

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE**

KARELLINE IZALTEMBERG VASCONCELOS ROSENSTOCK

**SATISFAÇÃO, ENVOLVIMENTO E COMPROMETIMENTO COM O TRABALHO:
Percepção dos profissionais na Estratégia Saúde da Família**

**JOÃO PESSOA – PB
2011**

KARELLINE IZALTEMBERG VASCONCELOS ROSENSTOCK

**SATISFAÇÃO, ENVOLVIMENTO E COMPROMETIMENTO COM O TRABALHO:
Percepção dos profissionais na Estratégia Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – Campus I, vinculada à área de concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde e à linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos

**JOÃO PESSOA – PB
2011**

R815s Rosenstock, Karelline Izaltemberg Vasconcelos.

Satisfação, envolvimento e comprometimento com o trabalho: percepção dos profissionais na estratégia saúde da família / Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock. - - João Pessoa: [s.n.], 2011.

100f. : il.

Orientador: Sérgio Ribeiro dos Santos.

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS.

1. Enfermagem. 2. Sistema único de saúde. 3. Pessoal de saúde. 4. Satisfação no emprego.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

KARELLINE IZALTEMBERG VASCONCELOS ROSENSTOCK

**SATISFAÇÃO, ENVOLVIMENTO E COMPROMETIMENTO COM O TRABALHO:
Percepção dos profissionais na Estratégia Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – Campus I, vinculada à área de concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde e à linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos – Orientador/UFPB

Prof^a Dra. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares – Membro/UFPB

Prof^a Dra. Inácia Sátiro Xavier de França – Membro/UEPB

Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto – Membro Suplente/UFPB

JOÃO PESSOA – PB

2011

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, irmãos, sobrinha e amigos – seres especiais que o Pai colocou em meu caminho, e que tanto me incentivaram e ajudaram nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas oportunidades que me foram dadas na vida, principalmente por ter conhecido pessoas e lugares interessantes, mas também por ter vivido fases difíceis, que foram matérias-primas de aprendizado.

A minha mãe Kilze Chaves Vasconcelos Rosenstock, sem a qual não estaria aqui, por ter me fornecido condições para me tornar a profissional e a Mulher que sou.

A meu pai e irmãos pela força, apoio e carinho ao longo da minha trajetória.

Ao Professor Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos, pela orientação durante a realização da dissertação, tornando possível sua concretização e por ser referência do tipo de profissional que almejo ser.

Aos meus amigos e amigas que acompanharam toda minha caminhada e acreditaram no meu sucesso.

Aos profissionais de saúde que participaram desta pesquisa, por seu desejo de transformar o trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família.

Aos docentes participantes da Banca Examinadora, por tão valiosa contribuição.

Ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB, pela partilha de saber e condução à construção do conhecimento.

As colegas de turma, pelos momentos inesquecíveis de troca de experiências e descontração.

Ao GEPAIE, por tudo que aprendi nas discussões acadêmicas realizadas mensalmente nas nossas reuniões.

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB pela presteza nos momentos em que solicitei ajuda.

A todos só posso dizer: Muito Obrigada!

O SUS é movido a gente. Enquanto a questão das pessoas que nele trabalham e nele se realizam como sujeitos públicos não for equacionada, não haverá milagres na gestão e nem na gerência.

Jairnilson Paim, 2009.

RESUMO

ROSENSTOCK, K.I.V. Satisfação, envolvimento e comprometimento com o trabalho: Percepção dos profissionais na Estratégia Saúde da Família. 2011. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem sendo implantada em todo o Brasil como uma importante estratégia para a reordenação da atenção à saúde. Uma das especificidades que chama a atenção na proposta inicial da ESF diz respeito à atuação dos profissionais que precisam se identificar com uma proposta de trabalho que demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo. Assim, lidar com a satisfação dos profissionais pode desencadear estresse na equipe, sendo necessário conhecer os fatores de satisfação, o nível de envolvimento e o comprometimento com o trabalho desses profissionais. Para tanto, este estudo tem como objetivos compreender as percepções, expectativas e os sentimentos dos profissionais de saúde acerca do trabalho desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família (USF); identificar os fatores de satisfação e insatisfação no trabalho entre os profissionais de saúde; investigar e identificar o envolvimento no trabalho e o comprometimento organizacional afetivo entre os profissionais que atuam na ESF. Trata-se de uma pesquisa *survey* de caráter exploratório-descritivo com abordagem quantitativa, realizada com 345 profissionais de saúde que atuam em 54 USF no município de João Pessoa. A seleção para participar do estudo seguiu o critério de aceitação dos participantes. Para a coleta dos dados foram utilizadas três escalas de bem-estar no trabalho: Escala de Satisfação no Trabalho, Escala de Envolvimento com o Trabalho e Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo. Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva e multivariada. Com relação às características demográficas da amostra, a maioria dos participantes do estudo é composta por Agentes Comunitários de Saúde (44 %), predomina o gênero feminino (75%), na faixa etária entre 19 a 39 anos (45%), estado civil casado (43%), com tempo de serviço na USF de até 7 anos (67%). Verificou-se que os fatores de satisfação no trabalho entre os profissionais de saúde que atuam na ESF estão relacionados ao reconhecimento profissional, à utilidade social do serviço de saúde e do trabalho em si, à relação afetiva no trabalho e ao suporte organizacional. Já os fatores de insatisfação relacionam-se à sobrecarga de trabalho e à falta de suporte psicossocial. Constatou-se que grande parte dos profissionais investigados se identifica com as tarefas desempenhadas, porém não estão envolvidos com o trabalho realizado, o que gera descomprometimento com o trabalho a ser desenvolvido. Os profissionais se identificam com a USF e sentem orgulho de fazer parte dela. Por outro lado, observa-se que os profissionais que lidam diretamente com a ESF não vivenciam o bem-estar no trabalho, uma vez que enfrentam dificuldades reais quanto à sobrecarga de trabalho, à falta de suporte psicossocial nos serviços e à organização do sistema de saúde no município, cuja solução independe da ação isolada de cada um deles. Portanto, os gestores em saúde precisam assegurar que trabalhadores em saúde estejam satisfeitos com o processo de trabalho avançando na execução operacional do SUS.

Palavras-chave: Satisfação no emprego. Pessoal de saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

ROSENSTOCK, K.I.V. Satisfaction, involvement and commitment to work: Perceptions of professionals in the Family Health Strategy. 2011. 100p. Dissertation (Master's in Nursing) - Health Science Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2011.

The Family Health Strategy (FHS) has been implemented in Brazil as an important strategy for the reorganization of health care. One of the characteristics that stands out in the FHS initial proposal concerns the actions of professionals who need to identify with a job offer that requires creativity, initiative and dedication to community work and group. Thus, dealing with professional satisfaction can trigger stress in the team, being necessary to know the factors of satisfaction, the level of involvement and commitment to the work of professionals. Therefore, this study aims to understand the perceptions, expectations and feelings of health professionals about the work of the Family Health Units (FHU), identify the factors of satisfaction and job dissatisfaction among health professionals; investigate and identify the job involvement and affective organizational commitment among professionals working in the FHS. It is an exploratory survey research, descriptive quantitative approach, carried out with 345 health professionals working in FHU 54 in the city of João Pessoa. The selection for the study followed the participants' acceptance criteria. To collect data we used three scales of well-being at work: Job Satisfaction Scale, Scale Work Involvement Scale and affective organizational commitment. For data analysis we used descriptive statistics and multivariate analysis. With respect to demographic characteristics of the sample, most participants of the study is composed of community health agents (44%), predominantly females (75%), aged between 19 to 39 years (45%), marital married (43%), with length of service at the FHU up to 7 years (67%). It was found that the factors of job satisfaction among health professionals working in the FHS are related to professional recognition, the social utility of the health service and the work itself, the love interest in work and organizational support. Since the factors of dissatisfaction related to the work overload and lack of psychosocial support. It was found that the majority of professionals surveyed identified with the tasks performed, but are not involved with the work, which leads to disengagement with the work to be developed. Professionals identify with and feel FHU proud to be part of it. Still, it is observed that the professionals who deal directly with the FHS do not experience the well-being at work, as they face real difficulties as to the work overload, lack of psychosocial support services and the organization of the health system in municipality, whose solution is independent of the isolated action of each. Therefore, the health managers need to ensure that health workers are satisfied with the process of moving forward in implementing the operational work of the SUS.

Key-words: Job satisfaction. Health personnel. Single Health System.

RESUMEN

ROSENSTOCK, K.I.V. La satisfacción, participación y compromiso con el trabajo: Percepciones de los profesionales de la Estrategia de Salud Familiar. 2011. 100f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2011.

La Estrategia de Salud Familiar (ESF) ha sido implementada en Brasil como una importante estrategia para la reorganización de la atención de la salud. Una de las características que destaca en la propuesta inicial de la ESF se refiere a la actuación de los profesionales que necesitan para identificar una oferta de trabajo que requiere creatividad, iniciativa y dedicación al trabajo comunitario y de grupo. Por lo tanto, que trata de la satisfacción profesional puede provocar estrés en el equipo, siendo necesario conocer los factores de satisfacción, el nivel de implicación y compromiso con el trabajo de los profesionales. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo comprender las percepciones, expectativas y sentimientos de los profesionales de la salud sobre el trabajo de las Unidades de Salud Familiar (USF), identificar los factores de satisfacción e insatisfacción laboral de los profesionales de la salud, investigar e identificar la implicación con el trabajo y el compromiso afectivo de organización de los profesionales que trabajan en el ESF. Se trata de un estudio exploratorio de investigación, enfoque cuantitativo descriptivo, realizado con 345 profesionales de la salud que trabajan en 54 de USF en la ciudad de Joao Pessoa. La selección para el estudio dio seguimiento a los criterios de los participantes la aceptación. Para recoger los datos se utilizaron tres escalas de bienestar en el trabajo: Escala de Satisfacción laboral, Escala de implicación en el trabajo y Escala de compromiso organizacional afectivo. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva y análisis multivariado. Con respecto a las características demográficas de la muestra, la mayoría de los participantes del estudio se compone de agentes comunitarios de salud (44%), principalmente mujeres (75%), con edades comprendidas entre 19 y 39 años (45%), estado civil, casada (43%), con tiempo de servicio en la USF de hasta 7 años (67%). Se encontró que los factores de satisfacción laboral entre los profesionales de la salud que trabajan en el ESF están relacionados con el reconocimiento profesional, la utilidad social de los servicios de salud y el trabajo en sí, el interés del amor en el trabajo y apoyo de la organización. Dado que los factores de insatisfacción en relación con la sobrecarga de trabajo y la falta de apoyo psicosocial. Se encontró que la mayoría de los profesionales encuestados identificados con las tareas realizadas, pero no están involucrados con el trabajo, lo que lleva a la desconexión con el trabajo a desarrollar. Profesionales se identifican y se sienten USF orgullosos de ser parte de ella. Por otro lado, se observa que los profesionales que tratan directamente con el ESF no experimentan el bienestar en el trabajo, que se enfrentan a verdaderas dificultades en cuanto a la sobrecarga de trabajo, la falta de servicios de apoyo psicosocial y la organización del sistema de salud en municipio, cuya solución es independiente de la acción aislada de cada uno. Así, los gerentes de salud deben garantizar que los trabajadores de salud están satisfechos con el proceso de avanzar en la implementación de las actividades operacionales del SUS.

Palabras clave: Satisfacción en el trabajo. Personal de salud. Sistema Único de Salud

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fatores de satisfação/insatisfação no trabalho entre profissionais de saúde na ESF em João Pessoa-PB, Brasil. 2011.	74
Figura 2 – Envolvimento com o Trabalho e Comprometimento Organizacional Afetivo entre profissionais de saúde da ESF em João Pessoa-PB, Brasil. 2011.	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição quantitativa dos profissionais que compõem a equipe da ESF no município de João Pessoa – PB, Brasil, 2010.	47
Tabela 2 - Estratificação das categorias profissionais das equipes que atuam na ESF por nível de formação no município de João Pessoa – PB, Brasil, 2010.	48
Tabela 3 – Caracterização dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Saúde da Família no município de João Pessoa-PB, Brasil, 2011. (n=345).	53
Tabela 4 – Características psicométricas do Fator 1: satisfação com o reconhecimento profissional entre os profissionais de saúde que atuam na ESF em João Pessoa - PB, Brasil, 2011.	56
Tabela 5 – Características psicométricas do Fator 2: Satisfação com a utilidade social do serviço de saúde e do trabalho em si entre os profissionais de saúde que atuam na ESF em João Pessoa - PB, Brasil, 2011.	58
Tabela 6 – Características psicométricas do fator 3: Satisfação na relação afetiva no trabalho entre os profissionais de saúde que atuam na ESF em João Pessoa - PB, Brasil, 2011.	60
Tabela 7 – Características psicométricas do Fator 4: Satisfação com o suporte organizacional entre os profissionais de saúde que atuam na ESF em João Pessoa - PB, Brasil, 2011.	62
Tabela 8 – Características psicométricas do Fator 5: Insatisfação com a sobrecarga de trabalho entre os profissionais de saúde que atuam na ESF em João Pessoa - PB, Brasil, 2011.	64
Tabela 9 – Características psicométricas do Fator 6: insatisfação com a falta de suporte psicossocial entre os profissionais de saúde que atuam na ESF em João Pessoa - PB, Brasil, 2011.	66
Tabela 10 – Análise descritiva da Escala de Envolvimento com o Trabalho (n=345) dos profissionais de saúde que atuam nas USF no município de João Pessoa-PB, Brasil, 2011.	70
Tabela 11 – Análise descritiva da Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo dos profissionais de saúde que atuam nas USF do município de João Pessoa – PB, Brasil. 2011 (n=345).	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DN – Distribuição Normal

