes de trabalho foram pernas, mãos e pés. Percebe-se a importância de políticas de saúde focadas na infra-estrutura dos serviços e nas condições de trabalho das equipes de saúde da família mais especificamente na proteção do trabalhador, para viabilizar melhorias no desenvolvimento das atividades e no atendimento à comunidade.

**Palavras-chave:** Saúde da família. Condições de trabalho. Primeiros socorros. Acidentes de trabalho.

JEDLICZKA, Julia Ricetti Skronski. **Working conditions of health workers of the family health teams in small towns of a regional health care of the Parana State**. 2010. 101 f. Dissertation (Professional Master Health Services Management) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

## **ABSTRACT**

This work aimed to characterize the family health care workers of small towns of a Parana regional health care and their work conditions, and referred work accidents as well. It consisted of a descriptive study of quantitative nature, developed in small towns in the Apucarana 16th Regional Health (RS) of the Health State Department - PR (SESA). The study population were the 41 family health teams professionals, being: 232 community health agents (ACS), 29 doctors, 38 nurses and 33 nursing assistants, totaling 332 professionals. The data collection was conducted through a structured and self-applicable questionnaire. Analyzing the occupational health teams profile it was observed that 82.8% of workers are female; age group below 39 years old, 75.9%. As for employment link, 19.0% were admitted by the Public Service Statute, 53.0% through the Labour Laws Consolidation (CLT), 20.8% outsourced and 2.7% through commissioned positions. In relation to the working conditions and proper space for the specific activities development of the team, 62.3% of the reviews considered inadequate and 69.0% of the reviews the UBS physical space inadequate. The protective equipment was reported as unavailable for 48,5% of the respondents. The vehicles for the developed actions were available to 18.2% of the teams. Were reported 143 work accidents, 16.1% with cutting perforation material, of which 69.6% were reported. The most affected body parts by accidents were legs, hands and feet. It was realized the health policies importance focused on services infrastructure and working conditions of family health teams, more specifically in worker protection, to enable the development of activities and community services improvements.

**Keywords:** Family health. Working conditions. Primary health care. Worker health.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Número de equipes implantadas do ano de 1998 a 2005 na 16ª RSA, 2009.....	22
<b>Figura 2</b> – Mapa do Estado do Paraná e o contorno das 22 Regionais de Saúde, com destaque para a 16ª RSA, 2009.....	40
<b>Figura 3</b> – Esquema de distribuição da população de estudo das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009 .....	50
<b>Figura 4</b> – Percentual de ocorrência de acidentes de trabalho referidos pelos profissionais nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009 .....	73
<b>Figura 5</b> – Acidentes de trabalho, segundo a parte do corpo mais atingida, referidos pelos profissionais da saúde da família, nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009 .....	74
<b>Figura 6</b> – Número de encaminhamentos segundo protocolo, nos casos de acidentes com perfuro-cortante sofridos pelos profissionais pesquisados nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009 .....	75

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	– Percentual de cobertura populacional das ESF nos municípios do Brasil, 2010 .....	20
<b>Tabela 2</b>	– Número de equipes implantadas nos municípios do Estado do Paraná conforme o ano de implantação, 2009.....	20
<b>Tabela 3</b>	– Número de equipes de saúde da família na área de abrangência da 16ª Regional de Saúde em 2008 .....	21
<b>Tabela 4</b>	– Características sócio-demográficas dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009 .....	52
<b>Tabela 5</b>	– Primeiro emprego dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ªRSA – Paraná – Brasil, 2009. ....	54
<b>Tabela 6</b>	– Modalidade de seleção e tipo de vínculo dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RSA- Pr. em 2009.....	55
<b>Tabela 7</b>	– Carga horária semanal cumprida pelos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009 .....	57
<b>Tabela 8</b>	– Distribuição do tempo despendido no trajeto da residência até o local de trabalho, referido pelos profissionais das ESF, nos Municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009.....	58
<b>Tabela 9</b>	– Número de vínculos empregatícios referidos pelos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009. ....	59
<b>Tabela 10</b>	– Número médio de pessoas atendidas pelos profissionais da ESF em dia normal de trabalho nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009.....	60
<b>Tabela 11</b>	– Distribuição da satisfação referida* pelos profissionais quanto ao desenvolvimento das principais atividades com a equipe e na UBS, nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009 .....	63

<b>Tabela 12</b> – Opinião referida pelos profissionais de saúde quanto ao ambiente de trabalho nas UBS, nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009.....	65
<b>Tabela 13</b> – Opinião referida pelos profissionais de saúde quanto as condições de trabalho nas UBS, nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009.....	67
<b>Tabela 14</b> – Distribuição da disponibilidade de insumos referidos pelos profissionais de saúde nas UBS, nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009.....	69
<b>Tabela 15</b> – Distribuição percentual dos profissionais de acordo com o acesso ao computador para suas atividades profissionais, nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009.....	70
<b>Tabela 16</b> – Disponibilidade de veículos para realização da atividade de visitas domiciliares da equipe de Saúde da Família dos Municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009 .....	70
<b>Tabela 17</b> – Distribuição dos tipos de acidentes de trabalho, sofridos pelos profissionais das equipes de saúde da família nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009.....	72
<b>Tabela 18</b> – Afastamentos referidos pelos profissionais em virtude dos acidentes sofridos, nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009 .....	73

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>16ª RS</b>	16ª Regional de Saúde
<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária a Saúde
<b>CAPS</b>	Centro Atenção Psicossocial
<b>CAT</b>	Comunicação Acidentes de Trabalho
<b>CLT</b>	Consolidação das Leis Trabalhistas
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>DAB</b>	Departamento de Atenção Básica
<b>DEGERTS</b>	Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde
<b>DIEESE</b>	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
<b>EC</b>	Emenda Constitucional
<b>EPI</b>	Equipamento de Proteção Individual
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>ESF</b>	Equipe Saúde da Família
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>LER/DORT</b>	Lesão Esforço Repetitivo/ Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NR</b>	Norma Regulamentadora
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PR</b>	Paraná
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>SCNES</b>	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
<b>SESA</b>	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

<b>SF</b>	Saúde da Família
<b>SGTES</b>	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
<b>SIAB</b>	Sistema de Informações da Atenção Básica
<b>SINAN</b>	Sistema Nacional Notificação de Agravos de Notificação
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UEL</b>	Universidade Estadual de Londrina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1	SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA PRIORITÁRIA .....	17
1.2	SETOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE .....	23
1.3	PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS .....	25
1.4	CONDIÇÕES DE TRABALHO E DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	30
1.5	ACIDENTE DE TRABALHO.....	32
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	38
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	39
3.1	OBJETIVO GERAL .....	39
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	40
4.1	ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA PESQUISA.....	40
4.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	41
4.3	COLETA DE DADOS.....	42
4.4	VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	44
4.4.1	Características Sócio-demográficas .....	44
4.4.2	Características do Trabalho.....	45
4.4.3	Condições de Trabalho Referidas pelos Profissionais.....	46
4.4.4	Tipos de Acidentes de Trabalho .....	48
4.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	49
4.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	49
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	50
5.1	CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS .....	51
5.1.1	Características Sócio-demográficas .....	51
5.1.2	Características do Trabalho.....	54
5.2	CONDIÇÕES DE TRABALHO.....	61
5.3	ACIDENTES DE TRABALHO.....	71

<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	77
6.1 DESAFIOS DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO.....	78
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	79
<b>APÊNDICES</b> .....	88
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	89
APÊNDICE B – Termo de Autorização Institucional.....	90
APÊNDICE C – Questionário .....	91
<b>ANEXO</b> .....	100
ANEXO A – Parecer Nº 112/09.....	101

## 1 INTRODUÇÃO

Em 1988 o Brasil começava consolidar sua democracia. O país promulgava uma nova Constituição da República Federativa do Brasil, lutava pelos direitos e consolidação das instituições. Nasce aí o Sistema Único de Saúde (SUS), que integrava os esforços das administrações estaduais, municipais e federais para o efetivo acesso de todos à saúde (BRASIL, 1988).

Segundo Lacaz (1996) as propostas de organização de Serviços e Atenção a Saúde do Trabalhador na Rede Pública data de 1984 em um período anterior à VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em março de 1986, à qual seguiu-se a realização da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em dezembro do mesmo ano, tendo como base de discussões as deliberações da VIII Conferência.

A II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foi realizada somente em março de 1994. A tensão entre órgãos do Setor Saúde; trabalho e Previdência Social demonstrava a incompreensão do que era a proposta sistêmica e os princípios e diretrizes do SUS enquanto política pública. As deliberações desta conferência não saíram do papel, principalmente a integração intersetorial que deveria se dar a partir dos princípios e diretrizes do SUS, universalidade, integralidade e o controle social, algo não incorporado pelos órgãos do setor Trabalho e Previdência Social (LACAZ, 2004).

Entende-se que a III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador convocada pelos ministros dos três Ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência Social, sem data definida, signifique um caminho para superação das resistências que vem travando o processo de unificação das ações do Estado em Saúde do Trabalhador.

Segundo a diretora do Núcleo de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da cidade do Rio de Janeiro, Marcia Agostini, em entrevista Fórum de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública, em 22 de junho de 2010, o artigo 6 da lei 8.080/90, define a Saúde do Trabalhador como um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e

reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho incorporando áreas de conhecimento que investigam as relações entre o trabalho e a saúde e a sua determinação no processo saúde/doença, considerando a diversidade do processo de trabalho e as diferentes formas de realização das atividades. As ações devem contemplar todos trabalhadores, independente do vínculo empregatício, sejam eles desempregados, indivíduos com deficiências, funcionários públicos, ambulantes, trabalhadores rurais - enfim todos os que sobrevivem e lutam por um trabalho, compatíveis com os princípios do SUS. O trabalhador e suas condições de trabalho precisam ter mais visibilidade, assim como os sofrimentos e as estratégias de sobrevivência das famílias dos trabalhadores, dos acidentados e doentes devido ao trabalho exercido. Requerem uma atenção mais qualificada, integral, humanizada, um olhar sensível sobre a sua saúde e sobre seus processos de vida e trabalho (FORUM, 2010).

Pesquisa realizada pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) sobre o Trabalho na Saúde mostra que no período de 1998 a 2008, o setor saúde teve forte expansão ocupacional. Segundo o levantamento, o número de ocupados em serviços de saúde cresceu 44,4%, com a incorporação de 244 mil trabalhadores. Porém, houve redução nos salários e aumento das horas trabalhadas.

Este estudo demonstra crescimento acentuado do setor serviços (40,0%), que por sua vez, foi influenciado pelo desempenho da ocupação na área da saúde. Entre as diversas formas de inserção no mercado de trabalho, os postos gerados pela saúde são majoritariamente assalariados, forma de inserção que absorve mais do que 80,0% dos trabalhadores do ramo. Esta predominância do emprego assalariado, em larga medida, é explicada pela associação entre o montante de recursos envolvidos e a complexidade das ações de atenção à saúde. Os vínculos adicionais são outra modalidade de extensão do tempo trabalhado que se tornou usual no âmbito da saúde, na qual, muitas vezes, a uma jornada de 40 horas em um estabelecimento público ou privado é agregado um segundo compromisso laboral com o objetivo de complementar rendimento (DIEESE, 2008).

Faz-se *mister* à constituição de um histórico profissional dos trabalhadores da saúde, e de forma específica, da atenção primária à saúde. Isto tornará mais viáveis as ações de gestão do trabalho permitindo o planejamento,

acompanhamento, monitoramento e por fim a avaliação dos objetivos atingidos tanto na atenção ao cliente quanto no cuidado da saúde de quem presta o serviço.

### 1.1 SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA PRIORITÁRIA

O SUS é hoje dotado de um formidável arcabouço jurídico-normativo, que lhe define uma arquitetura institucional bastante consistente e adequada tanto à ideia da centralidade do município no funcionamento do sistema, quanto à ideia de sua permeabilidade às demandas sociais (FLEURY et al., 1997). Na construção deste processo de fortalecimento dos municípios destaca-se o Programa de Saúde da Família (PSF).

Este programa foi implantado em 1994 e caracterizou-se como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo por base a implantação de equipes multiprofissionais, que são responsáveis por um número pré-determinado de famílias localizadas em áreas delimitadas que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS). As Equipes de saúde da Família (ESF) são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Da equipe de saúde bucal participam minimamente um odontólogo e um auxiliar de saúde bucal (ASB) ou Técnico em saúde bucal (TSB). Estas equipes devem ser responsáveis, em seu território, pelo acompanhamento de no máximo 4.500 habitantes, conforme processo de territorialização. Ocorre ainda a divisão em micro áreas, sob acompanhamento de um ACS, cuja população não pode ser superior a 750 pessoas (BRASIL, 2009a).

A atuação dos profissionais que compõem as equipes é baseada em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação das doenças, na perspectiva da manutenção da saúde da população sob sua responsabilidade. A expansão do PSF, ao longo dos anos, demonstra a vontade política das três esferas de governo em iniciar pela atenção primária a reorganização da atenção de saúde brasileira, com vistas a superar o modelo hegemônico, que durante décadas vem sendo utilizado no país, centrado em consultas clínicas e na cura de doenças. Este modelo ao longo do tempo tem demonstrado não ser resolutivo, evidenciado pela

reincidência de consultas dos mesmos pacientes, com as mesmas queixas (BRASIL, 2009a).

Devido à magnitude e importância do PSF, cujo termo “programa” sinaliza um início, meio e fim determinado, no ano de 2006 esta proposta foi elevada à categoria de Estratégia, tornando-se uma política de estado na reorganização da atenção primária à saúde (APS) no Brasil. Atualmente a APS vislumbra, nesta concepção de saúde, a promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores de risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e contando com a participação da comunidade nas decisões, na manutenção, prevenção e recuperação de sua saúde, e no envolvimento em ações que estimulem a cidadania (BRASIL, 2009a).

No Brasil, com base nos dados de dezembro/2009, no site do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), existiam 30.328 equipes implantadas, abrangendo 96,1 milhões de habitantes que correspondiam a 50,7% da população brasileira e 18.982 equipes de Saúde da Bucal. Existiam 234.767 ACS em todo país, dando uma cobertura a 115,4 milhões de pessoas, ou seja, 60,9% da população do Brasil.

Para a implantação e implementação da Saúde da Família (SF), diferentes atribuições foram designadas às três instâncias gestoras. Ao MS, representando a União, cabe nesta formatação, estimular a implantação de ESF, inserção de ACS nos serviços e de equipes de saúde bucal nos municípios, visando a reorientação das práticas assistenciais básicas. Durante o processo de implantação das ESF, o MS assume o papel de repasse de recursos aos municípios do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, tendo por base as informações consolidadas enviadas ao Departamento de Atenção Básica (DAB/MS) pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A Portaria nº 648/2006 estabelece os valores a serem transferidos conforme a modalidade das Equipes de Saúde da Família/Saúde Bucal implantadas e também em relação ao número de ACS cadastrados no SIAB. Esporadicamente são publicadas portarias ministeriais para reajuste do financiamento do PSF, como aconteceu em 2004 e 2006 (BRASIL, 2009a).

Aos Estados compete, estimular a adoção da estratégia pelos municípios; definir fontes de recursos estaduais para compor financiamento; prestar assessoria técnica aos municípios; disponibilizar instrumentos técnico-pedagógicos

de educação permanente e garantir esse processo, articulando demandas de participação dos profissionais; auxiliar os municípios na implantação do SIAB; identificar recursos técnicos e científicos para efetivar processo de controle e avaliação de resultados; entre outros (BRASIL, 2001).

Aos municípios compete, entre outras, as seguintes atribuições:

- Garantir fontes de recursos, selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais do PSF;
- Programar ações de APS a partir de sua base territorial;
- Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos;
- Acompanhar e avaliar o trabalho das ESF;
- Alimentar a base de dados do SIAB e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos no sistema;
- Estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes e a construção de parcerias com organizações governamentais e não-governamentais (BRASIL, 2001).

Como referido anteriormente, no Brasil, segundo dados do MS, o então PSF iniciou-se em 1994 com a implantação de ESF em 55 municípios. Dez anos depois estavam implantadas em 4.664 municípios, indicando uma expansão de 8.380%. Este número não parou de crescer, pois dos 5.564 municípios brasileiros em 2008, 5.235 possuíam ESF implantadas (BRASIL, 2009a).

Segundo o MS, observou-se também que o percentual de cobertura populacional das ESF é mais elevado em municípios de pequeno porte, o que justifica a necessidade de estudos privilegiando este assunto nestes municípios (Tabela 1).

**Tabela 1 –** Percentual de cobertura populacional das ESF nos municípios do Brasil, 2010 .

Número de habitantes	Percentual de Cobertura no Ano 2001	Percentual de Cobertura no Ano 2009
Até 5000 hab.	62,0	88,1
5001 a 9999 hab.	51,1	84,1
10.000 a 19.999 hab.	41,9	79,3
20.000 a 49.999 hab.	31,9	65,9
50.000 a 99.999 hab.	28,3	53,7
100.000 a 249.999 hab.	19,1	42,4
250.000a 499.999 hab.	18,2	30,7
Mais que 500.000 hab.	10,7	28,8

Fonte: BRASIL, 2009.

No Estado do Paraná, segundo informações da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), o programa iniciou no ano de 1994 com a implantação de 04 equipes de saúde da família (Tabela 2). No ano de 2009 atingiu-se 1.718 ESF em 373 municípios dos 399 municípios que o compõem (PARANÁ, 2009).

**Tabela 2 –** Número de equipes implantadas nos municípios do Estado do Paraná conforme o ano de implantação, 2009.

Ano de implantação	Número de equipes implantadas	INCREMENTO
1994	04	-
1995	44	1000
1997	99	125
1998	189	90,9
1999	215	13,7
2000	658	206
2001	920	39,8
2002	1.071	16,4
2003	1.161	55,0
2004	1.265	8,9
2005	1.452	24,6
2006	1.545	6,4
2007	1.551	0,3
2008	1.672	7,8
2009	1.718	2,7

Fonte: Paraná (2009).

A adesão dos municípios à Estratégia Saúde da Família no Paraná teve significativo crescimento, pois um ano após sua implantação ampliou em 1000% o número de equipes, e um índice considerável (206%) no ano de 2000. Nos anos que se sucederam houve um aumento do número de equipes, no entanto em um ritmo mais lento (Tabela 2).

No caso do Estado do Paraná - PR, 79,7% dos municípios são de pequeno porte, isto é, com população até 20.000 habitantes (PARANÁ, 2009).

Na área de abrangência da 16ª Regional de Saúde – PR (16ª RS), os municípios de pequeno porte representam 88,4% do total e possuem, em sua maioria, uma rede de serviços no âmbito da atenção básica e SF que proporcionam cobertura de 100% da população, segundo parâmetros de cobertura estipulados para as ESF. São exceções os municípios de Mauá da Serra e São Pedro do Ivaí que proporcionam cobertura de 83,5% e 69,8% respectivamente.

