



MESTRADO EM CIÊNCIAS  
AMBIENTAIS E SAÚDE

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

**CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DAS EQUIPES DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA-RONDONÓPOLIS-MT:  
O Olhar dos Trabalhadores da Saúde**

**FRANCILIA RODRIGUES**

GOIÂNIA – GO  
2014



MESTRADO EM CIÊNCIAS  
AMBIENTAIS E SAÚDE

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

**CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DAS EQUIPES DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA-RONDONÓPOLIS-MT:  
O Olhar dos Trabalhadores da Saúde**

FRANCILIA RODRIGUES

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Eline Jonas, Dra.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

GOIÂNIA – GO  
2014

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)  
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Rodrigues, Francília.

R696c Condições de trabalho e saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família-Rondonópolis-MT [manuscrito]: o olhar dos trabalhadores da saúde. Rondonópolis/MT. / Francília Rodrigues. – 2014.

143 f. : il. ; grafs. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Departamento de Ciências Ambientais e Saúde, 2014.

“Orientadora: Profa. Dra. Eline Jonas”.

Bibliografia.

1. Ambiente de trabalho. 2. Stress ocupacional. 3. Estratégia Saúde da Família - Rondonópolis (MT). I. Título.

CDU 159.944:61(043)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE, DEFENDIDA EM 20 DE MAIO DE 2014 E CONSIDERADA APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

1) \_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Eline Jonas / PUC Goiás (Presidente)

2) \_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Jose Maria Baldino / PUC Goiás (Membro)

3) \_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maira Barberi / PUC Goiás (Membro)

4) \_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Nusa de Almeida Silveira / UFG – Goiás (Membro)

Dedico este estudo e toda a felicidade que ele representa como conquista pessoal e profissional para minha mãe Ercilia de Oliveira Garcia (*in memoriam*) que foi minha alfabetizadora, mãe, amiga e confidente, que soube ensinar aos seus filhos que o amor materno é incondicional. Eu gostaria de estar ao seu lado neste momento e dizer: Obrigada! Por tudo o que fizestes em minha vida tendo o amor como baluarte.

## **AGRADECIMENTOS**

O sentimento de gratidão é demonstração não apenas de nobreza d'alma humana, como também de reconhecimento de que nada conseguimos conquistar em nossas vidas quando estamos arraigados na solidão. Por isso, resta-me agradecer a todas as pessoas que de uma forma ou de outra, tiveram importante papel para a construção deste estudo científico e, especialmente, como motivadores desta vitória.

Com especial sentimento de carinho e respeito, agradeço a minha professora orientadora Eline Jonas, que não mediu esforços para me auxiliar nesta longa jornada, sempre atenta a todos os detalhes, me ensinou que a perfeição é uma das qualidades do pesquisador. Professora Eline a senhora terá sempre minha admiração, por ser uma grande mestra e possibilitar aos seus orientandos vencer seus próprios limites.

Para Geraldina Ribeiro Silva minha diretora e, especialmente amiga, que reconhece o valor do estudo acadêmico e foi uma das incentivadoras para vencer meus limites e cursar o Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, demonstrando que bons colaboradores são aqueles que buscam no conhecimento acadêmico a melhoria para o desempenho de suas funções e, bons gestores são os incentivadores deste caminho. Agradeço a sua compreensão nos momentos em que me ausentei do trabalho na conquista desta vitória acadêmica.

A Marildes Ferreira do Rego, Secretária Municipal de Saúde pelo apoio, acolhida e por colocar a disposição as Unidades de Saúde para que a pesquisa fosse efetivamente realizada.

Para a instituição PUC/GOIÁS – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, na pessoa dos mestres e doutores que foram docentes de conduta ética e ilibada com seus mestrandos e, a todos os funcionários e amigos que fiz durante esta jornada acadêmica, agradeço o carinho recebido e a dedicação. Vocês formam uma equipe de sucesso.

*“Só engrandecemos o direito à vida  
cumprindo o nosso dever de  
cidadão do mundo”.*

Mahatma Gandhi

## RESUMO

As condições de trabalho influenciam no desempenho das atividades dos trabalhadores, realidade presente entre os trabalhadores da saúde. Desta forma, este estudo tratou das condições de trabalho e saúde das Equipes da Estratégia Saúde da Família de Rondonópolis-MT, posto que tais condições refletem positiva ou negativamente na saúde do trabalhador afetando o desempenho das atividades e na qualidade da saúde pública. Assim, o objetivo geral deste estudo foi identificar as condições de trabalho e o impacto nos serviços e na saúde do/a trabalhador/a das Equipes da Estratégia Saúde da Família/ESF - Rondonópolis-MT. Para o alcance do objetivo traçado foi desenvolvida uma pesquisa do tipo transversal exploratória e descritiva junto a 112 (cento e doze) trabalhadores das equipes da ESF de Rondonópolis-MT com a coleta de dados a partir de um Questionário com 21 questões e os resultados interpretados a partir de tabelas e gráficos. Os resultados do estudo apontaram que os/as trabalhadores/as das equipes da ESF identificam a precariedade das condições de trabalho, especialmente a carência de materiais que impõe a necessidade contínua de improvisação e, conseqüentemente, o estresse cujo impacto é sentido na qualidade de vida, na segurança, motivação e desempenho no trabalho. Observou-se que a maioria dos trabalhadores é do sexo feminino, não são concursados, vivenciando uma relação de trabalho de instabilidade, nem sempre são reconhecidos e valorizados em seu desempenho por parte dos gestores. Além disso, existe a necessidade de implementação no programa institucional de treinamento e desenvolvimento e do uso dos equipamentos de proteção individual ou coletivos tornando as atividades seguras causando estabilidade emocional no desempenho das atividades. Trata-se de uma situação que além da pouca motivação em relação aos serviços prestados junto a população não contribui para um maior comprometimento do grupo quanto às metas do Sistema Único de Saúde/SUS. Neste sentido, conclui-se que existe fragilização e precarização das condições de trabalho dos profissionais das equipes de ESF de Rondonópolis-MT, sendo imprescindível a revisão nas formas de contratação dos/as trabalhadores/as, estruturação dos programas de treinamento e desenvolvimento e das políticas públicas que possam oferecer melhores condições de trabalho para que os trabalhadores possam, com saúde, desempenhar suas atividades junto à população conforme os princípios do Sistema Único de Saúde/SUS.

**Palavras-chave:** Equipes da ESF; Condições de Trabalho; Estresse; Precarização.

## ABSTRACT

The working conditions influence in the performance of workers activities, a present reality among health workers. Thus, this study discusses the working and health conditions of teams of Family Health Strategy (ESF) from Rondonópolis-MT, considering that those conditions reflect positively or negatively on the health of workers, affecting the performance of their activities and also on the quality of public health. This way, the general objective of this study was to identify the working conditions, the impact over the services, and also on the health of workers from the teams of Family Health Strategy/ESF – Rondonópolis-MT. In order to reach that objective an exploratory transversal and descriptive research was developed with 112 (a hundred twelve) workers from the teams of ESF, from Rondonópolis-MT, the data collection was done by means of a questionnaire containing 21 questions; the results were analyzed from tables and graphs. The results showed that workers from ESF teams identify the precariousness of working conditions, especially when it comes to lack of materials, which impose the need of continuous improvisation and, consequently, the stress and its impact, which is perceived in the life quality, safety, motivation and working performance. It was possible to observe that most of workers are women, live a working condition of instability, and don't always have their performance recognized and valorized by their managers. Besides that, there's the need of implementation in the institutional training and development program, and the lack of use of individual or collective protection equipment, becoming the activities into safe ones, causing emotional stability in the performance of the activities. It is a situation of little motivation relating to the services to the population, which doesn't contribute to a better commitment of the group when it comes to the goals of Unified Health System/SUS. Thus, it can be concluded that there's fragilization and precariousness of working conditions of professionals from the teams of ESF in Rondonópolis-MT, being imperative to review the ways of hiring workers, the structuring of programs of training, development and the public policies, in order to provide better working conditions for workers, with health, can perform their activities with the population according to the principles of Unified Health System-SUS.

**Key-words:** ESF teams; Working Conditions; Stress; Precariousness.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APA – Atenção Primária Ambiental

APS – Atenção Primária à Saúde

CID – Código Internacional das Doenças

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CEREST – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

CNS/MS – Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde

DAB/MS – Departamento da Atenção Básica/Ministério da Saúde

DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF/MS – Estratégia Saúde da Família/Ministério da Saúde

FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

GM – Gabinete Ministerial

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LER – Lesão por Esforços Repetitivos

MS – Ministério da Saúde

NOST – Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador

NR – Norma Regulamentadora

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

PUC/GOIÁS – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

QV – Qualidade de Vida

QVT – Qualidade de Vida no Trabalho

RDC- Resolução de Diretoria Colegiada

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SES/MT – Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalares/Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUDAM – Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Mapas do Estado de Mato Grosso e Rondonópolis – Vista panorâmica.....	53
Figura 2.	Distritalização da rede de saúde de Rondonópolis – MT	61
Figura 3.	Condições do ambiente de trabalho das ESF. Município de Rondonópolis-MT, setembro/2013.....	82
Figura 4.	Espaço para o atendimento das ESF. Município de Rondonópolis – MT, setembro/2013.....	82
Figura 5.	Espaço para o atendimento das ESF (sala de acolhimento e procedimentos). Município de Rondonópolis – MT, setembro/2013.....	83
Figura 6.	Condições do ambiente de trabalho das ESF. Município de Rondonópolis-MT, setembro/2013.....	98
Figura 7.	Condições da estrutura física da sala de odontologia para o trabalho da ESB. Município de Rondonópolis-MT, setembro/2013.....	99
Figura 8.	Situação do mobiliário do ambiente de trabalho das ESF. Município de Rondonópolis-MT, setembro/2013.....	100
Figura 9.	Situação dos mobiliários e utensílios no ambiente de trabalhos da ESF. Município de Rondonópolis – MT, setembro/2013.....	101
Figura 10.	Sala de recepção de unidade da ESF segundo normas da Portarias nº GM 2.488/2011 e nº 065/2012/GBSES Município de Rondonópolis – MT, setembro/2013.....	103
Figura 11.	Espaço físico com acomodações individualizadas em uma unidade da ESF. Município de Rondonópolis – MT, setembro/2013.....	104
Figura 12.	Sala de acolhimento da ESP. Município de Rondonópolis – MT, setembro/2013.....	105

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Idade/sexo dos profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	69
Gráfico 2.	Salário/sexo dos profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	71
Gráfico 3.	Escolaridade/sexo dos profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	72
Gráfico 4.	Tempo de trabalho na Unidade de Saúde segundo os profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	74
Gráfico 5.	Atividade desempenhada pelos profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	76
Gráfico 6.	Forma de contrato dos profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	77
Gráfico 7.	Garantias dos direitos trabalhistas dos profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	79
Gráfico 8.	Condições da estrutura física da unidade de saúde segundo os profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	81
Gráfico 9.	Disponibilidade de materiais para desenvolver atividades na unidade de saúde segundo os profissionais das ESF. Municípios de Rondonópolis – MT, 2013.....	85
Gráfico 10.	Disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) nas Unidades de Saúde segundo informações dos profissionais das Equipes da ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	87
Gráfico 11.	Realização de treinamento para o uso de Equipamentos de Proteção Individual segundo o nível de satisfação dos profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	90
Gráfico 12.	Realização de capacitação permanente para o desen-	

	volvimento das atividades nas Unidades de Saúde segundo os profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	91
Gráfico 13.	Identificação das condições do ambiente da Unidade de Saúde segundo os profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	93
Gráfico 14.	Indicação das relações interpessoais segundo os profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	95
Gráfico 15.	Manifestação recebida dos usuários e/ou gestores sobre o trabalho que a ESF realiza. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	97

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição absoluta dos profissionais das Equipes da Estratégia Saúde Família segundo categoria profissional/idade/sexo. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	128
Tabela 2.	Distribuição percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissionais/idade/sexo. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	128
Tabela 3.	Distribuição absoluta dos profissionais das ESF segundo categoria profissionais/idade/sexo. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	129
Tabela 4.	Distribuição percentual dos profissionais das ESF, segundo categoria profissional/salário/sexo. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	129
Tabela 5.	Distribuição absoluta dos profissionais das ESF segundo categoria profissional/escolaridade/sexo. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	130
Tabela 6.	Distribuição percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional/escolaridade/sexo. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	131
Tabela 7.	Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo gênero/sexo/tempo de trabalho na Unidade de Saúde. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	132
Tabela 8.	Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional/tempo de trabalho. Municípios de Rondonópolis – MT, 2013.....	132
Tabela 9.	Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional/forma de contrato de trabalho. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	133
Tabela 10.	Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo forma de contrato/garantias dos direitos trabalhistas. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	133

Tabela 11.	Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional e informação sobre as condições da estrutura física das instalações das Unidades de Saúde. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	134
Tabela 12.	Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional e informação sobre a disponibilidade de materiais para desenvolver atividades nas Unidades de Saúde. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	134
Tabela 13.	Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional e informações sobre a disponibilidade de equipamentos de EPI. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	135
Tabela 14.	Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional e informação sobre treinamento realizado para uso de EPI. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	135
Tabela 15.	Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional e realização de capacitação permanente. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	136
Tabela 16.	Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional e informação sobre o ambiente da Unidade de Saúde. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	136
Tabela 17.	Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional e indicação sobre as relações interpessoais no trabalho. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	137
Tabela 18.	Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional e manifestação recebida dos usuários e/ou gestores sobre o trabalho que	

	realizam. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	137
Tabela 19.	Principais problemas observados pelas ESF, segundo manifestações sobre o trabalho realizado. Município de Rondonópolis – MT, 2013.....	138

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>2.</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	23
2.1	Condições de Trabalho do Trabalhador da Saúde.....	23
2.2	Saúde do Trabalhador no Processo de Trabalho na Saúde Pública.....	27
2.2.1	Condições de trabalho e de Saúde do trabalhador na saúde pública.....	30
2.2.2	A qualidade de vida e a saúde do trabalhador da saúde – Estratégia Saúde da Família.....	35
2.3	Histórico da Estratégica Saúde da Família e suas Dimensões: Condições de Trabalho e Serviços.....	40
2.3.1	Estratégia saúde da família e saúde ambiental.....	44
2.4	Trabalho, Saúde e Segurança das Equipes da Estratégia Saúde da Família.....	47
<b>3.</b>	<b>METODOLOGIA DO ESTUDO</b> .....	52
3.1	Local e Participantes da Pesquisa.....	52
3.2	Lócus da Pesquisa: Município de Rondonópolis – Mato Grosso.....	53
3.3	Definição da Amostra dos Participantes na Pesquisa, Coleta e Interpretação dos Dados.....	55
3.3.1	Definição da amostra.....	55
3.3.2	Coleta, análise e resultados.....	56
3.4	Análise de Dados.....	57
3.5	Aspectos Éticos.....	57
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	59
4.1	Áreas de Abrangência da Estratégia Saúde da Família.....	59
4.1.1	Caracterização da área de abrangência: estrutura física, serviços públicos de infraestrutura, saúde e acesso da população à educação.....	62
4.1.2	Condições de morbimortalidade do Município.....	63

4.2	Aspectos Sociodemográficos dos Trabalhadores da ESF.....	68
4.3	Vínculo Empregatício e Condição de Trabalho.....	73
4.4	Ambiente de Trabalho: Estrutura Física e Equipamentos.....	80
4.5	Capacitação e Proteção do/a Trabalhador/a da Saúde.....	88
5.	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	106
6.	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	109
	<b>APÊNDICE I – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/TCLE AOS/AS TRABALHADORES/AS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE RONDONÓPOLIS-MT.....</b>	117
	<b>APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO DIRECIONADO AOS/AS TRABALHADORES/AS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE RONDONÓPOLIS – MT.....</b>	120
	<b>APÊNDICE III – CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL.....</b>	125
	<b>APÊNDICE IV – INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE DO PROJETO DE PESQUISA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RONDONÓPOLIS-MT.....</b>	126
	<b>APÊNDICE V – CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES.....</b>	127
	<b>APÊNDICE VI – TABELAS .....</b>	128
	<b>ANEXO I – FOLHA DE ROSTO.....</b>	139
	<b>ANEXO II – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	140

## 1. INTRODUÇÃO

O estudo sobre as condições de trabalho das equipes de Saúde da Família do Ministério da Saúde/MS implica em ter como referência a Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde (ESF/MS) que iniciou como Programa de Saúde da Família em 1994 e Tornou-se Estratégia em 2006.

A ESF tem por objeto a reorganização da atenção básica, além de sua qualificação e consolidação, oportunizando a ampliação da resolutividade e o impacto na situação da saúde pública, no âmbito de saúde das pessoas e coletividade. Segundo o Departamento da Atenção Básica (DAB) Brasil (2014) a saúde da família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, estruturada a partir do trabalho de equipes multiprofissionais que atuam em unidades básicas de saúde.

Como esclarece Paulino, Bedin e Paulino (2009) a ESF atua na solução de problemas dentro de uma territorialidade, buscando conhecer os aspectos que envolvem os problemas de saúde pública de uma comunidade e atuando na base de planejamento para as ações de vigilância em saúde.

Ainda os mesmos autores (2009, p.17) consideram que um dos princípios operacionais da ESF é a adscrição de clientela, isto possibilita o estreitamento da relação com os usuários “[...] possibilitando o resgate da relação de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais da saúde e usuários dos serviços. [...]”. Neste sentido, a equipe de ESF cadastra as famílias segundo a sua área de abrangência e busca

conhecer os indicadores epidemiológicos e socioeconômicos de cada comunidade.

A ESF atua em uma área adscrita em que cada uma das equipes é responsável por, no máximo 4.000 pessoas, com a recomendação média de atendimento a 3.000 pessoas (BRASIL, 2011).

É importante que o número de pessoas sob a responsabilidade da ESF seja reduzida, tendo em vista que as atividades da equipe é ativa, posto que segundo Paulino, Bedin e Paulino (2009, p.92) a equipe se dirige até a casa das pessoas da comunidade: “[...], vê de perto a realidade de cada família, toma providências para evitar as doenças, atua para curar os casos em que a doença já existe, dá orientação para garantir uma vida melhor, com saúde. [...]”.

As condições de trabalho das Equipes da Saúde da Família podem impactar tanto no resultado desses serviços oferecidos à população, quanto na saúde dos próprios trabalhadores que atuam na ESF. Neste estudo, além das condições de trabalho também foram identificados os possíveis impactos na saúde dos trabalhadores da saúde que fazem parte das equipes da ESF, pois o desempenho de suas funções deve ser considerado, levando em conta que suas capacidades e habilidades são garantidas quando há segurança e saúde no ambiente de trabalho.

A necessidade de a equipe ser capacitada e resolutiva no atendimento traduz a importância em conhecer e discutir a ESF, o que motivou a escolha deste tema. Relacionou-se ainda o entendimento de Pessanha e Cunha (2009, p.234) de que: “[...] a ESF incorporou novos elementos para a reorientação do processo de trabalho em saúde, que

clamam por profissionais capazes de operar as inovadoras propostas. [...]”. É ainda um importante instrumento do processo de humanização da saúde desenvolvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no processo de saúde preventiva.

Na interpretação dos autores acima mencionados, tem-se que os profissionais de saúde precisam ter habilidades e competências para o desempenho de suas ações, de forma a permitir maior resolutividade dos problemas da saúde pública.

Para o presente estudo foi considerada a seguinte hipótese: as condições de higiene, saúde e segurança podem interferir no desempenho das atividades da equipe. Além disso, a identificação das vivências possibilitou conhecer pontos fortes e fracos presentes no ambiente de trabalho das Equipes da Estratégia Saúde da Família de Rondonópolis-MT e, com isso, apresentar sugestões que possam contribuir para sanar as anomalias existentes.

Neste sentido, a proposta deste estudo se fundamentou na seguinte questão problema: As condições de trabalho afetam a saúde e o desempenho dos/as trabalhadores/as das equipes da Estratégia Saúde da Família em Rondonópolis-MT?

Este estudo teve como objetivo geral identificar as condições de trabalho e o impacto nos serviços e na saúde do/a trabalhador/a das Equipes da Estratégia Saúde da Família/ESF - Rondonópolis-MT.

Os objetivos específicos foram: 1. Caracterizar os aspectos ambientais, físicos e a implementação das Políticas Públicas nas unidades da ESF; 2. Traçar o perfil sociodemográfico dos/as profissionais

das Equipes da Estratégia Saúde da Família/ESF; 3. Identificar o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família/ESF; 4. Estabelecer a relação entre as condições de trabalho, ambiente e os problemas de saúde dos trabalhadores da ESF.

O alcance destes objetivos foi realizado a partir do desenvolvimento de um estudo do tipo transversal, exploratório e descritivo, com o uso de questionário para a coleta de informações junto aos 112 (cento e doze) trabalhadores da saúde.

Com a vivência profissional nas ESFs a pesquisadora foi instigada a identificar as condições de trabalho dos trabalhadores da saúde pública, observando o que estes profissionais necessitariam para o desenvolvimento eficiente e eficaz de suas atividades.

## **2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

O desenvolvimento desta revisão bibliográfica se embasou em dados secundários de estudos já realizados e publicados, bem como, em artigos científicos, leis, normas e portarias do Ministério da Saúde, todos prioritariamente, estruturados entre os anos de 2008 a 2014, com estudos mais antigos somente apresentados nos elementos históricos deste trabalho.

Dentre as principais fontes bibliográficas utilizadas estão as legislações do Ministério da Saúde, dissertações e teses, além de periódicos, com destaque para os estudos da revista eletrônica Texto e Contexto da Enfermagem e Revista de Saúde Pública.

A partir do desenvolvimento das pesquisas foi observado que a saúde do trabalhador é fator dependente das condições de trabalho, realidade esta também presente dentre os trabalhadores da saúde pública, que estão expostos a riscos físicos, químicos, mecânicos e biológicos (ASSUNÇÃO; MOTTA, 2013).

### **2.1 Condições de Trabalho do Trabalhador da Saúde**

As condições de trabalho do trabalhador da saúde são essenciais para que ele desempenhe suas atividades com comprometimento. Quando não existem condições favoráveis para o desempenho das atividades laborais dos trabalhadores da saúde, ocorre dificuldade no

andamento das atividades, infelizmente os gestores têm limitações em identificar este ambiente desfavorável (SOUZA *et al.*, 2010).

A legislação que rege as condições de trabalho dos trabalhadores da saúde no Brasil está disciplinada segundo a norma regulamentadora, especificamente, a NR – 32, apresentada na sequência do presente estudo.

Anterior à década de 1990 a Atenção Primária à Saúde (APS) tinha a preocupação com a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde, porém, somente a partir desta década com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) é que ocorreram processos institucionais, a partir de portarias, planos de trabalho, relatórios técnicos e a elaboração e publicação de material que permitisse a qualidade de vida destes profissionais, bem como os programas de capacitação (DIAS, 2010).

Neste contexto, a Portaria GM/MS 3.908/98, definiu a Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador (NOST), com publicação em 1998 e ainda vigente, a qual trata da gestão plena da Atenção Básica:

- a) garantia do atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, por meio da rede própria ou contratada, [...];
- b) realização de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo a identificação das situações de risco e a tomada de medidas pertinentes para a resolução da situação e a investigação epidemiológica;
- c) notificação dos agravos à saúde e os riscos relacionados com o trabalho [...];
- d) estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados gerados [...];
- e) utilização dos dados gerados nas atividades de atenção à saúde do trabalhador, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de saúde neste campo, e alimentar os bancos de dados de interesse nacional (BRASIL, 1998, p.1-2).

Com o objetivo de garantir as condições de qualidade de vida no ambiente de trabalho, que reflete na saúde do trabalhador da saúde a Portaria GM/MS 3.908/98 trouxe uma rotina no desempenho das atividades laborais, orientando a intervenção de vigilância e fortalecendo a cobertura da saúde do trabalhador.

Depois da implantação dessa portaria, houve diversas conferências e fóruns para a discussão da saúde do trabalhador da saúde. Sendo que no ano de 2005 foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, a qual discutiu com ampla participação social as questões e dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores da saúde especialmente, àqueles que atuam na atenção básica (DIAS, 2010).

Entende-se que as condições de trabalho dos trabalhadores da saúde, implicam em problemas no desempenho de suas atividades e gera a necessidade de políticas de melhoria das condições e de desprecarização das atividades (AZAMBUJA *et al.*, 2010).

Quando ocorre a precarização das condições de trabalho, os profissionais da saúde, especialmente, enfermeiros e auxiliares acabam tendo a necessidade de improvisar e, de acordo com Souza *et al.* (2010) estas contínuas condições de precariedade que necessitam de improvisação podem gerar um ambiente negativo para o desenvolvimento do trabalho dos trabalhadores da saúde.

As fragilidades e carências sociais observadas pelos trabalhadores da saúde junto aos usuários da saúde pública gera um processo de somatização relacionada às dificuldades humanas a partir da pobreza e desigualdade social. Assim, estas condições psicossociais desfavoráveis

causa insatisfação que deve ser suplantada por múltiplas habilidades e realização de atividades, mesmo sem os recursos necessários devido à necessidade constante de adaptação as mudanças no ambiente de trabalho, com o uso de improvisação. Todo este processo ocasiona desafios que geraram a precarização e “[...] medo, isolamento e submissão dos trabalhadores. [...]” (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010, p.1585).

Existe a necessidade de não precarização das condições de trabalho, pois o trabalhador precisa de condições favoráveis para o desenvolvimento de suas ações laborais e, quando não encontra tais condições sua saúde física, psicológica e mental poderá ser comprometida, com a ocorrência de doenças como a Lesão por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) (FRANCO; DRUCK; SILVA, 2010).

Os mesmos autores afirmam que as doenças ocupacionais que podem afetar os trabalhadores, geram inclusive limitações no desempenho de suas atividades, afetando a qualidade da saúde pública e gerando a precarização.

Neste sentido, tem-se que a qualidade das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde pública e os resultados positivos do processo produtivo está diretamente ligado às condições ambientais e saúde destes trabalhadores.

## 2.2 Saúde do Trabalhador no Processo de Trabalho na Saúde Pública

Na interpretação de Santana (2006, p.102): “o conhecimento das relações entre o trabalho e o adoecer constitui parte da vida e cultura da humanidade. [...]”. Neste sentido, surge aqui a necessidade de abordar alguns fatores que estão presentes na saúde dos trabalhadores.

Os primeiros registros que tratavam da saúde do trabalhador no Brasil são documentos datados do século XIX. No entanto, somente no século XX houve a implantação de programas relacionados à proteção da segurança e saúde do trabalhador (SANTANA, 2006).

Sobre as doenças ocupacionais ou doenças do trabalho observa-se a referência relativa ao ambiente de trabalho nos estudos de Marx que segundo Santos (2008, p.25): “No contexto da economia política, já mencionava que as doenças eram consequências do processo produtivo, incluindo a relação empregado/empregador, resultando no determinismo social da doença. [...]”.

Estudiosos do período chegaram à conclusão que as doenças eram resultantes de lugares insalubres, ou seja, com remoção deficiente de lixo e excreções, com superpopulação de habitações e dos processos fabris, com alimentação inadequada ou insuficiente, através de hábitos sedentários, ausência de estímulos físicos e mentais, monotonia de muitas profissões e preocupações e ansiedade da vida (SANTOS, 2008, p.25).

Ainda segundo Santos (2008) houve a necessidade de intervenção do Estado em todo o mundo para que houvesse a melhoria de condições dos trabalhadores, especialmente, no período de crescimento industrial que fez surgir na Europa um período de busca incessante pela produção

fábrica e o desenvolvimento econômico, que gerava um quadro negativo para a saúde dos trabalhadores.

Quanto à segurança e saúde do trabalhador essas se tornaram mais efetivas após a Revolução Industrial, que se iniciou na Inglaterra no século XVIII, e produziu diversas transformações na forma de viver e trabalhar das pessoas (PIMENTEL, 2010).

A Saúde do Trabalhador que constitui uma importante área de atuação da saúde pública iniciou-se em 1998 por meio do Ministério da Saúde, gerando uma discussão acerca de propostas que envolviam a Política de Saúde do Trabalhador para o SUS (DIAS, 2010).