DO – Distribuição Observada

ECO A – Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo

EET – Escala de Envolvimento com o Trabalho

ESF – Estratégia Saúde da Família

EST – Escala de Satisfação no Trabalho

GEPAIE – Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração e Informática em Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

KS – Kolmogorov-Smirnov

NOB-RH/SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde

PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

QVT – Qualidade de Vida no Trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico em Higiene Dental

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 ABORDAGEM TEÓRICA	18
2.1 O SIGNIFICADO DO TRABALHO PARA O HOMEM	18
2.2 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	32
2.3 SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	42
3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	46
3.1 TIPO DO ESTUDO	46
3.2 CENÁRIO E SUJEITOS DO ESTUDO	47
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	49
3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	50
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	51
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
4.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	53
4.2 ESCALA DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO	54
4.2.1 Fator 1: Satisfação com o reconhecimento profissional	56
4.2.2 Fator 2: Satisfação com a utilidade social do serviço de saúde e do trabalho em si	57
4.2.3 Fator 3: Satisfação na relação afetiva no trabalho	59
4.2.4 Fator 4: Satisfação com o suporte organizacional	61
4.2.5 Fator 5: Insatisfação com a sobrecarga de trabalho	64
4.2.6 Fator 6: Insatisfação com a falta de suporte psicossocial	66
4.3 ESCALA DE ENVOLVIMENTO COM O TRABALHO	70
4.4 ESCALA DE COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL AFETIVO	72
4.5 SATISFAÇÃO, ENVOLVIMENTO COM O TRABALHO E COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL AFETIVO: COMPREENDENDO O BEM-ESTAR NO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOÃO PESSOA	73

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	84
ANEXO A – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA	93
ANEXO B - ENCAMINHAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA	94
ANEXO C - ESCALAS DE BEM-ESTAR NO TRABALHO: SATISFAÇÃO NO TRABALHO, ENVOLVIMENTO COM O TRABALHO E COMPROMETIMENTO AFETIVO COM A ORGANIZAÇÃO	95
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	98
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA	99

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da sociedade, observa-se desde os primórdios a relação entre homem e trabalho, que segundo Lunardi Filho e Leopardi (1999, p. 21), é qualquer atividade que modifique o estado de algo, tendo em vista o aprimoramento de sua utilidade e, conseqüentemente, a melhor satisfação das necessidades humanas. Assim, afirmam que trabalho é “o esforço, enquanto processo e ação, e o resultado, enquanto obra concluída”. Consideram ainda que o trabalho seja algo mais amplo do que a aquisição de bens e manutenção da sobrevivência; é também a condição de realização por meio da qual o homem se exterioriza e se dignifica.

Dentro deste contexto, surge o trabalho em saúde como um constructo coletivo, segundo Pires (1999, p. 85):

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

Assim, a qualidade dos serviços de saúde passa a figurar como resultado de diferentes fatores ou dimensões que constituem instrumentos, tanto para a definição e análises dos problemas, como para a avaliação do grau de comprometimento dos profissionais com as normas técnicas, sociais e humanas (COTTA et al, 2006).

Desta forma, o uso de indicadores de qualidade de vida no trabalho tem sido inserido na construção de instrumentos de avaliação da satisfação no trabalho, principalmente em estudos acadêmicos e publicações técnicas que visam o levantamento da percepção dos trabalhadores quanto ao atendimento de suas necessidades e expectativas do ambiente de trabalho, ou seja, o desenvolvimento do bem-estar do trabalhador (MEDEIROS, 2005).

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) é o nível de satisfação do trabalhador, enquanto indivíduo associado. Robbins (2002) sintetiza o conceito de satisfação no trabalho definindo-a como a atitude geral de um indivíduo em relação ao seu trabalho, envolvendo as relações de trabalho, a organização, o ambiente, as tecnologias da organização, o ambiente econômico-financeiro, as metas e objetivos da organização e desejos dos trabalhadores, entendidos singular e coletivamente.

A QVT é uma construção multidimensional, sendo assim, a saúde no trabalho é influenciada por uma série de fatores que podem interferir na satisfação do profissional. Estas interferências podem estar relacionadas ao sistema hierárquico da organização, à modalidade de liderança, à divisão de trabalho, ao excesso de responsabilidades, às relações interpessoais,

ao conteúdo das tarefas e ao retorno insuficiente de dados ou reconhecimento por parte das chefias (ROBBINS, 2002).

A partir das transformações ocorridas no setor saúde com a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 1980, o trabalho em saúde passa a ter uma perspectiva focada na promoção da qualidade de vida do sujeito, tendo como base as ações de saúde no âmbito da Atenção Primária (BRASIL, 1996a). A fim de implementar estas ações, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem sendo implantada em todo o Brasil como uma importante estratégia para a reordenação da atenção à saúde, conforme preconizam os princípios e diretrizes do SUS.

A ênfase na implantação da ESF é justificada pela necessidade de substituição do modelo assistencial historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. O indivíduo deixaria de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores e seria possível o desenvolvimento de novas "ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas" (BRASIL, 1996a, p.9).

As equipes da ESF nas Unidades de Saúde da Família (USF) são multiprofissionais e compostas pelo enfermeiro, médico, odontólogo, técnico/auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), auxiliar de consultório dentário (ACD) e/ou técnico de higiene dental (THD). Esta equipe tem como atribuições avaliar a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, enfatizando características sociais, demográficas e epidemiológicas, a fim de identificar os problemas de saúde prevalentes, situações de risco e elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença (BRASIL, 1997).

Esta assistência à saúde precisa ser integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde. Ao mesmo tempo, cada profissional da equipe tem suas atribuições de acordo com suas especificidades. Segundo Ronzani e Stralen (2003), a ESF destaca-se entre as estratégias de saúde por ser uma tentativa de transformar as práticas da atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que nele atuam, sendo até mesmo, considerada a alavanca para a transformação do sistema como um todo. Como estratégia inerente à atenção primária guarda como propósito além de centrar a atenção na saúde e dar ênfase à integralidade das ações, focalizar o indivíduo como um sujeito integrado à família e à comunidade (BRASIL, 1996a).

Uma das especificidades que chama a atenção na proposta inicial da ESF diz respeito à atuação dos profissionais, pois além da capacidade técnica os participantes das equipes precisam se identificar com uma proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo (BRASIL, 1996a).

Ao se transportar para as USF's, onde o enfoque são as equipes multidisciplinares, lidar com a satisfação dos profissionais pode desencadear elementos da ordem dos afetos, das especificidades de cada profissional podendo gerar estresse na equipe que poderá ser positivo ou não. Segundo Vasconcelos (2001), a complexidade das situações enfrentadas requer dos serviços e de suas equipes enorme flexibilidade, um alargamento da abordagem e fortes exigências para os profissionais causando até mesmo sobrecarga emocional e depressões entre eles.

Portanto, os serviços de saúde, cuja missão é tratar e curar os doentes, favorecem o adoecimento dos que nele trabalham. Diante de uma situação de adoecimento há necessidade de uma atenção maior, principalmente, por ser relevante o trabalho do profissional de saúde na vida do ser humano, ou seja, no desenvolvimento do cuidar. Collière (1989, p. 155), afirma que: “cuidar é aprender a ter em conta os dois ‘parceiros’ dos cuidados: o que trata e o que é tratado”. A equipe de saúde, assim como o paciente, também necessita de uma maior atenção, em todos os sentidos, e só a observação a esse requisito faz acontecer a assistência na sua essência.

Diante deste quadro na ESF, onde há inúmeros fatores que comprometem o bem-estar no trabalho, faz-se necessário um estudo que encontre a resposta para o seguinte questionamento: Quais os fatores de satisfação dos profissionais de saúde com o trabalho desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família no município de João Pessoa – PB? Qual é o nível de envolvimento e comprometimento com este trabalho?

A fim de responder a este questionamento, optou-se por utilizar um instrumento composto por três escalas: a Escala de Satisfação no Trabalho (EST), desenvolvida e validada por Martins e Santos (2006), que se propõe a identificar os fatores de satisfação no trabalho avaliando o nível de satisfação e destacando a variedade conceitual do constructo satisfação no trabalho como bifatorial (satisfação e insatisfação); a Escala de Envolvimento no Trabalho (EET) e a Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo (ECO), construídas e validadas por Siqueira (1995), representando o vínculo do indivíduo com o trabalho e o vínculo afetivo do indivíduo com a organização, respectivamente.

Este estudo se mostra relevante em virtude da grave crise enfrentada pelos profissionais de saúde que atuam no âmbito do SUS em relação à situação de trabalho. Entre

os principais aspectos críticos, no Brasil, estão os baixos salários e as precárias condições de trabalho dos profissionais do serviço público, geradores de desmotivação, desresponsabilização na execução das atividades e abandono do trabalho (VALLA, 1999).

Dentro da realidade da saúde no município de João Pessoa, o estudo se configura como uma estratégia de avaliação da satisfação e do comprometimento com o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família, e consequentemente, pode ser utilizado pelos gestores locais como ferramenta para adoção de medidas que melhorem o bem-estar no trabalho destes profissionais possibilitando melhoria do atendimento aos usuários das Unidades de Saúde da Família do município, tornando, assim, as ações de saúde mais resolutivas à população.

Desta forma, a gestão em saúde precisa oferecer um ambiente que proporcione ao trabalhador: conforto, respeito, segurança e bem-estar, ou seja, oferecer um ambiente que favoreça o uso de suas capacidades. A busca pela QVT e a implementação de ações visando melhorias para as pessoas, são de suma importância para assegurar uma maior produtividade e qualidade no trabalho e maior satisfação na vida familiar e pessoal (CHIAVENATO, 2004). Assim, nos serviços de saúde, o investimento na QVT e na satisfação profissional irá influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população.

Faz-se necessário, portanto, conhecer os fatores de satisfação, o envolvimento e o comprometimento com o trabalho desses profissionais integrantes do corpo de recursos humanos dos serviços da ESF, a fim de que os gestores elaborem e adotem medidas de reforço da qualidade de vida no trabalho, possibilitando, consequentemente, um melhor desempenho das atividades sanitárias e atenção adequada às necessidades da população.

Desta forma, para investigar a atuação dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família, estabeleceram-se os seguintes objetivos:

- Compreender as percepções, expectativas e os sentimentos dos profissionais de saúde acerca do trabalho desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família;
- Identificar os fatores de satisfação e insatisfação no trabalho;
- Investigar o envolvimento desses profissionais com o trabalho e;
- Identificar o comprometimento organizacional afetivo.

ABORDAGEM TEÓRICA

Este capítulo destina-se ao levantamento teórico realizado através da pesquisa bibliográfica, apresentando no primeiro momento as considerações sobre o significado do trabalho para o homem ao longo da história e na sociedade atual, enfatizando ainda o processo de trabalho em saúde no âmbito da Atenção Primária de Saúde. Em seguida, serão destacados os aspectos gerais sobre qualidade de vida no trabalho e satisfação profissional nos serviços de saúde, especialmente na Estratégia Saúde da Família.

2.1 O SIGNIFICADO DO TRABALHO PARA O HOMEM

A experiência diária dos sujeitos forma a base sobre a qual são construídas suas percepções e conhecimentos acerca do mundo em que vivem. O significado do trabalho para o homem surge de uma percepção individualizada, originada da sua experiência enquanto sujeito social e, ao mesmo tempo, uma percepção socialmente construída.

É neste mundo que surge a questão da relação do homem com o seu produto. Davel (1997) afirma que, trabalho é o ato de depositar significado humano à natureza, numa sociedade baseada na cooperação e na troca, o trabalho é o ato de depositar significado social à natureza. Para o autor, ao produzir, o homem transforma a natureza e é por ela transformado, seu produto o representa e o reapresenta, a própria sociedade é criada e tem seus valores modelados pelas formas de produção.

Assim, neste capítulo será apresentada uma breve perspectiva histórica do trabalho, o seu significado e valor do trabalho para o homem, assim como a questão do trabalho como palco das lutas de classes. Em seguida será abordada a concepção de trabalho na sociedade atual e o processo de trabalho em saúde.

2.1.1 Perspectiva histórica do trabalho na sociedade

A palavra trabalho vem do latim *tripalium*, termo utilizado para designar instrumento de tortura, ou mais precisamente, “instrumento feito de três paus aguçados, algumas vezes ainda munidos de pontas de ferro, nas quais agricultores bateriam o trigo, as espigas de milho, o linho, para rasgá-los e esfiapá-los” (ALBORNOZ, 1994, p.10). A noção de trabalho humano associa-se a um significado simultaneamente penoso, expresso, por exemplo, na formação cultural cristã, pela condenação de Adão no Velho Testamento, e gratificante, expresso pela interpretação humanista do trabalho como *mimesis* do ato divino de criação (LIEDKE, 1997).

Os gregos utilizavam duas palavras para designar trabalho, *ponos*, que faz referência a esforço e à penalidade, e *ergon*, que designa criação, obra de arte. Isso estabelece a diferença entre trabalhar no sentido de penar, *ponein*, e trabalhar no sentido de criar, *ergazomai*. Parece que a contradição "trabalho-ponos" e "trabalho-ergon" continua central na concepção moderna de trabalho. Pode-se observar em diferentes línguas (grego, latim, francês, alemão, russo, português) que o termo trabalho tem, em sua raiz, dois significados: esforço, fardo, sofrimento e criação, obra de arte, recriação (VÁZQUEZ, 1977).