Na 16ªRS o processo de implantação das ESF iniciou-se em 1998 com quatro equipes, e em dezembro de 2010 contava com 105 ESF implantadas em todo os municípios sob sua responsabilidade (Tabela 3). Deste total, 41 equipes atuam em municípios de até 20.000 habitantes.

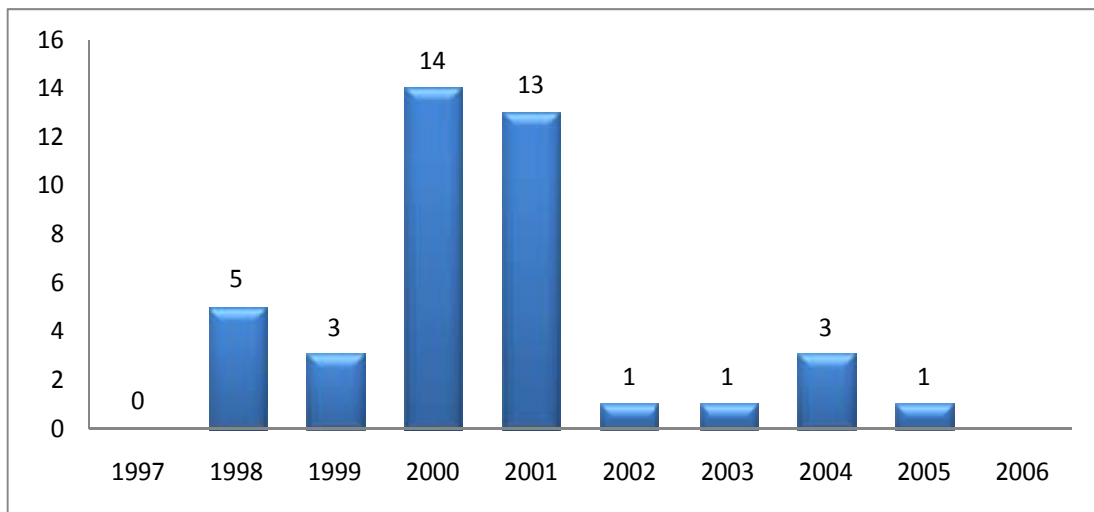
**Tabela 3 –** Número de equipes de saúde da família na área de abrangência da 16ª Regional de Saúde em 2008.

<b>Município</b>	<b>População</b>	<b>Equipes de SF</b>
Apucarana	115.323	35
Arapongas	96.669	29
Bom Sucesso	6.397	02
Borrazópolis	8.275	03
Califórnia	7.546	03
Cambira	6.862	03
Faxinal	15.527	05
Grandes Rios	7.641	03
Jandaia do Sul	19.534	06
Kaloré	4.664	02
Marilândia do Sul	8.932	04
Marumbi	4.142	02
Mauá da Serra	7.814	02
Novo Itacolomi	2.747	01
Rio Bom	3.260	01
Sabaúdia	5.447	02
S.Pedro do Ivaí	9.569	02
<b>TOTAL</b>	<b>330.349</b>	<b>105</b>

Fonte: IBGE (2009).

Esta tabela discrimina o número de habitantes de cada município da 16ªRS e o número de equipes implantadas em cada município.

Nos municípios da 16ª Regional de Saúde (16ª RS) o processo de implantação das ESF iniciou-se no ano de 1998, com cinco equipes distribuídas em cinco municípios diferentes. A abrangência da 16ª RS, como já citado anteriormente, é de 17 municípios (Figura 1).



**Figura 1** – Número de equipes implantadas do ano de 1998 a 2005 na 16ª RSA, 2009

Houve um incremento de implantação das equipes nos anos de 2000 e 2001 com 14 e 13 equipes respectivamente. Nos anos de 2002 e 2003 houve a implantação de uma única equipe por ano; em 2004 foram três equipes, e em 2005 apenas uma (Figura 1).

A proporção de cobertura populacional estimada é obtida pelo cálculo:  $n^{\circ}$  de ESF x 3.450/ População IBGE, com limitador de cobertura de 100%.

Como os municípios já atingiram seu teto de ESF estipulado pelo MS, baseado no número de habitantes, o total de equipes implantadas até julho de 2010 era de 41, nos 15 municípios de pequeno porte da 16ª RS.

Nesta perspectiva, o número de trabalhadores para compor estas ESF na área da atenção primária nos municípios de pequeno porte, acompanhou o mesmo crescimento, vislumbrando-se a partir daí, a necessidade de estudos que dimensionem a relação que existe entre o trabalho e a saúde de seus profissionais.

## 1.2 SETOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE

As atividades das equipes de Saúde e de todo o setor de saúde, bem como as atividades de segurança pública, educação, e o conjunto de atividades comerciais que não estão diretamente envolvidas na produção industrial e que não fazem parte do o setor primário da economia, a exemplo da agricultura, constituem-se no chamado setor de serviços. (GIANESE; CORREA, 1994).

O setor de serviços compreende a parte da economia representada por serviços de todos os tipos, incluindo os oferecidos por organizações públicas e sem fins lucrativos. Neste setor, os serviços nem sempre podem ser produzidos sob condições controladas ou projetados para otimizar tanto a qualidade, como a produtividade, uma vez que o consumo e produção são simultâneos e podem variar de cliente para cliente. A avaliação dos serviços é verificável somente após e durante o consumo (RIBEIRO et al., 2004).

Para Ribeiro, Pires e Blank (2004), as sociedades ocidentais, a partir das últimas décadas do século XX, têm sido chamadas de sociedades de serviços, dado o importante aumento deste setor, cuja característica distintiva dos outros serviços é a dificuldade de planejamento em relação ao custo/benefício, uma vez que muitos deles necessitam estar à disposição da sociedade e há incerteza de quando as necessidades serão demandadas, como é o caso dos serviços de atenção à saúde. Há também a incerteza em relação ao volume, ao tipo, ao momento e às necessidades do cliente, dificultando ações de planejamento, pois os dados são menos precisos do que no setor de produção material.

Estes autores destacam ainda que, diferentemente do setor da produção industrial, existem serviços que não podem parar, mesmo em instituições que são rentáveis economicamente, como é o caso de alguns serviços de saúde. Diversas saídas são utilizadas pelos gestores para diminuir gastos, mesmo que venham acarretar prejuízo ao serviço e ao cliente como:

- Introdução de inovações tecnológico-organizacionais;
- Redução da força de trabalho;
- Redução da força de trabalho qualificada;
- Redução de salários;
- Precarização das condições de trabalho; dentre outras.

Desta forma, a qualidade da mão de obra envolvida na prestação destes serviços é fator determinante para a eficácia e constitui-se como parâmetro para analisar a organização do trabalho.

Gianese e Correia (1994) apontam como características principais do setor de serviços:

- Intangibilidade: diz respeito à dificuldade de avaliação dos resultados e da qualidade dos serviços, seja pelo funcionário ou cliente. Os serviços não são facilmente padronizáveis e patenteáveis;

- Necessidade da presença do cliente: os serviços necessitam do cliente para a sua produção. O cliente é o elemento que dá o início a sua produção;

- Os serviços são produzidos e consumidos simultaneamente: caracteriza-se pela ausência de etapa intermediária entre produção e consumo, não havendo possibilidade de serem estocados.

Segundo Pires (2009, p. 85):

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

Portanto, o trabalhador não qualificado pode causar danos na confiança e na colaboração da comunidade com o serviço. Como a produção é a própria realização da atividade, este dano só será verificado por meio de reações de recusa ou impertinência dos usuários frente a novas solicitações da equipe ou de outros profissionais. A retomada da situação de trabalho mútuo e compartilhado pode demorar a se restabelecer ou mesmo não vir mais a acontecer.

Para qualificar o trabalho em saúde Campos (2005) refere três eixos para que ocorra a sua potencialização: o jogo entre autonomia e responsabilidade, a gestão participativa e a mudança de aspectos da clínica e da saúde pública. Segundo a mesma autora, a implementação destes eixos pode aumentar a produtividade, mas não dá conta de articular trabalho e compromissos sólidos com a produção da saúde, o que leva os serviços a terceirizarem o atendimento a clientes, priorizando a compra de serviços de cooperativas e a realização de pagamentos por produção ou lógicas baseadas na produtividade e desta forma, provocar uma

superprodução de atos desnecessários que são mais rentáveis, em detrimento dos realmente necessários, mas pouco remunerados.

Como sugestão, Campos (2005) mostra ainda que podem ser tentados arranjos institucionais que atendam a três critérios, para que institua os atributos esperados da equipe, que são:

- A autonomia e a responsabilidade do profissional em relação ao seu trabalho, ou seja, a capacidade de "produzir saúde" do serviço ou da equipe, (infra-estrutura, educação, influência a ponto de modificar hábitos);

- Viabilidade técnica, financeira e política dos projetos ou arranjos acordados (dinheiro, armação político-institucional, saberes e meios);

- Realização profissional e financeira dos trabalhadores da saúde.

Pires (2000, p. 91) defende a posição de que:

[...] é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do lócus do trabalho com deformidade.

Do ponto de vista prático, seria desejável buscar sempre a máxima realização possível dos três critérios acima citados, pois se constituem em aspectos gerenciais importantes e que podem impactar na qualidade do trabalho dos trabalhadores, e desta forma também na qualidade de vida dos mesmos.

### 1.3 PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS

Por trabalho precário entende-se aquele que se exerce na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, ou seja, o que é desprovido da devida cobertura por normas legais e não garante os benefícios que dão segurança e qualidade de vida ao trabalhador, o que inclui, entre outros, a aposentadoria, o gozo de férias anuais, décimo terceiro salário e as licenças remuneradas de diversos

tipos. O aumento do número de pessoas que se encontram em condições de trabalho precário no SUS tem preocupado, nos últimos anos, os gestores e lideranças dos trabalhadores do setor (BRASIL, 2003).

Segundo Araújo et al. (2006) muitas questões surgem quando se tenta definir o que é trabalho precário. Pode-se incluir uma infinidade de situações oriundas das relações de trabalho, como: baixos vencimentos ou salários, inadequadas condições de trabalho, etc. O MS assumiu que precariedade do trabalho está relacionada com alguma irregularidade, que diz respeito à desobediência às normas vigentes do direito administrativo e do direito do trabalho, a ausência de proteção social do trabalho, isto é, situação em que este se realiza desprovido de certos direitos e benefícios constitucionalmente assegurados. Além de outras variáveis que podem se somar a este conceito, como por exemplo: admissão que não seja através de concurso público ou teste seletivo público (BRASIL, 2008).

As condições de vida e trabalho inadequadas geram condições favoráveis para o desgaste da saúde do trabalhador devendo ser compreendida pelas categorias ocupacionais e organizacionais (DISSENHA, 1999). A Categoria Ocupacional é conceito genérico, aplicável a qualquer agrupamento classificatório de realidades do trabalho. Cada categoria ocupacional é identificada por um título ou denominação principal, que exprime, da maneira mais completa possível, o conteúdo do trabalho desenvolvido (VERGARA; VIEIRA, 2005). A implantação das ESF fez com que os municípios efetuassem a contratação de um grande número de profissionais e houve a criação de novas categorias profissionais, como por exemplo o ACS.

Em estudo sobre a gestão do trabalho no Paraná, Hildebrando et al. (apud MOYSES, 2009), identificaram que na área da saúde, em um setor ocupacional, a heterogeneidade dos vínculos trabalhistas e a flexibilização das relações de trabalho trouxeram um novo e complexo cenário, que merece atenção.

No caso do SUS as relações de trabalho são abaladas devido a precarização dos vínculos de trabalho, que decorrem da desestruturação do aparato de Estado e de suas carreiras. Na última década não houve concursos federais para este setor. Trabalhadores atuam com outros que cumprem mesma carga horária, mesma função, mas com sistema de contratação e remuneração diferenciados entre

eles, causando constrangimentos no contexto de estabilização de vínculos empregatícios (ARAÚJO et al., 2006).

Os reflexos da precarização do trabalho estão presentes também sob a forma de má remuneração dos servidores, sobrecarga de trabalho, hegemonia de algumas profissões, influência do mercado representado no uso de alta tecnologia e grandes laboratórios transnacionais, terceirização de serviços, subcontratações, disparidade de instalações físicas e recursos entre o serviço público e o privado e nas duplas jornadas de trabalho, já que muitos mantêm mais de um vínculo empregatício para complementação da renda levando-os à exaustão devido a sobrecarga de trabalho (SILVEIRA, 2009).

Representantes dos sindicatos dos trabalhadores vêm denunciando o problema nas conferências nacionais de recursos humanos, nas conferências de saúde do trabalhador e nas negociações coletivas com gestores locais de saúde. Avalia-se, ainda, que os elevados índices de absenteísmo e rotatividade em algumas unidades de saúde não encontram explicação apenas em questões salariais, mas também em problemas de condições de trabalho (BARBOZA; SOLER, 2009).

A Constituição Federal (CF) de 1988 consagrou o modelo estatutário e o Regime Jurídico Único (RJU) para os servidores públicos, obrigando também sua adoção pelas autarquias e fundações, ao mesmo tempo em que extinguiu a alternativa de vinculação celetista, praticada amplamente, até então, em vários setores governamentais.

A promulgação da Emenda Constitucional nº 19 de 1998 deu nova redação ao art. 37, (BRASIL, 2009b), que flexibilizou a forma de vínculo de trabalho na administração pública. Dessa forma, viu-se o surgimento no País de uma política que colocava o modelo estatutário, cada vez mais, não como um modelo apropriado e único para todos servidores públicos, mas reservado aos funcionários que exercem funções regulatórias e administrativas de alto nível, como definido na proposta de reforma do Estado pelo então Ministro Bresser Pereira (SILVEIRA, 2009). Entretanto, a partir da segunda metade da década de 1990, devido às propostas de reformas estruturais do Estado que entraram em discussão, conduzidas principalmente pelo então Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), presenciou-se o surgimento de idéias contrárias ao processo de vinculação dos servidores pelo regime estatutário e o regime jurídico único.

Nesta nova concepção, o setor saúde não foi considerado como núcleo estratégico de Estado, mas sim como fazendo parte das funções “não exclusivas de Estado”. Ao longo dos anos 1990, passou-se a adotar no SUS a política da flexibilização e da precarização das relações de trabalho, adotando diversas modalidades de vinculação. Tal política preconizada pelo Governo Federal acabou sendo seguida pelos estados e municípios, provocando um enorme processo de precarização do trabalho no SUS (BRASIL, 2008).

Com a ampliação da participação dos municípios na contratação de trabalhadores e a limitação imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que limita a capacidade do gestor em contratar funcionários, pois a folha de pagamento ou seja a despesa municipal com pessoal não pode exceder em 60% da receita. A partir daí criou-se a necessidade de buscar outras formas de contratação que em sua maioria, são precárias.

A LRF, oficialmente Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, é uma lei brasileira que tenta impor o controle dos gastos de estados e municípios.

Esta lei entende como despesa total com pessoal o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, (gratificações, horas extras e vantagens pessoais), bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência, além dos valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra (substituição de servidores e empregados públicos), contabilizados como Outras Despesas de Pessoal (KHAIR, 2000).

Em 2003, durante o Seminário Nacional sobre Políticas de Desprecarização do SUS, o então Coordenador Geral de Gestão do Trabalho em Saúde/MS, Roberto Passos Nogueira, ponderou que como conseqüências do processo de trabalho em saúde, um grande contingente de profissionais do setor público de saúde, trabalhavam sob formas precarizadas. Isso representava aproximadamente 40% da força de trabalho inserida no setor, envolvendo as mais diversas modalidades contratuais: cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, pagamento por reconhecimento de dívida, prestação de serviços por meio da CLT, etc. Todas essas modalidades de relações precárias de

trabalho, além de contrariarem os preceitos constitucionais previstos no art. 6º da CF<sup>1</sup>, colocavam em franca situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social, aqueles que prestavam assistência à população (BRASIL, 2008).

À exceção do regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que assegura garantias trabalhistas ao trabalhador, as demais formas de vincular o trabalhador a instituições constitui-se em mecanismos precários de contratação.

No entanto, mesmo o contrato pelo regime da CLT, quando em regime temporário, ou seja, com prazo determinado para acabar, ou vinculado a determinada prestação de serviço, que poderá ser suspensa quando não for mais necessária, não representa para o SUS e nem para o trabalhador, sinônimo de garantias, uma vez que o término deste contrato prejudicará a continuidade das atividades instaladas na saúde.

A situação de contrato temporário, mesmo seguindo as regras da CLT, no caso de final de contrato, quando por ausência de servidores públicos efetivos, oportuniza a contratação de prestadores de serviço que passam a ser responsáveis pela gestão e ou atividades assistenciais, sem o comprometimento e envolvimento esperado daquele que segue uma carreira dentro da área (BRASIL, 2003).

O MS entende ser necessário ampliar o consenso em torno dos malefícios sociais que a precariedade de vínculos empregatícios acarreta para o princípio da legalidade da ação pública no setor e para a universalidade dos direitos dos trabalhadores. Diante disso a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES-MS), por meio do Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde (DEGERTS), criou o do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, a fim de corrigir os problemas de gestão do trabalho que esta situação de precarização dos trabalhadores acarreta, com iniciativas que estão sendo cogitadas ou postas em prática nas três esferas de governo com vistas a diminuir a precariedade das relações de trabalho no SUS e fazer valer o princípio da legalidade da administração do aparato de Estado (SILVEIRA, 2009).

Para o efetivo sucesso do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, tornou-se necessário, preliminarmente, a criação do Comitê

---

<sup>1</sup> **Art. 6º** - São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, ao qual cabe elaborar políticas, bem como formular diretrizes a serem implementadas com vista à resolução das questões que envolvem esta situação. Este comitê deve estar articulado com outras estruturas de gestão do trabalho em saúde do SUS, em constante diálogo com as instâncias colegiadas, assim como com os poderes Legislativos, Judiciários e Ministério Público (BRASIL, 2008).

#### 1.4 CONDIÇÕES DE TRABALHO E DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Além da situação da precarização do trabalho em saúde, vários estudos salientam a expressiva variedade de riscos aos quais estão expostos os trabalhadores da atenção primária decorridos das condições de trabalho e da organização dos serviços.

Por condição de trabalho entende-se o ambiente físico (temperatura, pressão, ruído, vibração, irradiação, altitude, etc.), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças, etc.), ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho (DEJOURS, 1992).

Para Flaresso (1998) não é somente o processo de trabalho, mas também o ambiente de trabalho que pode causar um estresse mental e conseqüentemente uma doença, sendo influenciado por fatores externos e internos como fatores somáticos (sexo, idade, peso, altura); ambiente (altitude, calor, frio, ruído); natureza do trabalho (intensidade, duração, técnica, horário); psicológico (motivação, ambiente de trabalho). Estas condições de trabalho são significativas em virtude da exposição do trabalhador aos riscos de acidentes, afetando a organização do trabalho e o trabalhador na sua produtividade. Entendendo-se organização do trabalho como a divisão e o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, etc (DEJOURS, 1992).