O ano de 2002 foi importante para a saúde dos trabalhadores, visto que foi lançado pelo Ministério da Saúde o caderno de Atenção Básica sobre Saúde do Trabalhador, com o objetivo de apoiar e capacitar os profissionais que atuam no nível de atenção básica da saúde, com a promoção de toda a população na rede básica de atendimento (BRASIL, 2002).

Segundo Rodrigues *et al.* (2012, p.326): “a saúde do trabalhador constitui-se em uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. [...]”.

Sobre a saúde do trabalhador, destaca-se que a NR9 do Ministério do Trabalho e Emprego:

[...], que trata do Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais classifica os riscos ocupacionais em: Riscos Físicos que se referem a ruídos, vibrações, radiação ionizante e não ionizante, pressões anormais, frio, calor e umidade; Riscos Químicos que correspondem às poeiras, fumos, névoas, neblina, gases, vapores, substâncias, compostos ou produtos químicos em geral; Riscos

Biológicos que se tratam de vírus, bactérias, protozoários, fungos, parasitas e bacilos; Riscos Ergonômicos que correspondem a esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, exigência de postura inadequada, controle rígido de produtividade, imposição de ritmos excessivos, trabalho em turno noturno e jornada de trabalho; Riscos de Acidentes que se referem a arranjos físicos inadequados, máquinas e equipamentos sem proteção, ferramentas inadequadas ou defeituosas, iluminação inadequada, eletricidade, probabilidade de incêndio ou explosão, armazenamento inadequado, animais peçonhentos e outras situações de riscos que possam levar a ocorrência de acidentes (RODRIGUES *et al.*, 2012, p.326).

Durante o processo de trabalho na saúde a exposição dos trabalhadores da saúde por materiais biológicos tem sido objeto de atenção do Ministério da Saúde que vem desenvolvendo um programa de atendimento a estes profissionais expostos a riscos, determinando que os serviços de saúde tenham protocolos que esclareçam os procedimentos quando ocorrem casos de contaminação, na prevenção da saúde do trabalhador infectado e dos colegas de trabalho (SPAGNUOLO; BALDO; GUERRINI, 2008). Sobre esta questão,

O conhecimento dos acidentes de trabalho com material biológico de uma determinada área geográfica pode ser o ponto de partida para a priorização do desenho de medidas de correção das condições de trabalho (SPAGNUOLO; BALDO; GUERRINI, 2008, p.317).

Além da contaminação biológica outros tipos de contaminação dos trabalhadores como física, química, ergonômica e de acidentes de trabalho, devem ser avaliados de forma a serem prevenidos, para que os trabalhadores desempenhem suas atividades com maior segurança (REZENDE *et al.*, 2009).

Neste sentido, os programas de saúde pública podem ser priorizados de forma a reduzir a possibilidade de infecções biológicas em uma determinada abrangência.

Ainda sobre a atenção a saúde do trabalhador destaca-se que

A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, trouxe avanços significativos para a implantação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS. A implantação de 198 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) entre 2002 e 2009, em todas as unidades da Federação, ampliou a visibilidade da área e facilitou a interlocução com os gestores (CEREST ESTADUAL MG/HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2010, p.11).

Segundo o CEREST Estadual MG/Hospital das Clínicas (2010), a Portaria 1679/2002 que criou o RENAST, foi revisada em 2005 e 2009, todavia a centralidade do CEREST foi mantida, devido o importante papel desempenhado na saúde do trabalhador, com fundamento no Pacto pela Saúde de 2006.

Salienta-se os avanços neste, com uma ampliação, em 2011 do número de CEREST, de 198 para 210 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), sendo que no Estado de Mato Grosso ocorreu um aumento de 2 para 5 unidades, podendo significar a possibilidade de melhorias na qualidade da saúde do trabalhador na saúde pública.

### **2.2.1 Condições de trabalho e de saúde do trabalhador na saúde pública**

Embora o interesse pela saúde do trabalhador na saúde tenha surgido antes mesmo da década de 1990, segundo Rodrigues *et al.*

(2012), somente em 2005, a NR32 passou a tratar dos riscos específicos destes trabalhadores, sendo que esta Norma Regulamentadora veio com o intuito de proteção e segurança à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde.

A segurança e saúde dos trabalhadores que atuam na saúde pública dependem dentre outros fatores da qualidade das relações destes com a comunidade e do desempenho de suas atividades, sendo que as relações construídas na equipe que atua na ESF possibilitam o bom desenvolvimento da saúde pública e, ao mesmo tempo, a segurança e saúde dos próprios trabalhadores.

Quanto a esta questão,

Os profissionais referiram que o trabalho com saúde da família propicia o aprendizado no que se refere à convivência e à aceitação dos outros, buscando sempre encontrar o ritmo adequado de trabalho da equipe. [...] (KRUG *et al.*, 2010, p.82).

Isto posto, tem-se que a qualidade do desempenho das atividades dos trabalhadores da saúde possui relação com o ambiente em que vivem. Neste contexto, é interessante avaliar também as condições do ambiente em que atuam os profissionais da área da ESF.

Segundo estudos realizados, a falta de qualidade do trabalho na saúde dos trabalhadores, decorrente da precarização do ambiente de trabalho pode gerar desgastes tanto físicos, quanto psicológicos e até mentais, reduzindo a qualidade de vida destes e dificultando o alcance dos resultados esperados (FRANCO; DRUCK; SILVA, 2010).

A qualidade do trabalho das equipes depende de diversos fatores, dentre os quais é preciso citar o envolvimento de cada membro do grupo

com os objetivos produtivos, demonstrando a importância em qualificar o ambiente de trabalho para a realização das atividades de forma motivada (AFFONSO; ROCHA, 2010).

Mesmo compreendendo a importância em tratar da qualidade do trabalho das equipes atuantes na saúde pública, Franco, Druck e Silva (2010, p.243) entendem que: “o reconhecimento dos limites biopsicossociais dos seres humanos no trabalho (expressos nas leis trabalhistas, por exemplo) é fruto de um longo processo, nada linear. [...]”. Neste sentido, destaca-se a importância de executar práticas de enfrentamento da precarização das condições de trabalho destes indivíduos, pois quando a equipe trabalha motivada e comprometida em um ambiente favorável reduz-se a possibilidade de doenças profissionais, isto por que constituem um grave problema de Saúde Pública:

[...] Historicamente, porém, os profissionais de saúde só foram considerados uma categoria de alto risco para acidentes de trabalho a partir do século XX, quando então a ocorrência dos riscos biológicos foi relacionada com as doenças que atingiam especificamente os trabalhadores da área da saúde (BESSA *et al.*, 2010, p.645).

Conforme os mesmos autores, todos os riscos a saúde dos trabalhadores que atuam na área da saúde, sejam eles riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e riscos de acidentes, devem ser combatidos com rigorosidade, sendo importante que a saúde pública desenvolva programas que possam reduzir a possibilidade de tais acidentes.

Dentre os trabalhadores da saúde, existem categorias profissionais que correm mais riscos com o desenvolvimento de suas atividades,

dentre eles, está a dos enfermeiros. No entanto, em alguns casos, a saúde destes trabalhadores é prejudicada por sua própria negligência ou por negligência dos gestores que atuam como representantes dos empregadores (BESSA *et al.*, 2010).

Diversos fatores geram o estresse no ambiente de trabalho e influenciam diretamente no desempenho das funções dos profissionais da saúde pública. Dentre eles, destacam-se os/as enfermeiros/as, especialmente no que se relaciona à falta de material para as atividades causando a necessidade de improvisação e, ainda a inexistência de qualidade no ambiente de trabalho. Assim, comentam Azambuja *et al.* (2010, p.662) que: “a improvisação pode ser uma solução para o problema imediato, mas também uma forma de alienação em relação ao coletivo de trabalho [...]”.

Nesta perspectiva, os trabalhadores da saúde devem ter consciência dos riscos potenciais que se encontram expostos no desempenho de suas atividades laborais, buscando não apenas a sua segurança, como também a segurança de todos os membros da equipe (CASTRO; FARIAS, 2008). Neste mesmo sentido, a implantação da ESF exige maior atenção às condições de trabalho para os profissionais de saúde, implicando:

[...] repensar as práticas, valores e conhecimentos, pois se amplia a complexidade das ações a serem desenvolvidas e aumentam-se os limites e possibilidades de atuação, o que requer novas habilidades (FERNANDES *et al.*, 2012, p.3).

É certo que tais habilidades são mais bem aproveitadas quando os trabalhadores possuem um contrato por tempo indeterminado, segurança na atividade, sem o estresse cotidiano da ameaça do desemprego. Portanto, para estes autores, a saúde do trabalhador depende também de sua estabilidade emocional no trabalho, contribuindo para isso a remuneração que recebem, ou seja, o reconhecimento ou a valorização profissional, que possa proporcionar uma vida digna para o trabalhador e para sua família.

Ainda sobre a satisfação dos trabalhadores da saúde quanto ao reconhecimento de suas atividades seja pelos gestores ou os usuários da saúde pública,

O reconhecimento pelo trabalho realizado desponta como outro fator que contribui para a produção da saúde do trabalhador seja demonstrado através de gestos, palavras, presentes simbólicos ou olhares.

Até pela própria gratidão que eles têm como todos querem dar beijo ou vêm aqui depois e trazem uma lembrancinha, dentro das posses de cada um, às vezes é um cartão, uma flor, uma caixa de bombom. Indiferente do valor financeiro, o valor emocional é que fica [...] (AZAMBUJA *et al.*, 2010, p.664).

O reconhecimento, na interpretação dos autores citados, que motiva o bom desempenho das atividades dos trabalhadores em saúde pública, não está diretamente relacionado a valores financeiros, mas ao sentimento de satisfação por saber que o esforço laboral e a suplantação de dificuldades pode tornar o ambiente de trabalho mais recompensador e motivador.

Este processo de satisfação dos trabalhadores na saúde, devido ao reconhecimento por suas atividades, gera maior nível de qualidade de

vida e, com isso as equipes da ESF atuam com melhores resultados para os usuários da saúde pública. Neste sentido, a qualidade de vida do trabalhador é elemento de qualificação social das ações de saúde pública.

Por outro lado, as más condições de trabalho e problemas de relação interpessoal podem causar um ambiente propício para o surgimento de problemas de saúde ligados a atividade profissional, o que gera redução da qualidade de vida do trabalhador que atua na saúde pública (AZAMBUJA *et al.*, 2010).

A humanização na assistência dos trabalhadores na saúde pública gera melhor acolhida aos usuários dos serviços de saúde, porém, segundo a Biblioteca Virtual em Saúde (2008, p.2): “Em contrapartida, também se faz necessária à humanização das condições de trabalho destes profissionais. Os funcionários que se sentem respeitados pela instituição prestam atendimento mais eficiente”. Sob este foco a qualidade de vida do trabalhador na saúde gera uma ESF com melhores resultados no campo social da saúde pública.

### **2.2.2 A qualidade de vida e a saúde do trabalhador da saúde – Estratégia Saúde da Família**

Um dos principais pontos a ser observado quando se fala em qualidade de vida do trabalhador da saúde é o entendimento de Mauro *et al.* (2010, p.14) de que: “as condições de trabalho nas instituições públicas vêm se evidenciando como desfavoráveis à saúde dos

profissionais de saúde. [...]”. Isto é reflexo da precarização vivenciada pela crise no sistema de saúde brasileiro associada à fragilidade da conjuntura econômica do país, segundo estes autores.

Quando se comenta acerca da qualidade de vida do trabalhador é preciso citar o elo existente em relação às condições de trabalho, pois:

O trabalho se materializa através do processo de trabalho que engloba as condições objetivas, como os instrumentos e materiais utilizados e as condições subjetivas, que compreendem as aspirações, desejos e possibilidades exercitadas pelo trabalhador de acordo com o significado e o sentido que o trabalho adquire em sua vida (AGUIAR, 2008, p.14).

As condições de vida dos trabalhadores estão passando por um processo de transformação que repercute na saúde no campo individual e coletivo, porém, existem fatores que podem gerar problemas para a saúde e segurança do trabalhador e, conseqüentemente resultados negativos no ambiente do trabalho que refletem na dificuldade em garantir a qualidade no desempenho das atividades laborais. Também segundo Mauro *et al.* (2010, p.15): “a saúde do trabalhador reflete no seu trabalho cotidiano e o trabalho influencia a sua saúde. [...]”.

Consciente da relação entre condições de trabalho e saúde do trabalhador é importante esclarecer que a história da qualidade de vida no ambiente de trabalho em todo o mundo vem sendo contada desde a década de 1950, quando:

Apesar de a qualidade de vida no trabalho ter sido sempre uma preocupação do homem, esse termo passou a fazer parte da literatura especializada somente em 1950, por intermédio das pesquisas que Eric Trist e seus colaboradores realizaram no *Tavistock Institute* sobre a relação indivíduo-trabalho-organização. Concebendo a organização do trabalho de uma perspectiva sociotécnica

e contrariando a visão taylorista, esses estudiosos verificaram a satisfação de trabalhadores de minas de carvão com a sua atividade e consigo mesmos (BELO, 2008, p.32).

Ainda conforme explicita o autor acima, no Brasil este eco chegou desde 1970, e a expressão qualidade de vida vem sendo discutida no meio acadêmico, político, ideológico e outros meios, com o objetivo de trabalhar a segurança e saúde dos trabalhadores e de toda a comunidade.

Assim, de acordo com o entendimento de Souza e Carvalho (2003, p.516), a Organização Mundial da Saúde (OMS), apresenta a qualidade de vida como um programa de natureza multifatorial que engloba cinco dimensões: “[...] (1) saúde física, (2) saúde psicológica, (3) nível de independência [...], (4) relações sociais e (5) meio ambiente. [...]”.

A Qualidade de Vida (QV) das equipes da Estratégia Saúde da Família é essencial para que o desempenho de suas atividades tenha a qualidade desejada, isto por que:

Os profissionais precisam desenvolver um trabalho de qualidade, capaz de estimular a comunidade na busca de melhores condições de saúde. Desta forma, devem visualizar diversos aspectos que envolvem a população, incluindo as condições biopsicossociais, econômicas, culturais e espirituais. Para que isto ocorra, entende-se que o profissional de saúde precise de QV, já que os fatores que nela interferem podem comprometer sobremaneira a qualidade do cuidado prestado (FERNANDES *et al.*, 2010, p.435).

Nesta linha de pensamento, os autores consideram que a qualidade de vida dos trabalhadores, tem relação direta com a forma com que este atua na atividade profissional, sendo que os trabalhadores da saúde pública precisam ter boa saúde, disposição e QV, para desempenhar suas

funções de forma a permitir o resgate da dignidade e humanização junto aos usuários da saúde pública.

Quando não possuem QV os trabalhadores que formam a Equipe de Saúde da Família não podem atuar de forma a proteger os usuários, quando por ocasião do atendimento. Isto porque na compreensão de Mauro *et al.* (2010) a qualidade de vida destes profissionais da saúde se relaciona à qualidade dos meios para desenvolver suas atividades e as condições de trabalho.

A QV dos trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família somente é alcançada quando existe o comprometimento do poder público e também da sociedade em se transformar em instrumentos facilitadores para a construção de um ambiente propício para a saúde e segurança no trabalho (CAMPOS; WENDBAUSEN, 2007).

A qualidade de vida do trabalhador da saúde envolve um nível de complexidade, pois não apenas a saúde física deve ser cuidada, como também a psicológica e emocional, as quais são carregadas de subjetividade e envolvem todo o ambiente em que o indivíduo se encontra inserido tanto no âmbito familiar, quanto social. Isto posto, entende-se que a qualidade de vida no âmbito laboral não depende somente do ambiente físico, mas da comunicação e das relações interpessoais existentes no ambiente de trabalho (SOUZA; CARVALHO, 2003).

Para o alcance desta qualidade de vida dos trabalhadores das equipes da ESF é preciso que não exista o individualismo e nem a ausência de sentimentos relacionados ao pertencimento à comunidade. Os trabalhadores destas equipes não podem conviver em uma cultura

unicamente de medicalização dos usuários da saúde pública, mas de construção social com o desempenho das atividades no trabalho (CAMPOS; WENDBAUSEN, 2007).

A QV é alcançada a partir da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), sendo que esta, de acordo com Timossi *et al.* (2009) vem sendo observada como uma política de relações públicas pelas instituições públicas ou privadas em que atuam os trabalhadores.

Existe qualidade de vida no trabalho quando, segundo Marson *et al.* (2011), existe equilíbrio entre as relações de trabalho, saúde/doença física e mental. Neste sentido, aborda-se com maior profundidade o tema saúde do trabalhador, havendo necessidade de avaliar o ambiente em que o mesmo se encontra inserido.

O equilíbrio das relações entre os trabalhadores das equipes da ESF e gestores públicos que atuam na saúde é a forma necessária para alcançar saúde e segurança não apenas das atividades executadas e dos usuários destes serviços, mas dos próprios trabalhadores (CAMPOS; WENDBAUSEN, 2007).

A qualidade de vida no ambiente de trabalho e o desenvolvimento das atividades das equipes da ESF, para Gil (2005) dependem, dentre outros fatores da formação profissional multidisciplinar, isto porque com a multidisciplinaridade profissional ocorre melhor resolutividade e maior celeridade nas soluções dos problemas cotidianos.

### **2.3 Histórico da Estratégia Saúde da Família e suas Dimensões: Condições de Trabalho e Serviços**

Importante destacar, antes mesmo de entrar nas questões que envolvem a política da Estratégia Saúde da Família, que segundo Cunha e Cunha (1998 *apud* SANTOS, 2008, p.29), tanto as políticas de saúde, quanto as formas como se estruturam os serviços não decorrem: “[...] apenas do momento atual, mas de uma longa trajetória de formulações e embates, resultantes de lutas políticas e ideológicas, travadas por diferentes atores sociais ao longo do tempo”.

O Programa de Saúde da Família ou simplesmente PSF, foi desenvolvido a partir do ano de 1994, tendo como origem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) este último, de 1991. A década de 1990 pode ser considerada um marco no desenvolvimento de programas para a saúde pública em todo o território brasileiro (BRASIL, 2009a).

Assim sendo, o PSF pode ser compreendido como um modelo:

[...] inovador de reestruturação e reorganização da atenção básica à saúde, pautado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular o processo de implementação do PSF no Brasil foi claramente uma medida de reorganização e consolidação dos princípios do SUS, buscando transformá-los em ação efetiva (ROCHA; ARAÚJO, 2009, p.483).

O Programa de Saúde da Família foi desenvolvido como instrumento de melhoria dos indicadores da saúde oferecido pelo SUS, na salvaguarda do direito a saúde e a dignidade de toda a população, enfatizando a necessidade da população mais carente e que vive em

condições de maior risco e necessita de uma atenção à saúde básica (MENDES, 2012).

O PSF tem como primordial objetivo não apenas as ações curativas, especialmente, as preventivas, sendo esta uma das dimensões da integralidade, que constitui um dos princípios que regem a saúde pública no Brasil (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

A integralidade, para Mendes (2012) quando se trata da organização dos serviços e das práticas de saúde, caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço, e o atendimento às necessidades da população.

No Brasil existem dificuldades na implantação de um programa público de saúde que efetivamente, possa tratar da saúde da população de forma a fortalecer a atenção básica. Por isso, o PSF tornou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que constitui um dos principais programas de melhoria da qualidade da saúde na atenção básica (PEREIRA *et al.*, 2010).

De acordo com Fernandes *et al.* (2012, p.3): “a Estratégia Saúde da Família (ESF), como política pública nacional, tem-se destacado como estratégia de reorganização da atenção básica baseada na lógica da vigilância à saúde. [...]”.

A ESF foi pensada como um programa, que objetivaria a atenção à lógica assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), incorporando uma estrutura multidisciplinar e multiprofissional no atendimento a saúde básica. Para que este objetivo possa ser alcançado fez-se um pacto pela

saúde, fortalecendo a atenção básica e buscando reduzir os atendimentos de média e alta complexidade (SAMPAIO, 2010).

Entende-se assim, que o SUS, vem com um novo papel no âmbito da humanização da saúde pública, sendo que o Decreto 7.508/11 de 28 de Junho de 2011:

Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências (BRASIL, 2011a, p.1).

Assim, a Estratégia Saúde da Família é um programa que surgiu como reorientação do antigo modelo assistencial, sendo que o foco deste novo programa é de saúde preventiva, que se fundamenta em equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde (LOPES, 2009).

No que se refere à estrutura da Estratégia Saúde da Família e as dificuldades em colocar em prática uma saúde pública eficiente para toda a população e inclusive para os trabalhadores que atuam na área, tem-se a compreensão de que:

O caso das ESFs não é diferente de muitos outros programas e políticas implantadas na esfera pública. Existe uma gama de informações e situações de assistência, de organização e gestão do trabalho que não estão sistematizadas de forma a diagnosticar a realidade, a estabelecer diálogos e reflexões que fundamentam a atuação em termos de práticas efetivas de intervenção. Além disso, constantemente, novas estratégias são implantadas, implementadas e outras são readequadas às diferentes realidades. [...] (KRUG *et al.*, 2010, p.78-79).

Ainda, segundo os mesmos autores, a ESF vem possibilitando a mudança no atendimento à saúde pública, trazendo um novo contexto nas relações dos trabalhadores da saúde com a comunidade, sejam eles,

médicos; odontólogos; enfermeiros; auxiliares e técnicos em saúde bucal e agentes comunitários de saúde.

No processo de trabalho, a equipe de ESF tem como objetivo desenvolver ações para:

[...] promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes de uma comunidade, tem sua prática social no contexto familiar como núcleo básico da abordagem, versa pela assistência integral, resolutiva, contínua e de qualidade, intervindo em fatores de risco, na humanização da assistência, na criação de vínculos e na co-responsabilidade entre profissionais e a comunidade, além de desenvolver ações intersetoriais através de parcerias; democratização do processo saúde-doença, da organização do serviço, da produção social da saúde como direito da cidadania [...] (SAMPAIO, 2010, p.29).

Na continuidade, conforme o autor é possível observar que a ESF tem importante papel na melhoria da saúde básica e atua como programa preventivo no agravamento de doenças em toda a população.

A importância do programa da ESF se evidencia, visto que em todo o território nacional estas unidades vêm sendo continuamente implantadas, com bons resultados, embora seja necessário fazer adaptações, especialmente, em relação aos recursos humanos (ANDRADE, 2009).

Por outro lado, há que se considerar a saúde destes trabalhadores, destacando que depende, dentre outros fatores, da QVT, que está relacionada à satisfação no desempenho das atividades laborais e à saúde mental, a partir da qualidade do ambiente, das relações interpessoais, do processo de comunicação e da harmonia na equipe (OLIVEIRA; GOMES; JÚNIOR, 2009).

Para Lopes (2009) a ESF oferece uma atenção básica desenvolvida que pode ser considerada como uma “porta de entrada”, tanto para a rede de serviços de saúde, quanto para um atendimento que permite a multiplicidade de outras demandas sociais, que são as demandas de saúde e acolhimento. Cabe, no entanto, observar as relações e as condições de trabalho destes profissionais, e o impacto na saúde do trabalhador e nos serviços para a população.

### **2.3.1 Estratégia saúde da família e saúde ambiental**

Para os cuidados com a saúde de toda a família é preciso que todos os sujeitos da atenção à saúde levem em consideração a afetividade e o social. Nesta perspectiva, a orientação para alcançar a qualidade nos serviços dos programas que atuam na saúde pública está relacionada com o reconhecimento das necessidades familiares no campo que envolve diferentes fatores, tais como: o físico, o econômico, o social, cultural e ambiental em que as famílias se encontram inseridas (SILVA, 2009).

Conforme Mendes (2012) a partir do século XX houve a compreensão de que o meio ambiente deve fazer parte da agenda de governantes, bem como, passou a ser uma preocupação da sociedade e do meio acadêmico, especialmente, a partir de 1972, com a Conferência das Nações Unidas sobre o Ambiente Humano, realizado em Estocolmo.

Neste sentido, Radicchi e Lemos (2009) avaliam que existe relação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o meio ambiente, pois não existe

a possibilidade de oferecer a toda sociedade qualidade na saúde pública, sem, no entanto, atuar na harmonização com o meio ambiente.

A partir deste marco histórico, a preocupação com o meio ambiente ganhou força, realidade que se fez presente no Brasil somente em 1992 a partir da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente que ocorreu no Rio de Janeiro e discutiu a Agenda 21, que objetivou estruturar um plano para o desenvolvimento no século XXI, sem afetar negativamente o meio ambiente (MENDES, 2012).

Existe uma relação efetiva entre a realização do trabalho e o meio ambiente em que a pessoa se encontra inserida. Isto pode ser compreendido a partir do entendimento de que:

É recente a incorporação, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), da problemática ambiental à atenção básica. O projeto de Atenção Primária Ambiental (APA), de 1998, é um primeiro esforço nesse sentido, tendo sido elaborado por sua representação na América Latina, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Ainda incipiente esta diretiva revela a urgência do enfrentamento intersetorial e interdisciplinar dos quadros de saúde e ambiente, presentes no cotidiano das populações e na dinâmica dos serviços e sistemas de saúde (RADICCHI; LEMOS, 2009, p.57).

A ESF vem a ser um modelo de atenção que foi estruturado de forma a assegurar que as equipes que atuam na saúde pública possam ter um ambiente de trabalho saudável e, desta forma, oferecer uma atenção básica articulada, com política humanizada no atendimento a saúde (BRASIL, 2008b).

Sobre a estrutura da ESF, tem-se:

Existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e

comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011, p.11).

A equipe multiprofissional da ESF incorpora os princípios básicos do SUS, quais sejam: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, cabendo a esta equipe atuar de forma a proporcionar para a toda a sociedade uma saúde de qualidade (MARQUI *et al.*, 2010).

É preciso compreender os aspectos que envolvem o meio ambiente para que exista a possibilidade de promover a saúde dos trabalhadores, sendo que a vigilância ao meio ambiente é relevante para que ocorra a promoção da saúde dos trabalhadores, no caso específico deste estudo, trabalhadores da saúde. Na concepção de Pimentel (2010, p.54): “diante disto, é notório que o local de trabalho faça parte desse ‘meio ambiente’, pois, ali a pessoa humana passa grande parte de seu dia e, conseqüentemente, grande parte de sua existência”. Neste sentido, não é possível tratar sobre a segurança e saúde do trabalhador, sem comentar acerca do meio ambiente em que se encontra inserido.

As questões que envolvem o meio ambiente e o trabalhador, ganham um entendimento mais amplo, pois a temática ambiental,

[...] passou a fazer parte da agenda política de todas as nações. A questão, portanto, não é menosprezar sua importância para o futuro da humanidade, tampouco polarizá-la com questões e demandas da saúde do trabalhador, mas, sim como discutir e enfrentar ambos os problemas de forma articulada democracia, justiça social e sustentabilidade (PIMENTEL, 2010, p.57).

Entende-se que o ser humano necessita equilibrar a sua vida no âmbito pessoal e de trabalho. Para isso a qualidade do ambiente em que se encontra inserido, conforme salienta o mesmo autor é essencial e possibilita a qualidade de vida no trabalho.

#### **2.4 Trabalho, Saúde e Segurança das Equipes da Estratégia Saúde da Família**

A atividade profissional dos membros das equipes de saúde da família é de fundamental importância para que existam o estímulo, a mobilização e a participação popular nos centros de controle social, porém, o ambiente deve oferecer saúde e segurança a todos (BRASIL, 2008).

As atividades desempenhadas pelos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, odontólogos, técnicos e auxiliares em saúde bucal e agentes comunitários de saúde), devem ser realizadas considerando a redução dos riscos para a saúde de todos, devendo existir um ambiente com saúde e segurança, evitando danos para as pessoas que atuam como agentes na saúde pública (SOUZA, 2006 *apud* RIOS; VARELA, 2010).

Na lógica desta análise,

O trabalho acelerado, frequentemente, realizado em condições desfavoráveis, com equipamentos inadequados, ruídos excessivos, calor, espaço físico reduzido, umidade e iluminação insuficiente causam um desgaste humano expondo o trabalhador a acidentes e doenças profissionais. A busca de condições seguras e saudáveis no ambiente de trabalho significa proteger e preservar a vida [...] (RIOS; VARELA, 2010, p.5).