Na Antiguidade, o trabalho era entendido como a atividade dos que haviam perdido a liberdade, seu significado confundia-se com o de sofrimento ou infortúnio. De acordo com Cattani (1996), o homem no exercício do trabalho sofre ao vacilar sob um fardo que pode ser invisível, pois, na verdade, é o fardo social da falta de independência e de liberdade.

A partir desta concepção de trabalho, no século XVI criou-se uma sociedade que não situa em primeiro plano a natureza ou a produção a serviço da transformação do homem enquanto cidadão. Nela, o uso da mente por todos os homens não é considerado como próprio de homens livres, porquanto o trabalho físico, por seu caráter servil e humilhante, repousa nos ombros daqueles que, na sociedade antiga, eram os escravos (CATTANI, 1996). Mas, no final da Idade Média, o Renascimento traz a concepção de trabalho como fonte de identidade e autorrealização humana, juntamente com a Reforma Protestante, que apresentou o trabalho como instrumento de salvação e como forma de realizar a vontade divina (ALBORNOZ, 1994).

É a partir daí que o trabalho passa a expressar-se com o sentido positivo que passou a incorporar: era percebido como uma ação autocriadora e o homem, em seu trabalho, como senhor de si e da natureza. Deu-se a valorização positiva ao trabalho, considerado, então, como um espaço de aplicação das capacidades humanas, acompanhava-o a noção de empenho, que é o esforço para atingir determinado objetivo. O trabalho adquire então um significado intrínseco, “as razões para trabalhar estão no próprio trabalho e não fora dele ou em qualquer de suas consequências” (ALBORNOZ, 1994, p.59).

Segundo o autor acima, naquele período, surgiram mudanças significativas que produziram as bases que sustentaram a Idade Moderna. Entre as mudanças encontram-se a revolução agrícola, o surgimento das cidades e, sobretudo, a implantação da sociedade patriarcal, com valores e conceitos que vieram dominar a sociedade ocidental moderna.

Na Idade Moderna, surgem outros termos, a ocupação e o emprego. Ocupação é definida como “espécie de trabalho feito por ela, independente da indústria em que esse trabalho é realizado e do status que o emprego confere ao indivíduo” (AIXKIN, 1986, p.

829). Emprego reflete a relação entre o indivíduo e a organização onde uma tarefa produtiva é realizada, pela qual recebe rendimentos, e cujos bens ou serviços são passíveis de transações no mercado (SOUZA, 1989).

A ocupação distingue-se de trabalho, entendido como prática de esforço ou mera atividade subordinada às necessidades do processo de produção (RAMOS, 1989). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2006) classificou as ocupações por ramos e classes de atividade. A pesquisa apresenta seis categorias de posição na ocupação:

- a) empregado;
- b) trabalhador doméstico;
- c) conta-própria;
- d) empregador;
- e) trabalhador não remunerado, membro da unidade domiciliar;
- f) outro trabalhador não remunerado.

No que diz respeito à categoria do emprego, a pesquisa classificou os empregados em:

- a) com carteira de trabalho assinada;
- b) militares e funcionários públicos estatutários;
- c) outros.

O agrupamento das ocupações é feito como no decorrer de toda a história da sociedade, de acordo com sua posição ou "prestígio", a percepção do *status* ocupacional é mutante, acompanhando a dinâmica da sociedade e a evolução do sistema produtivo. Assim, a ocupação humana, numa dada sociedade, também leva em conta as crenças e valores que perpassam a vida humana associada, e não é por acaso que a lógica subjacente às relações sociais reduziu e circunscreveu a ocupação ao trabalho e ao emprego na sociedade atual (ALBORNOZ, 1994).

O emprego é um fenômeno da modernidade, antes da sociedade centrada no mercado, ele não era "o critério principal para definir a significação social do indivíduo, nos contextos pré-industriais as pessoas produziam e tinham ocupações sem serem, necessariamente, detentoras de empregos" (RAMOS, 1989, p.101). Para o autor, no passado pré-industrial, antes que as fábricas transformassem o trabalho em rotina, as pessoas trabalhavam arduamente, mas não utilizavam um emprego para estruturar e conter suas atividades.

Até o século XIX, as pessoas não tinham emprego no sentido fixo e unitário, faziam serviços na forma de um fluxo constantemente mutante de tarefas, "seus empregos não eram supridos por uma organização, mas pelas exigências de suas condições de vida, pelas exigências de um empregador e pelas coisas que precisavam ser feitas naquele momento e lugar" (BRIDGES, 1995, p.38).

Na sociedade centrada no mercado dos nossos dias, o emprego passa a ser o critério que define a significação social dos indivíduos. Com o estabelecimento da divisão do trabalho, o homem vive numa base de troca, o que lhe garante, por meio do exercício do emprego, os bens e serviços de que necessita, pois recebe em troca um salário com o qual compra o que é necessário para sobreviver ou, pelo menos, o que seja possível adquirir para viver (ALBORNOZ, 1994).

Os empregos tornaram-se comuns e muito importantes, passaram a ser vistos como o único caminho amplamente disponível para a segurança, para o sucesso e para a satisfação das necessidades de sobrevivência. Adam Smith (1776, apud RAMOS, 1989, p.101) reconhece que a sociedade de mercado transforma o homem, necessariamente, em um detentor de emprego, uma vez que se estabeleça a divisão do trabalho, "todo homem vive numa base de troca ou, de alguma forma, torna-se um comerciante e a própria sociedade passa a ser aquilo que constitui, de fato, uma sociedade comercial".

De acordo com Rifkin (1995, p. 41):

Agora que a mercadoria valor do trabalho humano está se tornando cada vez mais tangencial e irrelevante, em um mundo cada vez mais automatizado, novas maneiras de definir o valor humano e os relacionamentos sociais precisam ser exploradas.

Portanto, não é de estranhar que, durante toda a Idade Moderna, as pessoas tenham sido medidas por seu valor no mercado de trabalho, uma vez que esse valor se expressava, também, no potencial de consumo que elas representavam. Conforme Ramos (1989), o emprego passou a ser categoria dominante para reconhecimento do valor dos propósitos humanos.

Numa sociedade assim, não ser empregado é sinônimo de ser imprestável ou excluído. Para a economia, como concebida em suas origens, o emprego formal é pedra angular para seu funcionamento, e o processo de trabalho é ao mesmo tempo um processo técnico, social e econômico, sendo os instrumentos de trabalho o resultado de determinadas relações de classe e do desenvolvimento científico-tecnológico.

2.1.2 O significado, o valor do trabalho e as lutas de classes

Na perspectiva marxista o trabalho pode ser compreendido, de forma genérica, como uma capacidade de transformar a natureza para atender necessidades humanas (MARX, 2008, p. 211):

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo – braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais.

Portanto, é através do trabalho que o homem se realiza, materializa-se, aprende, educa-se, produzindo as condições materiais para continuar vivendo, numa sempre eterna relação com outros homens e a natureza. Conforme define Codo (1997, p. 26), o trabalho pressupõe "uma relação de dupla transformação entre o homem e a natureza, geradora de significado". Para o autor, é por meio do trabalho que o ato de dar significado à natureza se concretiza; de mesmo modo a relação sujeito – objeto é mediada pelo significado. Ainda de acordo com o autor, o significado transcende, permanece além da relação sujeito – objeto e quanto mais completo e complexo o circuito sujeito – trabalho, maior significado tem o prazer no trabalho. Em contrapartida, o rompimento no circuito de significados do ponto de vista do trabalhador ocasiona sofrimento.

Morin (2001) aponta o sentido do trabalho como uma estrutura afetiva formada por três componentes: o significado, a orientação e a coerência. O significado refere-se às representações que o sujeito tem de sua atividade, assim como o valor que lhe atribui. A orientação é sua inclinação para o trabalho, o que ele busca e o que guia suas ações. E a coerência é a harmonia ou o equilíbrio que ele espera de sua relação com o trabalho.

A teoria do desenvolvimento de Erickson (1976) mostra que em sucessivas etapas da elaboração da identidade surge o aspecto da produção individual. À medida que o ser humano se desenvolve e entra em contato com a realidade dos papéis sociais, percebe que sua inserção na sociedade pressupõe desempenhos, ser alguém está intimamente associado a fazer algo.

O homem é capaz de transformar a natureza para seu próprio bem-estar, com sua inventividade, busca construir ferramentas que sirvam como extensão de seu corpo. Quando se apropria da natureza e a transforma, pela utilização de utensílios ou ferramentas, o homem

está produzindo um trabalho (KATZ, 1995). Com relação ao valor do trabalho, Dutra (1997, p. 295) destaca:

A valorização do trabalho como condição humana; como formador do homem; como elemento de coesão entre os homens; como elemento mediador da relação entre homem e sociedade e entre homem e natureza; como atividade produtiva; como fonte de riqueza, abundância e progresso; como fonte de conhecimento do bem e do mal.

Lima (1988) aponta a existência de duas correntes: a primeira considera que o trabalho para o homem moderno é apenas como um contrato comercial, onde o trabalhador vende sua força de trabalho em troca de um resultado econômico, não importando a finalidade ou a quem se destina. A outra crê que o trabalho representa o cumprimento do dever e a busca da realização, tendo, desta forma, um significado intrínseco, deixando de ser um meio, para ser um fim em si mesmo.

Com as mudanças nas relações de trabalho, o senso de dever e toda a carga valorativa atribuída ao trabalho se modificaram, ao mesmo tempo que o trabalho foi perdendo seu conteúdo e se empobrecendo, tornando-se, na maioria das vezes, mecânico e rotineiro. Por conseguinte, a busca de satisfação foi sendo substituída pelo comércio da força de trabalho (SILVA, 2000). Na transformação da matéria-prima em produto final que sofre a ação de energia humana ou animal ou produzida artificialmente, ocorre o processo que Marx (2008, p. 150) chamou de “meio de trabalho – coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho e que lhe serve como condutor de sua atividade sobre esse objeto”.

Desta forma, ainda de acordo com Marx (2008), o “meio de trabalho” é a conexão da força de trabalho humano, a energia empregada para este trabalho e os instrumentos utilizados para otimizar a força de trabalho humana. Os objetos e os meios de trabalho, utilizados na produção social para a criação dos bens materiais, formam os meios de produção. O objeto de trabalho é a parte da natureza integrada no processo de produção. A natureza está sujeita a diversas transformações durante o processo produtivo, tornando-se o produto que satisfará as necessidades do homem.

Somente em contato com o trabalhador, os meios de trabalho (ferramentas, equipamentos, espaço físico) se tornam uma força ativa que transforma o objeto de trabalho. O único bem que o trabalhador possui é sua força de trabalho (componente humano que permite a transformação). O fato de os trabalhadores não possuírem os meios de trabalho próprios, leva-os a assalariar-se para sobreviver (SILVA, 2000).

O processo de trabalho requisitou que se encontrassem formas de articular seus elementos, especialmente a ação coletiva dos homens entre si. Esta articulação é denominada de organização do processo de trabalho (DUTRA, 1997). Para o autor, o produto agrega um valor relacionado à incorporação de energias e trabalhos, todavia, esta energia despendida pelo trabalhador não o adoece. Ele executou sua atividade com liberdade, autonomia e criatividade, no tempo que considerou necessário para sua concretização. Este valor final é resultante de todas as transformações pelas quais passou, antes mesmo da matéria-prima, até o instante de sua comercialização.

Para Marx (2008, p. 151), o produto final, portanto, “não são só resultados, mas também condições de existência do processo de trabalho (...)” e o processo de trabalho é “atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer às necessidades humanas”. O autor afirma que o verdadeiro valor de uma mercadoria, porém, não é o seu valor individual, mas sim seu valor social, isto é, não se mede pelo tempo de trabalho que custa realmente ao produtor no caso individual, mas pelo tempo de trabalho socialmente exigido para sua produção.

Na análise do capitalismo, Marx (2008) enfatiza que o trabalhador agora não produz para satisfazer seus interesses, está sob o controle do capitalista – aquele que detém os meios de produção – e o produto final já não pertence mais àquele que o produziu, o trabalhador. Neste momento, a força de trabalho não passa de uma mercadoria, que pode ser comprada pelo capitalista. Ela pertence ao capitalista que a comprou, assim como todos os outros insumos utilizados no processo de trabalho.

Antunes (1997, p. 32) ressalta a questão do estranhamento e da relação da produção com o consumo afirmando que:

[...] mantém-se a enorme distância entre o produtor e o resultado do seu trabalho, o produto, que se lhe defronta como algo estranho, alheio, como coisa. Esse estranhamento permanece também no próprio processo laborativo, em maior ou menor intensidade. A desidentidade entre o indivíduo que trabalha e a sua dimensão de gênero humano também não foi eliminada. Mais do que isso, as diversas manifestações de estranhamento atingiram, além do espaço de produção ainda mais intensamente a esfera do consumo, a esfera da vida fora do trabalho, fazendo do tempo livre, em boa medida, um tempo também sujeito aos valores do sistema produtor de mercadorias. O ser social que trabalha deve somente ter o necessário para viver, mas deve ser constantemente induzido a querer viver para ter ou sonhar com novos produtos.

Portanto, o capitalista passa a controlar totalmente o processo de produção de bens, segundo suas necessidades. A partir deste momento, surge o fenômeno do estranhamento do

trabalho – homens impondo normas e controle a outros homens paralelamente ao distanciamento de sua produção final. Entretanto, a contradição do capitalismo está presente quando o trabalhador também é responsável pelo processo produtivo que, de alguma forma, é socializado (apesar de controlado), enquanto o resultado de seu trabalho (o produto final) é privatizado (KATZ, 1995).