Em 1997, a Organização Mundial de Saúde (OMS), identificou a exposição dos indivíduos a riscos ocupacionais, ressaltando os riscos ergonômicos

e físicos que afetam 30% da força de trabalho nos países desenvolvidos, e de 50 a 70% nos países em desenvolvimento (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2006).

Para o enfrentamento deste problema, no Brasil, em 2005, foi instituída a Norma Regulamentadora (NR 32) que, no interior da legislação trabalhista, trata da segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde e determina o cumprimento pelo empregador de vários requisitos necessários à manutenção da segurança no trabalho e salubridade dos ambientes. Trata de questões como exposição a agentes biológicos, químicos e radiações e prescreve indicações para manutenção de níveis aceitáveis de ruído, iluminação, limpeza e conservação (SILVEIRA, 2009).

Toomingas (1999) relata que na Alemanha, na década de 1990, as doenças osteomusculares foram responsáveis por 28% dos casos de afastamentos do trabalho entre profissionais de saúde. Existem relatos de adoecimento mental que tem como causa primordial o excesso de trabalho, sobrecarga cognitiva emocional, devido à natureza das tarefas e das condições em que são realizadas.

A falta de mobiliário adequado, equipamentos obsoletos, jornadas de trabalho longas, a precariedade de instalações, os efetivos reduzidos em algumas unidades, a falta de treinamento adequado, a falta de equipamento de proteção, etc. podem levar ao adoecimento do trabalhador em saúde (FIALHO et al., 2005).

Além disto, especificamente na área da saúde, o risco de exposição a materiais biológicos, produtos químicos, e farmacêuticos tem levado a um significativo número de casos de alergias a látex e alergias respiratórias (TOOMINGAS, 1999).

Para que se efetive o que está proposto na NR32, os gestores, bem como os trabalhadores, também se configuram como atores fundamentais para a sua implementação. O processo saúde-doença dos trabalhadores é algo dinâmico e pode estar estruturado e articulado com os modos do desenvolvimento produtivo cujo conceito pode ser entendido como a divisão do trabalho, pressão do trabalho, pressão da chefia por produtividade ou disciplina, ritmo acelerado, repetitividade nos movimentos, jornadas de trabalho extensas, trabalho noturno ou em turnos, organização do espaço físico, esforço físico intenso, levantamento de peso, posturas e posições inadequadas, entre outros, e que se não observado pode ampliar o risco de acidentes de trabalho. (BARROS et al., 2006).

Segundo Laurell e Noriega (1989), a exposição a cargas de trabalho (atividades desenvolvidas que são de responsabilidade e são cobradas do profissional) pode comprometer a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores. Os autores propõem a utilização da categoria carga de trabalho, em substituição à de risco ocupacional. Esse conceito é utilizado pela higiene industrial e trata de uma relação monocausal entre os agentes de risco (que podem ser físicos, químicos e biológicos) e a patologia ocasionada, sem se perguntar por que o risco está presente naquele ambiente de trabalho.

Para os autores citados, as cargas de trabalho se distinguem em físicas, químicas, biológicas e mecânicas, além das fisiológicas e psíquicas. Elas interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, sendo que as cargas psíquicas não teriam uma materialidade visível externa ao corpo humano trabalhador. A categoria carga de trabalho pretende alcançar conceituação mais precisa daquilo que tem sido obtido com "condições ambientais", sendo, então, os elementos que sintetizam a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador, ou seja, o conceito de carga de trabalho só pode ser concebido juntamente com o de desgaste.

O desgaste do trabalhador dá-se no interior dinâmico e global do processo de trabalho e resulta dos processos adaptativos que ocorrem no trabalhador, definindo-se como perda da capacidade efetiva e/ou potencial biopsíquico. Não se refere a algum processo particular isolado, mas, sim, ao conjunto dos processos biopsíquicos (LAURELL; NORIEGA, 1989).

## 1.5 ACIDENTE DE TRABALHO

O termo acidente de trabalho refere-se a todos os acidentes que ocorreram no exercício da atividade laboral, ou no percurso da casa para o trabalho e vice-versa, tanto para o trabalhador inserido no mercado formal como informal de trabalho. Portanto, acidente é aquele que ocorre no exercício do trabalho a serviço da empresa, com o segurado empregado, trabalhador avulso, bem como com o segurado especial no exercício de suas atividades, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, a perda ou redução, temporária ou

permanente, da capacidade para o trabalho. É uma ocorrência não programada, inesperada ou não, que interrompe ou interfere no processo normal de uma atividade, ocasionando perda de tempo útil e/ou lesões nos trabalhadores e/ou danos materiais (BRASIL, 2002a).

Segundo Silveira (2009), tradicionalmente, os acidentes de trabalho no Brasil são divididos em:

- *Acidentes típicos*: são aqueles que ocorrem no local e horário de trabalho ou fora do mesmo quando o trabalhador está executando ordem a serviço da empresa, viajando a serviço ou prestando espontaneamente serviços ao empregador. Nesta categoria estão os acidentes com máquinas, equipamentos e ferramentas, quedas, queimaduras, etc., incluindo-se também atos de violência praticados nos ambientes de trabalho, como agressões, homicídios, etc.;
- *Acidentes de trajeto*: ocorrem no percurso de casa para o trabalho ou vice-versa, não importando o meio de locomoção. Esses acidentes relacionam-se intensamente com as condições de transporte dos trabalhadores e a violência do trânsito nos grandes centros urbanos;
- *Doenças relacionadas ao trabalho*: incorporam doenças que são necessariamente causadas pelo trabalho (doenças profissionais) e as que são precipitadas, desencadeadas ou agravadas por ele. Para fins legais e previdenciários, as doenças relacionadas ao trabalho são consideradas acidentes de trabalho.

A mesma autora prossegue indicando ações e caminhos para o enfrentamento destes acidentes e doenças laborais:

*Ações de vigilância em saúde:*

- Cadastrar a População Economicamente Ativa por sexo e faixa etária:

- Cadastrar as atividades produtivas existentes na área, bem como os perigos e os riscos potenciais para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente;
- Realizar busca ativa dos casos de doenças relacionadas ao trabalho;

- Notificar a existência de situações de risco para a saúde dos trabalhadores;

- Notificar os casos mediante instrumentos do setor saúde, como o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Ações de assistência:

- Conduzir o diagnóstico e tratamento de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho de menos complexidade:

- Pesquisar história ocupacional para estabelecimento de nexos entre o agravo apresentado e o trabalho:

- Investigar o local de trabalho para verificação de relação entre as situações de risco existentes e o agravo identificado;

- Promover orientações trabalhistas e previdenciárias pertinentes a cada situação;

- Encaminhar os casos de maior complexidade para os Centros de Referência Estadual em Saúde dos Trabalhadores, outras especialidades ou serviços de urgência e emergência, segundo o caso, mantendo acompanhamento até a resolução;

- Emitir a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT), quando se tratar de trabalhador com carteira assinada, cabendo ao médico-assistente o preenchimento do campo 2 da CAT (diagnóstico, laudo e atendimento);

- Informar ao trabalhador as causas de seu adoecimento;

- Investigar o trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta epidemiológica/evento sentinela;

Atividades educativas:

- Orientar trabalhadores no plano individual e coletivo;

- Produzir e divulgar material educativo sobre saúde dos trabalhadores.

Os empregadores devem, também, cumprir e fazer cumprir as determinações legais sobre segurança e medicina do trabalho; divulgar as obrigações e proibições que os empregados devem conhecer e cumprir; determinar os procedimentos que deverão ser adotados em caso de acidente do trabalho e doenças profissionais ou do trabalho; adotar as medidas preventivas previstas na legislação trabalhista, previdenciária e de saúde; implantar medidas para eliminar ou

neutralizar a insalubridade e as condições inseguras de trabalho; e permitir que representantes dos trabalhadores acompanhem a fiscalização dos preceitos legais sobre segurança e medicina do trabalho (FIALHO et al., 2005).

Dos empregados espera-se que observem as normas legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho, inclusive as ordens de serviço expedidas pelo empregador; que usem o equipamento de proteção individual (EPI) fornecido pelo empregador; submetam-se aos exames médicos previstos na lei e custeados pelo empregador; e colaborem com a empresa na aplicação das normas de segurança do trabalho (SILVEIRA, 2009).

Mesmo que nem todos os profissionais de saúde sejam regidos pela CLT, todos os acidentados inclusive aqueles acidentes ocorridos com trabalhadores sujeitos ao regime jurídico único, bem como do mercado informal, devem ter seus casos devidamente notificados em setores competentes. Os empregados de empresas privadas, quando acidentados, devem utilizar um formulário próprio para a comunicação de acidentes, a Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), em 24 horas. Para os empregados de serviço público, a prova do acidente será feita no prazo de 10 dias, conforme recomenda o artigo 24 da lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que trata do Regime Jurídico dos Servidores Civis Públicos da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais. o que se refere aos funcionários públicos dos Estados e Municípios observam-se especificamente cada situação prevista em seus Regimes Jurídicos (SILVEIRA, 2009).

A finalidade indenizatória da comunicação de acidente de trabalho e registro de acidentes e doenças profissionais vigente em nosso país limita a utilização da CAT como sistema de informação em saúde e impede o estabelecimento de sistemas de vigilância e avaliação do estado de saúde dos trabalhadores, dificultando a definição de políticas eficazes de prevenção de riscos ocupacionais (FACCHINI et al., 2005).

Na área de saúde do trabalhador, em abril de 2004, foi instituído a portaria 777/MS para notificação dos acidentes de trabalho que alcance através do SUS, uma parcela importante dos trabalhadores excluídos do sistema de informação. Para isso estruturou-se no SINAN os agravos de notificação compulsória que acometem o trabalhador como: acidentes de trabalho graves (mortes, mutilações, trabalho infantil e exposição a material biológico; perda auditiva induzida por ruído (PAIR); lesões por esforços repetitivos (LER); pneumoconioses;

dermatoses ocupacionais; intoxicações exógenas (substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados) transtornos mentais relacionados ao trabalho e câncer relacionado ao trabalho. Estes agravos foram definidos como eventos sentinela a serem notificados e acompanhados pela rede de serviços do SUS, através de protocolos específicos e abrangem tanto trabalhadores do mercado formal como do mercado informal (BRASIL, 2004).

O SINAN foi desenvolvido no início da década de 90, e nele são armazenados dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (SINAN, 2010).

Este sistema não tem fim indenizatório ou de encaminhamentos para aposentaria, mas tão somente de levar informação fiel de maneira segura e rápida tornando-se um importante instrumento nos processos de planejamento, tomada de decisões e atuação nos distintos níveis de competência. Além disso, o sistema deve ser utilizado como a principal fonte de informação para estudar a história natural de um agravo ou doença e estimar a sua magnitude como problema de saúde na população, detectar surtos ou epidemias, bem como elaborar hipóteses epidemiológicas a serem testadas em ensaios específicos (SINAN, 2010).

Na mesma perspectiva, as Portarias do MS 1679/02 (BRASIL, 2002b), e 104/2011 (BRASIL, 2011), definem como política prioritária o desenvolvimento do sistema de informação sobre acidentes e doenças ocupacionais, visando a implementação da atenção integral da saúde dos trabalhadores; a vigilância sanitária para transformações dos ambientes de trabalho; e garantir comunicação de massa para sensibilização dos profissionais e da sociedade na luta contra sub-notificação.

Moraes et al. (2001) assinalam que as mudanças estruturais ocorridas nas últimas décadas no setor saúde, como a atenção voltada para a prevenção, baseado em boletins epidemiológicos exigiram uma busca por novos modelos assistenciais e de informação, capazes de atender às normas e regulamentos definidos para o SUS, e de dar respostas às exigências da população.

A dinâmica gerencial no interior de um serviço de saúde descortina o exercício realizado pelos trabalhadores, do seu espaço próprio e de gestão do seu trabalho. A organização do serviço de saúde que rompa com o modelo hegemônico,

médico centrado, requer mudanças nos processos de trabalho em saúde, nos fluxos do sistema de saúde, na visão epidemiológica para direcionar os processos decisórios, e na produção do cuidado. Lidar com a saúde das pessoas é lidar com o inesperado, um trabalho com características singulares que se expressa na produção de subjetividades (SANTOS et al., 2002).

De forma geral, os trabalhadores quando inseridos em processos de produção estão quase sempre, expostos a uma diversidade de cargas físicas e/ou emocionais que podem favorecer o que se considera hoje como fenômenos de stress e que geram desgastes (CAMPOY, 2008). Os processos de trabalho são a expressões individuais do modo de produção da sociedade aproximando o pólo doença não apenas dos sofrimentos físicos, mas também dos psíquicos, morais e éticos (EGRY, 1996). Portanto, o processo saúde doença de uma sociedade expressa no nível individual as condições coletivas de vida resultantes das características concretas dos perfis de produção.

Sabe-se que as doenças ocupacionais têm efeito cumulativo, desta forma é preciso estar atento a problemas posturais ou de uso inadequado de um grupo muscular em determinados movimentos que se repetem durante a jornada de trabalho ao longo de anos de serviço. Casos de Lesão por esforço repetitivo e Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT) como as lombalgias, no caso dos profissionais da atenção primária, podem ser provocadas pelas posições adotadas nas salas de vacinas; ao ajudar pacientes a deambularem ou se levantarem; carregarem caixas de material ou medicamentos, mochilas pesadas demais e etc.

Os principais acidentes que ocorrem com os profissionais da saúde da Atenção Primária à saúde, no trabalho nas UBS são os acidentes de trajeto, seguidos dos acidentes com material perfuro cortante contaminado. Em relação às doenças de trabalho, o que mais ocorre são as alergias às substâncias químicas utilizadas na desinfecção (BRASIL, 2002a).

Há necessidade de valorizar o conhecimento e a vivência individual e coletiva dos trabalhadores, bem como buscar subsídios para garantir melhorias nas condições de trabalho.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este estudo dedicou um olhar mais atento sobre a condição de trabalho no SUS, em especial nas ESF que atuam em municípios de pequeno porte. A produção do conhecimento pode contribuir para a compreensão das fragilidades deste setor e as possibilidades de seu enfrentamento visando a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários e das condições de trabalho de seus trabalhadores.

Tendo em vista à alertar sobre a necessidade da redução de danos causados por condições de trabalho não adequadas em relação a estrutura e instalações físicas específicas das UBS que definem as condições de trabalho dos profissionais que fazem parte da atenção primária à saúde, e os percentuais de acidentes sofridos por essa gama de trabalhadores.

Considerando o crescimento acelerado do número de ESF no país, optou-se por realizar esta pesquisa em municípios de pequeno porte, devido ao fato de 73% dos municípios brasileiros terem menos de 20.000 habitantes. No caso do Estado do Paraná - PR, 79,7% dos municípios são de pequeno porte, e na área de abrangência da 16ª Regional de Saúde – PR (16ª RS), os municípios de pequeno porte representam 88,4% dos municípios.

O estudo e aplicação de métodos de apreensão do processo saúde-doença, mediante a identificação, análise e discussão das condições sociais, econômicas, políticas e culturais da produção, elucida situações concretas de existência em um ambiente laboral. Se considerar o número de profissionais que atuam na área da atenção primária e a diversidade de fatores de risco a que os trabalhadores estão expostos, estudos e pesquisas devem ser estimulados visando contribuir na aquisição de conhecimentos sobre os perfis profissionais, das condições de trabalho e desgaste ocupacional para subsidiar programas de readequação de processos de trabalho, com o objetivo de melhorar não só a vida do trabalhador da área de saúde, mas também para elaborar estratégias educacionais direcionadas a este público, identificando riscos ocupacionais e as medidas de segurança que devam ser adotadas (LIMA et al., 2009).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os acidentes de trabalho e a percepção dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família sobre suas condições de trabalho.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os trabalhadores quanto à faixa etária, sexo, formação;
- Caracterizar formas de seleção e os vínculos empregatícios dos trabalhadores;
- Identificar como o profissional da Equipe de Saúde da Família reconhece as condições físico-estruturais do ambiente laboral (espaço laboral, ambiente, disponibilidade de equipamentos e materiais de consumo);
- Enumerar o tipo de acidentes de trabalho referidos pelos profissionais e se houve dias de afastamento relativos a estes acidentes.



Número de habitantes que a 16ª Regional tem sob sua responsabilidade na área de saúde:

- 04 municípios com até 5.000 habitantes: Kaloré, Marumbi, Novo Itacolomi e Rio Bom, estes totalizando 14.813 habitantes (4,5% da população total da área);

- 09 municípios de 5.001 habitantes até 10.000: Bom Sucesso, Borrazópolis, Califórnia, Cambira, Grandes Rios, Marilândia do Sul, Mauá da Serra, Sabaúdia e São Pedro do Ivaí, estes totalizando 68.483 habitantes (20,7% da população total da área);

- 02 municípios de 10.001 a 20.000 habitantes: Faxinal e Jandaia do Sul, estes totalizando 35.061 habitantes (10,6% da população total da área);

- 01 município de 50.001 a 100.000: Araongas com 96.669 habitantes (29,2% da população total da área);

- 01 município de 100.001 a 500.000: Apucarana com 115.323 habitantes, ou seja, 34,9% da população total da área que é de 330.349 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, população recenseada e estimada, segundo os municípios – PR, 2007 (Tabela 3).

#### 4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Para definição da população deste estudo foi obtido na 16ª RS o Relatório de Profissionais por Equipe do Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) versão 2.3.20, que é um programa utilizado para alimentação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS, que possui dados sobre área física, recursos humanos, equipamentos e serviços, de todos os estabelecimentos de saúde do país, sejam ambulatoriais ou hospitalares, vinculados ou não ao SUS.

Este sistema é alimentado com dados fornecidos pelo responsável do estabelecimento de saúde por meio do preenchimento de uma ficha, cabendo ao gestor a verificação *in loco* para validação das informações prestadas e posterior envio ao Departamento de Informática do SUS – DATASUS/MS.

Neste relatório foram identificadas 41 ESF e seus respectivos profissionais, nos 15 (quinze) municípios de pequeno porte da área da 16ª RS, totalizando 400 profissionais, assim distribuídos conforme categoria:

- 276 ACS;
- 41 médicos;
- 42 enfermeiros;
- 41 auxiliares de enfermagem.

Os critérios de exclusão adotados foram:

- Profissionais que por algum motivo já haviam se desligado do município a mais de um mês, tempo concedido pelo MS para a substituição;
- Profissionais que desenvolviam suas funções em outros locais, mesmo que dentro do município, mas não faziam parte da ESF, conforme afirmado pelo sistema de cadastramento.