Aponta-se que a saúde e a segurança dos profissionais que atuam nas equipes da ESF, possibilitam que o programa tenha um alcance maior, com benefícios para toda a população, que vê a satisfação da equipe se apresentar como forma de qualidade também na realização do programa.

Diversos fatores influenciam para que as pessoas que formam o grupo da ESF possam trabalhar com saúde e segurança, sendo que o fato desta equipe ter uma significativa parcela de pessoas contratadas a partir de indicações acaba gerando constrangimento em reclamar ou demonstrar insatisfação com o ambiente de trabalho, gerando ambientes desfavoráveis (RIOS; VARELA, 2010).

Esta instabilidade no trabalho poderá originar estresse e, conseqüentemente, problemas de saúde do trabalhador da saúde. A realidade de problemas com os trabalhadores das equipes da ESF evidencia-se em Brasil (2009), a partir de dados em que 20 a 30% dos trabalhadores deste programa têm vínculos precários de trabalho, fato que contribui para a alta rotatividade e insatisfação profissional geradora de estresse e problemas relacionados com doenças emocionais.

A alta rotatividade da maioria dos profissionais que formam a ESF gera um quadro de instabilidade e precarização (falta de condições favoráveis para o desenvolvimento das atividades, envolvendo recursos materiais e humanos), que necessita ser corrigida com a maior brevidade possível, fortalecendo o equilíbrio emocional e físico dos trabalhadores destes programas e, com isso, acabam prejudicando o seu desempenho (PINHO, 2010).

Esta precarização do trabalho na saúde citada no documento Brasil (2008) é apontada como fator gerador de dificuldades no fortalecimento do SUS, pois a falta de satisfação e reconhecimento, além dos distúrbios emocionais gerados pela instabilidade na atividade, prejudica tanto a qualidade, quanto a continuidade dos serviços oferecidos pelas ESFs.

As precárias condições de segurança e de saúde dos trabalhadores da saúde apontaram para a necessidade de ações e programas que venham assegurar boa saúde a todos os trabalhadores que formam as equipes multiprofissionais na ESF (FLEGELE *et al.*, 2010).

Quanto aos riscos ocupacionais, no caso dos trabalhadores de enfermagem, é necessário avaliar cuidadosamente, visto que nem sempre são perceptíveis tais problemas, gerando um estresse que pode ter consequências graves para a saúde, especialmente, porque somente são diagnosticadas quando se encontra em avançado estágio. Estes riscos ocupacionais dos enfermeiros estão vinculados, dentre outros fatores, à relação trabalho/saúde/doença e às possíveis dificuldades encontradas na realização das atividades, agravado pela falta de condições física e material das instituições de saúde pública no Brasil (NUNES, 2009).

Neste sentido, é importante avaliar como vem ocorrendo o desenvolvimento e implantação de um Programa de Saúde do Trabalhador, para os trabalhadores da ESF, que de acordo com Flegele *et al.* (2010), precisam ter sua segurança e saúde preservadas para que possam atuar com maior eficiência no desempenho de suas funções, tendo a oportunidade de agir com maior amplitude no acolhimento da

saúde de toda a população, enfatizando ainda, um atendimento humanizado.

Um dos fatores de relevância quanto à identificação dos riscos ocupacionais é o sentido preventivo, no Brasil ainda as situações de risco vivenciadas pelos trabalhadores, incluindo os da saúde, somente são analisadas quando ocorrem acidentes, ou seja, não é um programa de prevenção, mais de correção (NUNES, 2009).

Tem-se a necessidade de prevenção de problemas de saúde dos profissionais da ESF e promoção da saúde, isto por que:

[...] o profissional da Equipe de Saúde da Família (ESF) tem no seu trabalho esse lema; no entanto é preciso que esse trabalhador seja visto no seu ambiente de trabalho e neste, seja identificada a sua vulnerabilidade frente aos riscos aos quais se expõe, ao assistir a população, também considerada grupo vulnerável (NUNES, 2009, p.37).

Compreende-se que a equipe da ESF encontra-se inserida em um contexto de vulnerabilidade que pode e deve ser tratada de forma a possibilitar que o desempenho das atividades atinja a qualidade desejada pela população, usuária destes serviços de saúde.

Sobre este quadro de vulnerabilidade em que os trabalhadores da ESF são expostos, os estudos registram que:

[...] o processo de trabalho em saúde, devido à qualidade dos materiais que estes trabalhadores são requisitados a manipularem, propiciaria maior exposição a riscos de contaminação e de acidentes com materiais perfuro cortantes ou resíduos químicos (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007). [...], os acidentes com materiais e as contaminações são os agravos mais fáceis de se traçar um nexos causal com o processo de trabalho [...]. Entretanto, o fato é que os profissionais de saúde estão muito propensos a serem acometidos por problemas tanto físicos, quanto psicológicos-afetivos, vindo a adoecer por

vários fatores relacionados ao trabalho. [...] (BROTTO; DALBELLO-ARAUJO, 2012, p.5).

Diante desta situação, é importante que seja oferecido aos trabalhadores da ESF um ambiente em que a saúde e segurança no trabalho estejam presentes, pois, o trabalhador da saúde é o responsável pelo sucesso das políticas públicas de saúde desenvolvidas nas ESF. De acordo com Flegele *et al.* (2010), para que ele possa desempenhar suas atividades com maior competência, necessita ter assegurada a sua saúde, evitando qualquer forma de contaminação ou acidente, inclusive de problemas relacionados a sua saúde emocional e mental.

Neste sentido, a dinâmica exigida pelas atividades da saúde nos municípios brasileiros; a falta de estrutura de parte das instituições e a fragilidade das políticas públicas geram problemas de saúde dos trabalhadores da saúde refletindo em desajustes nos serviços prestados. Nota-se assim, nos estudos de Brotto e Dalbello-Araujo (2012) um aumento considerável de casos de trabalhadores da saúde que passam a desenvolver doenças ocupacionais, sendo esta uma realidade que pode ser observada dentre outros fatores, quanto às condições de trabalho oferecidas para os formadores das equipes da ESF.

### **3. METODOLOGIA DO ESTUDO**

Tratou-se de um estudo do tipo transversal, exploratório e descritivo, construído a partir de dados primários e secundários que foram levantados por meio de pesquisa documental e de entrevistas junto aos profissionais que atuam nas equipes da ESF no Município de Rondonópolis-MT.

Para o levantamento dos dados primários foi utilizado um Questionário e os dados secundários foram obtidos por meio da literatura existente e documentos oficiais sobre o tema da pesquisa, coletados em órgãos oficiais como a Secretaria da Saúde de Rondonópolis-MT.

O referido Questionário trouxe o objetivo do estudo para que os participantes da pesquisa tivessem conhecimento acerca da importância de sua participação e da veracidade das informações. Foi construído o referido Questionário com 21 (vinte e uma) questões, divididas em 06 (seis) que tratavam do perfil dos pesquisados e 15 (quinze) relacionadas ao levantamento de informações sobre as condições de trabalho dos trabalhadores da saúde das equipes da ESF de Rondonópolis-MT.

#### **3.1 Local e Participantes da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada junto aos/as 112 (cento e doze) trabalhadores/as das Equipes da Estratégia Saúde da Família que integram as 31 (trinta e uma) unidades da ESF de Rondonópolis/MT, que funcionavam em 2012 (em 2013 foi habilitada 01 unidade que não foi incluída no trabalho).

Foram incluídos na pesquisa profissionais da área da saúde da ESF (auxiliares, técnicos, odontólogos, médicos, enfermeiros, auxiliar de serviços diversos, agentes comunitários de saúde e agentes administrativos), com mais de 1 (hum) ano de trabalho nas unidades de Estratégia Saúde da Família e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em Apêndice 1.

### 3.2 Lócus da Pesquisa: Município de Rondonópolis – Mato Grosso

O lócus da pesquisa ocorreu em Rondonópolis, que segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), até o ano de 2010, possuía uma população de 189.975 (cento e oitenta e nove mil, novecentos e setenta e cinco) habitantes, e, em 2013, população estimada em 208.019 (duzentos e oito mil e dezenove) habitantes que vivem em uma área de 4.165 km<sup>2</sup> englobando a urbana e a rural.

Quanto à localização de Rondonópolis-MT no Estado de Mato Grosso tem-se a Figura 1:

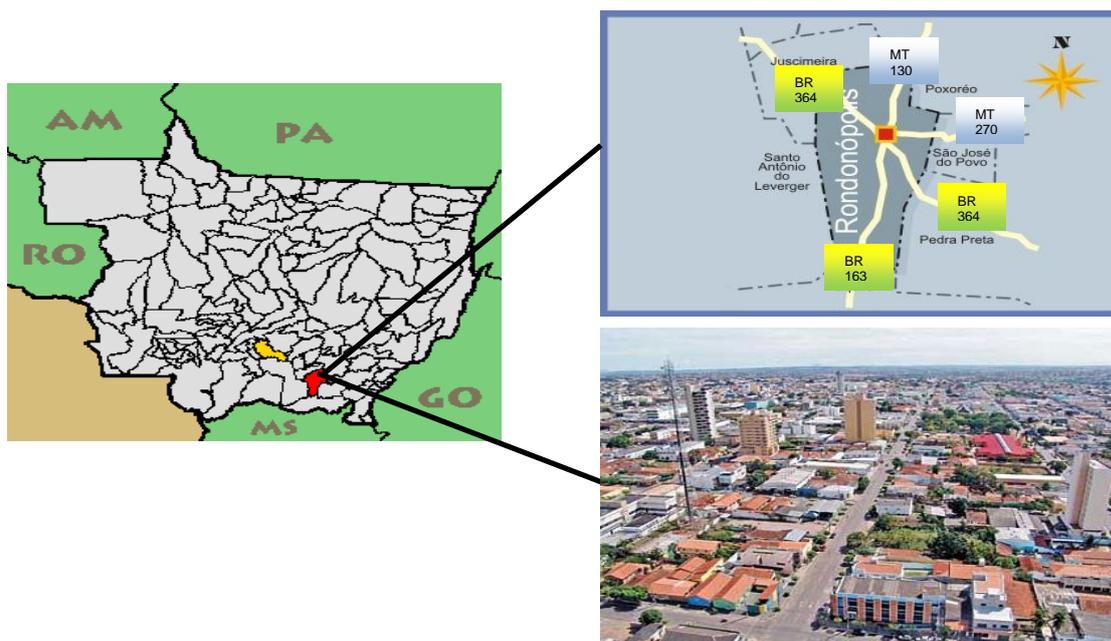


Figura 1. Mapas do Estado de Mato Grosso e Rondonópolis - Vista panorâmica  
Fonte: Cidades (2014, p.1) e Mato Grosso (2014, p.1)

A ocupação de Rondonópolis, como explica Tesoro (1993) teve início no final do século XIX e início do século XX, no ano de 1875 a 1909, no princípio as terras eram ocupadas por índios Bororos, e depois por uma comitiva de militares e aventureiros que vieram em busca de ouro e pedras preciosas. Por último chegaram os homens das linhas telegráficas sob o comando do primeiro tenente Cândido Rondon. Mas, estes não são considerados os fundadores de Rondonópolis, pois eles não iniciaram o povoamento as margens do Rio Vermelho no ano de 1902.

Ainda segundo Tesoro (1993) em 1918, Otávio Pitaluga terminou o projeto da medição e alinhamento da cidade e foi responsável também pelo atual nome da cidade Rondonópolis. Na década de 20 acabara então a busca por ouro e pedras preciosas havendo assim um despovoamento do Município. Todavia, a emancipação política da atual Rondonópolis ocorreu na data de 10 de dezembro de 1953.

Para a Prefeitura Municipal de Rondonópolis (2014), um dos principais aspectos que oportunizam o crescimento da cidade é o fato de que Rondonópolis possui boa logística de localização, estando situada no principal entroncamento das Rodovias BR 163 e BR 364. É cortada pelas rodovias estaduais MT 130 e MT 270. A produção agrícola e pecuária da região alcança às grandes cidades da federação, bem como diversos países do continente. Rondonópolis está no local onde se convencionou chamar de “Portal da Amazônia”, sendo beneficiada com os incentivos da Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM).

Sua localização oportuniza seu crescimento e desenvolvimento, além das terras férteis que atraíram migrantes para investir e/ou trabalhar no município: migrantes nordestinos, paulistas, mineiros, cariocas, sulistas, ao lado de libaneses, árabes, japoneses, espanhóis, sul-americanos (PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS, 2014)

Na década de 70 o processo de expansão capitalista se desenvolveu mais rápido com a chegada da modernização no campo, incrementando cada vez mais nas atividades da soja, pecuária e do comércio, ocorrendo também a migração sulista com bastante intensidade (ALVES, 2013).

Para Tesoro (1993), nos anos 80, Rondonópolis se classificou como o segundo Município do Estado em importância econômica, demográfica e urbana. E, com o passar dos anos, na década de 90 tornou-se “A capital Nacional do Agronegócio” crescendo assim cada vez mais o setor agroindustrial com produtos para a agricultura e a pecuária gerando o crescimento populacional e a demanda por serviços públicos inclusive no setor da saúde.

### **3.3 Definição da Amostra dos Participantes na Pesquisa, Coleta e Interpretação dos Dados**

#### **3.3.1 Definição da amostra**

A amostra aleatória estratificada proporcional estatisticamente calculada apontou o presente estudo com uma população de 507 (quinhentos e sete) e uma amostragem de 112 (cento e doze) pessoas

com um coeficiente de erro amostral de 6,85% e de confiança de 90,00%, onde:

$N_p$  = Número de elementos da população = 507;  $K$  = Número de estrato = 9;  $N_i$  = Número de elementos do estrato;  $\underline{N_i}f_i$  = Frequência relativa =  $N_p d$  = erro amostral = 6,85% = 0,0685;  $Z$  = abcissada distribuição normal = 1.64 Referente à adoção um nível de confiança de 90%;  $\underline{d^2}D = Z^2 P = 0,5$   
Como não há estimativas prévias, foi adotado 0,5 para obter o maior tamanho de amostra possível do estrato, considerando constantes os valores de  $d$  e  $Z$ .

$$n = \frac{\sum_{i=1}^k \left( \frac{N_i^2 \hat{P}(1-\hat{P})}{f_i} \right)}{N_p^2 D + \sum_{i=1}^k N_i \hat{P}(1-\hat{P})}$$

$n =$  o tamanho da amostra = 112, onde  $n =$

A distribuição dos 112 (cento e doze) pesquisados segundo o estrato ficou assim disposta: 7 (sete) médicos; 7 (sete) enfermeiros; 4 (quatro) odontólogos; 2 (dois) técnicos em saúde bucal; 14 (quatorze) técnicos de enfermagem; 4 (quatro) auxiliares em saúde bucal; 7 (sete) auxiliares de serviços diversos; 61 (sessenta e um) agentes comunitários de saúde e 6 (seis) agentes administrativos.

### 3.3.2 Coleta, análise e resultados

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um Questionário com 21 questões (fechadas e abertas), definidas para identificar o processo e as condições físicas e ambientais de trabalho

junto a uma amostra probabilística proporcional aleatória constituída por 112 (cento e doze) trabalhadores das equipes da ESF, atuantes em 31 (trinta e uma) unidades de saúde sendo 29 na zona urbana e 02 na rural.

### **3.4 Análise de Dados**

Os dados foram tabulados e organizados em tabelas e gráficos e, posteriormente interpretados na discussão dos resultados. Tais resultados constituem a dissertação de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da PUC de Goiás e, serão apresentados em Seminários, Congressos e para Gestores, Conselho e participantes da pesquisa.

### **3.5 Aspectos Éticos**

A presente pesquisa foi realizada somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/Goiás), sob o número 15442713.6.0000.0037 e teve início após o esclarecimento feito junto aos/as participantes selecionados/as e mediante a assinatura do TCLE, em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com o/a participante, segundo a Resolução CNS/MS – 466/12.

Tanto na abordagem dos/as participantes selecionados/as como no decorrer do trabalho foram adotadas atitudes de respeito aos participantes e sigilo sobre o conteúdo das informações obtidas.

Os participantes da pesquisa foram comunicados sobre os possíveis riscos na participação do estudo, os quais estão listados no TCLE (APÊNDICE 1), que foi lido e assinado por todos, não ocorrendo, durante a pesquisa, nenhuma manifestação de constrangimento ou desejo dos participantes de se retirarem do trabalho.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Áreas de Abrangência da Estratégia Saúde da Família

Antes de identificar as áreas de abrangência da ESF, tem-se a necessidade de apresentar uma análise conceitual de políticas públicas, sendo estas:

[...] diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. Nem sempre porém, há compatibilidade entre as intervenções e declarações de vontade e as ações desenvolvidas. Devem ser consideradas também as “não-ações”, as omissões, como formas de manifestação de políticas, pois representam opções e orientações dos que ocupam cargos (TEIXEIRA, 2002, p.2).

Com a implantação de políticas públicas na saúde, poderá se buscar possíveis soluções dos problemas de saúde pública, porém, a carência de recursos advindos pela falta de investimento nas três esferas (municipal, estadual e federal) e a inexistência de um controle para o direcionamento adequado dos recursos, geram políticas públicas falhas e populações desassistidas.

As instituições de saúde pública no Município, embora estejam em processo contínuo de reestruturação e construção de melhorias, ainda se apresentam precárias quando se trata da prestação de assistência de saúde da população, sendo necessária a implantação de novas políticas

públicas, que estejam em consonância com as necessidades da população (Quadro 1).

Quadro 1. Tipos e número de estabelecimentos de saúde no Município de Rondonópolis – MT Abril/2014

Código	Descrição	Público	Privado	Privado/ Terceiri- zado	Total
01	POSTO DE SAÚDE	4	1	-	5
02	CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	38	-	-	38
04	POLICLÍNICA	1	1	-	2
05	HOSPITAL GERAL	1	1	3	5
07	HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	1	-	1
22	CONSULTORIO ISOLADO	2	282	-	284
36	CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	5	18	4	27
39	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	3	29	12	44
40	UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	1	-	-	1
42	UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR NA ÁREA DE URGÊNCIA	4	-	-	4
43	FARMÁCIA	1	-	-	1
50	UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	3	-	-	3
64	CENTRAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	1	-	-	1
68	SECRETARIA DE SAÚDE	2	-	-	2
69	CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERAPIA E OU HEMOTOLÓGICA	1	-	-	1
70	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	2	-	-	2
72	UNIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA	2	-	-	2
73	PRONTO ATENDIMENTO	1	-	-	1
76	CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIAS	1	-	-	1
77	SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ISOLADO (HOME CARE)	-	-	1	1
80	LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA	1	-	-	1
<b>TOTAL</b>		<b>74</b>	<b>333</b>	<b>20</b>	<b>427</b>

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) (2014)

Como se observa no Quadro 1 existe um total de 38 (trinta e oito) unidades e, destas, 32 (trinta e duas) unidades são de ESF e 6 (seis) centros de saúde. No entanto, de acordo com o Departamento da Atenção Básica (DAB/MS) para a cobertura de 100% das unidades básicas da ESF seria necessário 101 (cento e uma) unidades, apresentando, portanto, um déficit de 63 (sessenta e três).

Conforme apresentado no Quadro 1, a maior quantidade de estabelecimentos de saúde em Rondonópolis-MT são os consultórios isolados privados, com 282 (duzentos e oitenta e duas) unidades das 333 (trezentas e trinta e três) unidades privadas. Entre as 74 (setenta e quatro) unidades públicas destacam-se as 38 (trinta e oito) centro de saúde/unidades básicas e, das 20 (vinte) unidades privadas/terceirizadas a maior representatividade são as 12 (doze) unidades de apoio diagnose e terapia (SADT isolado).

Quanto à localização das unidades de saúde, tem-se a Figura 2 a seguir:

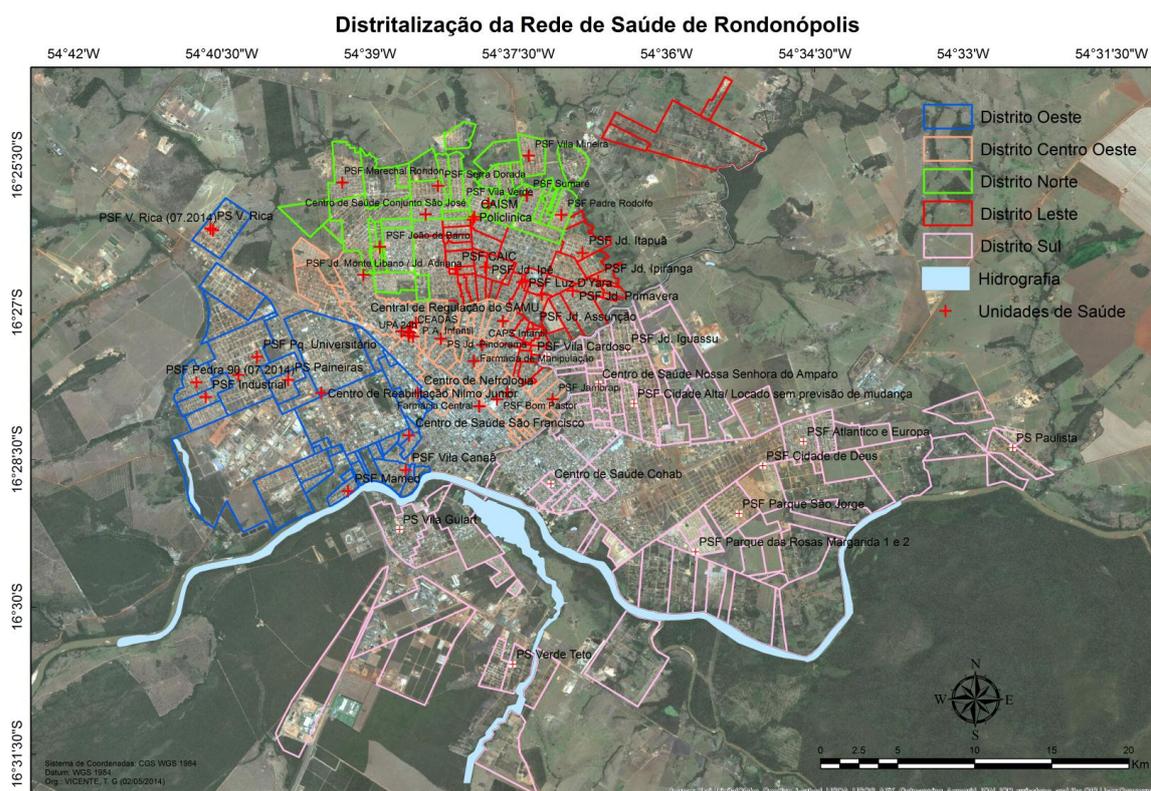


Figura 2. Distritalização da rede de saúde de Rondonópolis-MT  
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Departamento da Vigilância em Saúde (2014)

A Figura 2 aponta a distritalização da saúde em Rondonópolis-MT, com os seus estabelecimentos de saúde, localizados em região do

Município. Importante salientar que a pesquisa foi realizada com a coleta de dados em todas as regiões de saúde, buscando um panorama real das condições físicas, materiais e humanas das ESFs.

#### **4.1.1 Caracterização da área de abrangência: estrutura física, serviços públicos de infraestrutura, saúde e acesso da população à educação**

As ESFs de Rondonópolis-MT conforme a estrutura física estão caracterizadas: 32 (trinta e duas) unidades, divididas em 30 (trinta) unidades na zona urbana e 2 (duas) na zona rural. Essas 32 equipes prestam assistência em 95 (noventa e cinco) bairros na zona urbana e 29 localidades na zona rural. Com uma cobertura de 54,6% da população do Município.

Estas unidades estão cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Em fevereiro de 2013 existiam 46.899 famílias resultando em um total de 155.023 pessoas, das quais 76.964 (49,6%) são do sexo masculino e 79.059 (50,4%) do sexo feminino.

Quanto ao perfil educacional da população 89,1% das crianças entre 7 a 14 anos estão na escola e 96,3% de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos são alfabetizadas.

A população vive em casas construídas com tijolos (98,5%); 0,4% taipa revestida; 0,1% taipa não revestida; 0,6% de madeira; 0,3% de material aproveitado; 0,1% outros (papelão, latas e lona plástica).

Sobre o abastecimento de água, 94,6% das famílias no município são abastecidas pelo sistema de rede pública; 5,2% por poço e 0,2% outros (mina, cacimba).

No que se refere à energia elétrica, Rondonópolis-MT apresenta um percentual de cobertura de 98,2% das residências com disponibilidade deste serviço.

Quanto ao saneamento público o destino do lixo no município é de 95,7% em coleta pública; 4,1% do lixo é queimado/enterrado e 0,2% se encontra a céu aberto. No que se refere à rede de esgoto 24,6% das residências possuem este sistema e 75,0% possuem fossa e 0,6% os dejetos se encontram a céu aberto.

#### **4.1.2 Condições de morbimortalidade do Município**

Para identificar o índice de morbimortalidade do município foi realizado o levantamento dos índices de mortalidade da população de 2011 e a morbidade de 2013.

Quanto aos índices de mortalidade e morbidade relacionando Rondonópolis-MT, a regional e Mato Grosso, tem-se a demonstração nos Quadros 2 e 3, como segue:

As principais causas que elevaram os índices de mortalidade em 2011 (Quadro 2) foram: doenças do aparelho circulatório (21,7%); causas externas de morbidade e mortalidade (acidentes de transporte) (18,0%); neoplasias (tumores) (17,2%); doenças do aparelho respiratório (10,7%) e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (9,5%). Considerando

ainda que dentre as cinco principais causas de mortalidade tem-se um índice de 77,1% do total dos números de casos, situação que aponta para a necessidade de implantar políticas públicas e ações voltadas para estas causas, enfatizando as doenças do aparelho circulatório e acidentes de transporte.

O Quadro 2 apresenta ainda que em relação a Rondonópolis-MT apresenta índices mais elevados de mortalidade, segundo cinco doenças, tanto observando a população da regional, quanto o Estado, são elas: algumas doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias; doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; doença do aparelho respiratório e causas externas de morbidade e mortalidade.

Muito embora o índice das doenças do aparelho circulatório seja elevado no município, ao fazer uma comparação com a regional e o Estado, percebe-se que o índice é o mesmo, considerando o percentual populacional.

O Quadro 2 apresenta ainda, que o índice de mortalidade de Rondonópolis quanto às doenças do aparelho digestivo, sintomas, sinais e achados anormais e exames clínicos e laboratoriais são menores do que a regional, enquanto que o índice de mortalidade devido a doenças do aparelho digestivo é igual no município e no Estado.

É relevante comentar que o número de óbitos no município, considerando as devidas proporções populacionais é superior tanto aos números apresentados pela regional e pelo Estado, o que aponta para a necessidade de Rondonópolis desenvolver políticas públicas específicas voltadas para os seus agravos.

Quadro 2. Número de óbitos ocorridos em 2011 conforme o Capítulo CID-10 no Município de Rondonópolis – MT

Capítulo CID-10	Rondonópolis (208.019 hab)			Regional (478.271 hab)			Estado – Mato Grosso (3.182.114)		
	Freq.	% Inter.	% Pop.	Freq.	% Inter.	% Pop.	Freq.	% Inter.	% Pop.
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	58	5,1	0,0	107	4,4	0,0	642	4,2	0,0
II. Neoplasias (tumores)	195	17,2	0,1	366	15,1	0,1	2169	14,2	0,1
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitário.	4	0,4	0,0	9	0,4	0,0	79	0,5	0,0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	108	9,5	0,1	190	7,9	0,0	1075	7,1	0,0
V. Transtornos mentais e comportamentais.	21	1,9	0,0	41	1,7	0,0	193	1,3	0,0
VI. Doenças do sistema nervoso	22	1,9	0,0	42	1,7	0,0	281	1,8	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	246	21,7	0,1	579	23,9	0,1	3880	25,5	0,1
X. Doenças do aparelho respiratório	121	10,7	0,1	253	10,5	0,1	1395	9,2	0,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	52	4,6	0,0	121	5,0	0,0	724	4,8	0,0
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4	0,4	0,0	6	0,3	0,0	21	0,1	0,0
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	2	0,2	0,0	8	0,3	0,0	52	0,3	0,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	23	2,0	0,0	35	1,5	0,0	272	1,8	0,0
XV. Gravidez parto e puerpério	4	0,4	0,0	7	0,3	0,0	35	0,2	0,0
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	19	1,7	0,0	48	1,9	0,0	399	2,6	0,0
XVII. Malf. cong. deformid e anomalias cromossômicas	11	0,9	0,0	24	1,0	0,0	199	1,3	0,0
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat	38	3,4	0,0	141	5,8	0,0	1008	6,6	0,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	203	18,0	0,1	442	18,3	0,1	2815	18,5	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>1.131</b>	<b>100,0</b>	<b>0,5</b>	<b>2.419</b>	<b>100,0</b>	<b>0,5</b>	<b>15.239</b>	<b>100,0</b>	<b>0,5</b>

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde – Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (2011)

Sobre o número de morbidades em 2013 as principais causas foram: gravidez, parto e puerpério (21,0%); lesões de envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (14,0%); doenças do aparelho digestivo (8,9%); doenças do aparelho respiratório (8,4%) e

(6,7%) relativas as doenças do aparelho circulatório. Constata-se que as cinco principais causas de morbidade representam 59,0% de todos os problemas registrados em 2013, (Quadro 3), indicando claramente as especificidades para as ações em saúde do Município.