Na análise das imposições do mercado frente à força de trabalho, Faleiros (1992, p. 24) diz que “a separação dos trabalhadores dos meios de produção implica a sua dependência frente aos capitalistas para a obtenção de trabalho, e que tem como consequência a venda de força de trabalho ao preço de mercado”. E as condições desse mercado de trabalho são determinadas pelos capitalistas e pelo Estado que impõem os salários mínimos e o julgamento dos conflitos salariais, são as condições de obtenção do máximo de excedente de força de trabalho com um mínimo de garantias para a reprodução dessa mesma força.

O processo de produção no modo de produção capitalista é também um processo de valorização ou de produção de mais-valia. O capitalista propaga que é diante das flutuações do “mercado” que a mercadoria adquire seu valor, ou seja, é no processo de trabalho, diante da exploração do trabalhador, que há a extração da mais-valia (SILVA, 2000). Para Marx (2008), a idéia central, na mais-valia absoluta, é a de que ela é produzida pelo prolongamento da jornada de trabalho com pagamento de salários aviltantes. Já na mais-valia relativa, o capitalista deixa de prolongar e introduz inovações nas condições técnicas e sociais do processo de trabalho que vão intensificar a produção e o próprio trabalho, uma vez que a facilitação do processo é utilizada para reduzir o quantitativo da força de trabalho.

Assim, as transformações do processo de trabalho no capitalismo expressam a necessidade de ampliar constantemente a produtividade, tendo em vista a acumulação do capital, ao mesmo tempo que procuram enfrentar a resistência dos trabalhadores para que a própria acumulação se efetive. Desta forma, as diferentes classes estão presentes, segundo Marx (2008), nos diversos modos de produção e surgem como agrupamentos sociais. Então, é a partir da análise das diferentes castas que se ocupam dentro do processo produtivo, que se encontrarão as classes sociais. Estas classes estão em eterno conflito, sendo a questão das lutas de classes o motor da própria história da humanidade.

De acordo com Marx e Engels (2006), a instituição da propriedade privada acabou promovendo a dicotomia trabalho abstrato e trabalho concreto, bem como a divisão da sociedade em classes, de modo que a alguns foi materializado o domínio dos meios de produção – a burguesia – e a outros – o proletariado – a venda de seu único bem, a força do

trabalho. Para os autores (2006, p. 24), “cada vez mais, a sociedade inteira divide-se em dois grandes blocos inimigos, em duas grandes classes que se enfrentam diretamente: a burguesia e o proletário”. Porém, se a instituição da sociedade privada acarretou a divisão dos homens em classes antagônicas e, por conseguinte, a divisão do trabalho, não é menos verdade que isso também lhes permitiu condições para o estabelecimento de uma coesão social, a fim de superar o modo de produção capitalista, que os explora e os torna objetos de produção.

Desta forma, quando se fala do poder que é exercido por aquele que detém o capital e o seu antagonismo histórico diante daqueles que são explorados, é impossível imaginar uma cooperação das classes. Para Gonçalves (1994, p. 29), a propriedade do capital é “um mecanismo ou instrumento de controle como um ‘locus’ de controle. Através da propriedade se exerce o poder e nela reside o poder de determinar ou limitar as decisões administrativas, operacionais e estratégicas do grupo econômico”. Ou seja, o grupo econômico torna-se um ‘locus’ de acumulação de capital e inovação e ao mesmo tempo, um ‘locus’ de poder.

O modo de produção capitalista, com a divisão taylorista e fordista do trabalho na produção, restringe também a possibilidade de iniciativa do trabalhador na execução de sua tarefa. As formas de execução das operações eram predeterminadas e fragmentadas de forma sistemática, parcializando o trabalho em tarefas mínimas: a habilidade necessária ao trabalhador, a velocidade do trabalho e a cadência de sua repetição. Este tipo de organização do trabalho restringe a intervenção do trabalhador, como sujeito coletivo, na definição do processo, da organização e do ambiente de trabalho, como também fortalece o papel da gerência na estratégia de controle do saber do trabalhador sobre a totalidade do processo produtivo (MELO, 1993).

No momento em que o trabalhador não tem mais a posse de sua força de trabalho e do conhecimento total do processo de trabalho, que não produz apenas para satisfazer às suas necessidades básicas, mas obedece ao ritmo imposto pela demanda de mercado, o produto final perde sua função social e a identidade com o trabalho está fragilizada e, mais do que isto, o próprio trabalhador se desqualifica. Para Dejours (1988, p. 42), é uma “desqualificação cujo sentido não se esgota nos índices e nos salários. Trata-se mais da imagem de si que repercute no trabalho, que é tanto mais honrosa se a tarefa é complexa, tanto mais admirada pelos outros se ela exige um know-how, responsabilidades e riscos”.

Paralelamente, à medida que a complexidade do mercado vai exigindo, o trabalho vai se fragmentando. Agora, o trabalhador se aliena, tornando-se uma ferramenta humana da gerência. Passa a desconhecer o conteúdo das tarefas executadas, que não foram concebidas

nem planejadas por ele. Uma vez que vendeu sua força de trabalho, entregou também seu interesse pelo trabalho. O controle do processo está sob as mãos do capitalista e o trabalhador é levado à submissão. De outra forma, além de alienado, o trabalho se torna alienante para quem o executa. O que redundava em apatia aos inputs da vida social, embotamento afetivo e isolamento (MELO, 1993).

2.1.3 O trabalho na sociedade atual

Na sociedade atual, a classe que vive do trabalho vivencia uma situação de enfraquecimento, experimentando constantemente apreensão diante das mudanças de rumo de sua vida profissional. As incertezas do capitalismo flexível geram um aumento de desconfiança, sofre o desempregado por não ver perspectivas e o empregado pelo medo de deixar de sê-lo amanhã (RIBEIRO; LEDA, 2004).

Porém, de acordo com os autores acima, embora vivenciando esse aspecto sofrível do trabalho, a sociedade continua muito vinculada ao mesmo, encarando-o como algo essencial. As pessoas cada vez mais dedicam muitas horas do seu dia às atividades profissionais, utilizam parte importante do seu tempo livre se qualificando para a empregabilidade. De acordo com Bauman (2001, p. 92-93) “A busca da aptidão é um estado de auto-exame minucioso, auto-recriminação e auto-depreciação permanentes, e assim também de ansiedade contínua”.

Mesmo o trabalho sendo o centro da vida da maioria da sociedade, é crescente o número de trabalhadores que não reconhecem a esfera profissional como um espaço de realização, de reconhecimento, de poder ser útil à sociedade. São poucos os trabalhadores que desempenham funções nas quais se envolvem e se identificam, um grande grupo de pessoas trabalha apenas por necessidade financeira. Para esse grupo, o trabalho não é um fim em si mesmo, é exclusivamente um meio para alcançar outros objetivos (RIBEIRO; LEDA, 2004).

Segundo Mascarenhas (2000, p.76) o trabalho:

[...] vem sendo reduzido a mera atividade vital, cuja única e exclusiva orientação ainda é a subsistência [...] não mais permite a possibilidade de afirmação pessoal, mas nos aprisiona junto ao impulso vital das necessidades imediatas.

Neste sentido, Camps (1993, p. 124 apud RIBEIRO; LEDA, 2004) expõe que, para a concepção dominante só tem sentido o trabalho bem remunerado, “já não existe um trabalho

que valha mais do que o outro: é mais válido o que paga melhor. Já não existem, portanto, profissões de maior prestígio, e sim profissões que abrem as portas para o dinheiro e o êxito”.

Observa-se uma perda do valor positivo do trabalho, que se torna apenas um acesso a bens materiais, provocando a sua submissão às leis do dinheiro. A importância dada ao trabalho, como um instrumento de alcance do sucesso econômico, coloca em planos secundários outras esferas da vida como a familiar e a social.

O homem na sociedade contemporânea, a sociedade do consumo, é valorizado a partir do seu lugar de proprietário e consumidor, homem e mercadoria se identificam. Esse passa a ser o eixo norteador da representação que o homem elabora de si mesmo e dos outros à sua volta. A sociedade de consumo impõe que tudo gire em torno dela, especialmente o trabalho e, considerando a centralidade do trabalho na vida das pessoas; e como este perpassa as expectativas, as necessidades, a subjetividade e a identidade social do trabalhador vem se delineando um panorama de construção de valores que não ficam restritos ao espaço organizacional, mas estão balizando a configuração das relações sociais (RIBEIRO; LEDA, 2004).

De acordo com Heloani e Capitão (2003, p.103):

Se o homem passa a maior parte de seu tempo trabalhando, suas relações pessoais fora de casa deveriam ter um valor afetivo de extrema importância. No entanto, as relações de companheirismo e de amizade no trabalho não se concretizam, pois elas são passageiras, imediatas, competitivas e as ligações afetivas, os vínculos não podem estabelecer-se, já que com cada alteração rompem-se os laços, perdem-se as pessoas e daí, além do castigo do desemprego, há a solidão, a perda irreparável.

O trabalho precisa estar integrado à vida, ter um sentido, não pode se restringir a ser um meio de sobrevivência. O indivíduo precisa vislumbrar a possibilidade de realização dos seus planos e projetos, a atividade profissional precisa incorporar um significado essencial, que tem valor por si mesmo. Esta percepção ajudará na construção de uma nova sociabilidade, marcada por valores éticos (RIBEIRO; LEDA, 2004).

Dejours (1988, p. 52) lembra o longo caminho a percorrer, que passaria necessariamente pela própria mudança na forma como o trabalho está organizado, desta forma:

[...] da análise do conteúdo significativo do trabalho, é preciso reter a antinomia entre satisfação e organização do trabalho. Via de regra, quanto mais a organização do trabalho é rígida, mais a divisão do trabalho é acentuada, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo.

Atualmente os novos contornos do mundo do trabalho dificultam uma relação de maior envolvimento e identificação da classe trabalhadora com a vida profissional. Antunes

(1997, p. 24) alerta que, quando se visualiza e se desenha o mundo do trabalho hoje, “aflora o seu traço destrutivo; o ser social que trabalha vivencia seu cotidiano entre a violência do trabalho, a violência da precarização e a violência ainda maior do desemprego”.

Assim, uma atividade que deveria ser reconhecida como fonte de realização e de construção de identidade, está gerando sofrimento e em casos mais graves até de adoecimento. Heloani e Capitão (2003, p. 102) apontam para os riscos a que o trabalhador atualmente pode estar exposto quando diz que o mundo do trabalho torna-se “um complexo monstruoso, que se por um lado poderia ajudar, auxiliar o homem em sua qualidade de vida, por outro lado, patrocinado pelos que mantêm o controle do capital, avassala o homem em todos os seus aspectos”.

Segundo Codo (1997), para que o indivíduo se reconheça e reconheça ao outro, é preciso que esteja conectado ao seu produto, ou seja, seu trabalho e, dessa forma, a si mesmo. Ao desconectar-se, a individualidade se dilui, perante o outro e perante o mundo e sem estes contatos é difícil sentir a si próprio. Vive-se um momento social de esvaziamento do significado do trabalho, essa situação tem gerado “um enfraquecimento do valor social e psicológico da atividade profissional e um desaparecimento progressivo da ética do trabalho e da consciência profissional” (LEVY-LEBOYER, 1994, p. 59).

Assim, observa-se que se o homem reconhecer o trabalho somente como algo obrigatório e necessário à sobrevivência e aquisições, deixa de perceber esse mesmo trabalho como integrador, um meio pelo qual pode criar e reconhecer-se enquanto indivíduo e ser social. Nessa visão, o homem torna-se apenas um produtor e consumidor de capital, deixando de buscar sua identidade nas atividades que executa, esquecendo a atribuição de significados e sentidos positivos ao seu fazer.

2.1.4 O processo de trabalho em saúde e a Atenção Primária em Saúde

Diversos estudos (BRAVERMAN, 1981; MILLS, 1979; OFFE, 1991; PIRES, 2000) apontam o processo de trabalho em saúde como parte do setor de serviços com o qual tem identidade, mas também tem especificidades que estimulam estudos em profundidade. O trabalho em saúde é hoje, principalmente, um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho.

A produção de serviços de saúde pode ser entendida dentro da categoria serviço, expressando a necessidade de cumprir uma finalidade útil, entretanto os resultados do trabalho não constituem mercadorias passíveis de comercialização, como produtos mercantis em si mesmos, mas são serviços produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe, ou seja, a produção é singular e se dá no próprio ato (SOUZA; SANTOS, 1993).

Mas, ao mesmo tempo, a transformação do trabalho em mercadoria sob o modo de produção capitalista como visto anteriormente, também reconfigura o trabalho em saúde como produtor de um bem-estar definido pelos padrões de produção. À medida que o ser humano se ‘coisifica’, sendo obrigado a transformar sua força de trabalho em fator de produção, é reduzido em sua humanidade. Nessas condições, o trabalho em saúde se reduz à produção e à manutenção de vidas objetivadas e reduzidas também a fatores de produção (FONSECA, 2007).

Para Merhy (1995), o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem.

Muitos profissionais acreditam que o objeto, no campo da saúde, é a cura, ou a promoção e a proteção da saúde, mas atualmente, pode-se dizer que é a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, os reais objetivos que se deseja atingir, sendo os trabalhadores de saúde sujeitos ativos nesse processo de produção. Desta forma, o trabalho em saúde é um serviço que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, dá-se sobre pessoas, e, mais ainda, com base numa intercessão partilhada entre o usuário e o profissional, na qual o primeiro contribui para o processo de trabalho, ou seja, é parte desse processo (FONSECA, 2007).