#### 4.3 COLETA DE DADOS

Antes de iniciarmos o trabalho, fizemos uma exposição aos Secretários Municipais de Saúde da 16ªRS sobre a pesquisa a ser realizada e os objetivos a serem atingidos e solicitamos a sua autorização para incluirmos o seu município na população de estudo (APÊNDICE B).

A coleta de dados foi efetuada mediante um questionário estruturado e auto-aplicável, com perguntas enfocando o perfil e as condições de trabalho dos profissionais das equipes. Este questionário (APÊNDICE C) foi adaptado pelas pesquisadoras com base no Instrumento para Coleta de Dados dos Profissionais em Saúde do Projeto Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas (TOMASI et al., 2008).

O questionário foi testado no mês de julho/09 com profissionais das categorias pesquisadas que atuavam em ESF de municípios que não fariam parte deste estudo, tendo sido considerado satisfatório em termos de objetividade e compreensão.

Para obtenção das respostas dos questionários a pesquisadora e colaboradora efetuaram visitas aos municípios, previamente agendadas e em datas e horários mais convenientes para os profissionais das equipes. Tais visitas foram realizadas nos meses de setembro a novembro/09, nos próprios locais de trabalho, a fim de que o maior número de profissionais pudesse estar disponível, evitar possíveis perdas e também para não prejudicar o desenvolvimento do trabalho das mesmas.

Antes do início do preenchimento dos questionários, foi conferida a relação de profissionais que constavam do Relatório do SCNES, para verificar se o mesmo encontrava-se atualizado. Em seguida foram apresentados aos profissionais o tema e motivo da pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi aguardado no local até o término do preenchimento dos questionários, o que durou, em média, 45 minutos.

Para os profissionais que estavam em gozo de férias ou afastados por outros motivos (licenças saúde, gestação, prêmio, etc.) na data da visita, solicitou-se ao coordenador da equipe que enviasse o questionário ao profissional e que o devolvesse respondido para a pesquisadora. Foram considerados como perdas, aqueles que não responderam mesmo após terem sido efetuados pelo menos dois contatos com a coordenação da respectiva equipe ou com o próprio profissional, por intermédio de telefone ou pessoalmente. As eventuais recusas foram computadas nas perdas.

O prazo limite para devolução dos questionários foi até o início da digitação (Nov/09).

A coleta de dados serviu para o desenvolvimento de duas dissertações de duas alunas do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL), portanto nem todas as questões foram analisadas nesta pesquisa, sendo divididas conforme os objetivos estipulados em cada pesquisa. Algumas questões foram analisadas conjuntamente, como as referentes às características sócio-demográficas dos profissionais.

As questões exclusivas a esta pesquisa são as referentes a satisfação do profissional quanto ao desenvolvimento de suas atividades, adequação do ambiente físico do seu local de trabalho, além das questões

referentes ao número de acidentes de trabalho sofridos e os dias de afastamentos relativos a estes acidentes, identificando qual a parte do corpo mais atingida.

Embora tenha sido feito uma prévia do instrumento, algumas questões acabaram limitadas no entendimento dos profissionais, como as de número 44, 45 e 46, que focavam sobre necessidades especiais do serviço e foram interpretadas por parte dos entrevistados como suas necessidades pessoais e portanto, não foram analisadas.

#### 4.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS

##### 4.4.1 Características Sócio-demográficas

As variáveis sócio-demográficas levam a conhecer dados sobre a população alvo da pesquisa, como sexo, faixa etária, a escolaridade e o vínculo empregatício de cada profissional.

- *Faixa etária*

<30 anos

30 a 39 anos

40 e +

- *Escolaridade*

Ensino Fundamental Incompleto

Como a percentagem de níveis de escolaridade incompletas, a partir do ensino fundamental, foram insignificantes, englobamos os estes dados ao nível de escolaridade completa:

Ensino Fundamental Completo

Médio Completo

Superior Completo

Pós graduação

#### 4.4.2 Características do Trabalho

- *Primeiro emprego*

Nesta variável verificamos se este era o primeiro emprego dos profissionais

Sim

Não

- *Modo de ingresso no emprego*

Nesta variável analisou-se qual na modalidade de seleção dos profissionais das equipes.

Concurso público

Teste seletivo

Indicação

- *Modalidade de contratação*

Forma de contratação dos profissionais para exercerem suas funções

Estatuto o Servidor Público

CLT

Contrato temporário

Terceirização

Autônomo

Outros

- *Pausa para descanso durante a jornada de trabalho*

Verificou-se se o profissional usufruía de uma pausa para descanso durante o expediente de trabalho

Sim

Não

- *Tempo despendido no trajeto da residência até o local de trabalho*

Caracteriza o tempo que o profissional dispense para chegar (transporte motorizado ou não) até o local de trabalho.

<30 minutos

De 30 minutos a 1 hora

>1 hora

- *Número de empregos referidos incluindo o PSF*

Esta variável caracteriza o número de empregos

Apenas 1 vínculo empregatício

2 vínculos

3 vínculos

4 ou mais vínculos

#### 4.4.3 Condições de Trabalho Referidas pelos Profissionais

- *Ambiente de trabalho com a equipe*

Nesta *variável* foi solicitado aos pesquisados que dessem **uma nota de 0 a dez** conforme o seu grau de satisfação em relação aos itens estabelecidos.

As notas foram tabuladas da seguinte forma:

- de **zero a quatro** foi considerado - **RUIM**;
- de **cinco a seis** foi considerado -**REGULAR**;
- de **sete a oito**, - **BOM**;
- de **nove a dez**, - **MUITO BOM**.

Estrutura física da Unidade

Trabalho em equipe

Preenchimento de formulários

Reuniões em Equipe

Reuniões com a comunidade

- *Condições do ambiente da UBS para o desenvolvimento do trabalho*

Nesta variável foi solicitado ao entrevistado que considerasse o item descrito como **adequado** ou **inadequado** em relação ao conforto do ambiente no desenvolvimento das suas atividades.

Iluminação

Temperatura

Ventilação

Espaço Próprio

Espaço UBS

Barulho excessivo

Condições de higiene

Móveis /Equipamentos

Manutenção do prédio

Odores desagradáveis

- *Disponibilidade de Insumos*

Esta variável refere-se à avaliação do profissional sobre a **disponibilidade de insumos**, o profissional identificou o item como disponível ou não:

Material de expediente

Material de Educação em Saúde

Kit`s (mat.curativo,seringas,agulhas)

EPI`s

- *Uso do computador pelos profissionais*

Esta variável representa a forma de utilização ou acesso ao microcomputador para a socialização de informações e relatórios.

Sim, na UBS

Sim, em casa

Ambos

Não

- *Disponibilidade de veículo*

Esta variável avalia as condições acesso aos meios de transporte para circulação da equipe dentro da sua área de atuação. Em municípios pequenos as distâncias são menores, mas as dificuldades de transporte, terreno acidentado, e grandes percentagens de áreas rurais, podem dificultar o trabalho de uma equipe que não dispõem deste meio de transporte:

Diariamente

Quando solicitado

1 vez por semana

Pré-agendado

Urgência

Não disponível

#### 4.4.4 Tipos de Acidentes de Trabalho

Tipos de acidentes de trabalho sofridos pelos profissionais ao longo de sua vida profissional:

- Quedas;
- Pancadas;
- Choques elétricos;
- Contato com substâncias tóxicas;
- Acidentes com perfuro cortantes;
- Acidentes com animais;
- Acidentes de trajeto e/ou trânsito;
- Acidentes de transporte durante a jornada de trabalho.

- *Número de dias de afastamento concedidos devido ao acidente*

Representa a gravidade dos acidentes sofridos pelo número de dias de afastamento:

- 1 a 3 dias
- 4 a 7 dias
- 8 a 15 dias
- 16 a 30 dias
- >30 dias

- *Áreas do corpo mais atingidas nos acidentes de trabalho e sequelas resultantes*

Esta variável identifica qual a parte do corpo mais atingida nos acidentes sofridos pelos profissionais das ESF e se houve alguma seqüela.

- *Em caso de acidente perfuro-cortante, os encaminhamentos efetuados*

Representa a atitude imediata do profissional imediatamente após sofrer um acidente perfuro-cortante e sua atitude a longo prazo:

- Notificação;
- Atendimento médico;
- Exames de sangue;
- Uso de medicamentos;
- Exames de acompanhamento.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A digitação dos dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro/09 no Programa EPI INFO versão 3.5.1 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos), também utilizado para a análise dos dados, através da análise de frequência. Para evitar possíveis erros, foi realizada dupla digitação.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

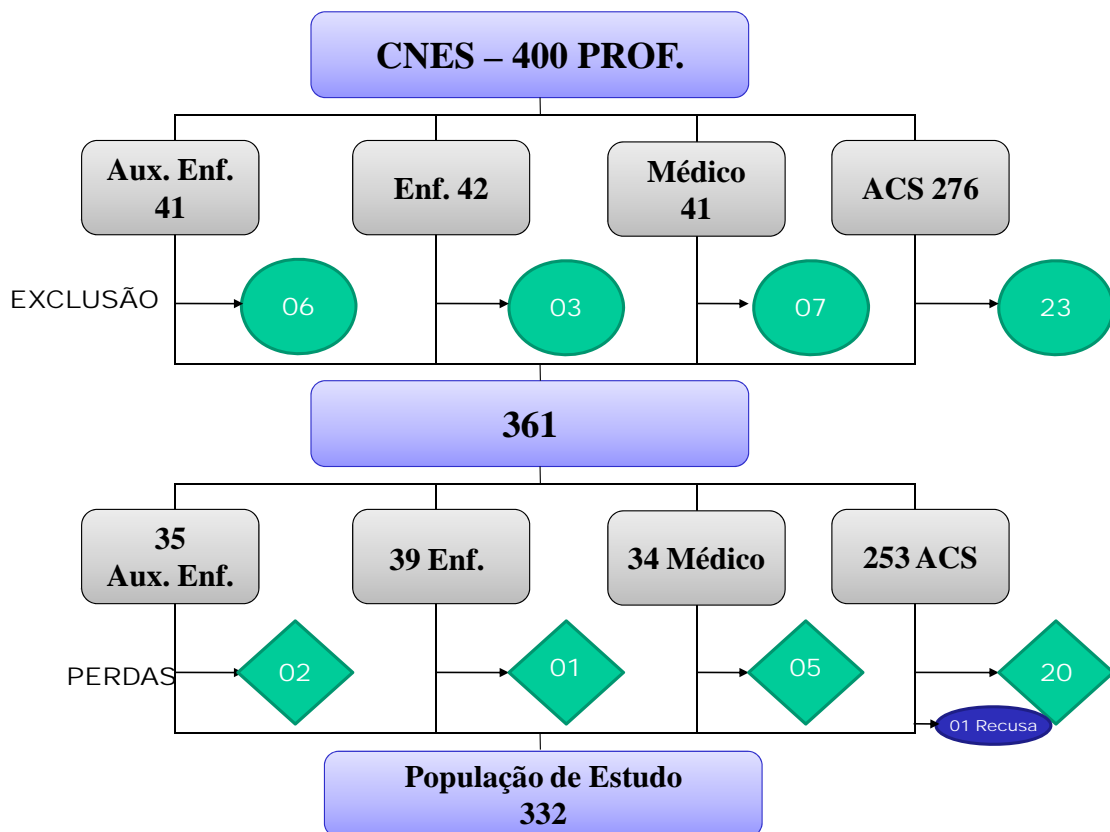
O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEL em 15/05/09 e aprovado em 18/07/09 com o parecer N° 112/09 (ANEXO A).

Os secretários municipais de saúde concordaram unanimemente com a pesquisa e assinaram termo de autorização institucional (APÊNDICE B).

Como existe um número pequeno de equipes em cada município, o que poderia eventualmente propiciar a imediata identificação de determinado profissional, optou-se por utilizar o código dos municípios no SCNES para identificar os questionários e evitar constrangimento aos pesquisados.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pelo SCNES foram identificados 400 profissionais de saúde, sendo excluídos 39. Ocorreram 28 perdas e 1 (uma) recusa e foram analisados 332 questionários, totalizando 8,0% de taxa de não resposta. Os profissionais que participaram da pesquisa representaram 92,0% do total da população de estudo, o que variou segundo categoria profissional. Obteve-se o retorno de 94,3% dos auxiliares de enfermagem, 97,4% dos enfermeiros, 85,3% dos médicos, 91,7% para os ACS. Observou-se que das categorias estudadas, a de médicos foi a que apresentou maior proporção de perdas (14,7%) (Figura 3).



**Figura 3 –** Esquema de distribuição da população de estudo das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

**Fonte:** PARANÁ (2009).

Considerando as perdas e a recusa de um profissional ACS, a população de estudo de 332 profissionais ficou composta de:

- **33** auxiliares de enfermagem;
- **38** enfermeiros;
- **29** médicos;
- **232** ACS.

## 5.1 CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS

### 5.1.1 Características Sócio-demográficas

Analisando-se as características sócio demográficas dos profissionais das ESF da 16ª RS, observou-se predominância de profissionais do sexo feminino em todas as categorias, com exceção da categoria médica, em que 82,8% eram do sexo masculino. De forma geral, 85,5% dos profissionais eram do sexo feminino.

Embora a maior parte dos profissionais seja de sexo feminino, a força de trabalho de mulheres concentra-se nas ocupações, como por exemplo, serviços domésticos, área social, serviços administrativos em geral, área de educação e saúde. Mesmo no contexto de mudança no perfil da população economicamente ativa, em que há maior inserção das mulheres no mundo do trabalho, algumas condições mantêm-se inalteradas como reduzida distribuição de poder, desigualdades salariais e assimetria da divisão do trabalho doméstico e do trabalho assalariado entre os sexos (WERMELINGER et al., 2010).

A subordinação de gênero, a assimetria nas relações de trabalho masculinas e femininas manifesta-se não apenas por divisão de tarefas, mas nos critérios que definem a qualificação das tarefas, nos salários, na disciplina do trabalho. A divisão sexual do trabalho não é tão somente uma consequência da distribuição do trabalho por ramos ou setores de atividade, senão também o princípio organizador da desigualdade no trabalho (LOBO, 1991).

A ausência de políticas públicas, infra-estrutura social inadequada à vida da mulher trabalhadora, bem como as condições de trabalho e de vida afetam visivelmente a saúde das mulheres, tornando-as mais susceptíveis ao aumento dos níveis de estresse, situações de incomodo e de fadiga.

Em relação idade, verificou-se que a maioria dos profissionais que compõe as equipes é jovem, pois 40,4% estão na faixa etária abaixo dos 30 anos e 35,5% têm até 39 anos. Estudo comparativo entre duas UBS realizado no município de São Paulo, encontrou que do total de 59 entrevistados, 58,2% tinham idades até 39 anos, 34,6% de 40 a 49 anos e 25,8% de 50 a mais (SARQUIS; FELLI, 2002). No presente estudo verificou-se nos municípios de pequeno porte que nas profissões mais feminizadas, como a dos enfermeiros, ACS e auxiliares de enfermagem, os profissionais eram mais jovens, com 86,8% dos enfermeiros com idade até 39 anos, seguidos pelos ACS (80,6%) e auxiliar de enfermagem (63,6%). Diferentemente, a categoria dos médicos, que é historicamente mais masculina, apresentou 62,1% dos profissionais com idade de 40 anos ou mais.

**Tabela 4 –** Características sócio-demográficas dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Características Dos profissionais	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Sexo</b>										
Fem.	32	97,0	36	94,8	05	17,2	211	90,9	284	85,5
Masc.	01	3,0	02	5,2	24	82,8	21	9,1	48	14,5
<b>Faixa Etária</b>										
<30	11	33,3	20	52,6	03	10,3	100	43,1	134	40,4
30 a 39	10	30,3	13	34,2	08	27,6	87	37,5	118	35,5
40 e +	12	36,4	05	13,2	18	62,1	45	19,4	80	24,1
<b>Escolaridade</b>										
Fund.Inc.	-	-	-	-	-	-	07	3,0	07	2,1
Fund.Comp.	01	3,0	-	-	-	-	20	8,6	21	6,3
Médio Comp.	31	94,0	-	-	-	-	187	80,6	218	65,7
Sup.Comp.	01	3,0	11	28,9	12	41,4	13	5,6	37	11,1
Pós Grad.	-	-	27	71,1	17	58,6	05	2,2	49	14,8
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>231</b>	<b>100,0</b>	<b>332</b>	<b>100,0</b>

Quanto às condições de escolaridade (Tabela 4), 94,0% dos auxiliares de enfermagem, haviam concluído o ensino médio. Dentre as categorias de profissionais graduados, 58,6% dos médicos e 71,1% dos enfermeiros possuíam pós-graduação, verificando-se uma diferença em relação à continuação da formação em nível de pós-graduação entre estas duas categorias.

Dos ACS, 80,6% tinham completado o ensino médio, 5,6% haviam concluído nível superior, e 2,2% eram pós-graduados. O ensino médio e o superior, incompletos, tiveram percentuais insignificantes e foram englobados pelo ensino fundamental e médio completos. Quase a totalidade dos ACS (88,4%) apresentava escolaridade superior ao exigido, pois atualmente para ingresso nas equipes, é pré-requisito o ensino fundamental completo.

Esta situação pode estar relacionada com a crise no mercado de trabalho, fazendo com que esses trabalhadores apesar de graduados se submetam a serviços com exigência somente do ensino fundamental. O Decreto Federal 3.189 de 04 de outubro de 1999, fixava diretrizes para o exercício da profissão de ACS, definia a exigência de escolaridade para estes profissionais apenas saber ler e escrever. No entanto, a Lei nº 11.350 de 05/10/06, explicitou em seu artigo 6º que a conclusão do ensino fundamental atualmente é requisito mínimo para o exercício desta atividade.

Segundo pesquisa realizada na zona urbana de Pelotas-RS, verificou-se que dos 329 profissionais pesquisados de 39 Equipes de Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 79,6% eram do sexo feminino.

Apesar da mulher ter conquistado a igualdade jurídica através da CF, ela não se liberou de atividades relacionadas a família, imputadas a ela desde a criação da humanidade, como o cuidado dos filhos, alimentação e cuidados com o andamento e organização das tarefas do lar. Desta maneira quase certamente sua jornada de trabalho acaba sendo dupla, mesmo que tenham um só vínculo empregatício (TOMASI et al., 2004).

### 5.1.2 Características do Trabalho

A Estratégia Saúde da Família foi caracterizada como de porta de entrada ao mercado de trabalho para 23,8% para todas as categorias profissionais estudadas, e para os enfermeiros a ESF representou o primeiro emprego para a 42,1% destes (Tabela 5)

De uma maneira geral a SF não tem sido a primeira experiência de trabalho pois para 75,6% dos trabalhadores não é o primeiro emprego. Ressalta-se que dois profissionais não responderam esta questão.