Na quantidade numérica de internações por doenças classificadas pelo CID-10, observa-se que o município apresenta índices mais elevados do que a regional em diversos itens, como: neoplasias (tumores); doenças sangue órgãos hematológicos e transtornos imunitários; doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; transtornos mentais e comportamentais; doenças do olho e anexos; gravidez parto e puerpério; algumas afecções originadas no período perinatal; malformação congênita deformidade e anomalias cromossômicas; lesões envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas e contatos com serviços de saúde.

Em relação aos índices de morbidades apresentados pelo município que são superiores aos do Estado, tem-se: neoplasias (tumores); doenças sangue órgãos hematológicas e transtornos imunitários; doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; transtornos mentais e comportamentais; doenças do olho e anexos; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; gravidez parto e puerpério; algumas afecções originadas no período perinatal; malformação congênita deformidade e anomalias cromossômicas; lesões envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas e contatos com serviços de saúde.

Quadro 3. Número de internações ocorridas em 2013 segundo Capítulo CID-10  
Município de Rondonópolis – MT

Capítulo CID-10	Rondonópolis (208.019 hab)			Regional (478.271 hab)			Estado – Mato Grosso (3.182.114)		
	Freq.	% Inter.	% Pop.	Freq.	% Inter.	% Pop.	Freq.	% Inter.	% Pop.
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	347	2,7	0,2	1,280	4,7	0,3	13.073	7,8	0,4
II. Neoplasias (tumores)	783	6,2	0,4	1,454	5,3	0,3	8.706	5,2	0,3
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitár.	77	0,6	0,0	167	0,6	0,0	976	0,6	0,0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	245	1,9	0,1	510	1,8	0,1	3.429	2,1	0,1
V. Transtornos mentais e comportamentais	1.038	8,2	0,5	1,584	5,8	0,3	3.403	1,8	0,1
VI. Doenças do sistema nervoso	53	0,4	0,0	154	0,6	0,0	1.948	1,2	0,1
VII. Doenças do olho e anexos	408	3,2	0,2	835	3,0	0,2	1,008	0,6	0,0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3	0,1	0,0	28	0,1	0,0	155	0,1	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	843	6,7	0,4	1,967	7,2	0,4	12,652	7,6	0,4
X. Doenças do aparelho respiratório	1.069	8,4	0,5	2,794	10,1	0,6	20,655	12,3	0,7
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.130	8,9	0,5	2,690	9,8	0,6	15,803	9,5	0,5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	77	0,6	0,0	265	1,0	0,1	2,740	1,6	0,1
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	91	0,7	0,0	264	1,0	0,1	2,431	1,4	0,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	772	6,1	0,4	1,909	6,8	0,4	12,121	7,3	0,4
XV. Gravidez parto e puerpério	2.662	21,0	1,3	5,779	21,0	1,2	36,402	21,8	1,1
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	339	2,7	0,2	546	2,0	0,1	2,780	1,7	0,1
XVII. Malf. cong. deformid e anomalias cromossômicas	55	0,4	0,0	94	0,3	0,0	736	0,4	0,0
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat	86	0,7	0,0	183	0,7	0,0	1,644	1,0	0,1
XIX. Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas	1.781	14,0	0,9	3,794	13,8	0,8	22,780	13,6	0,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0,0	0,0	4	0,1	0,0	47	0,0	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	827	6,5	0,4	1,207	4,3	0,3	3,958	2,4	0,1
XXII. Códigos para propósitos especiais	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
U99 CID 10ª Revisão não disponível	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Não preenchido	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>12.686</b>	<b>100,0</b>	<b>6,1</b>	<b>27,508</b>	<b>100,0</b>	<b>5,7</b>	<b>167,087</b>	<b>100,0</b>	<b>5,3</b>

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde – Sistema de Informação Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (2013)

O Quadro 3 ainda apresenta que em algumas morbidades Rondonópolis apresenta índices menores do que a regional e o Estado: algumas doenças infecciosas e parasitárias; doenças da pele e do tecido subcutâneo; doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doença do aparelho geniturinário.

Se comparado somente com a regional o município apresenta menores índices de morbidade nas doenças do aparelho digestivo. Enquanto que em relação ao Estado é menor o índice de doenças do sistema nervoso e sintomas, sinais e achados anormais e exames clínicos e laboratoriais.

Quanto aos índices totais de morbidade, Rondonópolis apresentou maior expressividade se relacionar tanto com a regional, quanto com o Estado.

#### **4.2 Aspectos Sociodemográficos dos Trabalhadores da ESF**

A qualidade de vida dos trabalhadores das equipes da ESF pode ser avaliada a partir de fatores como as condições do ambiente de trabalho e, também as condições sociodemográficas que incidem na redução ou aumento dos casos de doenças ocupacionais.

Observa-se a existência de nove diferentes categorias profissionais exercidas pelos trabalhadores das ESF dentre os/as participantes do estudo, sendo que o número mais representativo é de 61 agentes comunitários de saúde, todas mulheres, representando 54,5% do total das profissões, (Tabelas 1, 3 – Apêndice VI). Os técnicos em saúde bucal são

os que possuem menor representatividade no grupo, existindo somente 2 profissionais mulheres (1,8%).

As mulheres são predominantes nas ESF (96,4%) e mesmo entre os médicos e odontólogos onde há a presença de homens elas destacam-se (Tabela 2 – Apêndice VI; Gráfico 1).

Com relação à idade 39,2% se encontra na faixa etária entre 31 e 40 anos, sendo que os agentes comunitários de saúde constituem o maior número destes profissionais (23,2%). No entanto, ao analisar o referido demonstrativo observou-se que dentre os agentes comunitários de saúde (12,6%) tem entre 18 e 30 anos (Tabela 2 – Apêndice VI; Gráfico 1).

O Gráfico 1 apresenta a relação categoria profissional/idade sendo que se observa a predominância do sexo feminino na faixa etária entre 31 e 40 anos.

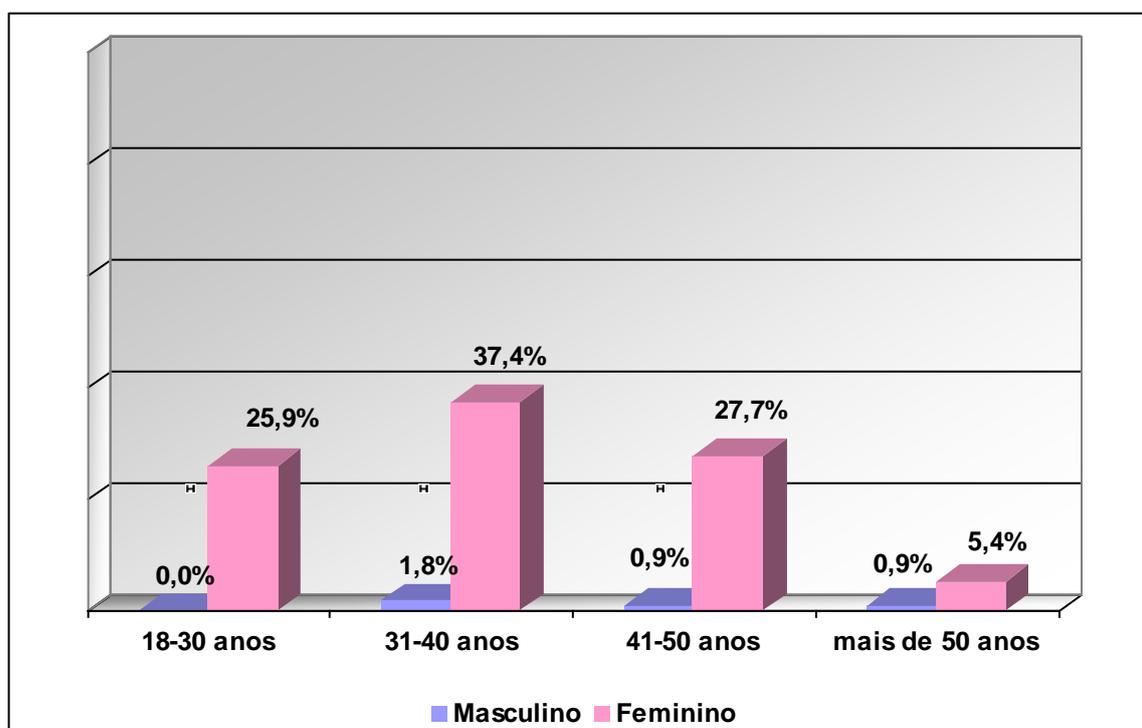


Gráfico 1. Idade/sexo dos profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Em relação ao salário ou renda individual, o salário de 52 profissionais (46,5%) está entre R\$ 1.001,00 e R\$ 2.000,00 sendo todas mulheres, enquanto que somente 2 (1,8%) recebem entre R\$ 2.001,00 e R\$ 3.000,00 e 7 recebem mais de 3.000,00 sendo representando 1,8% - homens médicos e 4,4% de mulheres médicas (Tabelas 3 – Apêndice VI; 5; Gráfico 2).

Observa-se que a presença das mulheres é predominante em todas as categorias profissionais. Este fato coincide com Dias (2013) quando afirma que a saúde pública brasileira vem passando por um processo de feminização, ou seja, o crescente aumento de mulheres nas diversas atividades laborais na área destacando nas atividades.

No que se refere à valorização e condições de trabalho Azambuja *et al.* (2010) aponta que a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde está diretamente ligada às condições de trabalho e, também a fatores como salário, qualidade do ambiente e das relações humanas, pois somente sentem-se satisfeitos e motivados para desempenhar as atividades laborais os indivíduos que percebem o reconhecimento por seus esforço e atuação. Neste mesmo sentido, Franco, Druck e Silva (2010) destacam que o reconhecimento das atividades desenvolvidas e bons salários são elementos capazes de motivar os trabalhadores, por isso à importância em identificar o salário recebido e analisar se existe compatibilidade com o trabalho realizado.

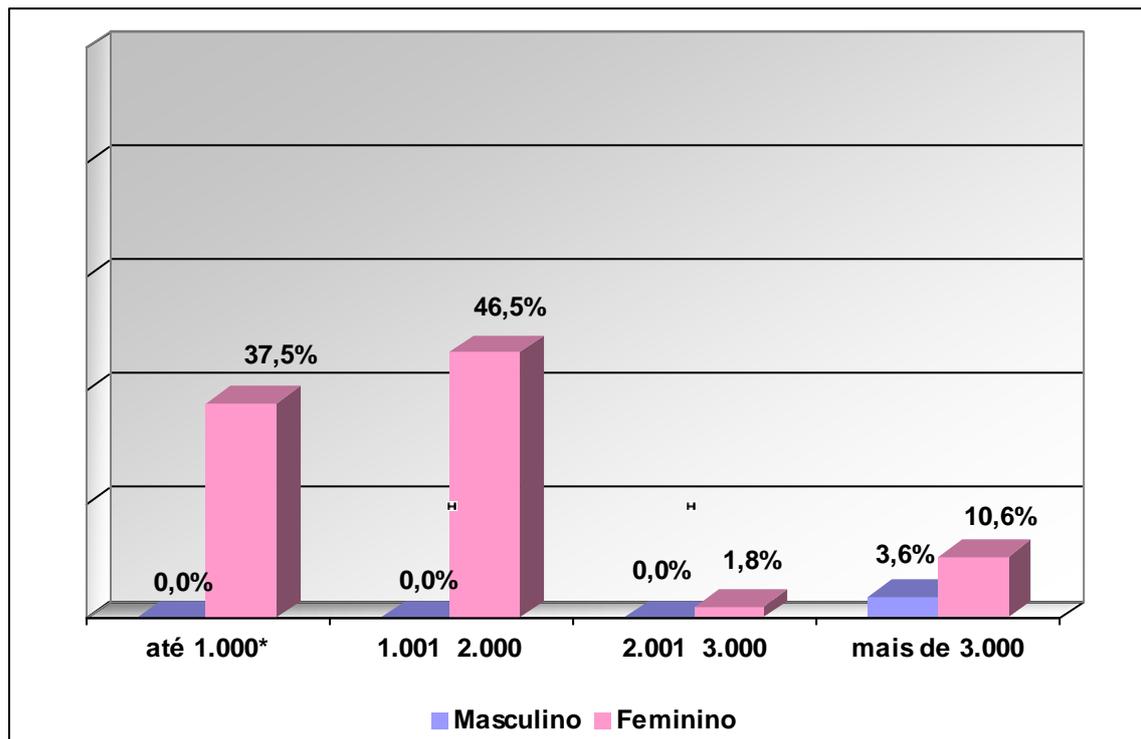


Gráfico 2. Salário/sexo dos profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013

\*Salário em reais (R\$)

É necessário salientar que dentre os trabalhadores que recebem o salário de até R\$ 1.000,00 a maioria possui baixo nível de escolaridade em que os salários mais elevados são ofertados aos profissionais com maior nível de escolaridade.

Observa-se o bom nível de escolaridade dos demais profissionais sendo que 42,9% possuem ensino superior incompleto e completo. No entanto, o destaque é para 45,5% que tem o ensino médio completo e, o índice de menor relevância no contexto quantitativo é de 1,8% com o fundamental incompleto (Tabelas 5, 6 – Apêndice VI; Gráfico 3).

O nível de escolaridade é importante quando se trata do exercício profissional, podendo interferir no desempenho das atividades em todas as áreas. Assim, o fato de a maioria dos trabalhadores da ESF ter nível de escolaridade igual ou maior do que o ensino médio aponta para a

possibilidade de ter melhores condições de desempenho em situações de maior complexidade e, rapidez na resolução de problemas. Neste sentido, coincide com Braga, Carvalho e Binder (2010), quando afirmaram que o desempenho das atividades na saúde apresenta um grau de complexidade em que os trabalhadores precisam desenvolver múltiplas habilidades, por isso, o nível de escolaridade é um fator relevante para que os mesmos possam estar aptos a desempenhar suas atividades incorporando tecnologias no cotidiano de sua atividade.

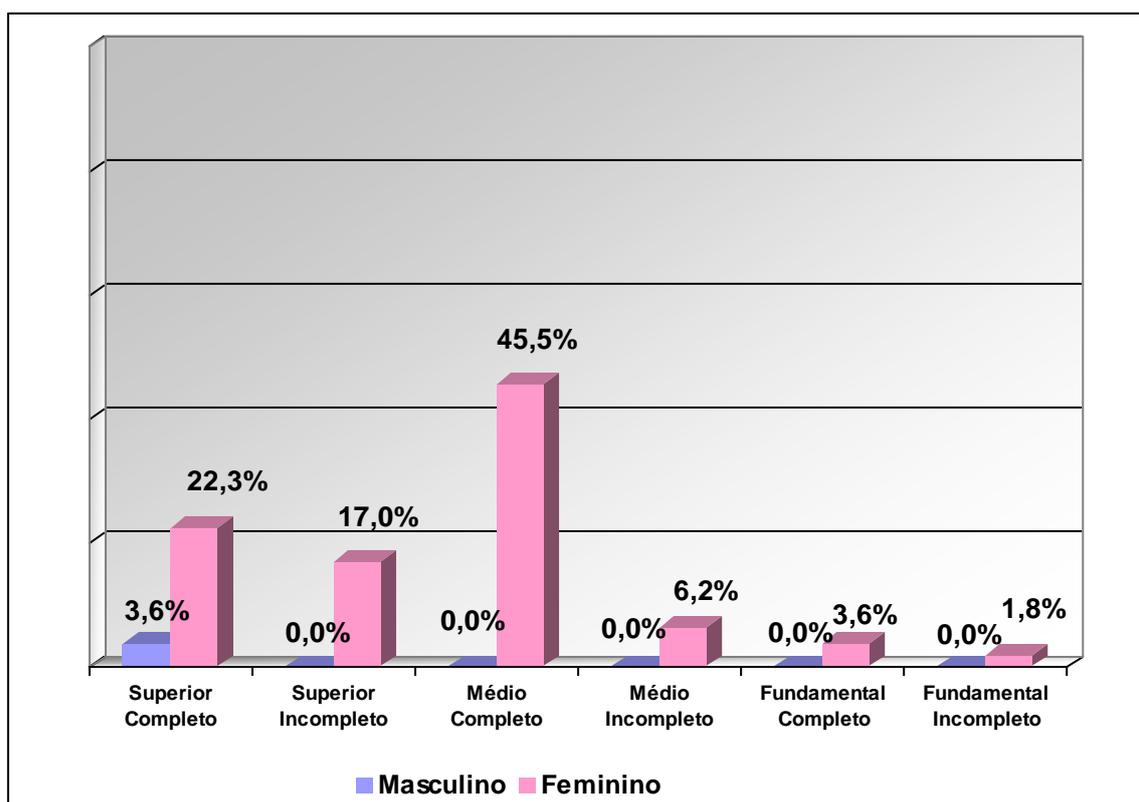


Gráfico 3. Escolaridade/sexo dos profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013

O baixo nível de escolaridade, portanto pode gerar problemas relacionados à dificuldade em trabalhar com as tecnologias e, ao mesmo tempo, falta de habilidade para o trato cotidiano dos problemas. E, na

atualidade, a ESF necessita de profissionais capacitados e comprometidos, não apenas com o processo de humanização da saúde pública, mas também com um processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

### **4.3 Vínculo Empregatício e Condição de Trabalho**

O tipo de vínculo empregatício dos trabalhadores da ESF e as condições de trabalho a que os mesmos estão expostos são elementos que apresentam aspectos relevantes para a qualidade de vida, sendo importantes para este estudo (Tabelas 7 e 10 – Apêndice VI; Gráfico 4).

A maioria dos trabalhadores do gênero/sexo feminino possui entre 1 e 5 anos de tempo de trabalho na ESF, em número de 61 (54,4%), enquanto somente 5 (4,5%) está há mais de 15 anos atuando na saúde pública. Entre os homens existe maior equilíbrio quanto ao tempo de trabalho na saúde pública do município de Rondonópolis-MT com 2 (1,8%) entre 1 e 5 anos e 2 (1,8%) entre 11 e 15 anos (Tabela 7), dado que coincide com o aumento da feminização na área da saúde identificada na literatura existente.

Quanto ao tempo de trabalho (Gráfico 4), 56,2% dos trabalhadores têm entre 1 e 5 anos de trabalho no Município, enquanto que 4,5% se encontram nesta atividade há mais de 15 anos. Observa-se que a maioria está na atividade há pouco tempo, considerando que 54,4% deles ocupam cargo comissionado, que é indicada pelo gestor local, o que gera alto

percentual de rotatividade, possivelmente impactando na qualidade dos serviços prestados a população.

Situação tratada por Fernandes *et al.* (2012), quando se refere a estabilidade no emprego, isto é, a garantia de trabalho gera no trabalhador um sentimento de segurança e satisfação reduzindo estresse e aumentando a produtividade e um melhor desempenho das atividades. Quanto a esta questão, em Rondonópolis-MT, para a designação para os cargos, em sua maioria, não se observam critérios definidos que possibilitem avaliar a competência do trabalhador para as funções do trabalho contratado, ou seja, a contratação não é por concurso público.

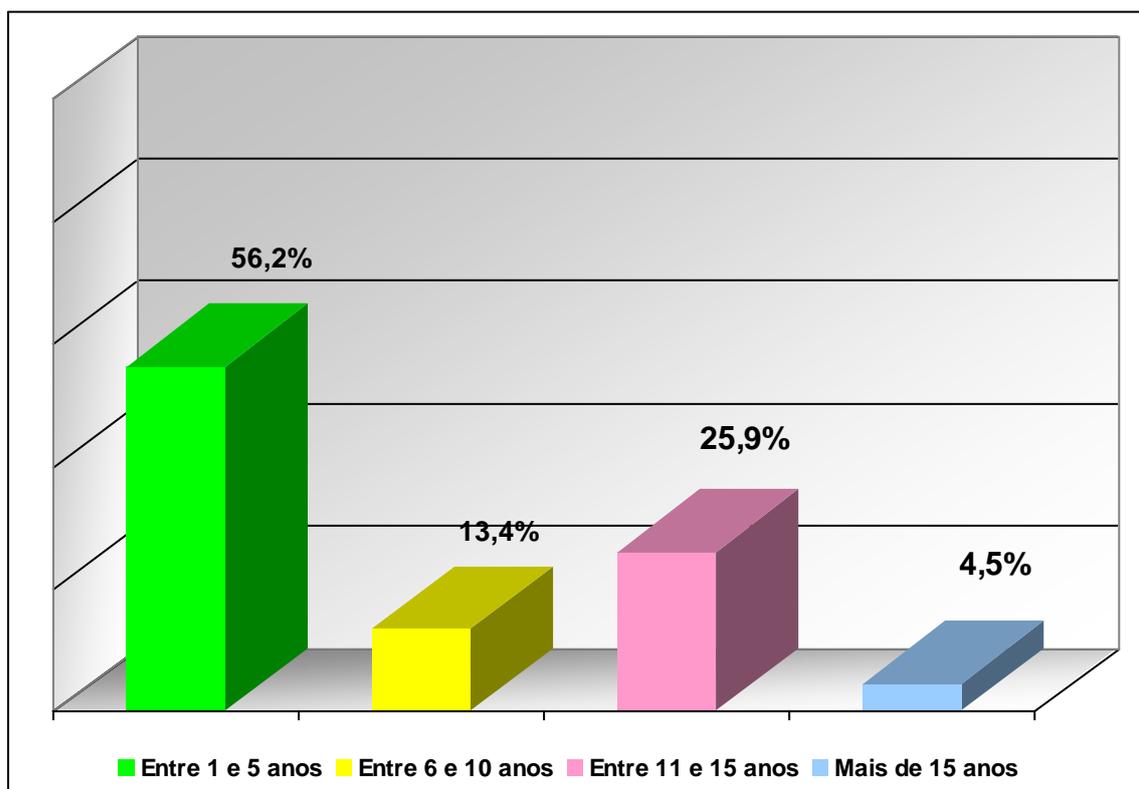


Gráfico 4. Tempo de trabalho na Unidade de Saúde segundo os profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013

É, portanto, uma situação que possivelmente gera insegurança dos trabalhadores, especialmente em anos eleitorais que com a consequente troca de gestores públicos no executivo acaba gerando um quadro emocional fragilizado que influencia na execução das atividades e na qualidade de vida dos trabalhadores da ESF, no campo psicossocial. Neste sentido, os trabalhadores que atuam nas equipes da ESF deveriam ter sua contratação vinculada às capacidades e habilidades em desempenhar as atividades inerentes da função, o que poderia gerar uma equipe mais competente e motivada para as atividades laborais cotidianas reduzindo a rotatividade e aumentando a estabilidade emocional e viabilizando o investimento em programas de desenvolvimento e treinamento.

Quanto ao tempo de trabalho (Tabela 8 – Apêndice VI; Gráfico 5) observou-se que em todas as categorias profissionais o tempo de trabalho que mais se destaca é entre 1 e 5 anos, isto porque, como já foi comentado anteriormente existe no município um processo de contratação relacionado com alternâncias de grupos políticos no poder local o que gera alta rotatividade de trabalhadores no período de 4 anos (Tabela 8 – Apêndice VI). Esta rotatividade reduz a estabilidade no trabalho e aumenta o estresse dos trabalhadores.

O alto nível de rotatividade dos trabalhadores além de desmotivá-los afeta o desenvolvimento de capacidades e habilidades podendo impactar na qualidade dos serviços prestados aos usuários e, conseqüentemente, na insatisfação da população com os serviços prestados à saúde pública, por falta de um maior aprofundamento da

relação do trabalhador com os usuários e o fortalecimento e comprometimento de ambos.

Neste mesmo sentido, Affonso e Rocha (2010) destacam que a qualidade do trabalho desenvolvido pelas equipes atuantes na saúde pública depende do envolvimento de cada membro do grupo com os objetivos de produção e satisfação dos usuários, porém estes fatores demandam o conhecimento do grupo e a continuidade da convivência, ocorrendo limitações quando pelo alto índice de rotatividade.

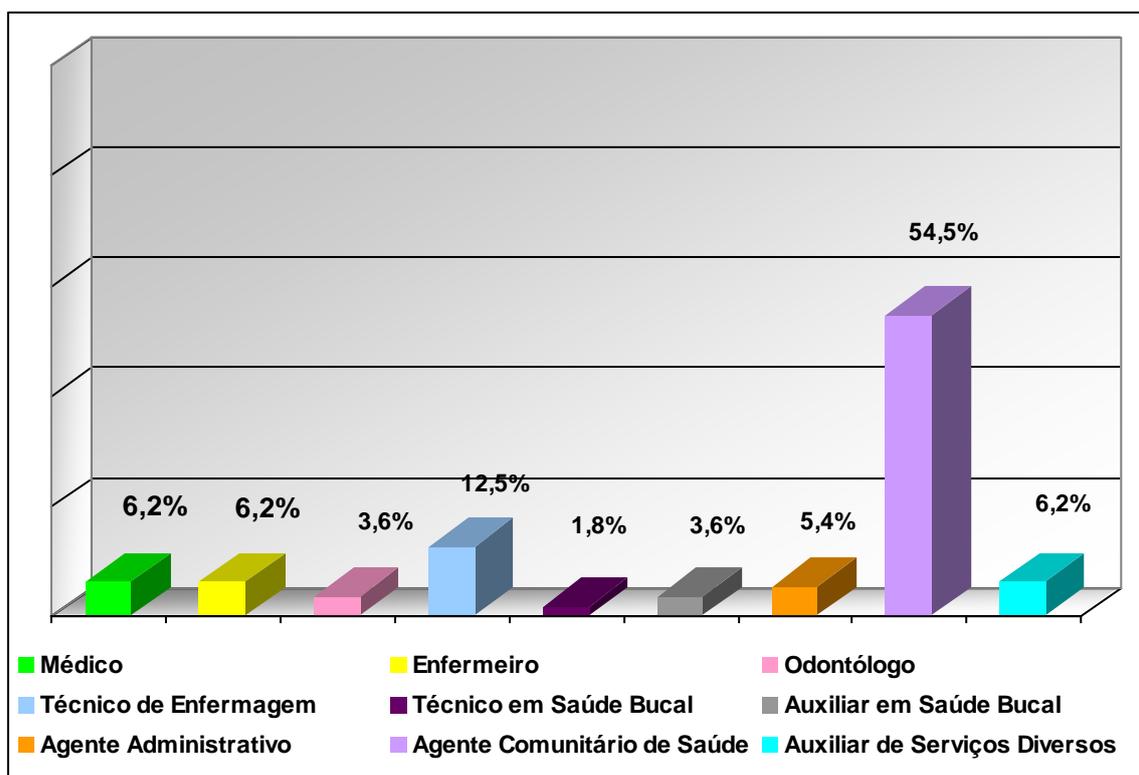


Gráfico 5. Atividade desempenhada pelos profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Nas atividades desempenhadas na saúde pública, aparecem com maior destaque os agentes comunitários de saúde (Gráfico 5), por ser uma categoria que de acordo com a Portaria nº 2.488/2011, deve ter a maior representatividade entre os profissionais exigidos na ESF.