Neste sentido, a integralidade da atenção à saúde, uma das diretrizes básicas do SUS, o diferencia, como diz Pinheiro e Mattos (2001), de toda a tendência mundial na área da saúde, recoloca o sentido que tem o trabalho em saúde na ‘subjetivação’ da vida. Ou seja, na reconstituição da humanidade das pessoas em face das suas necessidades de saúde. Desse modo, o trabalho em saúde resgata seu sentido ontológico, pois a atenção integral em saúde se volta para as necessidades do ser humano como sujeito e não como objeto do capital.

Discutindo os sentidos que o conceito assume, Pinheiro e Mattos (2001) demonstram que a integralidade, além de uma característica da atitude dos profissionais de saúde, pode ser compreendida como a articulação entre assistência e prevenção e, assim, da assistência com as

práticas de saúde pública, envolvendo todos os profissionais e espaços de saúde. Algumas condições necessárias para isto são: a) a existência de certa horizontalização de modelos que eram, até então, verticais; b) envolvimento e redefinições radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho. Nesse caso, a integralidade passa a ser uma marca no modo de organização do processo de trabalho. Por trás desses sentidos deve estar o princípio do direito universal ao atendimento das necessidades de saúde.

Assim sendo, para se pensar um modelo assistencial em saúde centrado no usuário, é fundamental re-significar o processo de trabalho. Essa re-significação exige a mudança da finalidade desse processo, que passa a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo, como ferramentas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde (FONSECA, 2007).

Nesta perspectiva, o trabalho no campo da Atenção Primária em Saúde pressupõe a divisão de trabalho a partir de dois aspectos: o primeiro, de natureza horizontal, exigido pela própria complexidade dos serviços oferecidos (unidades produtoras); e outro, vertical, necessário à subdivisão das unidades produtoras, exigindo assim, como pressuposto operacional, a cooperação entre aqueles que executam o trabalho e o conhecimento técnico para a resolubilidade das ações e a garantia da integralidade do atendimento (SOUZA; SANTOS, 1993). De acordo com Merhy (1995, p. 7):

Um profissional de saúde, no desempenho de uma ação, mobiliza ao mesmo tempo, seus saberes e modos de agir. Esse modo de agir é definido primeiramente pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual coloca-se em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos envolvidos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional.

Para o autor, todos os trabalhadores em saúde possuem potenciais de intervenção nos processos de produção em saúde, que são marcados pela relação entre os núcleos de competência profissional e o núcleo cuidador, quer seja esse trabalhador um médico ou um agente de saúde. Na produção de um ato de saúde coexistem os vários núcleos, como o núcleo específico definido pela intersecção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema.

Pinheiro e Mattos (2001) apontam como um dos problemas do trabalho em saúde dificuldades na passagem do político para o assistencial, que se expressam na identidade dos atores sociais e nos seus projetos. Para os autores, os agentes costumam identificar-se mais pelas suas inserções no processo de trabalho do que pelas suas inserções político-ideológicas. Esta situação impõe desafios para a gestão do trabalho cotidiano das equipes de trabalho

enquanto (re)criação de projetos coletivamente sustentados que necessitam estar associados à (re)criação de novos sujeitos sociais defensores de certas crenças e valores.

Essa compreensão implica reconhecer que a construção de um novo modelo de saúde humanizado pressupõe a ampliação da dimensão cuidadora, no sentido de desencadear processos mais partilhados dentro da equipe de saúde e também entre os profissionais e usuários, para que se garanta o vínculo e a corresponsabilização. Implica também uma melhor combinação entre a capacidade de produzir procedimentos e cuidado, requerendo competências diversificadas por parte dos profissionais atuantes que se expressam, no campo da cooperação (núcleo cuidador), pelo conhecimento ético, pela destreza nas relações interpessoais, pelo conhecimento institucional e pela compreensão do processo de trabalho; no campo da direcionalidade técnica (núcleo profissional/específico), pelo conhecimento técnico-científico, da clínica, do planejamento e ainda o conhecimento sobre gerência e supervisão dos serviços (SOUZA; SANTOS, 1993).

Merhy (1995) afirma que é necessária a associação dos conhecimentos técnicos, de novas configurações tecnológicas e novas micro-políticas para o trabalho em saúde, inclusive no terreno ético. As tecnologias leves, quando apostam no diagnóstico sensível à subjetividade, nas relações de poder, afeto e nos códigos familiares induzem à ampliação da pauta técnica para a pauta ética, com base na cidadania, solidariedade e humanização.

2.2 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Como visto no capítulo anterior, o trabalho no decorrer da história foi ocupando a maior parte do tempo do homem, passando a ser o ponto central da sua vida. Assim, o homem passa a maior parte de sua vida no seu ambiente de trabalho, dedicando sua força e energia para as organizações. Por outro lado, a organização percebe, cada vez mais, a importância do homem para o alcance de resultados, pois a capacidade de raciocínio, de criatividade e de solucionar problemas está presente nas pessoas e não nas máquinas.

2.2.1 O significado da qualidade de vida no trabalho nos serviços de saúde

A origem dos estudos sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) é atribuída a Eric Trist e seus colaboradores que, em 1950, desenvolveram várias pesquisas no Tavistock Institute de Londres, com base na análise e reestruturação das tarefas, com o objetivo de

tornar a vida dos trabalhadores menos penosa. A QVT tem sido preocupação do homem desde o início de sua existência, às vezes apresentada com outros títulos, mas sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador (RODRIGUES, 2002).

Ainda conforme o autor, na década de 1950 e no decorrer da década de 1960 destacam-se os estudos de Abraham Maslow e Frederick Herzberg relacionados ao trabalho humano. Maslow desenvolveu a teoria das necessidades humanas composta de cinco necessidades fundamentais: fisiológicas, segurança, amor, estima e autorrealização. Herzberg realizou estudos em que abordou aspectos de satisfação e insatisfação no trabalho a partir da teoria dos dois fatores: higiênicos e motivacionais (RODRIGUES, 2002).

De acordo com Vieira (1993), no final da década de 1960, observa-se o termo QVT na literatura com mais frequência, devido a estudos realizados nos Estados Unidos, Canadá e França. A formação de centros com essa linha de pesquisa alcançou considerável desenvolvimento, o que assegurou, inclusive, um apoio na própria legislação francesa. Segundo essa autora, na década de 1970, na França, foi aprovada, sob forma de lei, a obrigatoriedade de as organizações desenvolverem um planejamento pela melhoria da QVT.

Segundo Lacaz (2000), na década de 1980, consolida-se uma tendência que baseia a QVT na maior participação do trabalhador na empresa, na perspectiva de tornar o trabalho mais humanizado. Os trabalhadores são vistos como sujeitos, estando sua realização calcada no desenvolvimento e aprofundamento de suas potencialidades. A QVT tem sido definida de diferentes formas por diversos estudiosos, no entanto, praticamente todas as definições têm em comum o entendimento de que a mesma objetiva propiciar uma maior humanização do trabalho, o aumento do bem-estar dos trabalhadores e uma maior participação dos mesmos nas decisões e problemas do trabalho (BOM SUCESSO, 1997; WALTON apud RODRIGUES, 2002; FRANÇA; RODRIGUES, 1999; FERNANDES, 1996).

Para Walton (apud RODRIGUES, 2002, p. 81), “a expressão Qualidade de Vida tem sido usada com frequência para descrever certos valores ambientais e humanos, negligenciados pelas sociedades industriais em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico”. Esse autor propõe oito categorias conceituais incluindo critérios de QVT assim definidas:

- a) compensação justa e adequada pela realização do trabalho; b) segurança e saúde, jornada de trabalho razoável e ambiente seguro e saudável; c) desenvolvimento das capacidades, autonomia, informações sobre o processo como um todo, utilização das qualidades múltiplas; d) crescimento e segurança, manutenção do emprego, possibilidade de crescimento pessoal e profissional com avanço salarial; e) integração social, ausência de preconceitos, favorecimento dos relacionamentos, senso comunitário; f)

constitucionalismo na organização, privacidade pessoal, tratamento imparcial, direitos trabalhistas e de proteção, liberdade de expressão; g) o trabalho e o espaço total de vida, estabilidade de horários, papel balanceado do trabalho, poucas mudanças geográficas, tempo para lazer e família; h) relevância social no trabalho, valorização de sua participação no processo produtivo, bem como de sua imagem pessoal, responsabilidades e práticas (WALTON apud RODRIGUES, 2002, p.83).

Segundo Bom Sucesso (1997), a QVT refere-se à satisfação das necessidades do trabalhador afetando suas atitudes pessoais, sua capacidade de inovar ou aceitar mudanças no ambiente de trabalho e seu grau de motivação interna para o trabalho. Para França e Rodrigues (1999), o conceito de Qualidade de Vida no Trabalho é um conjunto de ações de uma organização que envolve diagnósticos e implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais, dentro e fora do ambiente de trabalho, visando propiciar condições plenas de desenvolvimento humano para e durante a realização do trabalho.

Assim, são inúmeras as interpretações para a QVT e, apesar da falta de consenso acerca do seu conceito, tem sido entendida como a aplicação de uma filosofia humanista, que visa alterar aspectos do trabalho, com o desejo pela melhoria da satisfação do trabalhador em consonância com a melhoria da produtividade da organização (FERNANDES, 1996).

Westley (1979) também sistematizou alguns indicadores de natureza psicológica, sociológica, política e econômica para avaliar a qualidade de vida no trabalho em organizações. Para esse autor, na instância política, o nível de qualidade de vida seria afetado por problemas relacionados à distribuição do poder e ao conflito de papéis, que trariam como consequência a insegurança. No que se refere à instância econômica, a concentração do capital através da exploração do trabalhador seria umas das principais causas da baixa QVT, manifestada pelas insatisfações com a realização do seu próprio trabalho.

Em nível psicológico, o principal sintoma que evidencia uma baixa qualidade de vida no trabalho é a alienação do trabalhador. Esta alienação é vista como um resultado ou produto da distância entre as expectativas criadas pelo indivíduo e a realização das mesmas através do trabalho. E finalmente, na instância sociológica, a QVT está inicialmente relacionada à complexidade que o próprio ato de realizar o trabalho assume em função da sua racionalização. Em outros termos, a perda do significado do trabalho associada à falta de envolvimento moral e a uma anomia implicaria baixa qualidade de vida no trabalho.

Assim, o conceito de QVT busca não apenas a satisfação do trabalhador, mas também representa a tentativa de redução do “mal-estar e do excessivo esforço físico no trabalho”, (SAMPAIO, 1999, p. 20). De acordo com Delgado e Oliveira (2005), a saúde do trabalhador é essencial para o desenvolvimento de qualquer instituição, seja qual for o setor, portanto dentro

do contexto do trabalho nos serviços de saúde, garantir a qualidade de vida dos trabalhadores implica diretamente a satisfação e motivação para o trabalho em saúde, melhorando consequentemente a qualidade da assistência prestada.

O espaço dos serviços de saúde é também um local onde se concentram pacientes acometidos por diferentes problemas de saúde, cujo sofrimento é iminente, o que exige uma assistência de diversas categorias de trabalhadores. Esta é uma das peculiaridades do trabalho realizado nos serviços de saúde, o seu caráter coletivo, ele é composto por diversos profissionais, cujo propósito é o desenvolvimento de atividades destinadas a atingir o produto final que é a assistência ao paciente (PIRES, 1999).

O trabalho coletivo exige a comunicação entre os membros da equipe e também entre esses e os que recebem seus cuidados. Por isso, os serviços de saúde estabelecem uma rede de relações sociais que é produzida e reproduzida pelas várias estratégias dos profissionais e dos pacientes. Nesse espaço concentram-se os recursos humanos e materiais que dão forma ao processo de cuidar, permeado por inúmeras dificuldades, indo desde a questão salarial e da carreira profissional até a carência de recursos técnicos e materiais (L'ABBATE, 1994).

Assim, os profissionais de saúde, além de estarem expostos a cargas psíquicas que solicitam um preparo adequado e um suporte para o desenvolvimento das atividades cotidianas, ainda enfrentam as péssimas condições de trabalho e, diante disso, ficam expostos a situações nas quais a manutenção da saúde está prejudicada (MELO, 1993). Lima Junior e Ésther (2001, p. 21) afirmam que “nesse tipo de organização, dificilmente existe a preocupação em proteger, promover e manter a saúde de seus funcionários”.

Desta forma, a QVT precisa estar conectada a uma visão integral das pessoas, no enfoque biopsicossocial, através de uma visão holística do ser humano (MAXIMIANO, 2000). A construção da QVT ocorre a partir do momento em que se olha a organização e as pessoas como um todo. Como pode ser observada, a qualidade de vida no trabalho interfere não somente no trabalho em si, mas tem implicações do campo familiar e social dos indivíduos e vice-versa.

Assim, a qualidade de vida no trabalho e outros fatores organizacionais e comportamentais, ou seja, os elementos organizacionais referem-se diretamente à eficiência e eficácia do serviço, uma vez que as ações organizacionais deverão ser projetados de tal forma a aumentar o nível de satisfação, motivação, comprometimento, envolvimento e, consequentemente, o desempenho do indivíduo no contexto do trabalho.

2.2.2 Aspectos gerais sobre bem-estar no trabalho: satisfação profissional, envolvimento com o trabalho e comprometimento organizacional afetivo

A qualidade de vida no trabalho é o nível de satisfação do trabalhador enquanto indivíduo associado nas organizações. O desenvolvimento do bem-estar do trabalhador está associado aos fatores de satisfação no trabalho, ao envolvimento com o trabalho e ao comprometimento organizacional (SIQUEIRA; PADOVAM, 2004). De acordo com esses autores, para que se possa observar entre os trabalhadores um nível elevado de bem-estar no trabalho, seria necessário que eles relatassem estar satisfeitos com o trabalho, reconhecessem o envolvimento com as tarefas que realizam e, finalmente, revelassem ou mantivessem compromisso afetivo com a organização.