**Tabela 5 –** Primeiro emprego dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ªRSA – Paraná – Brasil, 2009.

1º emprego	Aux.Enf		Enfermeiro		Médico		ACS*		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	07	21,2	16	42,1	01	3,5	55	23,7	79	23,8
Não	26	78,8	22	57,9	28	96,5	175	75,4	251	75,6
Não resp.	-	-	-	-	-	-	02	0,9	02	0,60
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>232</b>	<b>100,0</b>	<b>332</b>	<b>100,0</b>

A Estratégia Saúde da Família a partir de 1994 transformou-se em opção de trabalho, e pontuou uma nova gama de empregos e inserção de cargos de trabalho que não existiam na Saúde Pública até então. Desta forma, incentivou e descortinou novos horizontes para jovens profissionais buscarem e ingressarem no mercado de trabalho, pois nesta época a saúde representou a área de política social em que o modelo descentralizador foi amplamente aplicado, levando à municipalização dos serviços (BRASIL, 2008).

Mesmo que a descentralização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, tenha atingido municípios de pequeno porte, verificou-se que há uma maior concentração de profissionais graduados na região mais urbana (43,7%) do que rural (23,8%). Isto pode estar ligado ao fato de que os munícipes trabalham na área rural, mas a maioria reside na urbana.

A maior concentração na área essencialmente rural é do profissional ACS, enquanto, 23,7% dos enfermeiros concentram seu atendimento na área mais rural do que urbana e somente 13,8% dos profissionais médicos atuam mais na área rural.

No entanto, o ACS para a efetivação da sua contratação (Decreto nº 3.189 de 4 de outubro de 1999), deveria residir na sua área de trabalho há pelo menos dois anos, o que amplia a possibilidade deste requisito ter sido respeitado, especificamente com relação a este profissional (BRASIL, 1999).

Quanto à contratação destes profissionais, percebeu-se a grande variação destas formas e também dos vínculos empregatícios gerados (Tabela 6).

**Tabela 6** – Modalidade de seleção e tipo de vínculo dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RSA- Pr. em 2009.

Seleção e vínculo	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Seleção</b>										
Conc. Públ.	21	63,7	23	60,5	10	34,5	130	56,0	184	55,4
Teste Selet.	08	24,2	08	21,1	03	10,3	50	21,6	69	20,8
Indicação	03	9,1	03	7,9	10	34,5	33	14,2	49	14,8
Outros	01	3,0	04	10,5	06	20,7	19	8,2	30	9,0
<b>Vínculo</b>										
Estatuto	09	27,4	08	21,1	01	3,4	45	19,4	63	19,0
CLT	18	54,5	20	52,6	12	41,5	126	54,3	176	53,0
Contr.Temp.	01	3,0	-	-	03	10,3	04	1,7	08	2,4
Terceiriz.	04	12,1	07	18,4	04	13,8	54	23,3	69	20,8
Autônomo	-	-	-	-	07	24,1	-	-	07	2,1
Outros	01	3,0	03	7,9	02	6,9	03	1,3	09	2,7
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>232</b>	<b>100,0</b>	<b>332</b>	<b>100,0</b>

Quanto à modalidade de seleção para admissão, verificou-se que 55,4% dos profissionais foram selecionados por concurso público e 20,8% por teste seletivo, o que na somatória representa 76,2% por seleção pública, e 23,8% foram selecionados informalmente, como indicação ou entrevista ou análise de *curriculum*, com destaque para o médico que mais da metade não fizeram seleção pública.

Observou-se a existência de diversos tipos de vínculos em todas as categorias profissionais, com a utilização simultânea de duas ou mais formas de vinculação de profissionais na maior parte dos municípios pesquisados. No entanto, 72,0% de todos os profissionais foram admitidos por vínculos formais, ou seja, Estatuto do Servidor Público (19,0%) ou contratados via Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT (53,0%), diretamente pelos municípios. Em contraponto, 20,8% dos profissionais foram admitidos por terceirizações, contratos temporários, autônomos e outros, sendo estas as formas que mais prevaleceram para a categoria de médicos (55,1%) (Tabela 6).

Roberto Passos Nogueira, Coordenador Geral de Gestão do Trabalho em Saúde M/S, no Seminário Nacional sobre Políticas de Desprecarização das Relações de trabalho no SUS (2003), afirmou que a principal fonte de geração de trabalho na última década foram os municípios, embora o emprego formal tenha tido um crescimento menor que na década de 80, e que em meados do ano 2000 existiam 800 mil trabalhadores em situação de contratação precária no setor saúde (BRASIL, 2003).

Sobre o período de ingresso nas ESF na 16ªRS, verificou-se que 6,3% dos profissionais admitidos nos primeiros anos de implantação do PSF (1995 a 2000) permaneciam até a data da pesquisa, possuindo, portanto, no mínimo, mais de nove anos de atuação. No período de 2001 a 2004 foram admitidos 23,1% dos profissionais, que contavam, até a data da pesquisa, no mínimo, com cinco anos de atuação. O período de ingresso em que se deu maior ênfase de inserção de profissionais foi de 2005 a 2008 (55,5%). No entanto, 13,6% dos profissionais haviam sido recém-contratados, isto é, foram admitidos no ano de 2009. Cinco profissionais não responderam essa questão.

A fragilidade dos vínculos empregatícios (28,0%) evidenciados nesta pesquisa nos remete ao que Antunes e Alves, (2004) apontam em seus trabalhos sobre a precarização do mundo do trabalho, de que este fato acomete de maneira incisiva na saúde emocional do trabalhador, devido a conflitos e insegurança gerada no caso de empregos terceirizados, de contratos de trabalho de curto prazo e as demais formas existentes de contratação que não sejam concurso público, infringindo relações de trabalho pouco protegidas e mal definidas aos trabalhadores.

Do total de questionários respondidos, 67,5% dos profissionais referiram cumprirem a carga horária preconizada pela estratégia SF, que é de 40

horas semanais. No entanto, 25,9% dos profissionais de todas categorias da pesquisa, referiram trabalhar menos que a carga horária preconizada, podendo-se inferir uma tolerância de horário de funcionamento das UBS, pois em alguns municípios está sendo praticada jornada diária de sete horas diárias, o que representa 35 horas semanais. Especialmente a categoria médica, 48,3% dos profissionais relataram trabalhar menos do que 20 horas semanais (Tabela 7).

**Tabela 7** – Carga horária semanal cumprida pelos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Carga Horária	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 20h	-	-	-	-	14	48,3	-	-	14	4,2
20 a 40h	09	27,3	05	13,2	02	6,9	56	24,1	72	21,7
40h	24	72,7	29	76,3	10	34,5	161	69,4	224	67,5
>40h	-	-	04	10,5	01	3,4	14	6,0	19	5,7
Não resp.	-	-	-	-	02	6,9	01	0,5	03	0,9
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>232</b>	<b>100,0</b>	<b>332</b>	<b>100,0</b>

Conforme Borges et al. (2005), além de outros fatores que podem afetar o comprometimento do profissional em seu trabalho e com a equipe, encontra-se o fato de os trabalhadores de saúde, por muitas vezes, sofrerem pela sobrecarga de horas trabalhadas ao dia. Entretanto nesta pesquisa percebeu-se que apenas 5,7% dos trabalhadores afirmaram ultrapassar a jornada de trabalho de 40 horas semanais.

Mas por outro lado, verificou-se nesta pesquisa que 45,5% dos profissionais não usufruíam da pausa para descanso. Dos auxiliares de enfermagem 14 (42,4%) referiram não usufruir, dos ACS metade (49,1%) relatou usufruir de pausa para descanso e 13 (34,2%) dos enfermeiros apontaram não fazer uso deste intervalo.

Se considerarmos que o trabalho diário do ACS se dá nas ruas, expostos ao sol, percorrendo longas distâncias a pé, por vezes em terrenos

acidentados e íngremes, as pausas para descanso se fazem necessárias e devem ser consideradas pelo gestor.

Constatou-se que a maioria (80,4%) dos profissionais despendia menos de 30 minutos no trajeto para o trabalho, 65,5% dos médicos dos municípios de pequeno porte levam menos de 30 minutos para chegar ao trabalho e 34,4% demoram de 30 minutos a mais de uma hora (Tabela 8). A pequena distância entre os municípios no interior do estado, onde se situa a 16ª RS, facilita esse deslocamento e mesmo para os profissionais que não moram na cidade onde atuam, conseguem transitar entre um município e outro rapidamente. Já no município de São Paulo, 71,4% dos médicos levam até uma hora para chegar ao trabalho e 28,6% demoram mais de uma hora (CAMPOS, 2005).

**Tabela 8** – Distribuição do tempo despendido no trajeto da residência até o local de trabalho, referido pelos profissionais das ESF, nos Municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Tempo para chegar ao trabalho	Aux. De Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<30'	28	84,9	26	68,4	19	65,5	194	83,6	267	80,4
de 30' a 1h	5	15,1	10	26,3	5	17,2	37	15,9	57	17,2
>1h	-	0,0	2	5,3	5	17,2	1	0,4	8	2,4
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>232</b>	<b>100,0</b>	<b>332</b>	<b>100,0</b>

Dos ACS pesquisados, 83% referiram despendir menos de 30 minutos para o trajeto residência/local de trabalho (Tabela 8). Como já citado anteriormente o ACS, pelo que preconiza a portaria deve morar na micro-área de seu atendimento, o que pode justificar tal percentual.

Quanto ao número de vínculos empregatícios (Tabela 9), 11,8%, distribuídos em todas as categorias, referiram trabalhar em dois lugares, incluindo a ESF. Somente os profissionais médicos, 82,7% referiram possuir de três até mais de quatro vínculos.

Campos (2005), em pesquisa realizada com ESF no município de São Paulo identificou em relação à disponibilidade de dedicação exclusiva à equipe, que 32,1% dos profissionais trabalhavam em outro local, ou seja, acumulavam função, e destes 100% eram profissionais médicos, 67% enfermeiros e 17% profissionais ACS.

Machado (2005), em estudo realizado em 2003, no município de São Paulo detectou que os profissionais médicos da ESF, 43% trabalhavam em um único lugar, e 56,8% em dois ou mais lugares. O mesmo autor cita que no Brasil, em 1995, 24,4% destes profissionais possuíam quatro ou mais atividades.

**Tabela 9 –** Número de vínculos empregatícios referidos pelos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009.

Nº de Vínculos	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
01	28	84,9	29	76,3	04	13,8	210	90,5	271	81,6
02	04	12,1	08	21,1	09	31,0	18	7,8	39	11,8
03	-	-	-	-	07	24,1	-	-	07	2,1
04 ou +	-	-	-	-	08	27,6	-	-	08	2,4
Não resp.	01	3,0	01	2,6	01	3,5	04	1,7	07	2,1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>232</b>	<b>100,0</b>	<b>332</b>	<b>100,0</b>

Entre os médicos, muitos referiram atuar em consultórios particulares, onde ele próprio define o horário da jornada de trabalho. Destes, 24 referiram trabalhar em consultórios particulares; em outras UBSs; ambulatórios hospitalares ou realizar plantões noturnos. Dentre as atividades extras, quatro auxiliares de enfermagem, referiram ter mais de um vínculo atuando como auxiliar de consultório odontológico ou no Pronto Atendimento Municipal em finais de semana com remuneração específica embora no mesmo vínculo empregatício.

Dos profissionais ACS, 18 referiram trabalhar em outros locais como em propriedade agrícola própria; professores no turno da noite; diaristas nos finais de semana; agente da dengue (desenvolvendo funções concomitantes com as de agente comunitário) o que burla a legislação, não se pode desenvolver as duas

funções juntas. Dos profissionais enfermeiros oito referiram trabalhar em outros setores como na área de epidemiologia do município; professores universitários; em plantão noturno hospitalar.

Dos profissionais que assumiram atuar em mais de um trabalho, oito não referiram o local. Além disso, sete profissionais não responderam a essa questão (nove ACS, três médicos, cinco enfermeiros e um auxiliar de enfermagem).

O acúmulo de vínculos trabalhistas pode comprometer a saúde do indivíduo, e repercutir na qualidade de vida destes trabalhadores. Com o ritmo acelerado de trabalho, há uma maior exposição às cargas emocionais e psíquicas e como consequência um processo de trabalho comprometido, o que potencializa o risco de acidentes de trabalho (SARQUIS; FELLI, 2002).

Estudo realizado por Trindade (2006) no município de Santa Maria – RS com 86 trabalhadores das ESF identificou que 32,6% trabalhavam em outro local, e concluiu que este é um dado relevante, uma vez que a estratégia requer dedicação exclusiva dos trabalhadores.

Com respeito ao número de pessoas atendidas (Tabela 10) Verificou-se que 48,5% dos auxiliares de enfermagem atendiam em média de 11 a 20 pessoas por dia, e o profissional enfermeiro de 21 a 30 pessoas (41,7%), e a maior parte dos ACS atendia uma média até 20 pessoas. Quanto ao profissional médico, 21,4% referiram atender de 11 a 20 pessoas e 46,4% e atendem de 40 a 60 pessoas por dia.

**Tabela 10 –** Número médio de pessoas atendidas pelos profissionais da ESF em dia normal de trabalho nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Nº pessoas atendidas	Aux.de Enf.		Enf.		Médico		ACS		Consolidado		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
0-10	2	6,1%	3	8,3%	1	3,6%	79	34,3%	85	26,0%	
11-20	16	48,5%	7	19,4%	6	21,4%	124	53,9%	153	46,8%	
21-30	7	21,2%	15	41,7%	4	14,3%	13	5,7%	39	11,9%	
31-40	2	6,1%	5	13,9%	3	10,7%	5	2,2%	15	4,6%	
41-50	4	12,1%	6	16,7%	6	21,4%	2	0,9%	18	5,5%	
51-60	1	3,0%	-	-	7	25,0%	3	1,3%	11	3,4%	
61-70	-	-	-	-	-	-	1	0,4%	1	0,3%	
71-100	1	3,0%	-	-	1	3,6%	3	1,3%	5	1,5%	
<b>Total</b>	<b>N=</b>	<b>33</b>	<b>100,0%</b>	<b>36</b>	<b>100,0%</b>	<b>28</b>	<b>100,0%</b>	<b>230</b>	<b>100,0%</b>	<b>327</b>	<b>100,0%</b>

\*5 profissionais não responderam

A discrepância observada nas respostas, demonstra uma característica do setor de serviços, pois este não é um setor facilmente padronizável, existindo uma incerteza em relação à demanda, a disponibilidade do trabalhador e a necessidade do cliente.

## 5.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO REFERIDAS PELOS PROFISSIONAIS

A Atenção Primária, hoje alicerçada nas ESF, não possibilita outra forma de trabalho que não seja compartilhado e direcionado pela coesão da equipe e por condições mínimas para que essa equipe possa atuar de maneira resolutiva e eficaz.

A estrutura física teve um maior percentual para os conceitos ruim e regular (60,0%). O profissional que mais opinou nesta pontuação foi o ACS. Uma das necessidades sentidas por esses destes profissionais, mesmo na maior parte do tempo trabalhando externamente, é um local adequado para realização de suas atividades, como fechamento diário (relatórios) no final do expediente, o que nos leva a crer, na não-existência ou inadequação deste espaço, pois cada UBS pode ter até três ESF compostas por no mínimo quatro ACS, o que pode chegar a 12 profissionais ACS por UBS.

Em relação ao preenchimento de formulários, o consolidado apontou para **bom e muito bom**, (75,0%), este percentual deve-se principalmente na opinião dos ACS e Aux. de Enfermagem, que foram os profissionais que consideraram este item positivamente.

Todas as categorias avaliaram o trabalho em equipe como **bom ou muito bom** (63,8%). O trabalho em equipe deve ser entendido como um trabalho compartilhado na totalidade das ações, na discussão de casos e decisões de consenso, e esta tem sido uma fragilidade na implantação do PSF nos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Em relação às reuniões em equipe e reuniões com a comunidade, o consolidado aponta uma avaliação positiva, como **bom e muito bom** (56,1%), excetuando que 58,6% dos profissionais médicos, que avaliaram como **ruim e regular**. Acredita-se que seja pelo fato, desta atividade não fazer parte da formação

deste profissional. A rotina do consultório, ou hospitalar dá ao médico a chance de decisões pessoais, e as reuniões em equipe são espaços importantes, onde comumente são tomadas decisões e definidos encaminhamentos conjuntamente, visando o bem estar da coletividade. E este profissional raramente participa desta atividade.

No item reunião com a comunidade, ocorreu fato semelhante, sendo avaliada negativamente por 62,1% dos profissionais médicos. Além das questões comuns com as reuniões em equipe, acreditamos ter influenciado nesta avaliação dos dois quesitos o horário destas atividades, que por muitas vezes ocorrem após o horário de expediente(Tabela 11).

**Tabela 11 –** Distribuição da satisfação referida\* pelos profissionais quanto ao desenvolvimento das principais atividades com a equipe e na UBS, nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Satisfação referida no desenvolvimento das atividades		Estrutura Física da Unidade		Preenchimento de Formulários		Trabalho em Equipe		Reuniões com a Equipe		Reuniões com a Comunidade	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aux. Enfermagem	ruim	12	36,4%	1	3,1%	0	-	2	6,5%	5	16,7%
	regular	8	24,2%	5	15,6%	8	24,2%	4	12,9%	6	20,0%
	bom	9	27,3%	18	56,3%	14	42,4%	18	58,1%	10	33,3%
	muito bom	4	12,1%	8	25,0%	11	33,4%	7	22,5%	9	30,0%
	N=	33		32		33		31		30	
Enfermeiro	ruim	18	47,4%	4	10,3%	0	-	5	13,2%	5	13,2%
	regular	7	18,4%	9	23,1%	8	24,2%	8	21,1%	8	21,1%
	bom	12	31,6%	18	46,2%	14	42,4%	16	42,1%	18	47,4%
	muito bom	1	2,6%	8	20,4%	11	33,4%	9	23,6%	7	18,3%
	N=	38		39		33		38		38	
Médico	ruim	9	31,0%	4	14,3%	1	3,4%	6	20,7%	8	27,6%
	regular	9	31,0%	10	35,7%	4	13,8%	11	37,9%	10	34,5%
	bom	9	31,0%	7	25,0%	10	34,5%	8	27,6%	9	31,0%
	muito bom	2	7,0%	7	25,0%	14	48,3%	4	13,8%	2	6,9%
	N=	29		28		29		29		29	
A.C.S.	ruim	55	26,2%	12	5,2%	61	26,8%	60	26,1%	56	24,5%
	regular	68	32,4%	37	16,2%	35	15,4%	48	20,9%	39	17,0%
	bom	45	21,4%	77	33,6%	63	27,6%	51	22,2%	68	29,7%
	muito bom	42	20,0%	103	45,0%	69	30,2%	71	30,8%	66	28,8%
	N=	210		229		228		230		229	
Consolidado	ruim	94	30,3%	21	6,4%	62	19,2%	73	22,3%	74	22,7%
	regular	92	29,7%	61	18,6%	55	17,0%	71	21,6%	63	19,3%
	bom	75	24,2%	120	36,6%	101	31,3%	93	28,4%	105	32,2%
	muito bom	49	15,8%	126	38,4%	105	32,5%	91	27,7%	84	25,8%
	N=	310		328		323		328		326	

0-4 ruim, 5-6 regular, 7-8 bom, 9-10 muito bom.