Considerando somente a forma de contrato de trabalho (Gráfico 6), dentre os trabalhadores constata-se que 54,5% são comissionados e 37,5% são celetistas e, 8,0% contratos temporários. Isto significa que 62,5% dos trabalhadores não possuem estabilidade no trabalho e tem sua função/contrato vinculada à indicação dos gestores e não pelo critério da competência ou habilidade para o desempenho da função, ou seja, Concurso Público.

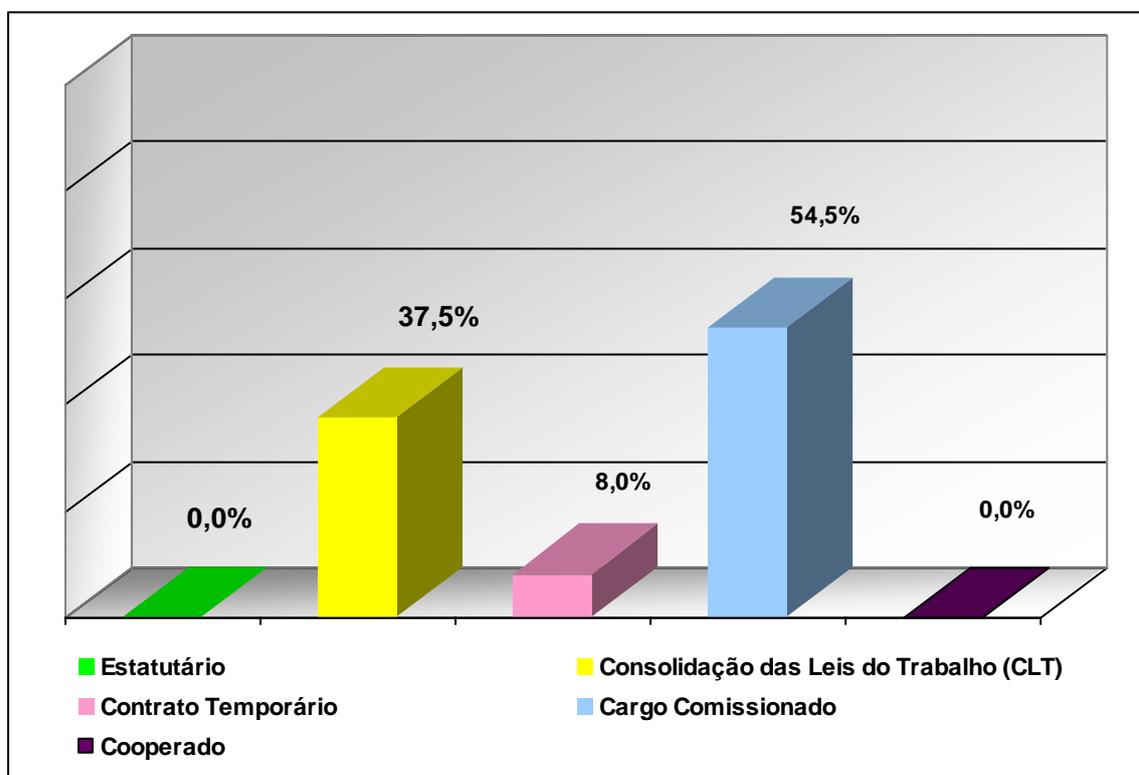


Gráfico 6. Forma de contrato dos profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Nestes casos há de se considerar que as condições no trabalho têm relação com todos os elementos geradores de satisfação e motivação. Por isso, a insegurança pelo tipo de admissão para o trabalho gera a falta de perspectiva de continuidade na atividade, podendo produzir um nível

de estresse que acaba influenciando no desempenho da função e no comprometimento com a equipe.

Destaca-se que a forma de vínculo e contrato de trabalho, afeta um aspecto importante para assegurar tranquilidade na atividade profissional que se referem aos os direitos trabalhistas, pois quando não são garantidos ocorre um sentimento de insegurança que gera instabilidade emocional e, conseqüentemente, falta de qualidade no trabalho e, com isso, pode-se inferir que os trabalhadores da saúde das equipes da ESF de Rondonópolis, podem estar com sua motivação reduzida.

Os 42 (37,5%) trabalhadores com forma de contrato regido pela CLT, como também 39 (34,8%) dos cargos comissionados e 6 (5,4%) dos contratos temporários afirmaram ter garantidos os seus direitos trabalhistas (Tabela 10 – Apêndice VI).

No entanto, sobre os tipos de vínculo trabalhista, segundo o setor de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde, não existe o contrato temporário para este grupo, mas, 8,0% responderam que há esta forma de vínculo.

Muito embora os trabalhadores da saúde possam ter um contrato temporário ou comissionado, existem garantias legais com relação aos seus direitos trabalhistas, para que não ocorra qualquer forma de prejuízo ao trabalhador.

Neste sentido, foi solicitado que os trabalhadores da saúde indicassem se possuem seus direitos trabalhistas e quais seriam, os quais responderam segundo a demonstração no Gráfico 7.

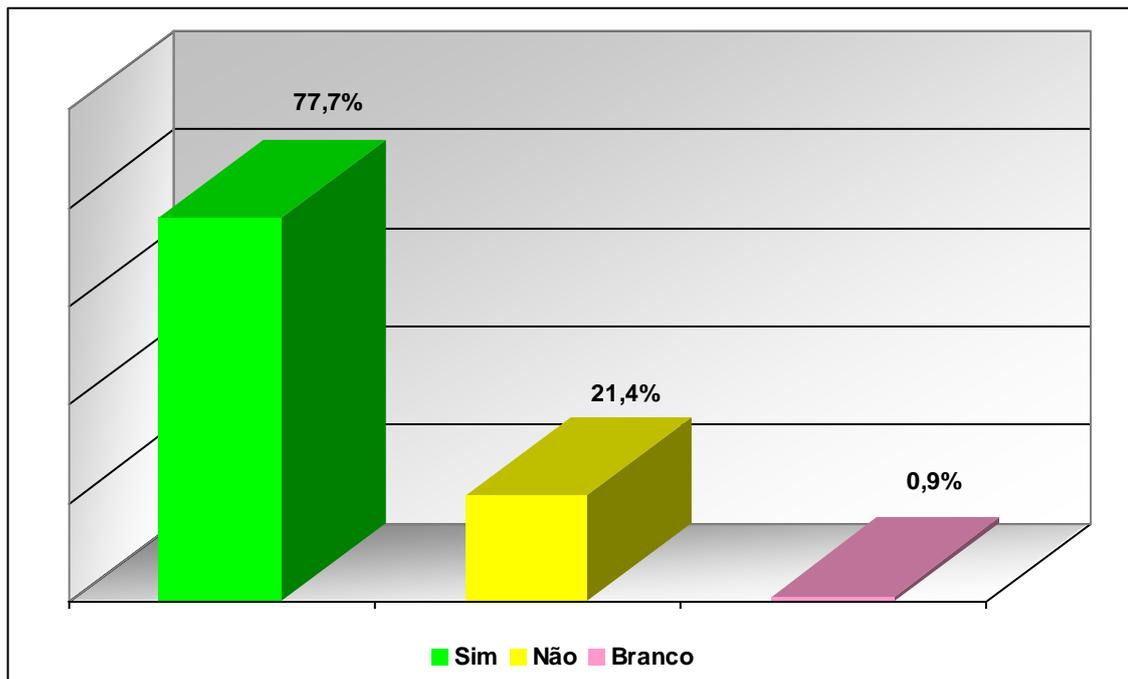


Gráfico 7. Garantias dos direitos trabalhistas dos profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Tem-se que 77,7% dos trabalhadores que atuam nas equipes da ESF responderam possuir suas garantias trabalhistas (férias; 13º salário; licença maternidade; aposentadoria; e direito à licença por doença).

Para Souza *et al.* (2010) as condições de trabalho são essenciais para a qualidade de vida dos trabalhadores e a carga horária é um dos fatores que deve ser observado. No entanto, neste quesito, analisou-se que os profissionais entrevistados possuem qualidade, visto que não trabalham mais do que a carga contratada. De acordo com a Portaria GM 2.488/2011 os trabalhadores da saúde podem trabalhar até o máximo de 40 horas semanais (BRASIL, 2011).

Além do vínculo empregatício e condições de trabalho foi também levantada a caracterização do ambiente de trabalho, considerando a estrutura física e equipamentos disponíveis utilizados para o desenvolvimento das atividades inerentes a função.

#### **4.4 Ambiente de Trabalho: Estrutura Física e Equipamentos**

Neste estudo, foi observado segundo a percepção dos trabalhadores a caracterização do ambiente de trabalho e análise com relação à estrutura física e equipamentos presentes no cotidiano dos trabalhadores da saúde pública (Tabelas 11, 13 – Apêndice VI; Gráficos 8, 9).

Identificou-se um nível de satisfação quanto à estrutura física das ESF sendo que 50,1% consideraram como excelente e bom. Dentre os profissionais satisfeitos estão os técnicos de enfermagem, enfermeiros e auxiliar de serviços diversos. No entanto, 43,8% avaliou a estrutura física como regular, considerando a necessidade de melhorias urgentes. Assim, se considerarmos que a estrutura do ambiente de trabalho deve oferecer condições plenas para o exercício profissional de todos os trabalhadores, o indicativo é de que há necessidade de melhorias nas condições de trabalho da ESF do Município (Tabela 11 – Apêndice VI; Gráfico 8).

Ainda, observando as condições de trabalho, outra questão importante são as fragilidades e problemas existentes na estrutura física em que trabalham as equipes da ESF. Dentre todos os trabalhadores as reclamações giraram em torno da necessidade de ampliação das unidades (39 pessoas); da falta de ventilação (9 pessoas); falta de materiais desde cadeiras e computadores, até aparelhos e laboratórios que permitam exames de urgência (10 pessoas), bem como a inexistência de materiais de EPI (2 pessoas) e, 2 deles consideraram que os locais em

que estão instaladas as ESF não estão em conformidade com a RD 50 e com as normas do Ministério da Saúde.

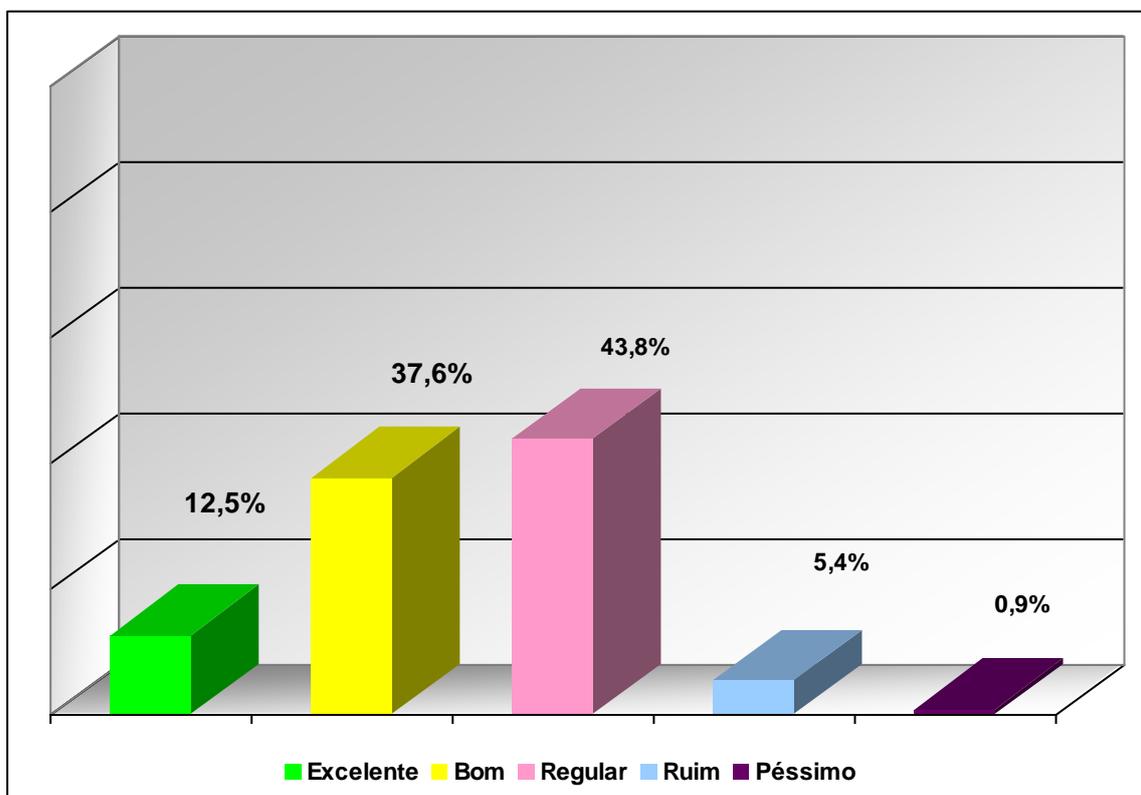


Gráfico 8. Condições da Estrutura física da unidade de saúde segundo os profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013.

A falta de ampliação das unidades e a precariedade do espaço em que são desenvolvidas as atividades da ESF podem ser observadas nas Figuras 3 a 9:

A Figura 3 mostra uma sala de esterilização e que também está servindo de sala de depósito de material, o que contradiz a Portaria 065/2012GBSES, que exige salas separadas para cada ação a ser executada.



Figura 3. Condições do ambiente de trabalho das ESF. Município de Rondonópolis-MT, setembro/2013

Observa-se ainda na Figura 3, que existe um jaleco de funcionário em local inadequado, o que pode gerar contaminação tanto para o trabalhador, quanto para o usuário.

Percebe-se também a falta de salas adequadas segundo a Figura 4:



Figura 4. Espaço para o atendimento das ESF. Município de Rondonópolis – MT, setembro/2013

O demonstrativo da Figura 4 apresenta que em uma mesma sala existe a recepção e o acolhimento, o que não oferece ao usuário a privacidade no atendimento, podendo ocorrer constrangimento no momento em que seus dados pessoais ou condição física são expostos para todas as pessoas que se encontram no recinto.

A falta de privacidade dos usuários afeta o princípio de humanização da saúde pública, o qual exige o atendimento em sala específica (acolhimento).

A Figura 5 apresenta sala de acolhimento e procedimento em um mesmo espaço, o que não deveria acontecer para que fosse possível manter o sigilo em relação aos problemas de saúde apresentados pelos usuários da saúde pública.



Figura 5. Espaço para atendimento das ESF (sala de acolhimento e procedimentos). Município de Rondonópolis – MT, setembro/2013.

Na Figura 5, observam-se dois elementos problemas gerados pela falta de estrutura física do ambiente, servindo a mesma sala de acolhimento e procedimento, bem como, tendo um ventilador que, de acordo com a Portaria 065/2012GBSES, não pode existir na sala de procedimentos para evitar a contaminação.

Ao fazer uma análise comparativa entre a avaliação dos pesquisados em relação à estrutura física das ESF (Tabela 11 – Apêndice VI; Gráfico 8) e a disponibilidade de materiais (Tabela 12 – Apêndice VI; Gráfico 9), percebe-se maior nível de insatisfação (70,4%) com relação a falta ou insuficiência dos materiais para o desenvolvimento das atividades na expectativa de prestar um atendimento de qualidade aos usuários dos serviços públicos da ESF.

Ainda sobre este quesito, as principais observações foram a falta de todos os materiais de trabalho e medicamentos (44,3%) e falta de curativos, protetor solar, canetas, cadernos, uniformes para ACS (28,3%), situações que levam à necessidade de improvisação o que eleva o nível de estresse, caracterizando a precarização das condições de trabalho identificada na literatura.

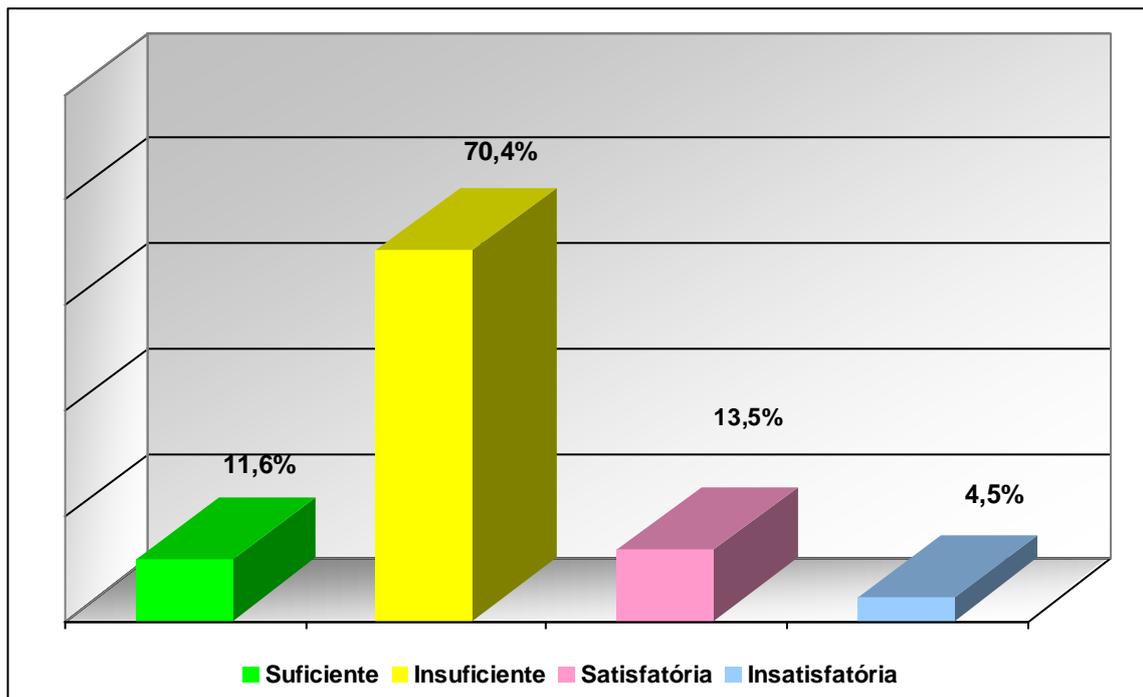


Gráfico 9. Disponibilidade de materiais para desenvolver atividades na unidade de saúde segundo os profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013.

Em seus estudos, Azambuja *et al.* (2010), destacam que a precarização das condições de trabalho influenciam no desempenho das atividades dos indivíduos e causam problemas na qualidade da atividade desenvolvida, bem como, na quantidade de atendimento, gerando problemas para os trabalhadores da saúde e os usuários dos serviços da ESF. Esclarecem ainda que quando a disponibilidade de materiais para o desenvolvimento das atividades é precária, ou seja, insuficiente ou insatisfatória, ocorre a necessidade de improvisação por parte dos trabalhadores da saúde, gerando um ambiente individualista e não coletivo o que prejudica a satisfação, motivação e saúde de todo o grupo.

A partir da coleta de dados junto à coordenadoria do Departamento de Saúde Ocupacional e Perícia Médica de Rondonópolis-MT (2014), os documentos apontaram que dos 1.631 (um mil seiscentos e trinta e um)

trabalhadores das secretarias e órgãos do Município, que estiveram de licença médica em 2013; 707 (setecentos e sete) eram trabalhadores da saúde, não existindo um índice específico dos profissionais que atuam nas ESFs, isto porque a forma de distribuição dos dados não separa por setor da saúde. Do número total de trabalhadores do Município se observou que as cinco principais causas foram: doenças do sistema osteomuscular e esquelético, fatores inflamatórios saúde e contato, transtornos mentais e comportamentais, doença do aparelho respiratório, lesões envenenamentos e consequência de causas externas.

A situação identificada (Tabela 13 – Apêndice VI, gráfico 10), segundo a literatura, leva a necessidade de improvisar e buscar soluções imediatas e paliativas torna o ambiente de trabalho conturbado, exaustivo e estressante, bem como, acaba gerando um clima inapropriado para o bom desempenho das atividades no âmbito coletivo e a possibilidade de oferecer aos usuários um atendimento eficiente e humanizado.

Estudos demonstram que a falta de materiais, incluindo medicamentos, gera estresse aos trabalhadores da saúde, que atendem nas ESF pessoas carentes e que necessitam de medicamentos, visto que a demanda é elevada e a possibilidade de atender a população sem o mínimo de materiais necessários é fator de redução da qualidade de vida no trabalho destes profissionais. Segundo as informações obtidas, 69,7% dos trabalhadores identificaram ser insuficiente e insatisfatória a disponibilidade de equipamentos de EPI.

Em relação à disponibilidade de material para que os trabalhadores das ESF possam desempenhar suas funções, os mais satisfeitos foram os

odontólogos e os auxiliares de serviços diversos (Tabela 12 – Apêndice VI) e quanto à disponibilidade de equipamentos de EPI foram os técnicos de enfermagem em número total de 5 (4,5%) e os auxiliares de serviços diversos em contingente de 4 (3,6%) (Tabela 13 – Apêndice VI).

Somando-se os índices dos profissionais que consideram os equipamentos insuficientes, tem-se um número de 48 (42,9%) e insatisfatórios 30 (26,8%), somando um total de 78 (69,7%) de trabalhadores da saúde que consideram que os equipamentos de EPI disponibilizados para a sua segurança no trabalho não condizem com a real necessidade.

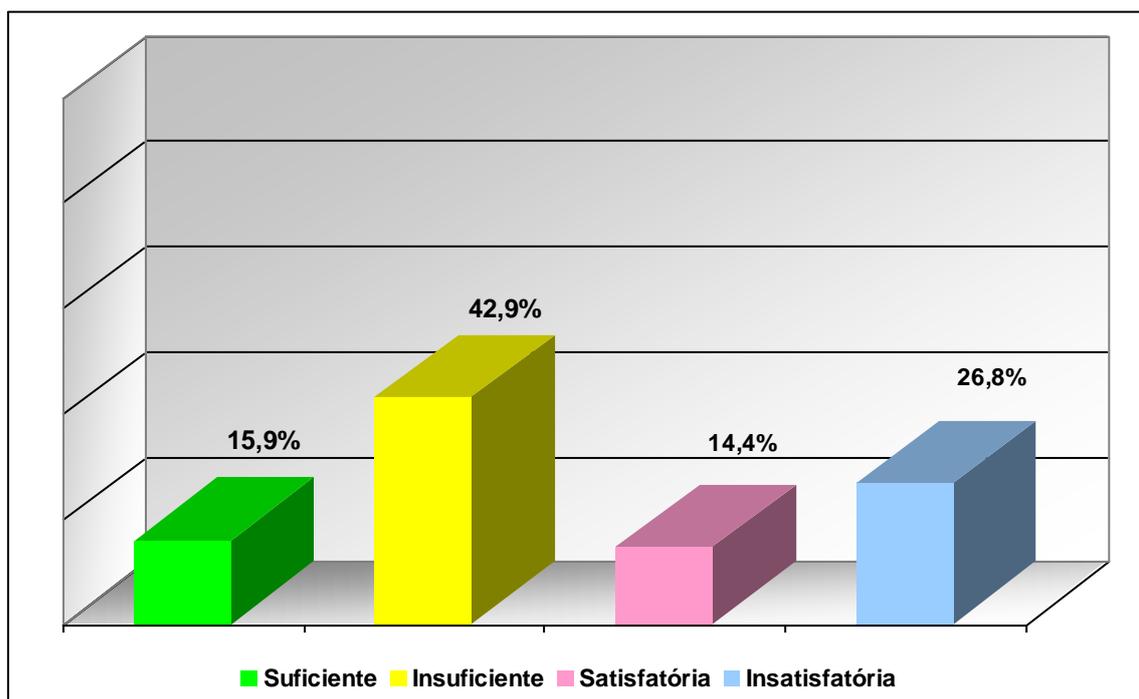


Gráfico 10. Disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) nas Unidades de Saúde segundo informações dos profissionais das Equipes da ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Ao descreverem as justificativas para a insatisfação com a disponibilidade de equipamentos de EPI, 38 (trinta e oito) dos

pesquisados apontaram como mais relevantes a falta de guarda sol; capa de chuva; protetor solar e uniforme (39,5%) e a insuficiência dos equipamentos recebidos (15,9%).

Sobre esta questão, Rios e Varela (2010), destacam que não apenas a falta de EPI impede os trabalhadores de ter qualidade de vida no desempenho das atividades laborais na saúde, mas também, a escassez ou má qualidade são fatores que podem acarretar sentimentos negativos e insegurança no trabalho.

Buscando avaliar as condições de trabalho que afetam a qualidade de vida dos trabalhadores das equipes da ESF, tratou-se da capacitação e proteção no ambiente do trabalho.

#### **4.5 Capacitação e Proteção do/a Trabalhador/a da Saúde**

A condição de trabalho está vinculada também a capacitação dos trabalhadores e a proteção e segurança no desenvolvimento das atividades. Desta forma, quando a instituição oferece aos trabalhadores programas de capacitação, reduz a possibilidade de erros no desempenho da atividade, o estresse e os problemas de ordem física e psicológica que podem atingir a qualidade de vida.

Sobre a capacitação e a proteção dos trabalhadores da saúde, apresentando a visão quanto aos investimentos que vêm sendo feitos na capacitação da equipe da ESF, fator importante para o desempenho das funções e o oferecimento a população de uma saúde de qualidade (Tabelas 14 a 18 – Apêndice VI; Gráficos 11 a 15).

Somente 11 profissionais (9,8%) consideram suficiente o treinamento recebido pelas equipes da ESF, enquanto que 60 (53,5%) apontaram ser insuficientes e 16 (14,3%) classificaram como insatisfatórios. Ressalta-se que 67,8% dos trabalhadores avaliaram negativamente o recebimento de treinamento, sendo que somente os técnicos de enfermagem 8 (7,2%) consideraram suficientes ou satisfatórios os treinamentos recebidos. Infere-se, portanto, a necessidade urgente de melhorias neste quesito, pois o treinamento dos trabalhadores torna-os melhor preparados para a execução das tarefas cotidianas, com desenvolvimento de suas capacidades e habilidades e aumento da eficiência profissional no desempenho das atividades.

Quanto às principais justificativas apresentadas acerca do recebimento de treinamento para o uso de EPI, conforme o Gráfico 11, 53,5% consideram insuficiente e 14,3% insatisfatória, o que gera um índice negativo de 67,8%.

Esta realidade identificada, não reflete a preocupação do SUS destacada por Dias (2010), que a partir da década de 1980 o SUS passou a ter uma nova preocupação com relação às unidades de saúde pública, que é a capacitação de suas equipes, gerando a necessidade de investimentos em programas de treinamento e desenvolvimento de capacidades e habilidades para melhorar o nível do serviço oferecido à população.

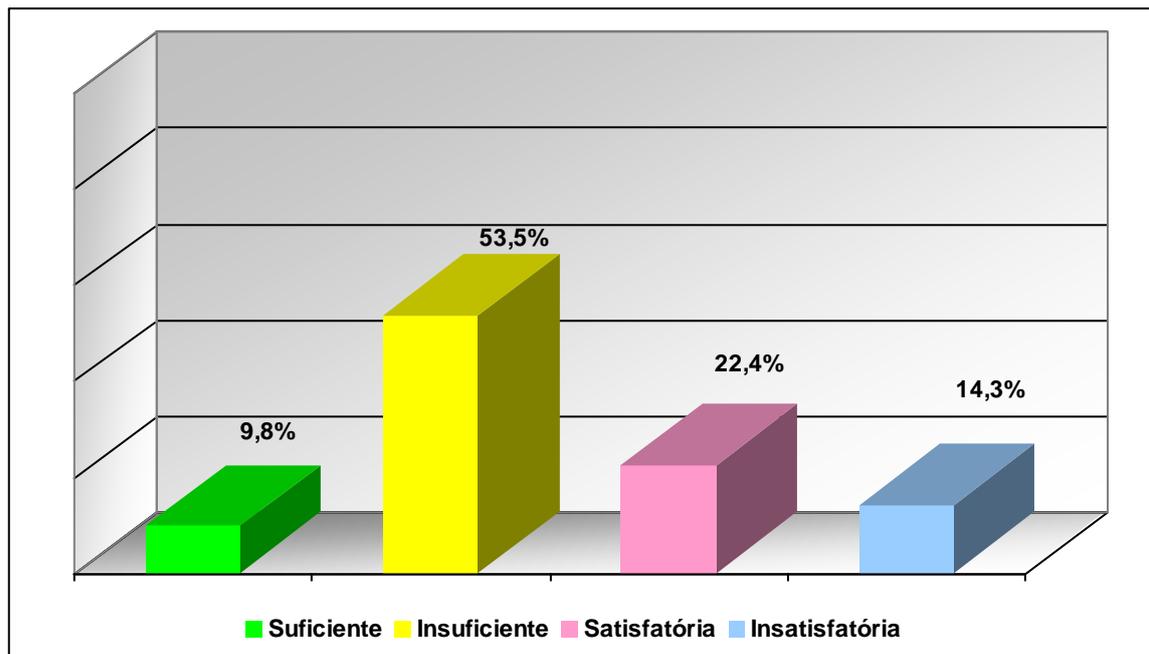


Gráfico 11. Realização de treinamento para o uso de Equipamentos de Proteção Individual segundo o nível de satisfação dos profissionais das ESF. Município de Rondonópolis-MT, 2013

Para 76 (67,8%) dos profissionais de saúde, estes recebem capacitação permanente, enquanto que 36 (32,2%) responderam que não recebem este tipo de capacitação por parte do Município de Rondonópolis-MT (Tabela 16 – Apêndice VI).