A satisfação é um conjunto de sentimentos favoráveis ou desfavoráveis com os quais os empregados veem seu trabalho; há uma diferença importante entre esses sentimentos associados ao cargo e dois outros elementos das atitudes dos empregados. Satisfação no trabalho é um sentimento de relativo prazer ou dor que difere de raciocínios objetivos e de intenções comportamentais (MATOS, 1997). Segundo o autor, em conjunto, estes três componentes do conceito de bem-estar no trabalho ajudam os administradores a compreenderem as relações dos empregados com o tipo de trabalho que executam e a preverem o efeito dessas reações sobre o comportamento futuro. A satisfação no trabalho pode ser encarada como uma atitude global ou então ser aplicada a determinadas partes do cargo ocupado pelo funcionário.

A valorização humana na empresa importa na consideração da plenitude de realização do homem, cujos referenciais para nós são os quatros pólos existenciais: fé, amor, trabalho e lazer. Esses são os fundamentos de uma política de valorização do ser humano no trabalho, que compreende, em uma visão integrada, as funções clássicas de recrutamento, seleção, treinamento, desenvolvimento gerencial, benefícios, cargos e salários, avaliação de desempenho, promoção sucessão e comunicação interna (MATOS, 1997, p.17).

A satisfação no trabalho, como qualquer outro tipo de atitude, é geralmente formada durante determinado período de tempo, a medida que o empregado vai obtendo informações sobre o ambiente de trabalho. Todavia, a satisfação no trabalho é dinâmica, uma vez que se pode deteriorar muito mais rapidamente do que o tempo necessário para se desenvolver. Segundo Davis e Newstrom (1992, p.123), “satisfação no trabalho representa uma parcela da satisfação da vida [...] a satisfação no trabalho influencia também o sentimento de satisfação global com a vida de uma pessoa”.

Segundo Siqueira (1995), a satisfação com o trabalho poderia ser dividida em concreta e simbólica. A concreta estaria relacionada à proteção da vida, do bem estar físico, biológico e nervoso, ou seja, a saúde do corpo analisado em termos psicossomáticos. A simbólica trataria da vivência qualitativa da tarefa, significação do trabalho, necessidade dos desejos e motivações, dependendo do que a tarefa veicula do ponto de vista simbólico.

Robbins (2002) indica os fatores mais importantes que conduzem à satisfação: trabalhos mentalmente desafiadores, recompensas justas, condições que apoiem o trabalho e colegas que deem apoio. Esse autor considera também como importante para a satisfação um bom ajuste das características de personalidade da pessoa com as características do cargo desempenhado por ela, bem como a disposição genética do indivíduo à satisfação.

Herzberg (1966, apud CHIAVENATO, 2004) estabeleceu sua teoria no ambiente externo e no trabalho do indivíduo. A teoria dos dois fatores de Herzberg foi formulada com base na análise de como as pessoas descreveram os seus desejos em relação ao trabalho, destacando os pontos que lhes traziam sentimentos bons ou ruins neste contexto. Categorizando as respostas, o autor pôde separar aquelas que tinham relação com a satisfação no trabalho daquelas que ofereciam relação direta à insatisfação no mesmo. Os quesitos relacionados à satisfação tinham localização nas pessoas ou nas próprias tarefas. De modo oposto, os fatores com relação à insatisfação localizavam-se em um ambiente externo à pessoa. Exemplos disso, a política, a administração da empresa ou mesmo no relacionamento com os colegas.

Com base nisso, a teoria da motivação bifatorial foi formada na afirmação da existência de dois conjuntos de fatores de variação: o primeiro, o dos fatores higiênicos, ligados a fatores externos, que variavam da condição de insatisfação à não insatisfação; o segundo grupo de fatores seria dos motivadores, relacionados a fatores internos, que moviam-se da circunstância de satisfação à de não satisfação (ZANELLI; BORGES-ANDRADE; BASTOS, 2004).

Considera Herzberg (1966, apud CHIAVENATO, 2004) que a motivação para o trabalho dependerá de dois fatores:

a) Fatores higiênicos: referem-se às condições que entornam a pessoa, seu ambiente, englobando as circunstâncias físicas e do ambiente de trabalho, o salário, os benefícios sociais, as políticas da empresa etc. Relacionam-se ao desenho do ambiente e correspondem aos fatores tradicionalmente usados pelas organizações para se obter motivação dos empregados. Entretanto, os fatores ditos higiênicos têm limitações no que diz respeito à possibilidade de influenciar fortemente o comportamento dos empregados. A expressão

higiene, desta maneira entendida, se mostrará como fator de prevenção e se destinará para que sejam evitadas fontes de insatisfação sobre o ambiente de trabalho ou ameaças ao equilíbrio do mesmo. Quando estes fatores são efetivos, de um modo simples farão oposição à insatisfação, uma vez que estes fatores atendidos não influenciarão de maneira substancialmente significativa para uma contínua satisfação. Porém, quando da sua precariedade, da não manutenção dos fatores higiênicos, provocarão insatisfação. Então, podem-se denominar tais quesitos como fatores insuficientes, e destacar alguns deles:

- condições de trabalho e conforto;
- políticas da organização e administração;
- relações com o supervisor;
- salário e remuneração;
- segurança no cargo;
- relações com os colegas.

b) Fatores motivacionais: Fazem referência ao que o cargo contém, ou seja, aos deveres e tarefas que têm relação com o cargo de maneira substancial. Produzirão um efeito de satisfação de larga duração e de produtividade aumentada em níveis significativos. O termo motivação envolverá quesitos ligados à realização, de crescimento profissional e reconhecimento que se mostrarão por meio da efetivação das atividades que oferecem real desafio para o trabalho. Quando os contemplados, os fatores motivacionais provocam a satisfação; quando estão precarizados percebe-se a ausência dessa satisfação. Razão disto é a denominação de tais fatores como fatores satisfatórios, constituindo o próprio conteúdo do cargo e incluindo:

- delegação de responsabilidade;
- liberdade de decidir como executar o trabalho;
- oportunidades de promoção;
- uso pleno das habilidades pessoais;
- estabelecimento de objetivos e avaliação relacionada com eles;
- simplificação do cargo (pelo próprio ocupante);
- ampliação vertical ou horizontal / enriquecimento do cargo.

Em concordância com Bergamini (1990), essa distinção de fatores é significativa e esclarece por que muitas das iniciativas adotadas pelas organizações tidas como ações “a favor do empregado”, não surtiram os efeitos esperados. Na garantia somente dos fatores higiênicos não se consegue propiciar um real ambiente para a motivação. Durante muitos anos não se descobriu a diferença entre administrar pelo movimento e administrar pela motivação.

Quando se oferecem condições higiênicas, somente se estará administrando pelo movimento, isto é, à medida que essas condições desaparecerem as pessoas reclamam e podem chegar até a parar de trabalhar.

Concluiu-se que, o oposto de satisfação não é insatisfação, mas sim, a não satisfação, da mesma maneira que o contrário da insatisfação não é a satisfação, mas sim, a não insatisfação. Desta maneira, salário, condições ambientais de trabalho, estilo e supervisão e o relacionamento entre colegas não seriam fatores com capacidade de satisfazer ou motivar pessoas no trabalho, mas deveriam ser objeto de atenção e preocupação dos dirigentes organizacionais somente para esquivar-se da insatisfação no trabalho, que também poderia prejudicar o desempenho. Ao contrário, a realização do trabalhador, o reconhecimento, o desenho do cargo e a delegação de responsabilidades seriam os fatores que verdadeiramente pudessem satisfazer e motivar as pessoas (ZANELLI; BORGES-ANDRADE; BASTOS, 2004).

Como consequentes de insatisfação no trabalho, suspeita-se, de acordo com Martins e Santos (2006), que índices altos de insatisfação no trabalho produzam altos níveis de sofrimento mental que podem levar o trabalhador a desenvolver certas síndromes ou mesmo algumas doenças relacionadas ao trabalho. Já como consequentes de satisfação no trabalho no contexto organizacional, existem vastas evidências de que pessoas com níveis altos de contentamento com o trabalho são também os que menos faltam e que apresentam, com maior frequência, atos de cidadania organizacional (SIQUEIRA; GOMIDE JUNIOR, 2004).

Além da satisfação no trabalho, Siqueira (1995) apresenta outro componente que representa o vínculo do indivíduo com o trabalho, o envolvimento com o trabalho, definido como o grau em que o trabalho consegue ser importante e envolvente para o trabalhador.

Como antecedentes de envolvimento no trabalho, Siqueira e Gomide Junior (2004) identificaram como principais: as variáveis pessoais (adoção da ética, autoestima e necessidade de crescimento); características do cargo (autonomia, significado das tarefas para o trabalhador, identificação pessoal com as tarefas e variedade de habilidades exigidas para realização das tarefas); variáveis dos supervisores (consideração das chefias com as relações pessoais e sociais com seus subordinados, oportunidades criadas para participação dos seus subordinados em tomadas de decisão, e a quantidade e qualidade da comunicação existente no ambiente de trabalho com seus subordinados).

Ainda, segundo esses autores, conflitos entre papéis organizacionais e orientações ambíguas também são variáveis capazes de comprometer o envolvimento com o trabalho. No que se refere às variáveis consequentes, tais autores apontam como principais consequências

comportamentais do envolvimento os esforços aplicados na realização de tarefas, o nível elevado de desempenho, baixas taxas de absenteísmo e de saída da organização.

Outro fator importante para o bem-estar no trabalho é o comprometimento organizacional afetivo que compreende o vínculo afetivo do indivíduo com a organização (SIQUEIRA; PADOVAM, 2004). Para as autoras, essa dimensão não está ligada ao trabalho propriamente dito, mas à organização empregadora, sendo considerada uma ligação positiva do indivíduo para com a organização e um reconhecimento que ele faz sobre o quanto estar ligado àquela organização pode repercutir positivamente na sua vida.

O comprometimento organizacional afetivo é um dos componentes de um tema mais abrangente denominado comprometimento organizacional. Siqueira (1995) salienta que o comprometimento implica atitudes e ações dos trabalhadores no sentido de contribuir para a organização e seu bem-estar. Sendo assim, esse autor define o comprometimento organizacional como engajamento, agregamento e envolvimento do trabalhador para com a empresa, assim como uma disposição e uma propensão à ação.

O autor aponta a ligação afetiva dos indivíduos com a organização como favorável para ambos, pois suscita no indivíduo a maior experiência de afetos positivos e, como consequência para a organização, o alcance de seus objetivos. Assim, observa-se que a satisfação profissional, o envolvimento com o trabalho e o comprometimento organizacional influem diretamente na qualidade dos serviços e em diversos setores da vida dos indivíduos, sendo fatores importantes na construção da percepção de bem-estar no trabalho em várias áreas profissionais, inclusive nos serviços de saúde.

2.2.3 A importância da satisfação profissional nos serviços públicos de saúde no Brasil

Ao longo da história dos Serviços Públicos de Saúde no Brasil, observa-se que o setor saúde sofre por carência de recursos financeiros agravando o problema de atendimento à saúde da população. Cordeiro (2001) alerta para as consequências da não concretização dos investimentos em recursos humanos previstos nas propostas da Reforma Sanitária. Fatores como falta de qualificação, achatamento salarial, não reposição de pessoal e a convivência de funcionários sob regimes diversos dentro das unidades, vêm gerando dificuldades de gerenciamento do sistema de saúde.

O ambiente de trabalho, segundo Olinski e Lacerda (2006), deve favorecer o equilíbrio físico e emocional da equipe e dos usuários, além de representar um espaço que venha ao

encontro da prestação de uma assistência de qualidade pelos trabalhadores. Com relação à estrutura dos serviços de saúde, alguns autores relatam a falta de estrutura dos serviços, apoio político e verbas para a saúde que são mal direcionadas, sendo insuficientes para cobrir a demanda que se tem (VIEIRA et al, 2004). Entretanto, ainda é comum, em grande parte das instituições de saúde, a falta de materiais em quantidade e qualidade suficiente a uma prestação de cuidado adequado expondo o trabalhador ao constrangimento frente ao cliente.

As condições socioeconômicas das instituições públicas são em grande parte fonte de desgaste para os trabalhadores, pois estas, quando inadequadas, prejudicam a assistência prestada aos usuários, afetando negativamente a saúde dos trabalhadores (OLINSKI; LACERDA, 2006). A fim de que se desenvolvam ações de saúde eficientes, os serviços públicos de saúde devem dispor de tecnologia e equipamentos que permitam a resolução de problemas de saúde da comunidade, ou seja, devem estar bem-organizados e bem-equipados para garantir a atenção à saúde da população, sob sua responsabilidade.

Neves (2002, p. 135-6) perpassa a visão de Watson para o contexto de trabalho e propõe a criação de um ambiente de cuidado que tenha uma alma, ou seja, um ambiente no qual os valores morais e a atitude ética favoreçam a preservação da dignidade, respeito e solidariedade entre os cuidadores. De acordo com a autora, "é preciso criar um ambiente favorável que seja afetuoso, caloroso, atencioso, amoroso e que propicie crescimento, alívio, segurança, proteção, bem-estar", ou seja, um ambiente no qual a pessoa experiencie o cuidado humano, evitando que "a inércia, o desespero, o desamparo e o sofrimento sejam os companheiros de caminhada no mundo do trabalho".