Nem todos os profissionais responderam os questionamentos

Quanto à estrutura da UBS verifica-se que apesar das diferenças de atividades exercidas, a opinião sobre a satisfação dos profissionais segue o mesmo percentual em relação a algumas variáveis, ou seja, em todas as categorias a avaliação das condições da estrutura da UBS foi considerada como **ruim ou regular**, entre 58,6% para os ACS e 65,8% para os enfermeiros. Em relação ao

preenchimento ou formulários, o que mais se destacou foi o profissional médico que considerou esta atividade como **regular** (35,7%). Há por parte destes profissionais resistência e descontentamento no preenchimento destes formulários, considerados por eles como atividades burocráticas. No entanto, todo procedimento médico deve ser anotado de forma legível e completa para que, no caso de emergência ou troca de profissional no atendimento, não parem dúvidas sobre medicamentos e condutas a serem tomadas por outros profissionais médicos e/ou outros membros da equipe, além de subsidiarem o planejamento, avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas em relação ao paciente.

No município de Teixeira (MG) 71,0% dos profissionais classificaram como boa a relação com colegas de equipe e 71,4% com a comunidade (COTTA et al., 2006). Para as reuniões com a comunidade, da mesma forma a categoria médica considerou como uma atividade **regular** (34,5%), pois além das razões citadas acima, a formação destes profissionais, voltada para a atenção à doença, favorece as relações de poder deste profissional sobre os usuários, bem como, não considera como sua atribuição às atividades de integração com a comunidade. A formação deste profissional não se utiliza dos pressupostos que norteiam a saúde da família como promoção da saúde, prevenção de males que podem sobrevir à comunidade, pois entendem que esta não é atribuição e responsabilidade desta categoria.

Os fatores físicos, como risco ocupacional no ambiente de uma UBS, temperatura, ambiente desconfortável, nível de ruído incomodo e irritante, podem ocasionar irritabilidade nos trabalhadores e dificuldade de concentração, que por sua vez podem levar ao erro humano e conseqüente acidente de trabalho (CORDEIRO et al., 2005).

Todas as categorias avaliaram como **adequado** os itens iluminação do ambiente e temperatura ambiente (67,7%) e (58,8%) respectivamente. Diferentemente, o espaço próprio da equipe e espaço da UBS, foram considerados não adequados pelas 04 categorias, (60,9%)e (67,6%) que reflete o não investimento por parte dos gestores para a adequação destes espaços, preconizado pela estratégia de governo, que proveu recursos para este fim (BRASIL,2001).

Quanto à ventilação, mesmo o consolidado apontando como **adequado** (54,5%), isto não se traduz nas opiniões de médicos e enfermeiros. Considerando que o médico (60,7%), trabalha quase que exclusivamente no

consultório, podemos inferir que não haja ventilação adequada. Diferentemente, o profissional enfermeiro deambula por toda a unidade, mas mesmo assim na sua maioria julgou a ventilação como **não adequada** (52,6%).

**Tabela 12 –** Opinião referida pelos profissionais de saúde quanto ao ambiente de trabalho nas UBS, nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009.

Profissionais		Iluminação		Temperatura		Ventilação		Espaço Próprio		Espaço da UBS	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aux. Enfermagem	adequada	23	74,2%	18	56,3%	16	51,6%	10	32,3%	9	28,1%
	não adeq.	8	25,8%	14	43,7%	15	48,4%	21	67,7%	23	71,9%
	N=	31		32		31		31		32	
Enfermeiro	adequada	22	59,5%	20	54,1%	18	47,4%	11	28,9%	12	31,6%
	não adeq.	15	40,5%	17	45,9%	20	52,6%	27	71,1%	26	68,4%
	N=	37		37		38		38		38	
Médico	adequada	18	62,1%	16	55,2%	11	39,3%	14	48,3%	13	46,4%
	não adeq.	11	37,9%	13	44,8%	17	60,7%	15	51,7%	15	53,6%
	N=	29		29		28		29		28	
A.C.S.	adequada	151	68,9%	133	60,5%	130	58,0%	90	40,5%	69	31,4%
	não adeq.	68	31,1%	87	39,5%	94	42,0%	132	59,5%	151	68,6%
	N=	219		220		224		222		220	
Consolidado	adequada	214	67,7%	187	58,8%	175	54,5%	125	39,1%	103	32,4%
	não adeq.	102	32,3%	131	41,2%	146	45,5%	195	60,9%	215	67,6%
	N=	316		318		321		320		318	

\*nem todos os profissionais responderam a questão

Em relação à iluminação (67,3%) e à temperatura (58,8%) na opinião de todas as categorias foi considerada **adequada**. No entanto, a ventilação foi considerada **adequada** para os ACS e auxiliares ao passo que para os médicos (60,7%) e para os enfermeiros (52,6%) a ventilação foi considerada **não adequada**. Se considerarmos que o profissional médico e enfermeiro ficam a maior parte do tempo nos consultórios das UBS realizando atendimento, enquanto os auxiliares e ACS realizam atividades fora da unidade junto à comunidade, como também

circulam pela unidade, sem ficarem presos em uma sala, pode-se compreender a diferença das opiniões.

O espaço próprio da equipe foi considerado **não adequado** por todos os profissionais, o que demonstra que não houve adequação das UBS para receber as novas equipes, mesmo o MS disponibilizando um incentivo para esse fim, logo que as equipes sejam cadastradas junto ao sistema (SIAB). O problema da estrutura física da UBS, tanto o espaço próprio para o desenvolvimento das atividades profissionais, bem como o espaço geral da unidade, foram considerados **não adequados** para mais de 50,0% dos médicos e entre 60 e 70% para os demais profissionais. Até mesmo o ACS, que embora não desenvolva a maior parte de suas ações dentro da unidade, reforça a inadequação da estrutura física dos Serviços de Atenção Primária.

Cotta et al. (2006) encontraram em sua pesquisa no município de Teixeira (MG) que 40,6% dos profissionais médicos emitiram opinião de insatisfação em relação ao espaço físico e ao espaço da equipe, da mesma forma que 33,3% dos enfermeiros julgaram ser um fator dificultador para o desenvolvimento das atividades Tomasi et al. (2004) relataram que as condições de trabalho das equipes em sua pesquisa foram avaliadas como inadequadas para o ambiente físico (38%), inadequado para aspectos relacionados às tarefas (46%), relações pessoais (34%), para manutenção do prédio (67%), para mobiliário (48%) e como insuficiência de espaço (44%).

Percebe-se que mesmo nos municípios maiores como São Paulo, e em Pelotas, no Rio Grande do Sul, o nível de satisfação dos profissionais em relação ao ambiente físico de trabalho, espaço de reuniões e realização de tarefas com a equipe, não foram consideradas ideais.

Nesta pesquisa, segundo a opinião referida pelos profissionais de saúde quanto ao ambiente de trabalho, em relação às condições de higiene, e a presença de odores, entre 70% a 80% dos trabalhadores consideraram as condições **adequadas** (Tabela 13).

Na avaliação do barulho excessivo, pelo consolidado percebe-se uma avaliação negativa (63,5%). Mas quando nos detemos na avaliação do profissional médico, encontra-se uma avaliação positiva (75,9%). Considerando que 25 dos 29 profissionais entrevistados possuem mais de um vínculo empregatício e passam boa parte da sua jornada de trabalho restrito ao consultório, deduz-se que o

barulho que incomoda os outros profissionais que ficam 8 horas/dia na UBS, pode realmente não incomodar esta categoria profissional. Por motivos semelhantes, o mesmo ocorre quando se trata de móveis e equipamentos, onde apenas o profissional médico julga este item (55,2%), enquanto o consolidado nos mostra a insatisfação de 65,3% das opiniões .

**Tabela 13** – Opinião referida pelos profissionais de saúde quanto as condições de trabalho nas UBS, nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Profissionais		Barulho		Condições de Higiene		Móveis / Equipamentos		Manutenção Predial		Odores	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aux. Enfermagem	adequada	14	46,7%	23	71,9%	12	38,7%	18	56,3%	25	83,3%
	não adeq.	16	53,3%	9	28,1%	19	61,3%	14	43,7%	5	16,7%
	N=	30		32		31		32		30	
Enfermeiro	adequada	12	31,6%	30	81,1%	12	31,6%	21	55,3%	29	78,4%
	não adeq.	26	68,4%	7	18,9%	26	68,4%	17	44,7%	8	21,6%
	N=	38		37		38		38		37	
Médico	adequada	16	55,2%	22	75,9%	16	55,2%	12	41,4%	22	75,9%
	não adeq.	13	44,8%	7	24,1%	13	44,8%	17	58,6%	7	24,1%
	N=	29		29		29		29		29	
A.C.S.	adequada	74	33,5%	175	77,8%	72	32,0%	129	57,8%	170	76,9%
	não adeq.	147	66,5%	50	22,2%	153	68,0%	94	42,2%	51	23,1%
	N=	221		225		225		223		221	
Consolidado	adequada	116	36,5%	250	77,4%	112	34,7%	180	55,9%	246	77,6%
	não adeq.	202	63,5%	73	22,6%	211	65,3%	142	44,1%	71	22,4%
	N=	318		323		323		322		317	

\*nem todos os profissionais responderam a questão

Em relação a manutenção predial, esta foi avaliada negativamente pelo médico (58,6%), diferentemente do consolidado que foi avaliado positivamente (65,3%). Sabendo que este profissional comumente atua em outros ambientes de trabalho como clínicas e hospitais particulares, conveniados, etc onde a estética e a funcionalidade possuem grande importância, isto deve favorecer sua opinião quanto a manutenção predial como inadequada, diferentemente dos outros profissionais.

No município de São Paulo, Campos (2005) no item ambiente físico e materiais de trabalho, encontrou a insatisfação do profissional médico (54,4%), e na pesquisa no município de Teixeiras (MG), Cotta et al. (2006) encontraram 25% dos profissionais médicos, 33,3% dos enfermeiros e ACS e 100,0% dos auxiliares de enfermagem insatisfeitos em relação a equipamentos da UBS.

Ao observarmos a satisfação em relação a disponibilidade de insumos (Tabela 14), pode-se verificar que o material de expediente e os KIT's diversos, ou seja, materiais para curativos, maletas de emergência e visitas domiciliares, agulhas e seringas, estes foram considerados **adequados** por todas as categorias com um percentual elevado ( 66,6% ) e (82,4%) respectivamente. Verificou-se que 42 profissionais não responderam essa questão o que pode ser pelo fato destes profissionais não julgarem este material como de domínio e responsabilidade de toda equipe, mas sim somente daqueles que fazem uso destes na sua atividade laboral.

Mesmo sendo julgado como adequado, apurou-se uma divisão na opinião do profissional enfermeiro (50%) **adequado** e (50%) **não adequado** quanto ao material de educação em saúde.

Apenas os profissionais ACS julgaram os EPI's como **não adequados**. As atividades deste profissional que deambula oito horas por dia sob sol e chuva, merece atenção especial por parte do gestor, no sentido de suprir suas necessidades e prevenir agravos à saúde do trabalhador, para o profissional enfermeiro as opiniões divergiram significativamente, sendo que 63,2% julgaram **adequado** e 36,8% **não adequado** (Tabela 14).

Cotta et al. (2006) encontraram que 50% dos profissionais estavam insatisfeitos quanto à carência de material de curativo e material de expediente.

**Tabela 14 –** Distribuição da disponibilidade de insumos referidos pelos profissionais de saúde nas UBS, nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Profissionais		Material de Expediente		Material Educac. Saúde		Kits diversos		EPI	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aux. Enfermagem	adequada	<b>22</b>	71,0%	<b>18</b>	56,3%	<b>27</b>	90,0%	<b>18</b>	58,1%
	não adeq.	<b>9</b>	29,0%	<b>14</b>	43,7%	<b>3</b>	10,0%	<b>13</b>	41,9%
	N=	<b>31</b>		<b>32</b>		<b>30</b>		<b>31</b>	
Enfermeiro	adequada	<b>27</b>	71,1%	<b>19</b>	50,0%	<b>33</b>	86,8%	<b>24</b>	63,2%
	não adeq.	<b>11</b>	28,9%	<b>19</b>	50,0%	<b>5</b>	13,2%	<b>14</b>	36,8%
	N=	<b>38</b>		<b>38</b>		<b>38</b>		<b>38</b>	
Médico	adequada	<b>17</b>	60,7%	<b>17</b>	63,0%	<b>23</b>	82,1%	<b>16</b>	57,1%
	não adeq.	<b>11</b>	39,3%	<b>10</b>	37,0%	<b>5</b>	17,9%	<b>12</b>	42,9%
	N=	<b>28</b>		<b>27</b>		<b>28</b>		<b>28</b>	
A.C.S.	adequada	<b>141</b>	65,9%	<b>141</b>	64,7%	<b>156</b>	80,4%	<b>99</b>	47,6%
	não adeq.	<b>73</b>	34,1%	<b>77</b>	35,3%	<b>38</b>	19,6%	<b>109</b>	52,4%
	N=	<b>214</b>		<b>218</b>		<b>194</b>		<b>208</b>	
Consolidado	adequada	<b>207</b>	66,6%	<b>195</b>	61,9%	<b>239</b>	82,4%	<b>157</b>	51,5%
	não adeq.	<b>104</b>	33,4%	<b>120</b>	38,1%	<b>51</b>	17,6%	<b>148</b>	48,5%
	N=	<b>311</b>		<b>315</b>		<b>290</b>		<b>305</b>	

\*nem todos os profissionais responderam a questão

Todas as categorias profissionais fazem uso do computador na UBS, e o médico (10,3%) é o que menos o utiliza em serviço, enquanto 30 a 40 % dos auxiliares de enfermagem, enfermeiros e ACS fazem uso deste equipamento no local de trabalho (Tabela 16). O computador é uma ferramenta útil e necessária nos dias atuais, principalmente nos serviços onde a dependência de informações internas ou externas contribui para a análise, planejamento e organização do processo de trabalho. Todas as atividades das equipes devem ser lançadas no computador para alimentar os sistemas de informação.

Mesmo o ACS, que leva informações às famílias, deve ter acesso irrestrito, para que as informações disponíveis que contribuam para o aprimoramento de suas atividades, como vídeos, artigos, conferencias e pesquisas, possam ser utilizadas para seu processo de formação e desta forma melhorar sua atuação junto a população. Em época de campanhas de saúde, reuniões com os grupos

específicos ou reuniões com a comunidade o computador passa a ser uma ferramenta importante para o processo de Educação Permanente e da equipe (Tabela 15).

**Tabela 15** – Distribuição percentual dos profissionais de acordo com o acesso ao computador para suas atividades profissionais, nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Uso do Computador	Aux. De Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim, na UBS	15	45,5	14	36,8	3	10,3	74	31,9	106	31,9
Sim, em Casa	1	3,0	6	15,8	7	24,1	6	2,6	20	6,0
Ambos	3	9,1	13	34,2	1	3,4	5	2,2	22	6,6
Não	13	39,4	5	13,2	18	62,1	146	62,9	182	54,8
Não respondeu	1	3,0	-	-	-	-	1	0,4	2	0,6
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>232</b>	<b>100,0</b>	<b>332</b>	<b>100,0</b>

Além de material, as equipes também utilizam e necessitam de meio de transporte para a realização de algumas ações. Apenas 18,2% referiram ter o veículo disponível, 54,4% somente se solicitassem ou se pré-agendassem, 10,3%, somente em caso de emergência e 7,3% referiram não ter acesso a este meio de transporte, sendo totalmente indisponível. A disponibilidade dos veículos está descrita na tabela a seguir.

**Tabela 16** – Disponibilidade de veículos para realização da atividade de visitas domiciliares da equipe de Saúde da Família dos Municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Disponibilidade dos Veículos	Nº de respostas	%
Diariamente	60	18,0
Qdo solicitado	127	38,3
Uma vez /semana	32	9,7
Pré-agendado	52	15,7
Urgência	34	10,2
Não disponível	24	7,2
Não responderam	3	0,9
<b>Total</b>	<b>332</b>	<b>100,0</b>

Na área rural este é um problema importante, pois as distâncias são grandes e as atividades por vezes vão além das visitas do ACS, como consultas, curativos e acompanhamento a nutrízes e pacientes acamados. Dentro da zona urbana o veículo serve mais à categoria médica que quase na totalidade reservam um dia ou meio período do expediente para realização de visitas nas casas de pacientes que necessitam de sua avaliação e/ou atendimento.

Em municípios pequenos nem sempre o deslocamento entre um local a outro são mais fáceis, pois muitas vezes há problemas com terrenos acidentados, grandes percentagens de população nas áreas rurais, áreas sem calçamento e sol e/ou chuva fortes, dificultam o trabalho de uma equipe que não dispõe de um meio de transporte. Nestes municípios, os veículos que deveriam servir a ESF diariamente, quando existem, ficam centralizados na administração municipal, sendo utilizados para vários fins dentro da área de abrangência do município, até mesmo por outras secretarias municipais como Assistência Social, Educação e etc.

Cotta et al. (2006) relatam que das dificuldades identificadas pelos profissionais em sua pesquisa na cidade de Teixeiras (MG), a falta de veículo disponível foi citada por 61% dos trabalhadores.

### 5.3 ACIDENTES DE TRABALHO

Os acidentes de trabalho não devem fazer parte da vida do trabalhador em qualquer ramo de atividade, e embora sejam eventos preveníveis, e em alguns casos previsíveis, eles ainda acontecem com frequência. No entanto, muitos desses acidentes passam despercebidos devido a subnotificação, pois os acidentes leves, acabam por receber atendimento no próprio local de serviço, e não chegam a ser notificados.

Quanto aos acidentes de trabalho, 206 (69,2%) do total de trabalhadores referiram nunca terem sofrido qualquer tipo de acidente. Foram referidos 143 ocorrências de acidentes de trabalho. A categoria que sofreu maior número de acidentes, ou seja, a mais exposta a riscos profissionais foi o profissional ACS (81,1%), seguido dos auxiliares de enfermagem (10,5%) (Tabela 17).