É importante observar que segundo os profissionais odontólogos, estes são os que menos recebem capacitação permanente, apontando uma necessidade de implementar a atividade para esta categoria profissional.

Como apresentado no Gráfico 12, 67,8% dos trabalhadores responderam receber capacitação permanente, mas, em suas justificativas constatou-se que a capacitação oferecida é baseada nos programas específicos do SUS, como é o caso da hanseníase e

tuberculose, porém também é importante observar as especificidades do Município.

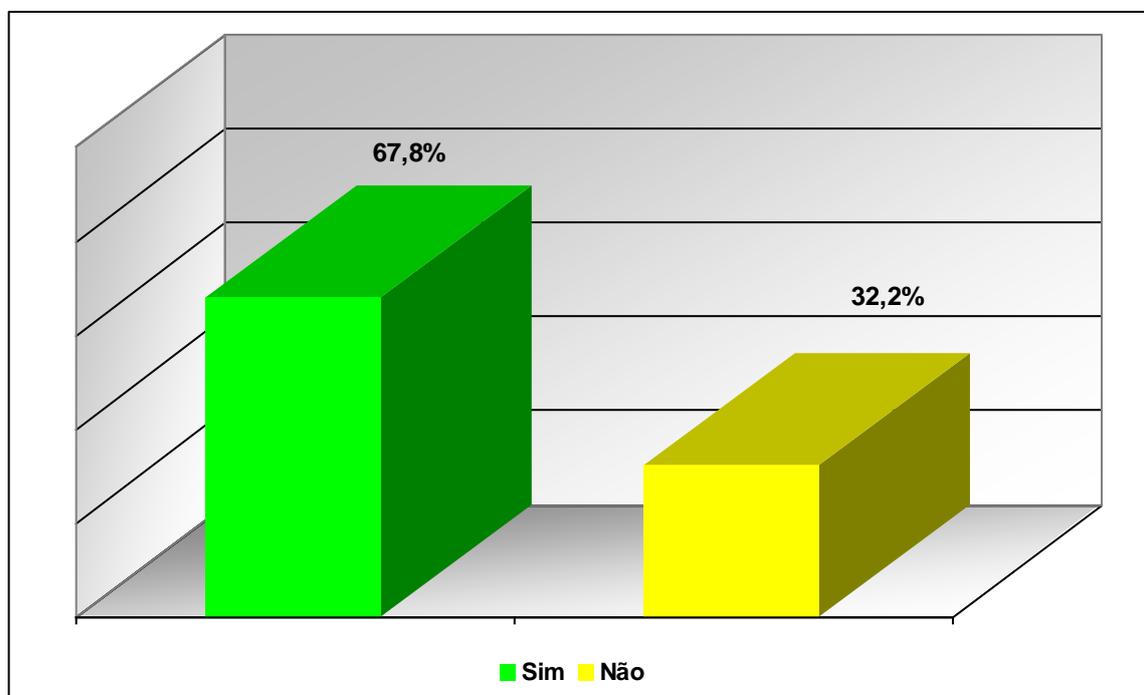


Gráfico 12. Realização de capacitação permanente para o desenvolvimento das atividades nas Unidades de Saúde segundo os profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013

De acordo com o documento Brasil (1998) desde a Portaria 3.908/98 a capacitação vem se tornando rotina, com isto se objetiva garantir as condições de qualidade no ambiente de trabalho, capacitando os trabalhadores da saúde para melhoria da qualidade de suas atividades e permitir que o SUS alcance suas metas de atingir toda a população.

Pode-se afirmar que Rondonópolis-MT deve investir na implementação do programa de capacitação permanente, pois ele é um dos fatores que possibilita uma saúde pública qualificada e humanizada.

Ao justificarem a avaliação sobre o ambiente das Unidades de Saúde os principais pontos fracos levantados foram a necessidade de

reforma geral e ampliação do espaço físico e falta de materiais, equipamentos e mobiliários. Em contrapartida os pontos fortes citados foram o bom relacionamento interpessoal da equipe e a organização mantida por todo o grupo (Tabela 16 – Apêndice VI, Gráfico 13).

Observa-se que na maioria das considerações houve o comentário de que a equipe é unida, no entanto, é necessária uma reforma geral em todo o espaço que comportam as unidades de ESF, sendo estas as principais justificativas.

Ao tratar desta questão os autores Oliveira, Gomes e Júnior (2009), afirmaram que a QVT depende de diversos fatores, dentre os quais a qualidade do ambiente. Desse modo, como apresenta o Gráfico 13, quando 39,4% de um grupo consideram o ambiente regular, ruim ou péssimo, fica evidente a necessidade urgente de reformas e melhorias que possam aumentar a eficiência do serviço de saúde pública oferecido nas unidades de ESF.

As condições do ambiente de trabalho influenciam na qualidade de vida dos trabalhadores e, conseqüentemente, na qualidade do trabalho oferecido o que gera a insatisfação dos usuários referente aos serviços de saúde pública. Neste sentido, quando não existe ambiente adequado ocorre a insegurança e o estresse na execução das atividades com efeitos sobre a saúde dos trabalhadores identificados como doenças ocupacionais.

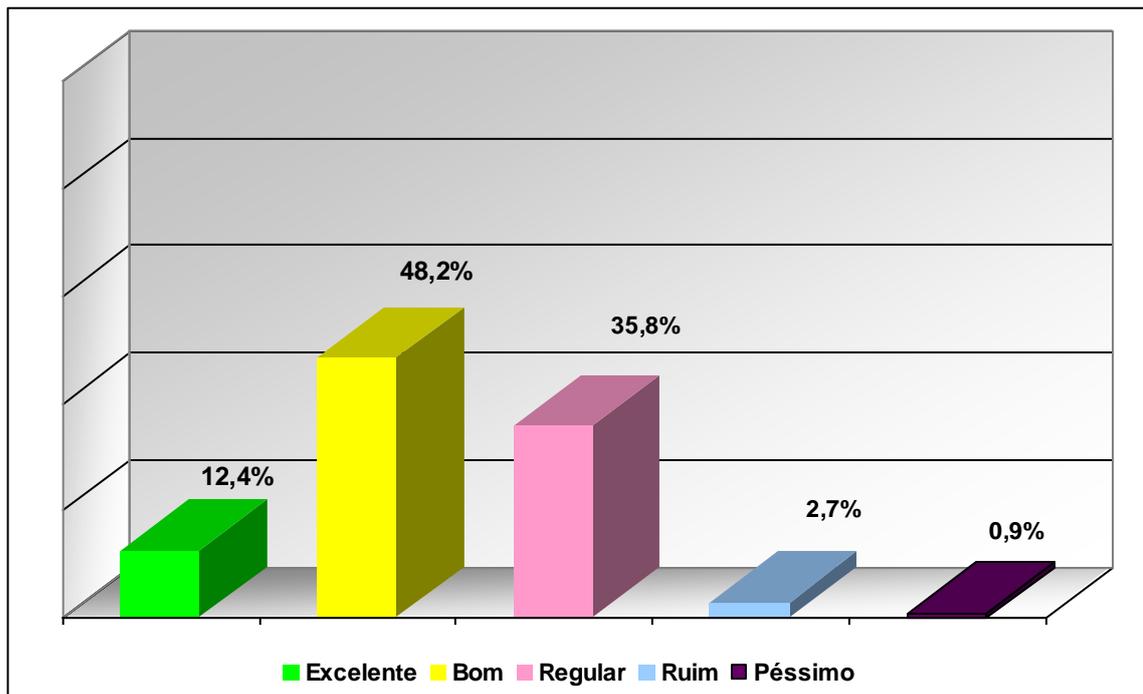


Gráfico 13. Identificação das condições do ambiente da Unidade de Saúde segundo os profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Entende-se que o ambiente das unidades não oferecendo a qualidade necessária acaba gerando um estado de insatisfação dos trabalhadores e desmotivação, afetando sua saúde e o ambiente como um todo, dando origem à fragilização e precarização do atendimento à população e não estando em acordo com as metas do SUS.

A falta de espaço, de materiais e um ambiente desagradável torna-se inseguro para os trabalhadores das equipes da ESF desempenhar suas funções e, neste sentido, tanto os trabalhadores, quanto a população acaba fazendo reclamações que poderiam ser evitadas com o investimento na melhoria da saúde pública, como é o caso da estrutura das unidades.

A falta de qualidade no ambiente de trabalho gera também um clima organizacional desfavorável e estressante, o que prejudica o

desenvolvimento da atividade e a satisfação da população com o atendimento.

Outro aspecto que influencia a qualidade do ambiente de trabalho é o relacionamento interpessoal vivenciado no ambiente de trabalho, (Tabela 17 – Apêndice VI; Gráfico 14). Como se observou nas justificativas quanto à qualidade das relações interpessoais dos trabalhadores, a maioria a consideraram de forma positiva, sendo que a maior concordância é de que o relacionamento é bom entre todos (59,9%) e a convivência é excelente (25,1%), o que aponta para a qualidade das relações e a boa influência desta para a QVT.

Como apresenta o Gráfico 14, as relações interpessoais entre os profissionais das ESFs é um fator positivo da equipe, tendo em vista que somente 15,0% avaliaram como regular ou ruim, não existindo trabalhador da saúde que avaliasse as relações interpessoais no grupo como péssimas.

Fazendo um instrumento avaliativo a partir da comparação de informações, tem-se que no Gráfico 13, 39,4% avaliaram negativamente as condições do ambiente, o que pode evidenciar que mesmo com a insatisfação com as condições físicas em que são desenvolvidas as atividades laborais, existe um bom clima organizacional.

De todos os itens considerados as relações interpessoais foram as melhores avaliadas, sendo que tais relações possibilitam o desenvolvimento de atividades em grupo e a parceria e participação de todos, pois o clima organizacional influencia na saúde dos trabalhadores e na qualidade das atividades realizadas, construindo um ambiente

positivo também entre os trabalhadores e os usuários dos serviços de saúde pública (Gráfico 14).

Com relação às principais justificativas o fato de a equipe ter bom relacionamento interpessoal e boa convivência apontaram como elementos satisfatórios no cotidiano do ambiente de trabalho e desempenho das funções.

Estudos existentes indicam que a QVT é complexa e não somente se relaciona com a qualidade dos aspectos físicos e materiais do ambiente de trabalho, mas também, com valores, convivência e aspectos psicológicos e emocionais. Neste sentido, Souza e Carvalho (2003), apontaram a importância na convivência harmoniosa no ambiente de trabalho, para que as tarefas sejam realizadas de forma equilibrada e positiva.

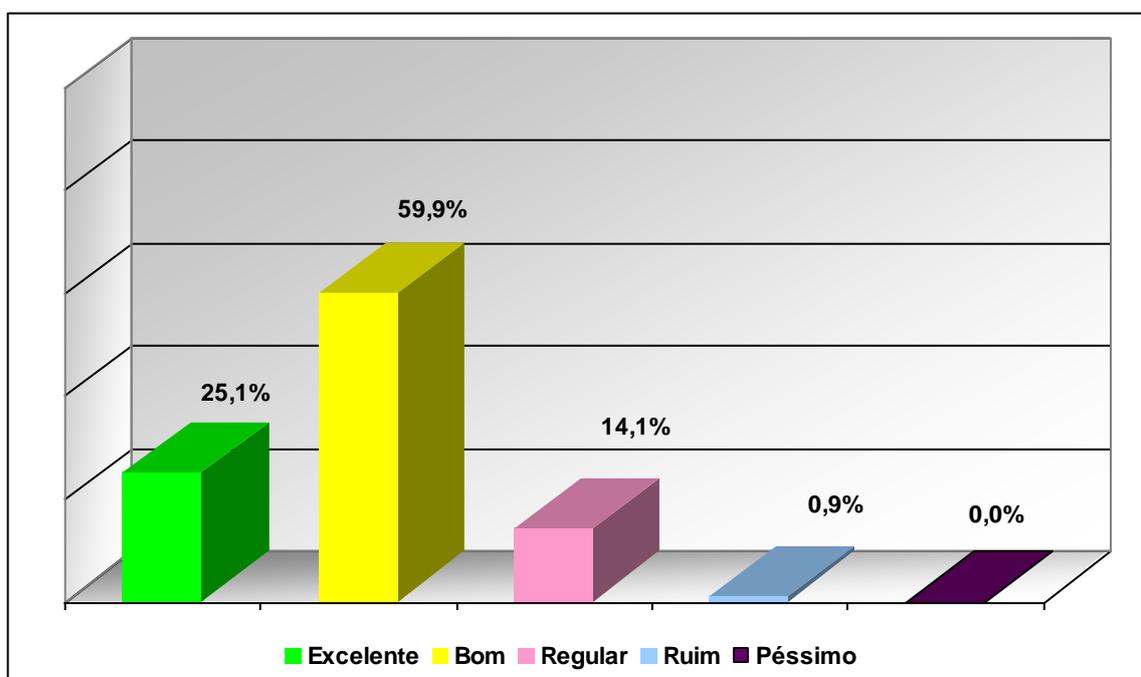


Gráfico 14. Indicação das relações interpessoais segundo os profissionais das ESF. Município de Rondonópolis – MT, 2013

A qualidade nas relações interpessoais entre os trabalhadores gera um clima favorável também para a qualidade nas relações interpessoais dos trabalhadores da saúde com os usuários dos serviços, o que tornam mais eficientes as unidades de ESF e o alcance de melhores resultados, posto que a saúde física, psicológica e emocional da população é o principal aspecto a ser alcançado.

Houve ainda o interesse em identificar a opinião dos trabalhadores da saúde que atuam nas ESFs, acerca da manifestação recebida dos usuários e/ou gestores (Tabela 18 – Apêndice VI e Gráfico 15).

Com relação ao recebimento de elogios, 68 (60,7%) dos profissionais responderam sim, sendo que apenas os médicos e os auxiliares de saúde bucal responderam em sua maioria que não recebem elogios. Os demais profissionais em sua maioria responderam que recebem elogios, enfatizando que os elogios são feitos pelos usuários.

Quanto às principais justificativas sobre o recebimento de elogios percebeu-se que somente ocorre reconhecimento por parte dos superiores quando existe o atingimento das metas, porém, o chefe imediato e a população reconhecem o esforço e o trabalho desenvolvido pela equipe.

Estudos realizados destacam que o recebimento de elogios seja por parte dos usuários ou mesmo dos gestores, acaba gerando um sentimento de reconhecimento e satisfação nos trabalhadores o que influencia em seu bem estar e na QVT, além de aumentar a eficiência no desenvolvimento das atividades laborais.

Na análise de Silva (2009), quando o indivíduo é reconhecido no trabalho, pelos superiores ou pelas pessoas que utilizam de seus serviços, ocorre um processo de satisfação e motivação que gera um comportamento positivo e esforço em desenvolver com maior competência as atividades.

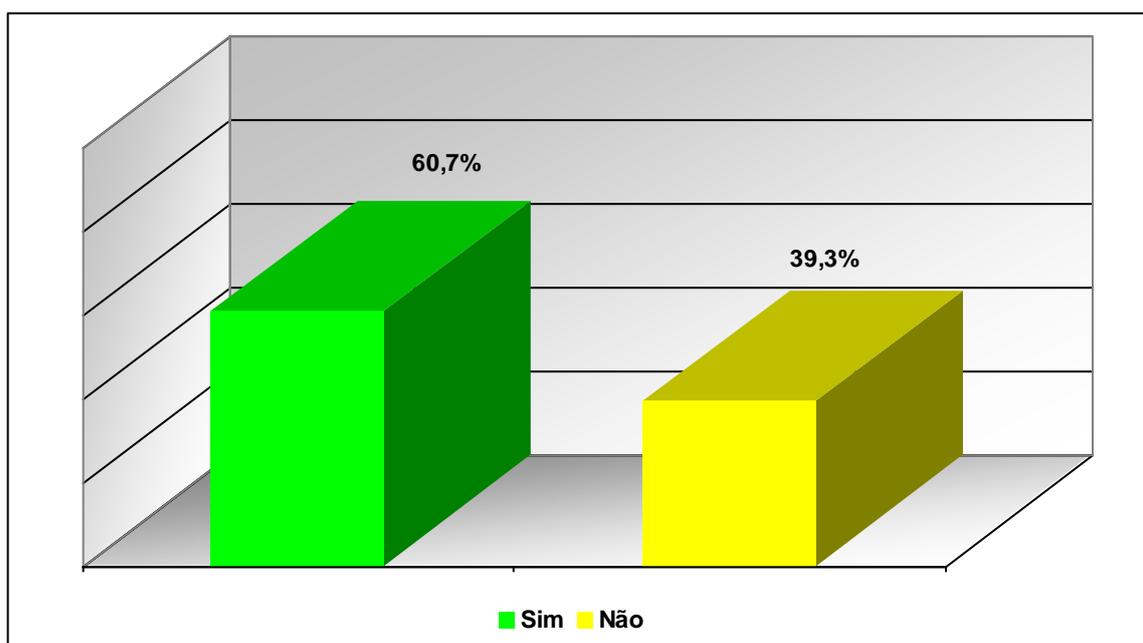


Gráfico 15. Manifestação de elogio recebida dos usuários e/ou gestores sobre o trabalho que a ESF realiza. Município de Rondonópolis-MT, 2013

Quando recebem elogios seja de superiores, colegas ou da comunidade os trabalhadores das ESF de Rondonópolis-MT, certamente ocorre um processo natural de motivação e valorização pessoal e profissional, o que reflete de forma positiva no desempenho das atividades, que pode ser identificado no reconhecimento da população atendida.

O quadro negativo das instalações apresenta-se visível na Figura 6, com a precarização do ambiente:

Representativa de um consultório de atendimento da ESF, a Figura 6 demonstra a precarização das instalações, sendo que ocorre um processo de oxidação do suporte do aparelho de ar condicionado, atingindo inclusive a estrutura da parede.



Figura 6. Condições do ambiente de trabalho das ESF. Município de Rondonópolis – MT, setembro/2013

É também possível acrescentar ao observar a oxidação do ar condicionado e da parede na Figura 6, que este problema gera um ambiente desagradável visualmente, como também pode ser condutor de contaminação.

Outro problema com a estrutura física das ESFs pode ser observada na Figura 7 com a precariedade do ambiente para atendimento odontológico:

Na Figura 7 é demonstrado um processo de oxidação do piso, ou seja, da estrutura física que acabou gerando problemas para tratamento odontológico.



Figura 7. Condições da estrutura física da sala de odontologia para o trabalho da ESB. Município de Rondonópolis-MT, setembro/2013

Não apenas a estrutura física dos ESFs se apresenta em processo de precarização, como também os mobiliários, como se observa na Figura 8, abaixo apresentada:



Figura 8. Situação do mobiliário do ambiente de trabalho das ESF. Município de Rondonópolis-MT, setembro/2013

A Figura 8 apresenta a falta de condições do mobiliário em que é observada uma mesa na sala de reunião sem as condições exigidas pela Portaria 065/2012GBSES, o que pode gerar um condutor de contaminação para trabalhadores da saúde e usuários.

Ainda apresentando a fragilidade das condições do mobiliário das ESFs de Rondonópolis-MT a Figura 9, traz uma mesa que acondiciona o computador, com oxidação, como se pode observar:

Em um processo de improvisação, os trabalhadores da ESF buscaram reduzir os problemas com a oxidação tentando evitar danos no computador, com o uso de uma capa na mesa, que se observa não é adequado para o fim utilizado, o que pode comprometer o desempenho das atividades, segundo estudos de Azambuja *et al.* (2010).

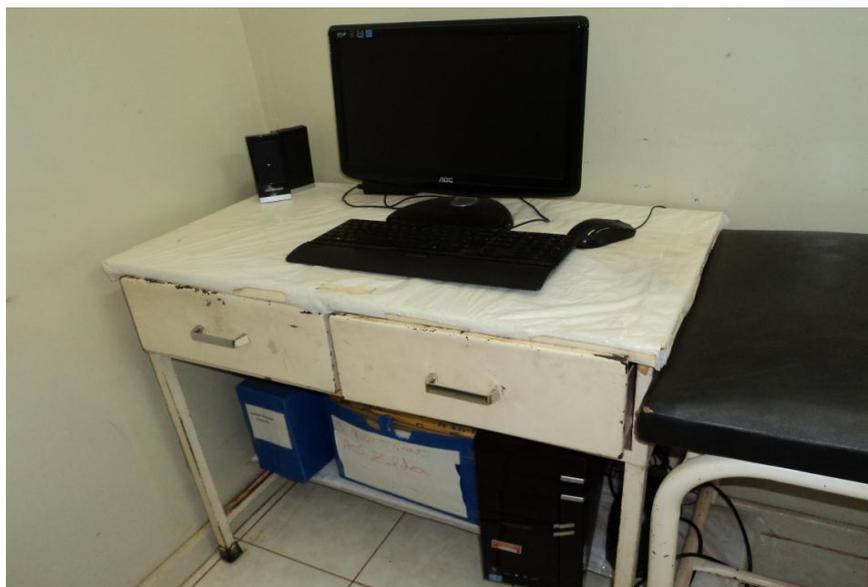


Figura 9. Situação dos mobiliários e utensílios no ambiente de trabalhos da ESF. Município de Rondonópolis – MT, setembro/2013

Todas as situações mencionadas reduzem a capacidade do grupo em desenvolver suas atividades de forma a tornar qualitativa a saúde pública e, com isso, ocorre um processo de estresse e insatisfação que gera falta de qualidade de vida no trabalho. Inclusive pelas inúmeras cobranças dos próprios usuários que evidenciam descontentamento com o atendimento devido a falhas que poderiam ser evitadas se as condições das estruturas físicas fossem satisfatórias.

Ao tratar sobre as condições das estruturas físicas satisfatórias na saúde, tem-se a Portaria nº 065/2012/GBSES Mato Grosso (2012), que determina a quantidade mínima de mobiliários e equipamentos, exigindo as salas de recepção e de espera dos usuários separadas, o que não ocorre em algumas unidades das ESFs.

A referida portaria exige que a estrutura física tenha uma sala de procedimentos (medicação injetável, nebulização, terapia de reidratação oral e observação) e sala de curativos e vacinas, todas separadas, para

que tanto os trabalhadores tenham um ambiente com condições para desenvolver as atividades com segurança e melhor desempenho.

Sobre esta questão, Brotto e Dalbello-Araujo (2012) destacam que a falta de estrutura física no ambiente de trabalho gera problemas para os trabalhadores no desempenho de suas atividades e reflete em desajustes nos serviços prestados, inclusive na falta de qualidade e humanização no atendimento. Foi observada (Tabela 19 – Apêndice VI) a distribuição absoluta e relativa dos profissionais das equipes da ESF quanto à disponibilidade de materiais:

Outro ponto levantado durante a pesquisa tratou sobre os principais problemas observados pelos profissionais, referentes à estrutura física e materiais 34, ou seja, (35,7%) consideraram: a falta de materiais; falta de boa ventilação; balança; uniformes para Agentes Comunitários de Saúde; Internet; ar condicionado para sala de ACS e nas áreas importantes da unidade; falta de EPI e melhores condições para o trabalho, barulho do compressor e a falta de estrutura; falta de sala para pequenas cirurgias; más condições físicas do consultório odontológico e, a unidade não é do bairro e a que está em construção está parada há 2 anos com 27 (28,3%); outros problemas também foram mencionados, mas com menor índice de reclamações (Tabela 19 – Apêndice VI).

Este aspecto foi observado no trabalho de Rosenstock, Santos e Guerra (2011), quando registraram que os problemas nas equipes da ESF como a falta de materiais ou de estrutura, geram a necessidade de improvisação e a falta de motivação para o desempenho das atividades,

visto que estas ações realizadas de forma improvisada nem sempre são seguras ou alcançam a qualidade necessária.

Muito embora se observaram anomalias nas ESFs é preciso citar o fato de que o município vem fazendo reformas, ampliações e construções para a adequação dos ambientes conforme preconizam as Portaria nº GM 2.488/2011 e a Portaria nº 065/2012/GBSES, caracterizando um ambiente adequado para que os trabalhadores da saúde possam desenvolver suas atividades com segurança e saúde.

As mudanças ocorrem gradativamente, mas podem ser identificadas em algumas unidades, como se observa nas Figuras 10 a 14:



Figura 10. Sala de recepção de uma unidade da ESF segundo normas da Portarias nº GM 2.488/2011 e nº 065/2012/GBSES. Município de Rondonópolis – MT, setembro/2013

O que se observa na Figura 10 é que o ambiente apresenta espaço físico amplo, com boa iluminação e ventilação, oferecendo conforto para os usuários e trabalhadores.

Em outra unidade da ESF, também construída segundo as normas exigidas pela Portaria nº GM 2.488/2011 e a Portaria nº 065/2012/GBSES, observa-se na Figura 11, que as salas de cada procedimento é individual, gerando conforto, segurança e privacidade para os usuários com relação a exposição de sua condição física ou psicológica.



Figura 11. Espaço físico com acomodações individualizadas em uma unidade da ESF. Município de Rondonópolis – MT, setembro/ 2013

A Figura 11 apresenta um ambiente limpo, claro, ventilado e com as acomodações necessárias para que cada um dos procedimentos possa ser realizado em espaço físico adequado para o bom desempenho das funções dos trabalhadores da saúde.

Ainda apresentando um quadro dentro das normas da Portaria nº GM 2.488/2011 e a Portaria nº 065/2012/GBSES, que tratam sobre a ambiência, os equipamentos e todos os recursos para um bom desempenho das atividades da ESF, tem-se uma sala de acolhimento, que é uma das principais fragilidades observadas nas demais unidades, que não se enquadram ao que disciplinam as referidas portarias.



Figura 12. Sala de acolhimento da ESF. Município de Rondonópolis – MT, setembro/2013

A sala de acolhimento é uma das mais importantes para que o usuário sinta-se satisfeito com o atendimento dos trabalhadores da ESF. Para que isso ocorra é importante que exista um ambiente saudável, seguro e adequado, mantendo a privacidade dos usuários e facilitando a abordagem do profissional da equipe, com a disponibilidade de equipamentos e materiais necessários.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe necessidade de garantir mais qualidade no ambiente de trabalho dos trabalhadores da saúde, especificamente dos que atuam na ESF de Rondonópolis-MT, visto a precarização que foi constatada em algumas unidades, que necessitam de forma urgente reestrutura na ambiência e aquisição de equipamentos e materiais necessários para a boa prática das atividades realizadas pelas equipes.

Observou-se uma feminização dentro do grupo, que em sua maioria são casadas, cursaram o ensino médio completo e estão na faixa etária entre 31 e 40 anos o que pode significar ainda um longo período de mão de obra produtiva. Porém, este período somente é efetivamente satisfatório caso os profissionais tenham disponíveis qualificação profissional e os recursos materiais; ambientais; sociais e culturais para as boas práticas de suas funções.

A forma de contratação destes trabalhadores da saúde não gera estabilidade para a sua permanência na função, o que por vezes pode ocasionar um processo de ansiedade e insatisfação, que culminam com o receio de não ter garantida a sua continuidade no trabalho. Estas condições desfavoráveis para o desempenho das funções pode gerar alto índice de rotatividade dos profissionais, que influencia na falta de vínculo com a comunidade.