O tema salarial é outro questionamento que alguns autores fazem, ressaltando os desníveis salariais (VALLA, 1999; L'ABBATE, 1994; MEDEIROS, 2005; VIEIRA; et al, 2004). Eles discutem o trabalho ligado ao retorno financeiro, que é convertido em um local para morar e condições de sobrevivência, sendo este um dos principais motivos de insatisfação da maioria dos profissionais. E ainda, que é através do trabalho que se consegue realização e satisfação pessoal, a busca da felicidade, o preenchimento da vida com atos significativos para si e para os outros. Enfim, "significa a identificação, o reconhecimento dentro do contexto social, a inclusão na sociedade como um indivíduo produtivo" (KALINOWSKI, 2000).

Desta forma, assegurar que trabalhadores em saúde estejam satisfeitos com o processo de trabalho e seus resultados é um caminho prático e sustentável para o avanço na execução operacional do sistema. Igualmente, a motivação e o envolvimento com o trabalho são estritamente necessários para firmar uma prática de saúde efetiva e de excelência (BRASIL,

2003). É necessário que haja vontade política dos gestores em se resolver esta questão o mais rápido possível, para que o desestímulo não leve os profissionais a estarem se demitindo, ou a desistirem de continuar mantendo o padrão de atuação, de buscar melhorias na qualidade de vida da população.

2.3 SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

As mudanças decorridas do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) influenciaram uma visão da saúde orientada para Atenção Primária, tendo em vista a atuação profissional diante das necessidades de saúde da população, surgindo neste cenário a Estratégia Saúde da Família (ESF) (SECLLEN; FERNANDES, 2004).

Nessa perspectiva, espera-se que os profissionais que atuam nesta estratégia incorporem ao atendimento aspectos sociais, preventivos, assistenciais e educativos, de caráter coletivo juntamente com todos os componentes da equipe de saúde. Assim, lidar com a satisfação dos profissionais que compõem a ESF pode desencadear fatores afetivos, específicos de cada profissional, que podem gerar estresse na equipe, desmotivação e descomprometimento dos envolvidos com o trabalho.

2.3.1 A Estratégia Saúde da Família e o perfil dos profissionais

O setor de saúde brasileiro vem sendo alvo de rápidas e profundas transformações nos últimos anos. O modelo assistencial predominante no Brasil, nas últimas décadas, voltou-se prioritariamente para ações no contexto das quais a maioria da população continuava à margem de seu direito à saúde, sem uma atenção integral resolutiva e humanizada, haja vista a predominância do atendimento curativo, de alto custo, excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004). Na década de 1980, numa ampla democratização do País, a sociedade brasileira, por meio de uma grande mobilização, conseguiu elaborar um processo estratégico para a construção de um operoso e ágil sistema de saúde (BRASIL, 1997).

De acordo com Brasil (1999), a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e a Constituição de 1988 conferiram o substrato de legitimidade e a legalidade ao modelo do novo sistema de saúde no Brasil, fundamentado nos princípios da universalidade,

equidade, descentralização, hierarquização e controle social, mas tais avanços não foram suficientes para hegemonizar o projeto político do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante disso, em 1994, foram implantadas as primeiras equipes de saúde da família, tendo como principal propósito a inversão do modelo assistencial vigente. O Programa Saúde da Família (PSF) tem como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, por meio de um modelo de assistência voltado à família e à comunidade que inclua desde a proteção e a promoção de saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças (BRASIL, 2004).

O PSF, em 2006, passa a ser definido como uma estratégia de reforma do modelo de assistência do SUS, passando a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio da Portaria nº 648/2006 do Ministério da Saúde. Para Viana e Dal Poz (2005, p. 225): “O PSF começa então a perder o caráter de programa e passa a ser um reestruturante dos serviços, isto é, passa a se constituir (mais) claramente em um instrumento de (re)organização ou (re)estruturação do SUS” .

As equipes da USF, ditas como equipes mínimas, são compostas por um médico de família (ou generalista), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Além destes, foi incluído a partir de 2000 com a Portaria do Ministério da Saúde nº 1444 o odontólogo na USF, incorporando a equipe um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário (ACD) e /ou técnico de higiene dental (THD) (BRASIL, 2000).

As equipes da USF, segundo Brasil (1997), têm como atribuições: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, enfatizando suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco às quais a população está exposta; elaborar, com a comunidade, um plano local para enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, com ênfase nas ações de promoção à saúde; resolver, através de adequada utilização do sistema de referência e contrarreferência, os principais problemas detectados; desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos, dentre outras. Ao mesmo tempo, cada profissional da equipe tem suas atribuições, de acordo com suas especificidades.

Sendo assim, um dos paradigmas da ESF é o trabalho interdisciplinar, os membros da equipe articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada, já que todos conhecem a problemática (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Nesta perspectiva, as dificuldades na comunicação, mudança de hábitos e diferentes maneiras de pensar podem dificultar um pouco esse modo de trabalhar. Segundo as autoras acima, a complexidade das situações enfrentadas requer dos serviços e de suas equipes enorme flexibilidade, um alargamento da abordagem e fortes exigências para os profissionais, causando até mesmo sobrecarga emocional e depressão entre eles.

O relacionamento difícil entre a equipe revela a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, levando à descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional, observando-se desarticulação entre ações curativas, educativas, administrativas e baixo grau de interação entre médicos, enfermeiros e agentes (TRENCH; PEDUZZI, 2000).

Portanto, é necessário alocar recursos humanos para dar conta da totalidade das ações, porém a equipe, que é multiprofissional, não garante assistência integral ao paciente. O trabalho em equipe integrado exige conhecimento e valorização do trabalho do outro, construindo consensos quanto aos objetivos a serem alcançados e a maneira mais adequada de atingi-los (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

2.3.2 O significado da satisfação profissional na Estratégia Saúde da Família

Sabe-se que o trabalho em saúde, no âmbito da ESF, compreende a assistência integral à saúde, incluindo atividades de prevenção, promoção da saúde, recuperação, tratamento, manutenção e reabilitação dos indivíduos que precisam deste tipo de atenção (BRASIL, 1996a).

Além disso, o trabalho é profissional e coletivo, realizado por trabalhadores com conhecimentos técnicos e científicos sobre o processo de saúde-doença e/ou com formação voltada para a área humanística. Envolve diferentes tipos e níveis de formação profissional: profissionais de nível superior, como enfermeiros, médicos e odontólogos; e profissionais de nível médio, como técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, técnico de higiene dental e agente comunitário de saúde.

A integração e interdisciplinaridade constituem um desafio a ser enfrentado, uma vez que em muitas unidades o trabalho é realizado em grupo e não em equipe. Frequentemente, o resultado é um descompasso na assistência, apresentado sob a forma de esforço duplicado e posições e ações contraditórias dos profissionais (PIRES, 1999).

Outra característica do trabalho em saúde, segundo a autora, é a relação direta e constante com pessoas que se encontram debilitadas e fragilizadas, devido ao seu quadro de saúde. Esta particularidade faz com que os profissionais experimentem sentimentos e sensações contrastantes. Por um lado, sentem-se felizes e satisfeitos por ajudarem, serem solidários e compassivos com o sofrimento alheio; mas, por outro, a intensidade e o contato contínuo com essas situações os desgastam e conduzem ao uso de diferentes mecanismos de enfrentamento.

Tais sentimentos e percepções devem-se a diferentes fatores presentes no contexto de trabalho em saúde, como, por exemplo: intensa carga emocional; convívio cotidiano com a doença e o sofrimento; exigência de elevado grau de desempenho físico e mental dos profissionais; extensa jornada de trabalho; grau de responsabilidade nas decisões; escassez de profissionais em face das demandas e quantidade de clientes atendidos (PIRES, 1999).

Coutrin, Freua e Guimarães (2003) acrescentam a esses fatores: as ações específicas de saúde, que requerem agilidade, atenção e atualização de conhecimentos; a necessidade de improvisação, as questões burocráticas, a relação interpessoal dos membros da equipe e o ruído proveniente dos equipamentos. Há ainda, como indicam as autoras, baixos salários; excesso de trabalho; forte pressão por maior produtividade; relacionamento interpessoal pobre entre os membros da equipe; burocracia em excesso, e ainda competitividade, problemas de comunicação, falta de confiança e de companheirismo, que tornam mais frágeis as relações de trabalho e não propiciam condições para o bem-estar dos profissionais.

Diante desse contexto, percebe-se a dificuldade dos profissionais em experimentar sentimentos positivos em relação ao trabalho e sentir-se valorizados e reconhecidos. Além disso, há um esvaziamento nas ações e relações estabelecidas no trabalho, tanto em relação ao cliente, quanto com os membros do grupo.

Dessa forma, ocorre insatisfação, absenteísmo e até mesmo abandono da profissão. Com isso, a qualidade do trabalho fica comprometida, uma vez que há perda de interesse do profissional em realizar atividades esvaziadas de significado e que não trazem reconhecimento, nem por parte dos clientes nem da instituição (LUNARDI FILHO; LEOPARDI, 1999). Torna-se imprescindível, então, a redução dos efeitos destrutivos sobre os profissionais da saúde, a retomada dos aspectos positivos deste trabalho e a reconstrução de satisfação no trabalho.

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

Em pesquisa científica o método é considerado como sendo um instrumento do conhecimento que permite aos pesquisadores de qualquer área de estudo um sentido geral de orientação que auxilia a elaboração do planejamento da pesquisa, a definição das hipóteses, a execução do processo de investigação e a análise e interpretação de resultados (GIL, 2006).

Desta forma, a finalidade deste capítulo é descrever e apresentar as principais informações e características acerca do processo metodológico utilizado para a realização da pesquisa com o cuidado para que sua execução permita o alcance dos objetivos definidos.

3.1 TIPO DO ESTUDO

A busca da compreensão do objeto em foco é de caráter exploratório-descritivo de abordagem quantitativa. Conforme Gil (2006) classifica-se como pesquisa exploratória aquela que proporciona um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores na área científica. Segundo o autor, o objetivo da pesquisa descritiva é proporcionar a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis, levantamento de opiniões, atitudes e crenças.

Nos estudos organizacionais, a pesquisa quantitativa permite a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente (NEVES, 1996). De acordo com Richardson (1999, p. 70), a pesquisa quantitativa caracteriza-se “pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples às mais complexas”. Ainda sobre a pesquisa quantitativa, Malhotra (2001) afirma que ela procura quantificar os dados e aplicar alguma forma da análise estatística.

Richardson (1999) acrescenta que o caráter quantitativo representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação, possibilitando assim uma margem de segurança quanto às inferências. Há de se ressaltar, ainda, que esse método deve ser aplicado em estudos descritivos, nos quais se propõe a investigação de características de um determinado fenômeno.

A estratégia empregada neste trabalho foi uma pesquisa *survey*, que pode ser descrita, segundo Babbie (1999), como a obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, indicado como representante de uma

população-alvo, por meio de um instrumento de pesquisa predefinido, normalmente um questionário, cujo interesse é produzir tais descrições quantitativas da população.

3.2 CENÁRIO E SUJEITOS DO ESTUDO

Os locais escolhidos para a realização desta pesquisa foram as Unidades de Saúde da Família (USF) do município de João Pessoa. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (2009), a rede de serviços de saúde do município está distribuída territorialmente em cinco Distritos Sanitários e disponibiliza aos seus usuários uma rede de serviços que conta com 180 equipes de ESF distribuídas em 127 USF's. Foi realizado um levantamento em todos os Distritos Sanitários, a fim de quantificar o número de profissionais que compõem as equipes que atuam nas Unidades de Saúde da Família do município, ficando este número em torno de 2142 profissionais distribuídos conforme a Tabela 1 (CNES, 2010).

Tabela 1 – Distribuição quantitativa dos profissionais que compõem a equipe da ESF no município de João Pessoa – PB, Brasil, 2010.

Categoria profissional	Quantitativo
Médico	209
Enfermeiro	197
Odontólogo	180
Téc. de enf.	182
Auxiliar de Consultório Dentário	177
Agente Comunitário de Saúde	1207
Total	2142

Fonte: CNES, 2010.

Esta pesquisa selecionou, dentre o público-alvo, uma amostragem significativa para posterior análise dos dados. Para tanto, foi utilizada uma amostra probabilística, que segundo Freitas et al (2000), tem como principal característica coletar os elementos da população com a mesma chance de serem escolhidos, resultando em uma amostra representativa do *corpus* pesquisado. A amostragem utilizada para este estudo foi a estratificada. Segundo Malhotra (2001), é uma técnica de amostragem probabilística que usa um processo de dois estágios ou mais para dividir a população em subpopulações ou estratos.

A partir daí, estratificou-se a população de acordo com o nível de formação dos profissionais, representados na Tabela 2.

Tabela 2 - Estratificação das categorias profissionais das equipes que atuam na ESF por nível de formação no município de João Pessoa – PB, Brasil, 2010.