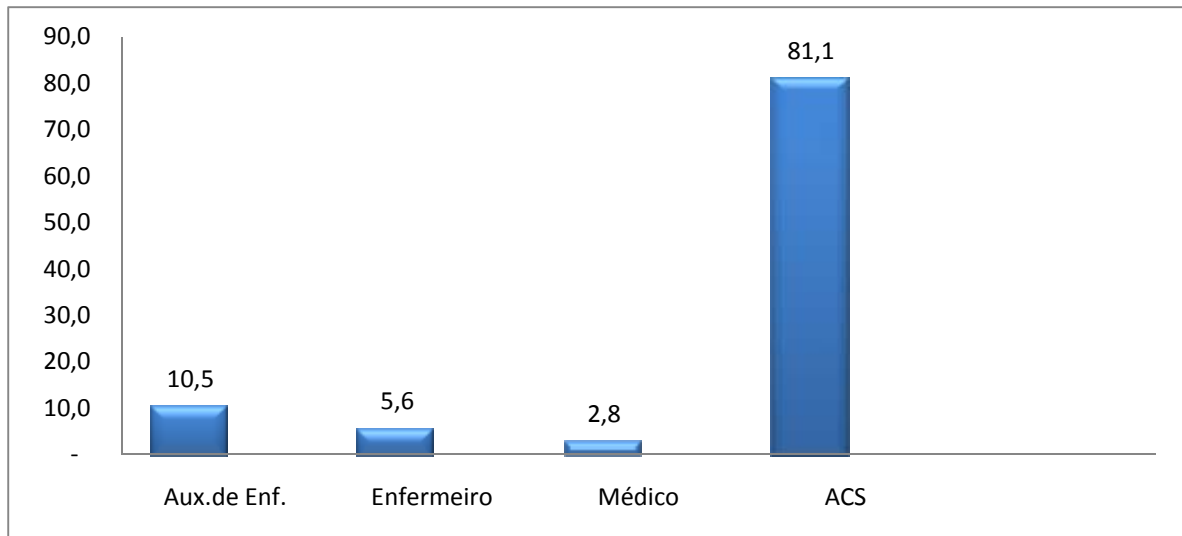
O processo de trabalho de cada categoria possui características próprias. Os acidentes que acometem esses profissionais sinalizam temas que se deve trabalhar como pauta de EPS, pois o processo de trabalho dos profissionais ACS demonstra alto índice de acidentes fora da UBS, principalmente acidentes de transporte, haja vista que o uso de motocicleta é comum por este profissional. Porém o maior número remete a quedas e acidentes com animais (60,9%).

**Tabela 17 –** Distribuição dos tipos de acidentes de trabalho, sofridos pelos profissionais das equipes de saúde da família nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Acidentes	Aux. De Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Total	%
Carro	-	-	2	25,0	1	25,0	3	2,4	6	4,2
Moto	-	-	-	-	-	-	22	19,1	22	15,4
Bicicleta	-	-	-	-	-	-	1	0,9	1	0,7
Quedas	2	13,3	-	-	1	25,0	41	35,7	44	30,8
Perfuro Cortante	12	80,0	3	37,5	1	25,0	7	6,1	23	16,1
Animais	1	6,7	-	-	-	-	29	25,2	30	21,0
Outros *	-	-	3	37,5	1	25,0	13	11,3	17	11,9
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>	<b>143</b>	<b>100,0</b>
<b>Total prof.pesq</b>	<b>33</b>		<b>38</b>		<b>29</b>		<b>232</b>		<b>332</b>	

\*Pancadas, choque elétrico e torções

Os auxiliares de enfermagem foram os que mais se acidentaram com perfuro-cortantes (80,0%), seguidos do profissional enfermeiro (37,5%). Os ACS foram os mais expostos a acidentes de transporte, os únicos que referiram acidentes com motos (19,1%) e bicicletas. Nesta pesquisa não nos foi possível identificar se eram acidentes durante a jornada ou de trajeto, indo ou vindo do trabalho. Dentre os acidentes aos que estão expostos foram pontuadas por 41 (35,5%) ACS, que já sofreram acidentes com quedas. Outro acidente de grande ocorrência entre os ACS é o ocorrido com animais (23,2%). Foram 29 relatos, em sua maioria são mordeduras de cães, além de picadas de aranha, picadas de abelha ou outros insetos, que podem estar relacionados a sua exposição durante as visitas domiciliares (Tabela 17).



Um mesmo profissional pode ter sofrido mais de um acidente.  
Um profissional não respondeu a esta questão.

**Figura 4** – Percentual de ocorrência de acidentes de trabalho referidos pelos profissionais nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Dos profissionais que referiram ter sofrido algum tipo de acidente, 15,9% declararam terem sido afastados: um Auxiliar, um Enfermeiro, um Médico e 17 ACS. Um ACS apesar de referir ter sofrido acidente, não respondeu se houve afastamento ou não (Tabela 18).

**Tabela 18** – Afastamentos referidos pelos profissionais em virtude dos acidentes sofridos, nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

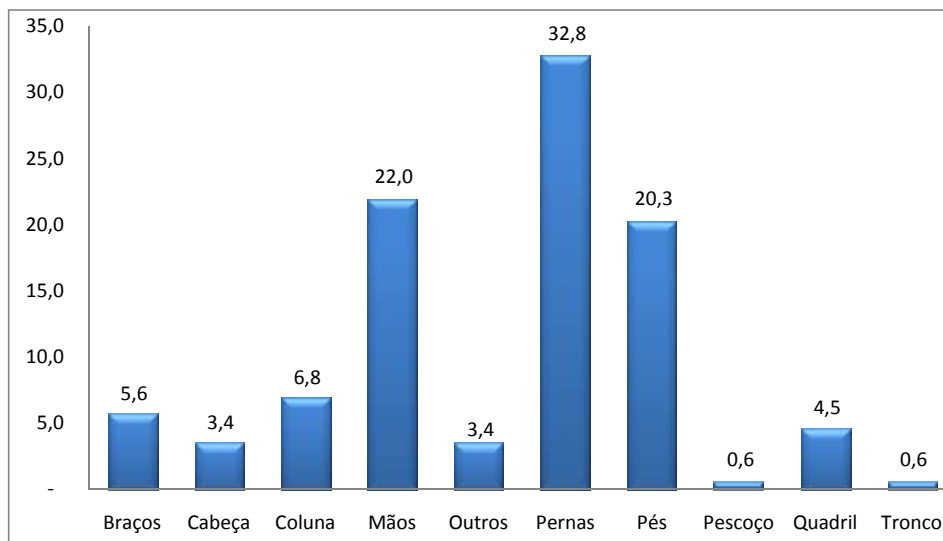
Houve afast. Pós-acid.	Aux. De Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	1	6,7	1	12,5	1	25,0	17	17,2	20	15,9
Não	14	93,3	7	87,5	3	75,0	81	81,8	105	83,3
Não respond.	-	-	-	-	-	-	1	1,0	1	0,8
Total	15	100,0	8	100,0	4	100,0	99	100,0	126	100,0

01 ACS é ignorado se foi afastado ou não

A maioria dos acidentes, (79%) gerou afastamentos de até 15 dias. No caso acidente com esse período de afastamento, não é requerido que o profissional seja encaminhado para perícia médica, ficando o ônus apenas para o empregador. Ainda foram observados casos de acidentes com sequelas, em

quatorze ACS (7,0%) e um auxiliar de enfermagem (3,0%). As atividades laborais que expõem aos maiores fatores de riscos e cargas de trabalho são frequentemente exercidas pelo profissional de escolaridade elementar e média, e que devido a esse fato são os mais expostos à acidentes de trabalho. Foram 143 ocorrências no relato de 126 profissionais (Tabelas 17 e 18).

As partes do corpo mais atingidas nos acidentes referidas pelos profissionais foram as pernas (32,8%), devido as quedas de moto ou mordidas de cães. As mãos vêm em segundo lugar (22,0%) estando aí incluídos os acidentes com materiais perfuro-cortantes. O terceira parte mais atingida foram os pés (20,3%). Acidentes que acometeram outras partes do corpo como a coluna (6,8%), braços (5,6%) e quadril (4,5%) também foram referidos (Figura 5).



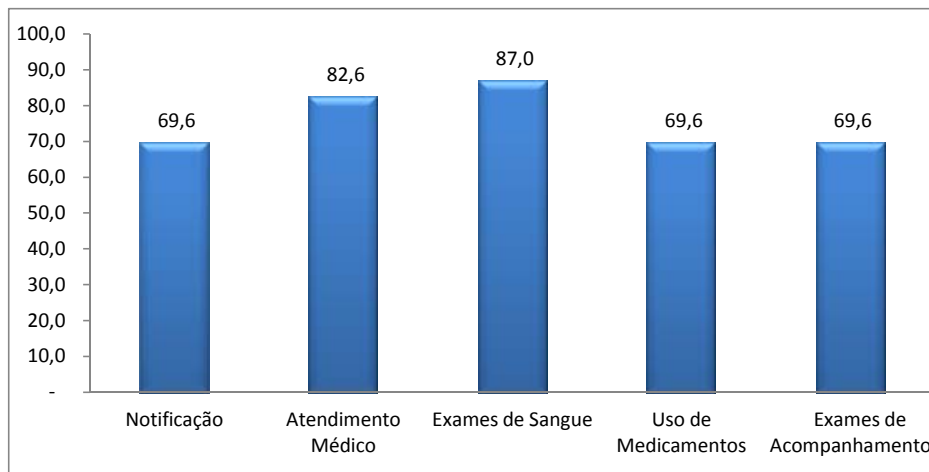
Cada profissional poderia marcar mais de uma opção de reposta

**Figura 5** – Acidentes de trabalho, segundo a parte do corpo mais atingida, referidos pelos profissionais da saúde da família, nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009.

O levantamento das partes do corpo mais atingidas sinaliza alguns cuidados que devem ser adotados para prevenir e conseqüentemente diminuir estes

acontecimentos e também aponta quais são as categorias mais vulneráveis a determinados tipos de acidentes.

Dos 23 acidentes com materiais perfuro-cortantes que ocorreram com os profissionais pesquisados, 69,6% foram notificados. Vale ressaltar que 80,0% dos acidentes com profissionais auxiliares de enfermagem foram com perfuro cortantes. Mas a preocupação acentuou-se à vista de que 30,4% deste tipo de acidente não tenha sido notificado, os profissionais não usaram medicamentos e não fizeram exames de acompanhamento, ou seja, não seguiram o protocolo instituído.



**Figura 6** – Número de encaminhamentos segundo protocolo, nos casos de acidentes com perfuro-cortante sofridos pelos profissionais pesquisados nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

O exame de sangue e o atendimento foram realizados para 83,0% e 87,0% dos casos ocorridos, apenas 69,6% fizeram exames de acompanhamento (Figura 6). Os municípios envolvidos nesta pesquisa contam com um protocolo de atendimento e encaminhamento dos acidentados com perfuro-cortantes e a disponibilidade da medicação e exames de laboratório no hospital de referência no município sede da 16ªRS. Segundo Medeiros (2005), os acidentes com material perfuro-cortante não vêm tendo a atenção devida por parte dos profissionais da área da saúde. Embora as doenças infecciosas tenham agentes etiológicos, modo de

transmissão, períodos de transmissibilidade e incubação conhecidos, o que permite tanto a prevenção como a cura, mesmo assim, novos casos ainda acontecem.

Marziale e Chiodi (2006) em pesquisa bibliográfica citada anteriormente, verificaram que oito, 66,7%, das 12 pesquisas sobre riscos ocupacionais em saúde pública, eram especificamente sobre acidentes perfurocortantes, o que demonstra o interesse neste tema e a tendência de investimento de estudos sobre este agravo, principalmente com a relevância e magnitude da presença das doenças infecto-contagiosas entre a população em geral.

Os acidentes de trabalho com sangue e outros materiais contaminados devem ser tratados como emergência médica, principalmente no que diz respeito a infecção com HIV e Hepatite B, pois a intervenção no sentido de profilaxia deve iniciar-se imediatamente após a ocorrência do fato, mesmo tendo-se a consciência que essas medidas não são totalmente eficazes (FRANÇA, 1999).

Sarquis (1999) encontrou alta frequência deste tipo de acidentes entre trabalhadores de enfermagem e apontou a não aderência ao uso de equipamentos de proteção individual, o acúmulo de demanda e o cansaço como fatores que os expõem a riscos biológicos e conseqüentemente à graves doenças como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e a Hepatite B. Para minimizar o risco de transmissão ocupacional por patógenos veiculados pelo sangue de pacientes, todos os trabalhadores de saúde devem aderir a estas medidas, inclusive o apropriado uso de lavagem das mãos, barreira de proteção e atenção redobrada no uso de agulhas e outros objetos cortantes (MEDEIROS, 2005).

## 6 CONCLUSÃO

- O CNES é um sistema que demonstrou não ser confiável nos seus dados, o que pode distorcer estatísticas e situações que irão embasar futuras políticas de saúde;
- O implemento da oferta de empregos na área de saúde ficou evidenciado pelo crescimento do número de equipes em cada município, constituindo-se em primeiro emprego de grande parte dos enfermeiros;
- A área da saúde continua sendo predominantemente feminina (85%);
- Ainda há precariedade de vínculos trabalhistas nas equipes de saúde da família de municípios de pequeno porte, sendo em 28,9% dos casos;
- Há a necessidade da democratização da gestão de trabalho para na resolução de problemas, com garantias e meios efetivos de gerenciamento e participação nas decisões por aqueles que desenvolvem o trabalho nas unidades de saúde;
- Evidenciou-se a importância de políticas de saúde que propiciem avanços nas condições de trabalho principalmente quanto a infraestrutura dos serviços de APS e nas condições de trabalho das equipes de saúde da família, com investimentos em equipamentos, insumos, veículos e instalações físicas;
- Necessidade de implantação e implementação de estratégias de educação continuada e permanente não só para processos educativos mas, também para a prevenção de acidentes de trabalho, em especial os perfuro cortantes.

## 6.1 DESAFIOS DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

- Ampliação de aporte financeiro na área de saúde;
- Ações de acompanhamento e monitoramento dos investimentos destinados à saúde;
- Destinar investimentos nas instalações físicas, equipamentos, e veículos, para melhorias nas condições de trabalho das equipes e consequentes melhorias no atendimento da população;
- Identificação e diminuição dos riscos de acidentes de trabalho a que são expostos as equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte, principalmente os que podem ocasionar seqüelas;
- Efetivar articulação interfederativa que viabilizem e definam custos, formas de financiamento e a distribuição dos incentivos;
- Racionalizar recursos através da profissionalização da gestão, melhorias na qualidade de infra-estrutura, equipamentos, veículos e insumos, bem como a desprecarização dos vínculos de trabalho e a valorização da força de trabalho, Através de Políticas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde;
- Monitoramento e avaliação contínuos de processos e resultados, e do impacto deflagrado sobre a saúde e vida da população, definindo metas a serem atingidas;
- Construção de um novo modelo assistencial em saúde, apoiado nos valores propostos pelo SUS, alicerçado em condições sócio-políticas, materiais e humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência e de quem executa essa tarefa.

Atenção Primária em Saúde não significa atenção fácil ou simplificada, mas sim, um nível complexo de assistência, onde além dos saberes técnicos, a psique, a índole e o comprometimento de quem presta o cuidado, influencia marcadamente a quem recebe este cuidado.

## REFERÊNCIAS

- AGOSTINI, M. **Saúde do trabalhador deve incorporar atenção primária**. Rio de Janeiro, 2010. Entrevista concedida no Fórum de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Disponível em: <<http://www.cntu.org.br/cntu/internas.php?pag=NDIx>>. Acesso em: 23 mar. 2011.
- ALMEIDA, M. F. Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.8, n. 3, p. 27-34, jul./set. 1998. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus\\_vol7\\_3\\_descentralizacao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_3_descentralizacao.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2011.
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v25n87/21460.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.
- ARAÚJO, L. M. et al. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 155-166, mar. 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_rh.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2011.
- ASSUNÇÃO, A. A.; BELISÁRIO, S. A. (Org.) **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: Nescon - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2007. (Serie Nescon de Informes Técnicos; n.1). Disponível em: <[http://www.nescon.medicina.ufmg.br/pdf/\[2008\]nescon\\_informes\\_tecnicos\\_1.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/pdf/[2008]nescon_informes_tecnicos_1.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2011.
- AVENDAÑO, C.; GRAU, P.; YUS, P. Riscos para a saúde das enfermeiras do setor público no Chile. In: OLIVEIRA, E. M.; SCAVONE, L. (Org.). **Trabalho saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB Cultura e Qualidade, 1997. cap.11, p. 115-135.
- BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S.G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-184, mar./abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a06.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.
- BARROS, I. P. et al. Resíduos biológicos nos institutos de medicina legal de Goiás: implicações para os trabalhadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 317-325, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a02.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a02.htm)>. Acesso em: 23 mar. 2011.
- BORGES, L. O.; TAMAYO, A.; ALVES FILHO, A. Significado do trabalho entre trabalhadores de saúde. In: BORGES, L. O. et al. **Os trabalhadores de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 143-198.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 42. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1988. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. 42. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 3.189 de 4 de outubro de 1999**. Fixa diretrizes para o exercício a atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Decreton3.189.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 dez. 1990. Seção 1, p. 23936. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=12/12/1990&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=90>>. Acesso em: 08 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006 e das outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm)>. Acesso em: 23 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Disponível em: <[www.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#saudedafamilia](http://www.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#saudedafamilia)>. Acesso em: 22 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família; 5). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_12.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS: relatório**. [Brasília, 2003]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_seminario\\_desprecarizacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_seminario_desprecarizacao.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto nº 3.189, de 04 de outubro de 1999.** Fixa Diretrizes para o Exercício da Atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e da outras providências. Disponível em:  
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Decreton3.189.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 23 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Federal nº 1.679, de 19 de setembro de 2002.** Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Disponível em:  
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004.** Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador no SUS. Disponível em:  
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria777.pdf>><http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria777.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005.** Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde-SUS e dá outras providências. Disponível em:  
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005.** Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Disponível em:  
<[http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p\\_20051111\\_485.pdf](http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf)>. Acesso em 23 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.374\*/GM, de 07 de outubro de 2009.** Altera os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal. Disponível em:  
<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/100827-2374?q>>. Acesso em: 05 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.871 de 19 de novembro de 2009.** Constitui o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: MS, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html)>. Acesso em: 30 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Programas Urbanos. **Plano Diretor em Municípios de pequeno porte**. Disponível em: <[http://portal.cnm.org.br/sites/8800/8875/download/2\\_dia/PlanoDiretoremMunicipiosdepequenoporte\\_Modificada.pdf](http://portal.cnm.org.br/sites/8800/8875/download/2_dia/PlanoDiretoremMunicipiosdepequenoporte_Modificada.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2009.

\_\_\_\_\_. 2008. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS Brasil. **Caderno RH SUS**. Brasília: MS, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília: MS, 2003.

BULHÕES, I. **Risco do trabalho da enfermagem**. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1994.