Quanto a faixa salarial dos trabalhadores da saúde formadores das equipes das ESFs, a maioria percebe um valor salarial entre R\$ 1.001,00 a R\$ 2.000,00, valor este que poderia ser maximizado com a implantação

de um plano de cargos e salários, o que aumentaria o interesse em qualificar-se para o aumento da eficiência das atividades.

Dentre as condições de trabalho das ESF de Rondonópolis-MT, apontadas pelos trabalhadores, destaca-se a falta de estrutura física; a falta de materiais até mesmo medicamentos e a falta de reconhecimento pelos gestores em relação ao desempenho das atividades por eles executadas. São condições identificadas como precárias, pois a falta de medicamentos e materiais para o desempenho das atividades gera a necessidade de improvisação o que causa estresse e dificulta o desenvolvimento das atividades com impacto sobre a saúde e segurança no ambiente de trabalho.

Todos estes fatores podem ser identificados como estressantes gerando descontentamento, insatisfação e desmotivação no cotidiano das equipes de ESF. Fatores estes que poderão ser reduzidos com o desenvolvimento de projetos para ampliações e melhorias nas unidades das ESFs e, também na construção de novas unidades que aumentaria a cobertura da assistência e a acessibilidade aos usuários.

Concluiu-se que a falta de qualidade nas instalações físicas e precarização dos equipamentos do ambiente de trabalho das equipes de ESF, são elementos que podem impactar e gerar problemas na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde e, conseqüentemente, da qualidade do trabalho oferecido à população. Neste sentido, o presente estudo sugere que haja construção de novas unidades e ampliação das existentes conforme normas das portarias vigentes, para que os trabalhadores da saúde tenham um ambiente mais propício para o

desempenho de suas atividades, o desenvolvimento de suas habilidades e capacidades e, com isso, o benefício para a população e o comprometimento dos profissionais com a comunidade.

Este ambiente mais propício para o desempenho das atividades pode ser também mais adequado para a melhoria das condições de trabalho e das relações interpessoais, que envolvem os trabalhadores da saúde, seus gestores e a comunidade, resultando na harmonização das relações interpessoais e consolidação da humanização.

## 6. REFERÊNCIAS

ACIR. **Dossiê Rondonópolis: geografia, demografia e economia.** 4. ed. Rondonópolis: Marketing Mix, 2010.

Affonso, Ligia Maria Fonseca; Rocha, Henrique Martins. Fatores organizacionais que geram insatisfação no servidor público e comprometem a qualidade dos serviços prestados. **VII SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia.** 2010.

Aguiar, Z. N. Processo de trabalho e algumas implicações para a saúde do trabalhador. In: Ribeiro, M. C. S. (org.). **Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores.** São Paulo: Martinari, 2008.

Alves, Laci Maria Araújo. Rondonópolis: do carro de boi à ferrovia. **A Tribuna: Rondonópolis 60 anos.** 10 de Dezembro, 2013.

Andrade, F. B. **Terapia comunitária como instrumento de inclusão da saúde mental na atenção básica:** avaliação da satisfação dos usuários. [Mestrado em Enfermagem]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa-PB: Universidade Federal da Paraíba, 2009.

Assunção, Ada Ávila; Motta, Andréa R. **Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde:** caderno de textos. Belo Horizonte: UFMG, Departamento de Medicina Preventiva e Social, 2013.

Azambuja, Eliana Pinho de; Pires, Denise Elvira Pires de; Vaz, Maria Regina Cezar; Marziale, Maria Helena. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, 19(4):658-66, Out.-Dez. 2010.

Belo, Ione de Faria. **A qualidade de vida no trabalho de desembargadores e juizes da Comarca de Belo Horizonte.** [Dissertação de Mestrado em Administração]. Pedro Leopoldo-MG: Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo, 2008.

Bessa, Maria Eliane Peixoto; Almeida, Maria Irismar de; Araújo, Maria Fátima Maciel; Silva, Maria Josefina da. Riscos ocupacionais do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. **Rev. enferm. UERJ.** Rio de Janeiro. 18(4):644-9, out./dez. 2010.

Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em ciências da saúde 2008**. (2008). Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver>>. Acesso em: 21 Jan. 2014.

Braga, Ludmila Candidad de; Carvalho, Lidia Raquel de; Binder, Maria Cecília Pereira. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência e Saúde Coletiva**. 15(Supl.1): 1585-1596, 2010.

Brasil. **Cadernos de Atenção Básica**. Saúde do trabalhador. N.05. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.908, de 30 de outubro de 1998. Aprova a instrução normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador do SUS. (1998). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908\\_30\\_10\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html)>. Acesso em: 10 Nov. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. **Desprecarização do trabalho no SUS**. (2008a). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1285](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1285)>. Acesso em: 20 Nov. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. **Revista brasileira saúde da família**. Ano 9. n.17. jan./mar. 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Série Pactos pela Saúde 2006. v.9. Brasília. 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. (2009a). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_brasil\\_2008\\_web\\_20\\_11.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf)>. Acesso em: 17 Fev. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. **Óbitos p/residência por ano do óbito segundo Capítulo CID-10**. (2011). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10mt.def>>. Acesso em: 22 Fev. 2013.

Brasil. **Decreto 7.508/11 de 28 de Junho de 2011**. (2011). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 17 Mar. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** (2011). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 02 Maio 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.978, de 15 de dezembro de 2011.** (2011). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2978\\_15\\_12\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2978_15_12_2011.html)>. Acesso em: 20 Jan. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha.** Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082)>. Acesso em: 25 Out. 2012.

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação externa Rondonópolis-MT.** (2012a). Disponível em: <[http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab/certificacao/avaliacao\\_relatorio.php](http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab/certificacao/avaliacao_relatorio.php)>. Acesso em: 06 Maio 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família.** Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#diretriz>>. Acesso em: 01 Maio 2014.

Brotto, Tullio Cezar de Aguiar; Dalbello-Araujo, Maristela. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Rev. bras. saúde. ocup.** São Paulo. 37(126): 1-30, july./dec. 2012.

Cairo Júnior, José. Relação de trabalho e de emprego. (2013). Disponível em: <[http://200.195.174.230/Materiais/1953\\_756.pdf](http://200.195.174.230/Materiais/1953_756.pdf)>. Acesso em: 26 Mar. 2014.

Campos, Luciane; Wendhausen, Agueda. Participação em saúde: Concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis. 16(2): 271-9, abr.-jun. 2007.

Castro, M. R.; Farias, S. N. P. A produção científica sobre riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** 12:364-9, 2008.

CEREST Estadual MG/Hospital das Clínicas. **Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde:** aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes. Belo Horizonte-MG: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

Cidades. **Rondonópolis.** Disponível em: <<http://www.cidades.com.br/cidade/rondonopolis/002167.html>>. Acesso em: 07 Maio 2014.

Costa, Marcelo Bacchi Corrêa da. Empregado público tem direito a estabilidade diferenciada. **Âmbito Jurídico**. Rio Grande. XV, n.96, jan. 2012.

Dias, Elizabeth Costa. **Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde**: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes. Belo Horizonte-MG: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

Dias, Marly de Jesus Sá. A feminização do trabalho no contexto da saúde pública: Reflexos da reestruturação produtiva no serviço social e na medicina. In: Yannoulas, Silvia Cristina (coord.). **Trabalhadoras**: Análise da feminização das profissões e ocupações. Brasília: Editorial Abaré, 2013.

Fernandes, Janielle Silva; Miranzi, Sybelle de Souza Castro; Iwamoto, Helena Hemiko; Tavares, Darlene Mara dos Santos; Santos, Claudia Benedita dos. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto & Contexto – Enferm.** v.19. n.3. Florianópolis Jul/Set. 2010.

Fernandes, Janielle Silva; Miranzi, Sybelle de Souza Castro; Iwamoto, Helena Hemiko; Tavares, Darlene Mara dos Santos; Santos, Claudia Benedita dos. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 46(2). São Paulo. Apr. 2012.

Flegele, Débora dos Santos; Guerra, Maika Alves; Espindula, Karina Daleprani; Lima, Rita de Cássia Duarte. Trabalhadores de saúde e os dilemas das relações de trabalho na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde.** 12(2): 5-11. 2010.

Fontinele Júnior, Klinger. **Programa Saúde da Família (PSF), comentado**. Goiânia-GO: Editora AB, 2008.

Franco, Tânia; Druck, Graça; SILVA, Edith Seligmann. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. Saúde ocup.** São Paulo. 35(122): 229-248, 2010.

Giacomazzi, Clélia Mazara; Lacerda, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis. 15(4): 645,53. Out.-Dez. 2006.

Gil, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 21(2): 490-498, mar.-abr. 2005.

Krug, Suzane Beatriz Frantz; LENZ, Francielle Limberger; Weigelt, Leni Dias; Assunção, Ari Nunes. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Textos & Contextos**. Porto Alegre. v.9. n.1, p.77-88, jan./jun. 2010.

Lopes, Denise Maria Quatrin. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho**. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Santa Maria-RS: Universidade Federal de Santa Maria, 2009.

Macedo, Cleunice Meirelles de. **Meio ambiente na percepção dos moradores das ocupações Riacho Doce e Pantanal na Bacia Hidrográfica do Igarapé Tucunduba - Belém - Pará**. [Dissertação de Mestrado em Serviço Social]. Belém-Pará: Universidade Federal do Pará, 2008.

Marqui, Alessandra Bernadete Trovó de; Jahn, Alice do Carmo; Resta, Darielli Gindri; Colomé, Isabel Cristina dos Santos; Rosa, Neidiane da; Zanon, Tami. Caracterização das equipes da saúde da família e de seu processo de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2010.

Marson, Luciana Sousa Coelho; Y Rodrigues, Martius Vicente Rodrigues; Calderón, Patrícia Auncióñ Loaíza; Santos, Ivonilda Carneiro dos. A relação entre motivação e qualidade de vida no trabalho: um estudo com técnico-administrativos de uma Universidade Pública do Estado do Rio de Janeiro. **VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão 12 e 13 de agosto de 2011**. Ago. 2011.

Mato Grosso. **Portaria nº 065/2012/GBSES**. (2012). Disponível em: <[www.saude.mt.gov.br/arquivo/3274](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3274)>. Acesso em: 22 Abr. 2014.

Mato Grosso. **Rondonópolis**: Mapa do município. Disponível em: <<http://www.mtseusmunicipios.com.br/NG/conteudo.php?sid=215&cid=2541>>. Acesso em: 04 Maio 2014.

Mauro, Maria Yvone Chaves; Paz, Andréia Fontes da; Mauro, Carla Christina Chaves; Pinheiro, Michely Alexandrino de Souza; Silva, Viviane Gomes. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um Hospital Universitário. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** 14(1): 13-18, jan.-mar. 2010.

Mendes, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Nunes, Marcia Batista Gil. **Riscos ocupacionais existentes no trabalho dos enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção à Saúde do Município de Volta Redonda-RJ.** [Tese de Doutorado em Enfermagem]. Ribeirão Preto-SP: Universidade de São Paulo, 2009.

Oliveira, H. P.; Gomes, E. B.; Junior, G. B. V. Relação entre o nível de atividade física e a percepção de qualidade de vida dos carteiros em Ponta Grossa-PR. **Revista do Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida, CPAqv.** v.1, n.2. 2009.

Paulino, Ivan; Bedin, Livia Perasol; Paulino, Livia Valle. **Estratégia saúde da família.** São Paulo: Ícone, 2009.

Pereira, Ana Carla Moreno; Silva, Janita Almeida dos Santos e; Souza, Jaqueline G. de; Sampaio, Renildo Ivan França; Lopes, Valéria. **Estratégias: saúde da família.** (2010). Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/estrategias-saude-da-familia/73710/>>. Acesso em: 16 Fev. 2013.

Pessanha, Renan Vasconcelos; Cunha, Fátima Teresinha Scarparo. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis. v.18. n.2. abr./jun. 2009.

Pimentel, Lílian Cristina Teixeira. **O trabalho e o processo de saúde-doença das costureiras por facção – Região metropolitana de Goiânia/2010.** [Dissertação de Mestrado]. Goiânia-GO: Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2010.

Pinho, Monica Alegre de Lima. **Sufrimento no processo de trabalho na estratégia saúde da família: um diagnóstico através da terapia comunitária.** [Dissertação de Mestrado em Saúde da Família]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, 2010.

Pozzer, Dayane. **População de Rondonópolis não deve chegar a 200 mil habitantes.** (2010). Disponível: <[http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Populacao\\_de\\_Rondonopolis\\_ao\\_deve\\_chegar\\_a\\_200\\_mil\\_habitantes&id=140424](http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Populacao_de_Rondonopolis_ao_deve_chegar_a_200_mil_habitantes&id=140424)>. Acesso em: 01 Fev. 2014.

Prefeitura Municipal de Rondonópolis. **Dados gerais.** Disponível em: <<http://www.rondonopolis.mt.gov.br/>>. Acesso em: 03 Fev. 2014.

Radicchi, Antônio Leite Alves; Lemos Alysson Feliciano. **Saúde ambiental**. Belo Horizonte-MG: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

Rezende, Marina Pereira; Robazzi, Maria Lúcia do Carmo Cruz; Secco, Iara Aparecida de Oliveira; Suazo, Sandra Verônica Valenzuela. Riscos físicos e sua identificação por auxiliares de enfermagem de hospital de ensino do estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Enferm. UFPE on line**. 3(3). jul./set. 2009.

Rios, Jean Cristina Carneiro; Varela, Claudete Dantas Silva. Riscos ambientais em unidade de saúde da família. **III Jornada Científica e Tecnológica do Oeste Baiano**. Barreiras-Bahia. Semana Nacional de Ciência e Tecnologia 19 a 22 de outubro de 2010.

Rocha, Evelin Cristina Araújo da; Araújo, Maria Arlete Duarte de. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no programa saúde da família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **RAP**. Rio de Janeiro. 43(2):481-518, Mar./Abr. 2009.

Rodrigues, Lígia Maria Cabedo; Silva, Cleyton César Souto; Silva, Vivian Karla Bezerra Alves da; Martiniano, Claudia Santos; Silva, Ana Cristina de Oliveira e; Martins, Marcelle de Oliveira. Riscos ocupacionais: percepção de profissionais de enfermagem da estratégia saúde da família em João Pessoa – PB. **R bras ci Saúde**. 16(3):325-332, 2012.

Rosenstock, Karelline Izaltemberg V.; Santos, Sérgio Ribeiro dos; Guerra, Camilla de Senna. Motivação e envolvimento com o trabalho na estratégia saúde da família em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 35(3):591-603, jul./set. 2011.

Sampaio, Daniela Márcia Neri. **Trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família a partir das diretrizes do SUS: olhar socialmente elaborado pelas enfermeiras**. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem e Saúde]. Jequié-BA: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2010.

Santana, Vilma Sousa. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. **Rev. Saúde Pública**. 2006.

Santos, Simone Maria Silva. **Estratégia saúde da família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário**. Divinópolis-MG: Fundação Educacional de Divinópolis-FUNEDI, Universidade do Estado de Minas Gerais-UEMG, 2008.

SES/SP. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. **Servidor público estadual**. Cartilha 9 – Outubro 2012. (2012). Disponível em: <<http://www.>

saude.sp.gov.br/resources/crh/ggp/cartilhas/cartilha9-servidorpublico.pdf>. Acesso em: 26 Mar. 2014.

Secretaria Municipal de Saúde/Departamento da Vigilância em Saúde. **Mapa da distritalização da saúde**. Rondonópolis-MT: SMS, 2014.

Silva, Sônia Maria Mazini Azarito. **Análise de indicadores sócio-econômicos, ambientais e de saúde de Araraquara-SP**. [Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente]. Araraquara-SP: Centro Universitário de Araraquara-UNIARA, 2009.

Souza, Rafaela Assis de; Carvalho, Alysson Massote. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**. 8(3):515-523, 2003.

Souza, Norma Valéria Dantas de; Santos, Déborah Machado dos; Ramos, Érica Lima; Anunciação, Caroline Tavares da; Thiengo, Priscila Cristina da Silva; Fernandes, Marcela Costa. Repercussões psicofísicas na saúde dos enfermeiros da adaptação e improvisação de materiais hospitalares. **Esc. Anna Nery Enferm**. 14(2): 236-243, abr./jun. 2010.

Teixeira, Elenaldo Celso. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. (2002). Disponível em: <<http://www.escoladebicicleta.com.br/politicaspUBLICAS.pdf>>. Acesso em: 18 Fev. 2014.

Tesoro, Luci Léa Lopes Martins. **Rondonópolis-MT: um entroncamento de mão única**. São Paulo: LLLMT, 1993.

Timossi, Luciana da Silva; Pedroso, Bruno; Francisco, Antônio Carlos; Pilatti, Luiz Antônio. A avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho: uma adaptação do modelo de Walton. **Bioprodução: qualidade de vida e criação do conhecimento**. Ponta Grossa, Ed. UTFPR, 2009.

## **APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/TCLE AOS/AS TRABALHADORES/AS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE RONDONÓPOLIS-MT**

Você está sendo convidado/a a participar, como voluntário/a na pesquisa: “Saúde do Trabalhador na Saúde: O TRABALHO NA SAÚDE SEGUNDO OS/AS TRABALHADORES/AS: CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA-RONDONÓPOLIS-MT” cujo objetivo é o de identificar as condições de trabalho e o impacto nos serviços e na saúde do/a trabalhador/a das Equipes das Estratégias de Saúde da Família/ESF - Rondonópolis-MT.

Depois de esclarecido/a sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma delas sua e a outra da pesquisadora responsável (Francília Rodrigues). Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Católica de Goiás (PUC/GO).

A sua participação será de grande importância para o nosso estudo, pois a partir dele será possível obter e fornecer os dados para a melhoria da qualidade de vida e as condições de trabalho dos trabalhadores da saúde que atuam nas unidades de Estratégia da Saúde da Família de Rondonópolis-MT. Sua participação implicará em responder um Questionário composto por vinte e uma questões a ser aplicado pela pesquisadora e não correrá o risco de passar por constrangimento relativo a alguma das questões levantadas sobre sua

situação de vida. Porém, caso apresente algum transtorno de ordem psicológica relacionada à entrevista realizada no momento da coleta de dados, o mesmo será encaminhado para o serviço de psicologia da Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis e/ou Escritório Regional de Saúde de Rondonópolis/SES/MT, inclusive dispondo de transporte até a unidade indicada ao entrevistado para o atendimento adequado de possíveis contratempos de ordem psicológica. Vale ressaltar que o atendimento, caso necessário, será realizado sem ônus algum para o (a) Sr (a). Informo ainda que não haverá ressarcimento uma vez que todo custeio e gasto da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora. Com relação à indenização, caso o senhor (a) sinta-se prejudicado (a), o (a) mesmo (a) deverá buscar a justiça e o que for decidido judicialmente será acatado pela pesquisadora.

Serão garantidos o anonimato e o sigilo absoluto das informações, além da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos.

Diante dos esclarecimentos citados acima aceito participar da pesquisa.

Rondonópolis MT, 06/04/2013.

---

Assinatura do/a Voluntário/a Assinatura do/a Pesquisadora

Pesquisador Responsável: Francília Rodrigues

Endereço: Rua Pedro Ferrer, 668 – Centro – Rondonópolis-MT

E-mail: tulita@terra.com.br

Orientadora: Dra. Eline Jonas

E-mail: eline\_jonas@yahoo.com.br

Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Católica de Goiás (PUC/GO). Localizado na Avenida Universitária 1.069, Setor Universitário, Goiânia-Goiás Área IV(Bloco da Reitoria), Caixa Postal 86- CEP 74605-010. Fone: (62) 3946-1512; Fax: (62) 3946-1070; e-mail: cep@pucgoias.edu.br.

Assinatura do pesquisador principal:

---

Francília Rodrigues

## **APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO DIRECIONADO AOS/AS TRABALHADORES/AS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE RONDONÓPOLIS-MT**

Caro (a) profissional,

Este trabalho faz parte de uma pesquisa relacionada à saúde dos trabalhadores na saúde, especificamente, das Equipes da Estratégia Saúde da Família de Rondonópolis-MT. Conto com sua colaboração respondendo sinceramente às questões aqui apresentadas. Não existem respostas certas ou erradas, sendo que o questionário está dividido em duas etapas, com a primeira traçando um perfil dos pesquisados e a segunda apresentando questões diretamente relacionadas ao tema. Em caso de dúvida, responda do modo que mais se aproxime de sua opinião. Para preservar a sua identidade não será necessário a identificação no Questionário, havendo o respeito total e o sigilo sobre as informações repassadas.

Agradecemos sua colaboração.

Rondonópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2013

Obrigada pela participação

-----  
Francília Rodrigues

**1. PERFIL DOS/AS PESQUISADOS/AS**

## 1.1. Gênero

- feminino
- masculino

## 1.2. Faixa etária

- entre 18 e 21 anos
- entre 22 e 30 anos
- entre 31 e 40 anos
- entre 41 e 50 anos
- mais de 50 anos

## 1.3. Nível de escolaridade:

- ensino fundamental incompleto
- ensino fundamental completo
- ensino médio incompleto
- ensino médio completo
- ensino superior incompleto
- ensino superior completo

## 1.4. Formação Profissional \_\_\_\_\_

## 1.5. Condição civil

- solteiro
- casado
- união estável
- separado/divorciado
- viúvo

## 1.6. Renda individual:

- até R\$ 1.000,00
- entre R\$ 1.001,00 e R\$ 2.000,00
- entre R\$ 2.001,00 e R\$ 3.000,00
- mais de R\$ 3.000,00

**2. LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE RONDONÓPOLIS-MT**

## 2.1. Tempo de trabalho nesta unidade de saúde?

- entre 1 e 5 anos
- entre 6 e 10 anos
- entre 11 e 15 anos
- mais de 15 anos

2.2. Qual a sua atividade?

- médico
- enfermeiro
- odontólogo
- técnico de enfermagem
- técnico em saúde bucal
- auxiliar em saúde bucal
- auxiliar de serviços diversos
- agente comunitário de saúde
- agente administrativo

2.3. Qual a forma de contrato?

- estatutário
- Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)
- contrato temporário
- cargo comissionado
- cooperado
- outros. \_\_\_\_\_

2.4. Você possui garantia de todos os seus direitos trabalhistas?

- sim. Quais? \_\_\_\_\_
- não

2.5. Qual a sua carga horária semanal de contrato trabalhista?

- 20 horas
- 30 horas
- 40 horas
- outros. \_\_\_\_\_

2.6. Qual a sua carga horária semanal efetivamente trabalhada?

- 20 horas
- 30 horas
- 40 horas
- outros. \_\_\_\_\_

2.7. Qual a sua avaliação em relação à estrutura física da unidade?

- excelente
- bom
- regular
- ruim
- péssimo

Justifique a sua resposta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.8. Os materiais para desenvolver suas atividades são:

- suficientes
- insuficientes
- satisfatórios
- insatisfatórios

Justifique a sua resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.9. Como avalia o recebimento dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI)?

- suficientes
- insuficientes
- satisfatórios
- insatisfatórios

Justifique a sua resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.10. Como avalia o recebimento de treinamentos para o uso dos EPIs?

- suficientes
- insuficientes
- satisfatórios
- insatisfatórios

Justifique a sua resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.11. Recebe capacitação permanente para o desenvolvimento de suas atividades laborais?

- sim. Quais? \_\_\_\_\_
- não

2.12. Como avalia a qualidade do ambiente da unidade em que trabalha?

- excelente
- bom
- regular
- ruim
- péssimo

Justifique a sua resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.13. Como avalia a qualidade das relações interpessoais da unidade em que trabalha?

- excelente
- bom
- regular
- ruim
- péssimo

Justifique a sua resposta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.14. Você recebe elogios quando atinge metas?

- sim
- não

Justifique a sua resposta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.15. Quais os principais problemas que observa no ambiente da unidade?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## APÊNDICE III – CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL



*Estado de Mato Grosso  
Prefeitura Municipal de Rondonópolis  
Secretaria Municipal de Saúde*

### APÊNDICE III – CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL

Rondonópolis/MT, 04 de Abril de 2013.

**Ao: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**

Prezado Prof. Dr. Dwain Phillip Santee

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-GO

A Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis vem por meio desta, informar que está ciente e de acordo com a realização nesta instituição da pesquisa intitulada “O TRABALHO NA SAÚDE SEGUNDO OS/AS TRABALHADORES/AS: CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA-RONDONÓPOLIS-MT”, sob a responsabilidade da pesquisadora Mestranda Francília Rodrigues e pesquisadora colaboradora/orientadora Dr<sup>a</sup>. Eline Jonas, pesquisa a ser realizada no período de Maio a Dezembro/2013.

Esta instituição está ciente da liberação/entrada da pesquisadora para a coleta dos dados referentes à pesquisa, somente mediante a apresentação do **PARECER de APROVADO pelo CEP**. Esta instituição é consciente de sua corresponsabilidade do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

A pesquisadora responsável declara estar ciente das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS no 196/96 e que a parte referente à coleta de dados somente será iniciada após a aprovação do projeto por parte desse Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/PUC (GO).

  
MARILDES FERREIRA DO REGO  
Secretaria Municipal de Saúde  
Matrícula: 39942

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RONDONÓPOLIS**

# APÊNDICE IV – INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE DO PROJETO DE PESQUISA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RONDONÓPOLIS – MT



*Estado de Mato Grosso*  
*Prefeitura Municipal de Rondonópolis*  
*Secretaria Municipal de Saúde*

## APÊNDICE IV – INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE DO PROJETO DE PESQUISA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RONDONÓPOLIS/MT

### DECLARAÇÃO

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa: “O TRABALHO NA SAÚDE SEGUNDO OS/AS TRABALHADORES/AS: CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA- RONDONÓPOLIS-MT”, de responsabilidade da pesquisadora Francília Rodrigues e *declaro* conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS196/96. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração desaprovção.

Rondonópolis, 04 de Abril de 2013.

*Marildes Ferreira do Rego*

**MARILDES FERREIRA DO REGO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RONDONÓPOLIS**

*Marildes Ferreira do Rego*  
*Secretaria Municipal de Saúde*  
*Matrícula: 39842*

## APÊNDICE V – CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE DE RONDONÓPOLIS



### APÊNDICE V – CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

**Ao: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**

Prezado Prof. Dr. Dwain Phillip Santee

M. D. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-GO

Prezado Senhor,

Venho por meio deste informar ao Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás que o Escritório Regional de Saúde de Rondonópolis/MT, esta situado na Avenida Sotero Silva N.º 587 Bairro: Vila Aurora, Rondonópolis-MT – CEP: 78.740-018 está ciente e de acordo com possíveis encaminhamentos para atendimento psicológico de familiares e/ou pacientes que venham a participar da entrevista da pesquisa intitulada “O TRABALHO NA SAÚDE SEGUNDO OS/AS TRABALHADORES/AS: CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA-RONDONÓPOLIS-MT”, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Mestranda Francilia Rodrigues e pesquisadora colaboradora /orientadora Dr<sup>a</sup>. Eline Jonas, pesquisa a ser desenvolvida no período de Julho a Dezembro de 2013.

O Escritório Regional de Saúde de Rondonópolis está ciente do seu compromisso que em caso de necessidade, mediante encaminhamento da pesquisadora, Francilia Rodrigues que os sujeitos da pesquisa nela recrutados deverão ter a sua garantia de atendimento, segurança e bem estar dentro dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

Rondonópolis, 15 de Maio de 2013.