CAMPOS, C. V. A. **Porque o médico não fica**: satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família no município de São Paulo. 2005. 195 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2438/42290.PDF?sequence=2>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

CAMPOY, M. A.; RIBEIRO, M. C. S. (Org.). **Enfermagem e trabalho**: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores. São Paulo: Martinari, 2008.

CARDO, D. M. Patógenos veiculados pelo sangue. In: RODRIGUES, E. A. C. et al. **Infecções hospitalares**: prevenção e controle. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 341-351.

CEAP. Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Financiamento do SUS**: a luta pela efetivação do direito humano à saúde. Passo Fundo: CEAP, 2005. Disponível em: <[http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/cartilha\\_financiamento\\_do\\_SUS\\_a\\_luta.pdf](http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/cartilha_financiamento_do_SUS_a_luta.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2011.

CNES. Disponível em: [www.cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br). Acesso em: 28 set. 2009.

CORDEIRO, R. et al. Exposição ao ruído ocupacional como fator de risco para acidentes de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 461-466, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24801.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

COTTA, R. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde.

**Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p.7-18, jul./set. 2006.

Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/1artigo\\_organizacao\\_trabalho.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/1artigo_organizacao_trabalho.pdf)>.

Acesso em: 23 mar. 2011.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1993.

\_\_\_\_\_. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações**: o indivíduo na organização: dimensões esquecidas. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1993. v.1.

DISSENHA, C. F. **Qualidade de vida do trabalhador de enfermagem**: perfil dos auxiliares de enfermagem da unidade de saúde Vila Leão. 1999. 75 f. Monografia (Especialização em Saúde do Trabalho). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1999.

EGRY, E. Y. **Saúde coletiva**: construindo um novo método de enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.

FACCHINI, L. A. et al. Sistema de informação em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 857-867, out./dez. 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a10v10n4.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

FERREIRA JÚNIOR, M. **Saúde no trabalho**: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000.

FIALHO, F. A. P. et al. **Métodos e técnicas em ergonomia**. Florianópolis: Nova Letra, 2005.

FLARESSO, W. **O Corpo e o trabalho**: incursões sobre qualidade de vida e ginástica laboral. 1998. Monografia (Especialização em Saúde do Trabalho). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1998.

FLEURY, S. et al. Programa de estudos e pesquisas em reforma do estado e governança: municipalização da saúde e poder local no Brasil: relatório de pesquisa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 195-208, maio/jun. 1997.

FRANÇA, G. V. Riscos ocupacionais da equipe de saúde: aspectos éticos e legais. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA FLUMINENSE, 20., 1999, Niterói.

**Anais...** Niterói, 1999.

GEHRING JUNIOR, G. et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Campinas, v. 10, n. 3, p. 401-409, set. 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n3/10.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

GIANESI, I. G. N.; CORREA, H. L. **Administração estratégica de serviços operações para a satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 1994.

HILDEBRANDO, C. et al. Gestão do trabalho em saúde e as diferentes modalidades de inserção dos trabalhadores no sistema único de saúde: um estudo realizado no Estado do Paraná - 2008. In: MOYSES, N. M. N.; MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S. **Curso de especialização do trabalho e da educação em saúde: relatos de experiência**. Rio de Janeiro: ENSP, 2009. p. 18-23. Disponível em: <[http://www4.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/Curso%20de%20Especializacao%20em%20Gestao%20do%20Trabalho%20e%20da%20Educacao%20na%20Saude\\_Relato%20de%20Experiencias.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/Curso%20de%20Especializacao%20em%20Gestao%20do%20Trabalho%20e%20da%20Educacao%20na%20Saude_Relato%20de%20Experiencias.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2011.

IBGE. **Censo demográfico 2000**. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 22 jan. 2009.

JOFFE, M. D. Emergency department provider fatigue and shift concerns. **Clinical Pediatric Emergency Medicine**, Philadelphia, v. 7, n. 4, p. 248-254, Dec. 2006.

KHAIR, A. A. **Lei de responsabilidade fiscal: guia de orientação para as prefeituras**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; BNDES, 2000. Disponível em: <[http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/lrf/080807\\_PUB\\_LRF\\_guiaOrientacao.pdf](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/lrf/080807_PUB_LRF_guiaOrientacao.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2011.

LACAZ, F. A. C. **Saúde do trabalhador: um estudo sobre formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical**. 1996. 432 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1996.

\_\_\_\_\_. Capitalismo globalizado e novas situações de trabalho. In: SEMINÁRIO O TRABALHO EM DEBATE, 2., 2004, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: USP, 2004.

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

LIMA, A. C. S. et al. Gestão de pessoas na enfermagem: perspectiva da força de trabalho de um hospital universitário. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA DESAFIOS E PERSPECTIVAS, 2009, Santa Maria. **Anais...** Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2009. p. 52-55. Disponível em: <[http://www.ufsm.br/ppgenf/ANAIS\\_SEMINARIO\\_BIOETICA\\_FINAL\\_c.pdf](http://www.ufsm.br/ppgenf/ANAIS_SEMINARIO_BIOETICA_FINAL_c.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2011.

LOBO, E. S. **A classe operária tem dois sexos**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

MACHADO, M. H. Programa de saúde da família no Brasil: algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUSA, M. F. (Org.) **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 125-132.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 12, n. 1, p. 79-85, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n1/a10v12n1.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

MARZIALE, M. H. P.; CHIODI, M. B. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 212-217, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a14v19n2.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

MEDEIROS JUNIOR, A. **Representações sociais sobre o acidente de trabalho em saúde**. 2005. 144 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

MENDES, J. M.; OLIVEIRA, P. A. B. Medicina do trabalho: o desafio da integralidade na atenção à saúde. In: VIEIRA, S. I. **Medicina básica do trabalho**. Curitiba: Gênese, 1995. v.4, p.33-44.

MENDES, K.; BRASIL, V. P. **Saúde do trabalhador na equipe de saúde da família no município de Florianópolis**. 2006. Monografia (Residência) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

MORAES, I. H. S. et al. Informações para gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 10, n.1, p. 49-56, mar. 2001. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v10n1/v10n1a06.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

MOYSES, N. M. N. **Conselhos de Saúde: conhecimento sobre as ações de saúde**. Curso de especialização do trabalho e da educação em saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2009.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <[www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo](http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo)>. Acesso em: 22 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**.

Disponível em:

<[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano\\_estadual\\_de\\_saude/pes\\_pr\\_versao\\_08-11.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_de_saude/pes_pr_versao_08-11.pdf)>. Acesso em: 06 jul. 2010.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr./jun. 2000.

\_\_\_\_\_. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem.

**Revista Baiana Enfermagem**, Salvador, v. 13, n. 1/2, p. 83-92, abr./out. 2000.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A Teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

SANTOS, I. et al. Caring: building an new history of sensibility: **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 1, n. 3, 2002. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/siteantigo/objn103santosietal.htm>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

SARQUIS, L. M. **Acidentes de trabalho com instrumentos perfuro-cortantes: ocorrência entre os trabalhadores de enfermagem**. 1999. 138 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 1999.

SARQUIS, L. M.; FELLI, V. E. A. Acidentes de trabalho com instrumento perfuro-cortantes entre os trabalhadores de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 222-230, set. 2002.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: EDUFF, 2007.

SILVEIRA, A. M. **Saúde do trabalhador**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2009. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1771.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

SINAN. Sistema de Informação Nacional de Doenças de Notificação Compulsória. **Portaria GM/MS Nº 2325 de 08 de dezembro de 2003**. Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-2325.htm>>. Acesso em: 05 maio 2010.

TOMASI, E. et al. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde na zona urbana de Pelotas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Brasília, v. 10, n.1, p. 66-74, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v10n1/07.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões sul e nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl.1, p. s193-s201, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/23.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

TOOMINGAS, A. Characteristics of pain drawings in the neck-shoulder region among working population. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, Berlin, v. 72, n. 2, p. 98-106, Mar. 1999.

TRINDADE, L. L. **O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para saúde do trabalhador**. 2007. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000635282&loc=2008&l=0c9a56d9690a00fe>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

VENÂNCIO, C. A. **Qualidade de vida no trabalho x Estressores freqüentes a que estão sujeitos os profissionais de enfermagem que atuam no serviço de transplante de medula óssea.** 2000. 66 f. Monografia (Especialização em Saúde do Trabalhador) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2000.

VERGARA, S. C.; VIEIRA, M. M. F. Sobre a dimensão tempo-espaço na análise organizacional. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 19, n. 2, p. 103-119, abr./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v9n2/v9n2a06.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

WERMELINGER, M et al. A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio 2010.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### PESQUISA “Perfil dos Profissionais das Equipes de Saúde da Família dos Municípios de Pequeno Porte da Área de uma Regional de Saúde do Paraná e suas Condições de Trabalho”

Você está sendo convidado a participar como voluntário em uma pesquisa sobre o “Perfil dos Profissionais de Saúde da Família dos Municípios de Pequeno Porte da Área de uma Regional de Saúde do Paraná e suas condições de trabalho”, que tem como objetivo conhecer o perfil dos profissionais das Equipes da Estratégia Saúde da Família e suas condições de trabalho. Trata-se de um estudo investigativo e é referente à dissertação do curso de mestrado profissional em Gestão em Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL). No caso de aceitar fazer parte da mesma, você deverá responder um questionário, que não terá sua identificação, e não lhe trará qualquer custo financeiro. Você terá que responder a perguntas de identificação pessoal, como: idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, além de perguntas sobre condições de trabalho.

A sua participação será de grande valor para melhor entendimento do perfil e das condições de vida dos profissionais que desenvolvem seu trabalho nas equipes de saúde da família. Gostaríamos de esclarecer que você terá todas as suas dúvidas esclarecidas e o sigilo das informações garantido. Esclarecemos também que você poderá desistir de participar da pesquisa no momento que ler o questionário e se sentir constrangido com alguma de suas questões. As conclusões que resultarão desta pesquisa serão apresentadas aos municípios, em local e data agendada pelo gestor local e em instancias públicas como congressos, periódicos e afins. Em caso de dúvidas, estas poderão ser esclarecidas com as entrevistadoras nos telefones (43) 3423-2535 ramal 212, Enfermeira Julia R. S. Jedliczka e/ou no ramal 232 com a Administradora Stela Maris L. Santini em horário comercial, ou contactar com o Comitê de Ética em Pesquisa da UEL através do telefone (43) 3371 2490, às quintas feiras, no período matutino. Você tem a liberdade de aceitar ou não responder ao questionário ou a quaisquer questões que lhe constriam.

Eu \_\_\_\_\_ delaro que, após conveniente esclarecimento pelas pesquisadoras responsáveis e de ter compreendido com clareza suas finalidades, procedimentos metodológicos e o destino final das informações recolhidas, consinto em participar livremente do estudo a que se refere este consentimento informado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009 \_\_\_\_\_

assinatura do(a) pesquisado(a)

\_\_\_\_\_  
Enf. Julia R. Skronski Jedliczka

\_\_\_\_\_  
Adm. Stela Maris L. Santini

\_\_\_\_\_  
Profª.Drª Elizabete F. P. de Almeida Nunes

Orientadora

## APÊNDICE B – Termo de Autorização Institucional

Autorização para coleta de dados

Apucarana, 27 de abril de 2009.

Ilmo(a) Sr.(ª)

Secretário (a) Municipal de Saúde de

---

Prezado(a) Senhor(a):

Estamos realizando uma pesquisa para dissertação do Mestrado Profissionalizante de Gestão em Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina – UEL.

O objetivo desse estudo é caracterizar o perfil dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família e a qualidade de vida de tais profissionais, visando subsidiar a inserção da Política de Gestão do Trabalho e de Saúde do Trabalhador.

Para tanto, solicitamos a autorização de V.S., que atualmente responde pela Secretaria Municipal de Saúde, a fim de podermos coletar os dados junto aos profissionais que compõe as equipes de saúde da família de seu município.

Atenciosamente

Stela Maris Lopes Santini

Pesquisadora

Julia Ricetti Skronski Jedliczka

Pesquisadora

Ciente e de acordo:

Secretário(a) Municipal de Saúde de

---

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

## APÊNDICE C – Questionário

Código Município:	Data da entrevista:  ____/____/____	Nº da Entrevista:
-------------------	---	-------------------

### PERFIL DO PROFISSIONAL

01) - Qual a sua faixa etária?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 20 anos         | <input type="checkbox"/> De 20 a menos de 30 anos |
| <input type="checkbox"/> De 30 a menos de 40 anos | <input type="checkbox"/> De 40 a menos de 50 anos |
| <input type="checkbox"/> De 50 a menos de 60 anos | <input type="checkbox"/> De 60 a mais anos        |

02) - Sexo:

- |                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> Masculino |
|-----------------------------------|------------------------------------|

03) – Estado Civil:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Solteiro(a)      | <input type="checkbox"/> Casado(a)     |
| <input type="checkbox"/> Viúvo(a)         | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) |
| <input type="checkbox"/> União consensual |  |

04) - Você estudou até:

- Ensino fundamental (1º grau) incompleto
- Ensino fundamental (1º grau) completo
- Ensino médio (2º grau) incompleto
- Ensino médio (2º grau) completo
- Superior incompleto
- Superior completo

Pós graduação

05) - Se está estudando o curso superior ou se já concluiu, qual o(s) curso(s) de graduação?

Medicina  Enfermagem.... Outro(s): \_\_\_\_\_

06) - Se tem pós graduação, assinale a área:

Residência médica, área \_\_\_\_\_

Residência enfermagem, área: \_\_\_\_\_

Especialização, área: \_\_\_\_\_

Mestrado, área: \_\_\_\_\_

07) - Há quanto tempo concluiu a formação de mais alto grau?

\_\_\_ \_\_\_ anos ou,  menos de 1 ano

08) - Qual sua atividade profissional nesta Equipe?

Auxiliar de enfermagem  Técnico de enfermagem

Enfermeiro  Médico

Agente Comunitário de Saúde  Outro: \_\_\_\_\_

09) - Este é seu primeiro emprego?

Sim  Não

10) – Qual foi o ano de sua contratação na equipe de Saúde da Família? \_\_\_\_\_

11) - Sua equipe é

Mais Rural do que Urbana  Mais Urbana de que Rural

Essencialmente Rural  Essencialmente Urbana

Atende os dois seguimentos na mesma proporção

12) - Você ingressou neste emprego através de:

Concurso Público  Seleção Interna na instituição



Mais de 2 horas

20) – Qual meio de transporte que você utiliza para chegar ao trabalho?

transporte coletivo                       carro

moto     nenhum

outros: \_\_\_\_\_

21) – Qual sua remuneração mensal bruta pelo seu trabalho nesta equipe(que recebeu no último mês)? (Considerando o salário mínimo de R\$465,00 reais)

1 salário mínimo                       2 a 3 salários mínimos

3 a 4 salários mínimos       4 a 5 salários mínimos

5 a 6 salários mínimos       6 a 7 salários mínimos

7 a 8 salários mínimos       8 a 9 salários mínimos

9 a 10 salários mínimos       Mais que 10 salários mínimos

22) – Está recebendo seu salário “em dia”?

Sim     Não

23) – Além de seu salário, o município lhe paga algum outro valor como incentivo?

Sim     Não

24) – Tem Plano de Carreira na instituição?

Sim     Não

25) – Em quantos locais você trabalha atualmente, incluindo o PSF?

1 local     2 locais

3 locais     4 ou mais locais

26) – Depois que você começou a trabalhar no Saúde da Família, fez cursos ou capacitações nos temas abaixo relacionados?

Treinamento introdutório

Formação Inicial de Agente Comunitário de Saúde - ACS

Treinamento do Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB





39) – Qual sua opinião sobre as seguintes condições de trabalho em sua UBS:

Instalações Físicas:

Iluminação	<input type="checkbox"/> Adequada	<input type="checkbox"/> Pouca/excessiva
Temperatura	<input type="checkbox"/> Adequada	<input type="checkbox"/> Muito frio/muito calor
Ventilação	<input type="checkbox"/> Adequada	<input type="checkbox"/> Insuficiente
Espaço próprio	<input type="checkbox"/> Adequado	<input type="checkbox"/> Insuficiente
Espaço para a equipe	<input type="checkbox"/> Adequado	<input type="checkbox"/> Insuficiente
Barulho excessivo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Condições de higiene	<input type="checkbox"/> Boas	<input type="checkbox"/> Regular a péssimo
Móveis e equipamentos	<input type="checkbox"/> Adequados	<input type="checkbox"/> Insuficientes
Manutenção do prédio	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular a péssimo
Odores desagradáveis	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Insumos

Há falta de materiais de expediente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Há falta de materiais de educação em saúde?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Há falta de materiais (kits, agulhas, materiais para curativos, seringas, etc)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Há falta de Equipamentos de proteção Individual – EPI?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

40) – Para suas atividades profissionais faz uso de computador?

Não    Sim, na UBS    Sim, em casa    Sim, na UBS e em casa

41) – Há veículo disponível para realização das visitas domiciliares?

diariamente    somente quando solicitado

apenas uma vez por semana     somente quando pré-agendado

somente em casos de urgências     o município não disponibiliza

42) – Em sua UBS há disponibilidade de linha telefônica ou ramal?

Sim

Não

43) – Em sua UBS há disponibilidade de Internet para uso do serviço?

Sim

Não

44) – Possui alguma necessidade especial que necessite de adaptação do ambiente de trabalho?

Sim

Não

45) - Se “sim” qual a necessidade? \_\_\_\_\_

46) - Obteve as adaptações do ambiente de trabalho de acordo com suas necessidades?

Sim

Não

47) – Desde que começou a trabalhar nesta UBS já sofreu algum(s) acidente(s) de trabalho?

nunca

Sim

INSTRUÇÃO: se a sua resposta for “sim” continue até a questão 55

48) - Assinale qual (is):

Queda

Pancada

Choque elétrico

Contato com substância tóxica

Acidente com material perfuro-cortante

Acidente de transporte no trajeto para o trabalho

Acidentes com animais(cachorros, etc)

Outros: \_\_\_\_\_

49) - Este acidente o afastou das atividades profissionais?

Não

Sim, \_\_\_\_ dias

50) - Qual a área do corpo mais atingida?

Pés

Mãos

Pernas

Quadril



**ANEXO**

## ANEXO A – Parecer Nº 112/09



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná  
Registro CONEP 268

Parecer Nº 112/09 CAAE Nº 1871.0.000.268-09 FOLHA DE ROSTO Nº 263011	Londrina, 18 de julho de 2008.
<b>PESQUISADOR: STELA MARIS LOPES SANTINI</b> (Processo 14129/09)	
Prezado(a) Senhor(a)  O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:  <b>"PERFIL DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DE UMA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ E SUAS CONDIÇÕES DE TRABALHO"</b>  Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.	
Situação do Projeto: <b>APROVADO</b>	
<p style="text-align: center;">Atenciosamente,</p> <p style="text-align: center;">   <b>Prof. Dra. Ester Massae Okamoto Dalla Costa</b>            Coordenadora            Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL         </p>	