\_\_\_\_\_  
Geraldina B. Ribeiro Silva

Diretora do Escritório Regional de Saúde de Rondonópolis

*Geraldina B. Ribeiro Silva*  
Diretora do Escritório Regional  
de Saúde de Rondonópolis



Avenida Sotero Silva, 587 – Vila Aurora – Fone: 422-0293  
CEP 78740-090 – Rondonópolis – MT – Fax: 422 2659  
E-Mail: [ersrooassist@ses.mt.gov.br](mailto:ersrooassist@ses.mt.gov.br)



## APÊNDICE VI – TABELAS

Tabela 1. Distribuição absoluta dos profissionais das Equipes da Estratégia Saúde da Família segundo categoria profissional/idade/sexo. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Categoria Profissional/ Idade/Sexo	18 - 30		31 - 40		41 - 50		+ 50		Total		Total Geral (n)
	(n) M	(n) F	(n) M	(n) F	(n) M	(n) F	(n) M	(n) F	(n) M	(n) F	
Médico	-	3	-	1	1	1	1	-	2	5	7
Enfermeiro	-	4	-	2	-	1	-	-	-	7	7
Odontólogo	-	-	2	1	-	1	-	-	2	2	4
Técnico de Enfermagem	-	1	-	4	-	8	-	1	-	14	14
Técnico em Saúde Bucal	-	1	-	1	-	-	-	-	-	2	2
Auxiliar em Saúde Bucal	-	3	-	1	-	-	-	-	-	4	4
Agente Administrativo	-	3	-	2	-	1	-	-	-	6	6
Agente Comunitário de Saúde	-	14	-	26	-	17	-	4	-	61	61
Auxiliar de Serviços Diversos	-	-	-	4	-	2	-	1	-	7	7
<b>Total</b>	-	<b>29</b>	<b>2</b>	<b>42</b>	<b>1</b>	<b>31</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>108</b>	<b>112</b>

Tabela 2. Distribuição percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional/idade/sexo. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Categoria Profissional/ Idade/Sexo	18 - 30		31 - 40		41 - 50		+ 50		Total		Total Geral (%)
	(%) M	(%) F	(%) M	(%) F	(%) M	(%) F	(%) M	(%) F	(%) M	(%) F	
Médico	-	2,6	-	0,9	0,9	0,9	0,9	-	1,8	4,4	6,2
Enfermeiro	-	3,5	-	1,8	-	0,9	-	-	-	6,2	6,2
Odontólogo	-	-	1,8	0,9	-	0,9	-	-	1,8	1,8	3,6
Técnico de Enfermagem	-	0,9	-	3,6	-	7,1	-	0,9	-	12,5	12,5
Técnico em Saúde Bucal	-	0,9	-	0,9	-	-	-	-	-	1,8	1,8
Auxiliar em Saúde Bucal	-	2,7	-	0,9	-	-	-	-	-	3,6	3,6
Agente Administrativo	-	2,7	-	1,8	-	0,9	-	-	-	5,4	5,4
Agente Comunitário de Saúde	-	12,6	-	23,1	-	15,2	-	3,6	-	54,5	54,5
Auxiliar de Serviços Diversos	-	-	-	3,5	-	1,8	-	0,9	-	6,2	6,2
<b>Total</b>	-	<b>25,9</b>	<b>1,8</b>	<b>37,4</b>	<b>0,9</b>	<b>27,7</b>	<b>0,9</b>	<b>5,4</b>	<b>3,6</b>	<b>96,4</b>	<b>100,0</b>

Tabela 3. Distribuição absoluta dos profissionais das ESF segundo categoria profissional/salário/sexo. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Categoria Profissional/ Salário*/Sexo	Até 1.000		1.001-2.000		2.001-3.000		+3.000,00		Total		Total Geral (n)
	(n) M	(n) F	(n) M	(n) F	(n) M	(n) F	(n) M	(n) F	(n) M	(n) F	
Médico	-	-	-	-	-	-	2	5	2	5	7
Enfermeiro	-	-	-	-	-	2	-	5	-	7	7
Odontólogo	-	-	-	-	-	-	2	2	2	2	4
Técnico de Enfermagem	-	8	-	6	-	-	-	-	-	14	14
Técnico em Saúde Bucal	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2	2
Auxiliar em Saúde Bucal	-	4	-	-	-	-	-	-	-	4	4
Agente Administrativo	-	1	-	5	-	-	-	-	-	6	6
Agente Comunitário de Saúde	-	22	-	39	-	-	-	-	-	61	61
Auxiliar de Serviços Diversos	-	7	-	-	-	-	-	-	-	7	7
<b>Total</b>	-	<b>42</b>	-	<b>52</b>	-	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>108</b>	<b>112</b>

\*Salário em reais (R\$)

Tabela 4. Distribuição percentual dos profissionais das ESF. segundo categoria profissional/salário/sexo. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Categoria Profissional/ Salário*/Sexo	Até 1.000		1.001-2.000		2.001-3.000		+ 3.000		Total		Total Geral (%)
	(%) M	(%) F	(%) M	(%) F	(%) M	(%) F	(%) M	(%) F	(%) M	(%) F	
Médico	-	-	-	-	-	-	1,8	4,4	1,8	4,4	6,2
Enfermeiro	-	-	-	-	-	1,8	-	4,4	-	6,2	6,2
Odontólogo	-	-	-	-	-	-	1,8	1,8	1,8	1,8	3,6
Técnico de Enfermagem	-	7,1	-	5,4	-	-	-	-	-	12,5	12,5
Técnico em Saúde Bucal	-	-	-	1,8	-	-	-	-	-	1,8	1,8
Auxiliar em Saúde Bucal	-	3,6	-	-	-	-	-	-	-	3,6	3,6
Agente Administrativo	-	0,9	-	4,5	-	-	-	-	-	5,4	5,4
Agente Comunitário de Saúde	-	19,7	-	34,8	-	-	-	-	-	54,5	54,5
Auxiliar de Serviços Diversos	-	6,2	-	-	-	-	-	-	-	6,2	6,2
<b>Total</b>	-	<b>37,5</b>	-	<b>46,5</b>	-	<b>1,8</b>	<b>3,6</b>	<b>10,6</b>	<b>3,6</b>	<b>96,4</b>	<b>100,0</b>

\*Salário em reais (R\$)

Tabela 5. Distribuição absoluta dos profissionais das ESF segundo categoria profissional/ escolaridade/sexo. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Categoria Profissional/ Escolaridade /Sexo	Sup. Compl. (n)		Sup. Incompl. (n)		Médio Compl. (n)		Médio Incompl. (n)		Fund. Compl. (n)		Fund. Incompl. (n)		Total (n)		Total Geral (n)
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Médico	2	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5	7
Enfermeiro	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	7
Odontólogo	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	4
Técnico de Enfermagem	-	-	-	3	-	9	-	-	-	2	-	-	-	14	14
Técnico em Saúde Bucal	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
Auxiliar em Saúde Bucal	-	-	-	1	-	2	-	1	-	-	-	-	-	4	4
Agente Administrativo	-	1	-	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	6	6
Agente Comunitário de Saúde	-	10	-	9	-	36	-	4	-	2	-	-	-	61	61
Auxiliar de Serviços Diversos	-	-	-	-	-	3	-	2	-	-	-	2	-	7	7
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>25</b>	<b>-</b>	<b>19</b>	<b>-</b>	<b>51</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>108</b>	<b>112</b>

Tabela 6. Distribuição percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional/escolaridade/sexo. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Categoria Profissional/ Escolaridade/Sexo	Superior Completo		Superior Incompleto		Médio Completo		Médio Incompleto		Fundamental Completo		Fundamental Incompleto		Total		Total Geral	
	(%)		(%)		(%)		(%)		(%)		(%)		(%)		(%)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Médico	1,8	4,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,8	4,4	6,2
Enfermeiro	-	6,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,2	6,2
Odontólogo	1,8	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,8	1,8	3,6
Técnico de Enfermagem	-	-	-	2,7	-	8,0	-	-	-	1,8	-	-	-	-	12,5	12,5
Técnico em Saúde Bucal	-	-	-	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,8	1,8
Auxiliar em Saúde Bucal	-	-	-	0,9	-	1,8	-	0,9	-	-	-	-	-	-	3,6	3,6
Agente Administrativo	-	0,9	-	3,6	-	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	5,4	5,4
Agente Comunitário de Saúde	-	9,0	-	8,0	-	32,1	-	3,6	-	1,8	-	-	-	-	54,5	54,5
Auxiliar de Serviços Diversos	-	-	-	-	-	2,6	-	1,8	-	-	-	1,8	-	-	6,2	6,2
<b>Total</b>	<b>3,6</b>	<b>22,3</b>	<b>-</b>	<b>17,0</b>	<b>-</b>	<b>45,5</b>	<b>-</b>	<b>6,2</b>	<b>-</b>	<b>3,6</b>	<b>-</b>	<b>1,8</b>	<b>-</b>	<b>3,6</b>	<b>96,4</b>	<b>100,0</b>

Tabela 7. Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo gênero/sexo/tempo de trabalho na Unidade de Saúde. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Gênero/Sexo/Tempo de Trabalho na Unidade de Saúde	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Entre 1 e 5 anos	61	54,4	2	1,8	63	56,2
Entre 6 e 10 anos	14	12,5	1	0,9	15	13,4
Entre 11 e 15 anos	27	24,1	2	1,8	29	25,9
Mais de 15 anos	5	4,5	-	0,0	5	4,5
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>95,5</b>	<b>5</b>	<b>4,5</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Tabela 8. Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional/tempo de trabalho. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Categoria Profissional/ Tempo de Trabalho	Entre 1 e 5 anos		Entre 6 e 10 ano		Entre 11 e 15 anos		Mais de 15 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médico	5	4,4	1	0,9	1	0,9	-	-	7	6,2
Enfermeiro	6	5,3	1	0,9	-	-	-	-	7	6,2
Odontólogo	3	2,7	-	-	1	0,9	-	-	4	3,6
Técnico de Enfermagem	8	7,1	1	0,9	4	3,6	1	0,9	14	12,5
Técnico em Saúde Bucal	2	1,8	-	-	-	-	-	-	2	1,8
Auxiliar em Saúde Bucal	4	3,6	-	-	-	-	-	-	4	3,6
Agente Administrativo	3	2,7	2	1,8	1	0,9	-	-	6	5,4
Agente Comunitário de Saúde	27	24,1	8	7,1	22	19,7	4	3,6	61	54,5
Auxiliar de Serviços Diversos	5	4,4	2	1,8	-	-	-	-	7	6,2
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>56,1</b>	<b>15</b>	<b>13,4</b>	<b>29</b>	<b>26,0</b>	<b>5</b>	<b>4,5</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Tabela 9. Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional/forma de contrato de trabalho. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Categoria Profissional/ Forma de contrato	Estatutário*		CLT**		Contrato Temporário***		Cargo Comissionado****		Cooperado*****		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médico	-	-	-	-	5	4,4	2	1,8	-	-	7	6,2
Enfermeiro	-	-	-	-	-	-	7	6,2	-	-	7	6,2
Odontólogo	-	-	-	-	1	0,9	3	2,7	-	-	4	3,6
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	2	1,8	12	10,7	-	-	14	12,5
Técnico em Saúde Bucal	-	-	-	-	1	0,9	1	0,9	-	-	2	1,8
Auxiliar em Saúde Bucal	-	-	-	-	-	-	4	3,6	-	-	4	3,6
Agente Administrativo	-	-	-	-	-	-	6	5,4	-	-	6	5,4
Agente Comunitário de Saúde	-	-	42	37,5	-	-	19	17,0	-	-	61	54,5
Auxiliar de Serviços Diversos	-	-	-	-	-	-	7	6,2	-	-	7	6,2
<b>Total</b>	-	-	<b>42</b>	<b>37,5</b>	<b>9</b>	<b>8,0</b>	<b>61</b>	<b>54,5</b>	-	-	<b>112</b>	<b>100,0</b>

\*Estatutário – Trabalhador público efetivo regido por um Estatuto que possui estabilidade no trabalho.

\*\*CLT – Trabalhador público contratado com vínculo contratual e que segue as regras da Consolidação das Leis Trabalhistas (COSTA, 2010).

\*\*\*Contrato Temporário – Trabalhadores contratados com tempo determinado, não superior a 90 dias (CAIRO JÚNIOR, 2013).

\*\*\*\*Comissionado – O cargo comissionado é quando existe a nomeação do trabalhador pela autoridade competente, desde que o mesmo atenda às exigências técnicas e legais da função (SES/SP, 2012, p.35).

\*\*\*\*\*Cooperado – Trabalhador que tem sua atividade regida segundo as normas da cooperativa, não sujeitos a CLT (CAIRO JÚNIOR, 2013).

Tabela 10. Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo forma de contrato/garantias dos direitos trabalhistas. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Forma de Trabalho/Garantias dos Direitos	Sim		Não		Branco		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estatutário	-	-	-	-	-	-	-	-
CLT	42	37,5	-	-	-	-	42	37,5
Contrato Temporário	6	5,4	3	2,6	-	-	9	8,0
Cargo Comissionado	39	34,8	21	18,8	1	0,9	61	54,5
Cooperado	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>77,7</b>	<b>24</b>	<b>21,4</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Tabela 11. Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional e informação sobre as condições da estrutura física das instalações das Unidades de Saúde. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Categoria Profissional/ Estrutura Física das US	Excelente		Bom		Regular		Ruim		Péssimo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médico	1	0,9	1	0,9	3	2,6	2	1,8	-	-	7	6,2
Enfermeiro	3	2,6	2	1,8	1	0,9	1	0,9	-	-	7	6,2
Odontólogo	-	-	3	2,7	1	0,9	-	-	-	-	4	3,6
Técnico de Enfermagem	4	3,6	7	6,3	3	2,7	-	-	-	-	14	12,5
Técnico em Saúde Bucal	-	-	1	0,9	1	0,9	-	-	-	-	2	1,8
Auxiliar em Saúde Bucal	-	-	2	1,8	1	0,9	-	-	1	0,9	4	3,6
Agente Administrativo	1	0,9	2	1,8	3	2,7	-	-	-	-	6	5,4
Agente Comunitário de Saúde	2	1,8	23	20,5	33	29,5	3	2,7	-	-	61	54,5
Auxiliar de Serviços Diversos	3	2,7	1	0,9	3	2,6	-	-	-	-	7	6,2
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>12,5</b>	<b>42</b>	<b>37,6</b>	<b>49</b>	<b>43,7</b>	<b>6</b>	<b>5,4</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Tabela 12. Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional e informação sobre a disponibilidade de materiais para desenvolver atividades nas Unidades de Saúde. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Categoria Profissional/ Disponibilidade de Materiais	Suficientes		Insuficientes		Satisfatórios		Insatisfatórios		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médico	1	0,9	5	4,4	1	0,9	-	-	7	6,2
Enfermeiro	1	0,9	5	4,4	1	0,9	-	-	7	6,2
Odontólogo	3	2,7	0	-	1	0,9	-	-	4	3,6
Técnico de Enfermagem	2	1,8	9	8,0	3	2,7	-	-	14	12,5
Técnico em Saúde Bucal	-	-	-	-	2	1,8	-	-	2	1,8
Auxiliar em Saúde Bucal	1	0,9	1	0,9	2	1,8	-	-	4	3,6
Agente Administrativo	1	0,9	3	2,7	1	0,9	1	0,9	6	5,4
Agente Comunitário de Saúde	1	0,9	52	46,4	4	3,6	4	3,6	61	54,5
Auxiliar de Serviços Diversos	3	2,6	4	3,6	-	-	-	-	7	6,2
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>11,6</b>	<b>79</b>	<b>70,4</b>	<b>15</b>	<b>13,5</b>	<b>5</b>	<b>4,5</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Tabela 13. Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional e informações sobre a disponibilidade de equipamentos de EPI. Município de Rondonópolis – MT, 2013.

Categoria Profissional/ Disponibilidade EPI	Suficientes		Insuficientes		Satisfatórios		Insatisfatórios		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médico	1	0,8	2	1,8	2	1,8	2	1,8	7	6,2
Enfermeiro	3	2,6	2	1,8	2	1,8	-	-	7	6,2
Odontólogo	2	1,8	-	-	2	1,8	-	-	4	3,6
Técnico de Enfermagem	5	4,4	4	3,6	4	3,6	1	0,9	14	12,5
Técnico em Saúde Bucal	-	-	-	-	2	1,8	-	-	2	1,8
Auxiliar em Saúde Bucal	3	2,7	-	-	1	0,9	-	-	4	3,6
Agente Administrativo	-	-	4	3,6	1	0,9	1	0,9	6	5,4
Agente Comunitário de Saúde	-	-	33	29,5	2	1,8	26	23,2	61	54,5
Auxiliar de Serviços Diversos	4	3,6	3	2,6	-	-	-	-	7	6,2
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>15,9</b>	<b>48</b>	<b>42,9</b>	<b>16</b>	<b>14,4</b>	<b>30</b>	<b>26,8</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Tabela 14. Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF, segundo categoria profissional e informação sobre treinamento realizado para uso de EPI. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Categoria Profissional/ Disponibilidade EPI	Suficientes		Insuficientes		Satisfatórios		Insatisfatórios		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Médico	1	0,9	3	2,6	2	1,8	1	0,9	7	6,2
Enfermeiro	-	-	5	4,4	2	1,8	-	0,0	7	6,2
Odontólogo	-	-	-	-	3	2,7	1	0,9	4	3,6
Técnico de Enfermagem	4	3,6	5	4,4	4	3,6	1	0,9	14	12,5
Técnico em Saúde Bucal	-	-	-	-	1	0,9	1	0,9	2	1,8
Auxiliar em Saúde Bucal	1	0,9	-	-	3	2,7	-	-	4	3,6
Agente Administrativo	-	-	5	4,5	1	0,9	-	-	6	5,4
Agente Comunitário de Saúde	2	1,8	38	34,0	9	8,0	12	10,7	61	54,5
Auxiliar de Serviços Diversos	3	2,6	4	3,6	-	-	-	-	7	6,2
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>9,8</b>	<b>60</b>	<b>53,5</b>	<b>25</b>	<b>22,4</b>	<b>16</b>	<b>14,3</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Tabela 15. Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF, segundo categoria profissional e realização de capacitação permanente. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Categoria Profissional/ Capacitação Permanente	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Médico	5	4,4	2	1,8	7	6,2
Enfermeiro	7	6,2	-	-	7	6,2
Odontólogo	1	0,9	3	2,7	4	3,6
Técnico de Enfermagem	12	10,7	2	1,8	14	12,5
Técnico em Saúde Bucal	1	0,9	1	0,9	2	1,8
Auxiliar em Saúde Bucal	2	1,8	2	1,8	4	3,6
Agente Administrativo	2	1,8	4	3,6	6	5,4
Agente Comunitário de Saúde	44	39,3	17	15,2	61	54,5
Auxiliar de Serviços Diversos	2	1,8	5	4,4	7	6,2
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>67,8</b>	<b>36</b>	<b>32,2</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Tabela 16. Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF segundo categoria profissional e informação sobre o ambiente da Unidade de Saúde. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Categoria Profissional/ Qualidade Ambiente Unidade	Excelente		Bom		Regular		Ruim		Péssimo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médico	1	0,8	3	2,7	3	2,7	-	-	-	-	7	6,2
Enfermeiro	4	3,5	3	2,7	-	-	-	-	-	-	7	6,2
Odontólogo	-	-	4	3,6	-	-	-	-	-	-	4	3,6
Técnico de Enfermagem	2	1,8	8	7,1	4	3,6	-	-	-	-	14	12,5
Técnico em Saúde Bucal	-	-	1	0,9	-	-	1	0,9	-	-	2	1,8
Auxiliar em Saúde Bucal	-	-	3	2,7	1	0,9	-	-	-	-	4	3,6
Agente Administrativo	1	0,9	-	-	4	3,6	1	0,9	-	-	6	5,4
Agente Comunitário de Saúde	4	3,6	29	25,9	26	23,2	1	0,9	1	0,9	61	54,5
Auxiliar de Serviços Diversos	2	1,8	3	2,6	2	1,8	-	-	-	-	7	6,2
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>12,4</b>	<b>54</b>	<b>48,2</b>	<b>40</b>	<b>35,8</b>	<b>3</b>	<b>2,7</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Tabela 17. Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das EFS, segundo categoria profissional e indicação sobre as relações interpessoais no trabalho. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Categoria Profissional/ Qualidade Relações Interpessoais	Excelente		Bom		Regular		Ruim		Péssimo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médico	3	2,7	3	2,7	1	0,8	-	-	-	-	7	6,2
Enfermeiro	3	2,7	3	2,7	1	0,8	-	-	-	-	7	6,2
Odontólogo	2	1,8	2	1,8	-	-	-	-	-	-	4	3,6
Técnico de Enfermagem	3	2,7	8	7,1	3	2,7	-	-	-	-	14	12,5
Técnico em Saúde Bucal	-	-	2	1,8	-	-	-	-	-	-	2	1,8
Auxiliar em Saúde Bucal	2	1,8	2	1,8	-	-	-	-	-	-	4	3,6
Agente Administrativo	2	1,8	4	3,6	-	-	-	-	-	-	6	5,4
Agente Comunitário de Saúde	9	8,0	41	36,6	10	9,0	1	0,9	-	-	61	54,5
Auxiliar de Serviços Diversos	4	3,6	2	1,8	1	0,8	-	-	-	-	7	6,2
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>25,1</b>	<b>67</b>	<b>59,9</b>	<b>16</b>	<b>14,1</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Tabela 18. Distribuição absoluta e percentual dos profissionais das ESF, segundo categoria profissional e manifestação recebida dos usuários e/ou gestores sobre o trabalho que realizam. Município de Rondonópolis – MT, 2013

Categoria Profissional/ Manifestação recebida dos usuários	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Médico	3	2,7	4	3,5	7	6,2
Enfermeiro	6	5,3	1	0,9	7	6,2
Odontólogo	2	1,8	2	1,8	4	3,6
Técnico de Enfermagem	9	8,0	5	4,5	14	12,5
Técnico em Saúde Bucal	1	0,9	1	0,9	2	1,8
Auxiliar em Saúde Bucal	1	0,9	3	2,7	4	3,6
Agente Administrativo	3	2,7	3	2,7	6	5,4
Agente Comunitário de Saúde	39	34,9	22	19,6	61	54,5
Auxiliar de Serviços Diversos	4	3,5	3	2,7	7	6,2
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>60,7</b>	<b>44</b>	<b>39,3</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Tabela 19. Principais problemas observados pelas ESF, segundo manifestações sobre o trabalho realizado. Município de Rondonópolis – MT, 2013

PROBLEMAS	Total	
	n	%
Falta de estrutura; falta de sala para pequenas cirurgias; más condições físicas do consultório odontológico e a unidade não é do bairro e a que está em construção está parada há 2 anos	27	28,3
Falta de materiais; falta de boa ventilação; balança; uniformes para Agentes Comunitários de Saúde; Internet; ar condicionado para sala de ACS e nas áreas importantes da unidade; falta de EPI para trabalhar e melhores condições para o trabalho e barulho do compressor	34	35,7
Os pacientes reclamam da demora em conseguir um encaminhamento com especialista e atendimento não agendado	08	8,5
Mais acolhimento, humanização e conversa; falta de companheirismo e compromisso da equipe e falta de incentivo da direção geral	11	11,5
Falta de medicamentos	03	3,1
Alta rotatividade de médico e técnico	02	2,1
Falta de capacitação continuada	01	1,1
Mais atenção aos agentes comunitários de saúde e falta de entrosamento entre os colegas de trabalho	02	2,1
Falta de conhecimento da população em conhecer o que é um trabalho de ESF e falta de respeito da população com os profissionais da ESF	02	2,1
Falta de apoio para o deslocamento até o trabalho	01	1,1
Falta de segurança nas unidades	01	1,1
A vulnerabilidade do contato direto com pacientes deficientes mentais e com baixo grau de entendimento	01	1,1
Falta de coordenação mais eficiente e mais constante	01	1,1
Falta de transportes para visitas domiciliares	01	1,1
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>

## ANEXO I – FOLHA DE ROSTO



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: O TRABALHO NA SAÚDE SEGUNDO OS/AS TRABALHADORES/AS: CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA- RONDONÓPOLIS-MT		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 112	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Francilina Rodrigues			
6. CPF: 166.729.171-87		7. Endereço (Rua, n.º): PEDRO FERRER N.º 668 CENTRO RONDONOPOLIS MATO GROSSO 78700370	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (66) 3421-3971	10. Outro Telefone: 11. Email: tulita@terra.com.br
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>13 / 05 / 2013</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
13. Nome: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás		14. CNPJ: 01.587.609/0001-71	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: (62) 3946-1070		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>MAIRA BARBERI</u>		CPF: <u>651.812.988-39</u>	
Cargo/Função: <u>COORDENADORA</u>			
Data: <u>14 / 05 / 2013</u>		 Assinatura	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.		<b>Profa. Dra. Maira Barberi</b> Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde PUC Goiás - Coordenadora - R.E. 2105	

## ANEXO II – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DE GOIÁS -  
PUC/GOIÁS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O TRABALHO NA SAÚDE SEGUNDO OS/AS TRABALHADORES/AS: CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA-RONDONÓPOLIS-MT

**Pesquisador:** Francília Rodrigues

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15442713.6.0000.0037

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 348.554

**Data da Relatoria:** 14/08/2013

#### Apresentação do Projeto:

Este trabalho se refere a uma pesquisa para dissertação de mestrado em Ciências Ambientais em Saúde orientado pela Dra. Eline Jonas.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as condições de trabalho e o impacto nos serviços e na saúde do/a trabalhador/a das Equipes de Estratégias de Saúde da Família/ESF - Rondonópolis-MT.

Objetivo Secundário:

1. Identificar as Políticas Públicas que orientam o trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família/ESF;
2. Mapear as Unidades de Estratégia de Saúde da Família e caracterizar os aspectos ambientais para o desenvolvimento do trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família /ESF;
3. Traçar o perfil sociodemográfico dos/as profissionais das Equipes de Estratégia de Saúde da Família/ESF;

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069

**Bairro:** Setor Universitário

**CEP:** 74.605-010

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3946-1512

**Fax:** (62)3946-1070

**E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DE GOIÁS -  
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 348.554

4. Identificar o processo de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família/ESF; 5. Estabelecer a relação entre as condições de trabalho e os efeitos nos serviços prestados e na saúde identificados pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família/ESF.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e os benefícios estão adequadamente previstos. No entanto, ainda aparece no texto a afirmação de que a participação no projeto não oferece riscos. O CEP reafirma à pesquisadora que todo projeto de pesquisa envolve riscos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo do tipo transversal, exploratório e descritivo, a partir de dados primários e secundários a serem levantados por meio de pesquisa documental e de entrevistas junto aos profissionais que atuam nas equipes de ESFs no Município de Rondonópolis-MT. Serão investigadas as condições de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família considerando as condições ambientais em que o atendimento é realizado, fundamentais para um atendimento adequado na atenção básica e prevenção de doenças, bem como para a saúde dos/as trabalhadores/as em saúde que atuam no cotidiano das equipes de Estratégia de Saúde da Família do Município de Rondonópolis-MT. Serão identificados os possíveis impactos na saúde dos trabalhadores na saúde que fazem parte das equipes da ESF Serão incluídos na pesquisa profissionais da área da saúde das equipes de ESFs, com mais de 1 (hum) ano de trabalho nas unidades de Estratégia de Saúde da família como: auxiliares/técnicos, odontólogos, serviços diversos, enfermeiros e médicos, agentes comunitários de saúde. Os dados serão coletados por meio da aplicação de um formulário com 21 questões. A amostra será probabilística proporcional aleatória constituída por 112 trabalhadores das equipes da Estratégia de Saúde da Família, de uma população de 507, que atuam em 31 unidades de ESF de Rondonópolis-MT, sendo distribuídos nas 29 unidades na zona urbana e duas na zona rural.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

**Recomendações:**

Reformular os critérios de exclusão.

Retirar do texto a afirmação de que o projeto não envolve riscos.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências impeditivas da realização do projeto apontadas no parecer anterior foram

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069  
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010  
 UF: GO Município: GOIANIA  
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DE GOIÁS -  
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 348.554

satisfatoriamente resolvidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP reafirma à pesquisadora que os critérios de exclusão não são simplesmente o oposto dos critérios de inclusão. Os critérios de exclusão são aqueles que determinam a retirada da amostra de um sujeito que já foi incluído.

O CEP lembra à pesquisadora que a apresentação do relatório final ao CEP é obrigatória.

GOIANIA, 04 de Agosto de 2013

---

**Assinador por:**  
**Dwain Phillip Santee**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069  
**Bairro:** Setor Universitário  
**UF:** GO      **Município:** GOIANIA      **CEP:** 74.605-010  
**Telefone:** (62)3946-1512      **Fax:** (62)3946-1070      **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br