Profissionais de nível superior (Estrato 1)	Frequência (n)	Profissionais de nível médio (Estrato 2)	Frequência (n)
Médico	209	Téc. de enf.	182
Enfermeiro	197	ACD	177
Odontólogo	180	ACS	1207
Total	586		1566

Conforme Richardson (1999), o tamanho da amostra foi definido utilizando-se a fórmula para universos finitos, como é o caso desse estudo:

$$n = \frac{\pi^2 * p * q * N}{E^2 * (N - 1) + \pi^2 * p * q}$$

Onde:

n – tamanho da amostra

π – nível de confiança (escolhido, em números de desvios-sigma) 95%;

p – proporção da característica pesquisada no universo, calculada em porcentagem;

q = 100 – p (em porcentagem);

N – tamanho da população

E – erro de estimação aceitável [%]

Considerando-se:

$$\pi = 2$$

$$p = 50$$

$$q = 50$$

$$N \text{ (Estrato 1)} = 586$$

$$N \text{ (Estrato 2)} = 1566$$

$$E = 5 \%$$

Desta forma, substituindo os valores na fórmula acima, tivemos uma amostra de 148 profissionais de nível superior e 175 profissionais de nível médio. Todavia, ao final da coleta, foram investigados um total de 345 profissionais, sendo 148 de nível superior, 188 de nível médio e 22 que não informaram o nível de instrução educacional. Portanto, para alcançar a amostra proposta, foram investigadas aproximadamente 54 USF's selecionadas através de sorteio aleatório. A seleção para participar do estudo seguiu o critério de aceitação dos participantes.

O projeto de pesquisa, depois de aprovado pelo Comitê de Ética, foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, onde foram sorteadas de forma aleatória, as 54

Unidades de Saúde da Família para participarem do estudo, distribuídas nos cinco Distritos Sanitários da seguinte forma:

- Distrito Sanitário I – 13 unidades
- Distrito Sanitário II – 13 unidades
- Distrito Sanitário III – 16 unidades
- Distrito Sanitário IV – 6 unidades
- Distrito Sanitário V – 6 unidades

Após o sorteio, foi realizado o primeiro contato com as USF's por telefone, a fim de agendar dia e horário para as entrevistas. Para agilizar a coleta dos dados foi formado um grupo com 7 pesquisadores voluntários integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração e Informática em Saúde (GEPaIE), que foram devidamente treinados para a pesquisa. A partir do agendamento, os pesquisadores se dirigiam às USF's e realizavam as entrevistas com os integrantes das equipes.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Antes do início da pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba tendo sido aprovado e emitida a certidão nº 0262/2009 (ANEXO A), levando-se em consideração os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos: o respeito à pessoa, o comprometimento com o máximo de benefício individual e coletivo, a garantia de que danos previsíveis serão evitados, bem como a igual consideração dos interesses dos envolvidos, assegurando sua destinação sócio-humanitária (BRASIL, 1996b).

Esta pesquisa faz parte de um grande projeto do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração e Informática em Saúde (GEPaIE), na linha de pesquisa Administração dos Serviços de Saúde, intitulado: Análise das Organizações e a Gestão dos Serviços de Saúde e de Enfermagem. A coleta dos dados teve início em novembro de 2009, após aprovação do projeto e encaminhamento do documento autorizando a coleta pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (ANEXO B), sendo concluída em janeiro de 2011. Os sujeitos do estudo foram previamente informados e contatados a respeito da pesquisa, quando consentiam, assinavam o termo de consentimento livre esclarecido (APÊNDICE A).

3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica de questionário semiestruturado que, conforme Triviños (1997), parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas. Além disso, conforme o autor, as perguntas da pesquisa representam o que o investigador pretende esclarecer, orientando seu trabalho, elas devem reunir algumas condições, tais como precisão, clareza, objetividade. Os dados foram coletados através de um questionário com o objetivo de mensurar características significativas de indivíduos, comportamentos, eventos e outros fenômenos. Ele contém informações para medir e estabelecer dados, interpretando-os com maior precisão e confiabilidade (HAIR et al, 2005).

A fim de atender os objetivos propostos pelo estudo, o questionário foi elaborado contendo uma parte inicial para caracterização da amostra e três escalas de bem-estar no trabalho construídas e validadas por outros autores. São elas (ANEXO C): Escala de Satisfação no Trabalho (EST), Escala de Envolvimento com o Trabalho (EET) e Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo (ECO A).

A EST é um instrumento que vem sendo usado para medir satisfação no trabalho e foi desenvolvida e validada por Martins e Santos (2006) que ressaltam a variedade conceitual do construto satisfação no trabalho como bifatorial (satisfação e insatisfação). A escala é composta por 45 itens reunidos em 6 fatores, sendo que quatro fatores avaliam satisfação: satisfação com o suporte organizacional, satisfação com a utilidade social do serviço de saúde e do trabalho em si, satisfação na relação afetiva no trabalho, satisfação com o reconhecimento profissional; e dois avaliam insatisfação: insatisfação com a falta de suporte psicossocial e insatisfação com a sobrecarga de trabalho. A escala de resposta varia de 5 (muita satisfação) a 1 (muita insatisfação).

Os itens da escala foram adaptados para referir somente os fatores de satisfação no trabalho dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família, permutando apenas as terminologias empresariais das escalas para termos adotados na gestão deste modelo de atenção a saúde. Por exemplo, onde havia o termo “gerente”, substituiu-se por “gestor”, “empresa” por “Unidade de Saúde da Família”, dentre outros ajustes.

Outros dois instrumentos que avaliam aspectos do bem-estar no trabalho utilizados no Brasil são a EET e ECOA construídas e validadas por Siqueira (1995). Essas escalas são

unifatoriais e contêm cinco frases cada uma. As escalas de respostas variam de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) e de 1 (nada) a 5 (extremamente) respectivamente.

Para esta pesquisa, a medição foi realizada através de escalas do tipo *Likert*, a qual é definida por Malhotra (2001) como a coleta de uma quantidade importante de itens que indicam atitudes negativas e positivas sobre um objeto, instituição ou tipo de pessoa. Essa escala tem cunho mais empírico, pois trabalha com os escores dos entrevistados, determina a existência de uma ou mais atitudes no grupo de itens considerados e a escala construída a partir desses itens mede o fator geral. Após a entrega do Termo de Consentimento e esclarecidas as questões, as entrevistas foram realizadas individualmente.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A estatística é dividida em três áreas: descritiva, que se preocupa em descrever os dados; a probabilística, que está relacionada com a incerteza de determinadas variáveis, mas, que não tem interesse para este trabalho; e a inferencial, fundamentada na teoria das probabilidades, se preocupa com a análise destes dados e sua interpretação (GUEDES et al, 2005). Neste estudo foram utilizadas duas abordagens: análise de estatística descritiva e análise de estatística inferencial.

A análise descritiva foi aplicada com o objetivo de sintetizar os dados da caracterização da amostra, da EET e ECOA, permitindo dessa forma que se tenha uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo os dados por meio de tabelas, gráficos e medidas descritivas.

Neste caso, a descrição dos dados foi apresentada através da distribuição de frequências que sumariza os valores das variáveis do estudo, medidas de tendência central com o objetivo de dar um valor que seja o mais típico possível de toda a distribuição de valores e medidas de variabilidade, a fim de caracterizar a representatividade dos dados das medidas de tendência central (VIEIRA, 2008).

Para a EST foi utilizada a análise multivariada por ser uma ferramenta estatística indicada para um número grande de variáveis envolvidas dificultando que o pesquisador perceba como as observações podem ser resumidas em uma ou mais características que condensem o volume de informações. Seu objetivo é processar informações de modo a simplificar a estrutura dos dados e a sintetizar informações das amostras, facilitando o entendimento do relacionamento existente entre as variáveis do processo (HAIR et al, 2005).

Uma das técnicas da análise multivariada, de acordo com o autor, é a análise fatorial que foi utilizada neste estudo tendo o objetivo de examinar todas as possibilidades de relações interdependentes e, dessa forma, agrupar essas relações interdependentes em fatores que explicam as variáveis levantadas. Tais fatores, segundo Malhotra (2001), também são chamados de dimensões latentes, pois podem revelar aspectos relevantes não abordados de forma direta na pesquisa. De acordo com o referido autor, as etapas desenvolvidas na análise fatorial são geralmente: (I) cálculo da matriz de correlação de todas as variáveis; (II) determinação do número e extração dos fatores; (III) rotação dos fatores, transformando-os com a finalidade de facilitar a sua interpretação e (IV) cálculo dos escores fatoriais.

Para a análise estatística e apuração de todos os dados coletados foi utilizado um software para as soluções de estatística. O sistema oferece amplitude e flexibilidade no tratamento dos dados, além de possibilitar a aplicação de diversas técnicas estatísticas. O software foi utilizado na aplicação de testes estatísticos, como os testes de correlações, contagens de frequência, ordenação de dados, reorganização da informação.

A flexibilidade do programa para trabalhar com variáveis nominal, ordinal ou numérica na entrada de dados foi relevante para sua escolha, pois a base da pesquisa trabalha com diversidade de dados. Diante do número de variáveis em análise e suas prováveis correlações, o programa permitiu também a utilização da técnica de formação de *cluster* e análise fatorial, técnica estatística multivariada que possibilitou a síntese das informações a um número menor de fatores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os resultados e análises das escalas utilizadas na pesquisa. Inicialmente são apresentados os dados de descrição da amostra, em seguida é apresentada a análise fatorial da Escala de Satisfação no Trabalho (EST) e a discussão de cada fator. Depois, segue a análise descritiva e discussão da Escala de Envolvimento no Trabalho (EET) e da Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo (ECOAF), e por fim, apresenta-se a relação entre as escalas.

4.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A caracterização da amostra referente à função exercida nas Unidades de Saúde da Família no município de João Pessoa – PB, assim como sexo, faixa etária, estado civil e tempo de serviço na USF dos participantes da pesquisa está apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Saúde da Família no município de João Pessoa-PB, Brasil, 2011. (n=345).

Dados demográficos		f	%
Função	Agente Comunitário de Saúde	152	44
	Enfermeiro	86	25
	Odontólogo	32	9
	Médico	30	9
	Técnico de enfermagem	22	6
	Auxiliar de Consultório Dentário	14	4
	Não informado	9	3
Gênero	Feminino	260	75
	Masculino	84	24
	Não informado	1	1
Faixa etária	19-39	156	45
	40-69	119	35
	Não informado	70	20
Estado civil	Casado	149	43
	Solteiro	128	37
	Não informado	45	13
	Divorciado	18	5
	Viúvo	5	2
Tempo de atuação na USF	1-3 anos	118	34
	4-7 anos	115	33
	8 anos ou mais	43	13
	Não informado	69	20

Pela estratificação da amostra por nível de formação, foram entrevistados 148 profissionais com nível superior, 188 profissionais com nível médio e 22 profissionais que não informaram seu nível de instrução educacional. A maioria dos participantes do estudo é composta por Agentes Comunitários de Saúde (44 %), fato que é explicado pelo número de ACS nas equipes das USF's que são aproximadamente 4 a 6 agentes por equipe.

Com relação ao gênero predomina o feminino (75%), de acordo com Moreira (1999), a mulher está inserida no mercado de trabalho desempenhando profissões ligadas ao cuidado e ao ensino, atividades estas remetidas ao universo familiar, assim, a imagem profissional na área da saúde remete à identidade da profissão, relacionada às suas características e significados exclusivos. Essa relação imagem/identidade é um fenômeno histórico, social e político, configurando-se em uma totalidade contraditória, múltipla e mutável (SILVA; PADILHA; BORENSTEIN, 2002).

Com relação à faixa etária dos profissionais investigados, 45% têm idade entre 19 a 39 anos, com média de idade igual a 29 anos; isto reflete um dado confirmado pelos indicadores de distribuição da população em idade ativa realizado IBGE (2011), indicando que a faixa etária de 18 a 39 anos da população ocupada, ou seja, aquelas pessoas que num determinado período de referência trabalharam ou tinham trabalho, mas não trabalharam, nas regiões metropolitanas do Brasil, representam 78,5% da população.

O estado civil predominante dos profissionais investigados é casado (43%), estes dados podem ser explicados ao observarmos as pesquisa do IBGE (2006), onde é relatado que a maior taxa de nupcialidade permaneceu no grupo etário de 20 a 24 anos (29,7%), seguida pela referente ao grupo etário de 25 a 29 anos (28,4%) e 30 a 39 anos (27%). Em relação ao tempo de serviço na USF, grande parte dos participantes está atuando na unidade de 1 a 3 anos (34%) e 4 a 7 anos (33%), ou seja, 67% dos profissionais têm um tempo de atuação de até 7 anos, com média igual a 5 anos.

4.2 ESCALA DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO

A Escala de Satisfação no Trabalho (EST) foi aplicada aos profissionais de saúde das USF's. O objetivo da EST é identificar os fatores e o nível de satisfação no trabalho, destacando a variedade conceitual da satisfação no trabalho como bifatorial (satisfação e insatisfação). A EST é composta por 45 itens, reunidos em 6 fatores: satisfação com o reconhecimento profissional (8 itens), satisfação com a utilidade social do serviço de saúde e

do trabalho em si (4 itens), satisfação na relação afetiva no trabalho (8 itens), satisfação com o suporte organizacional (9 itens), insatisfação com a sobrecarga de trabalho (9 itens) e insatisfação com a falta de suporte psicossocial (7 itens). Como dito anteriormente, a escala de resposta variou de 5 (muita satisfação) a 1 (muita insatisfação), para todos os fatores, valores entre 5 e 3 tendem a indicar satisfação e valores entre 1 e 2,9 tendem a sinalizar insatisfação.

As respostas dos participantes foram codificadas numa planilha e submetidas a análises estatísticas descritivas, à análise fatorial e ao cálculo do alfa de Cronbach. Uma análise de componentes principais foi conduzida nos 45 itens do instrumento com rotação ortogonal (varimax) na amostra de 345 participantes. A fatorabilidade da amostra apresentou bom resultado sendo testada pelo índice de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0,942$) e pelo teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2 = 24666,649$; $p < 0,001$), conforme recomendação de Hair et al (2005), demonstrando a adequação da amostra para análise fatorial. Depois disso, os dados foram submetidos a análises dos componentes principais e à fatoração dos eixos principais.

A análise inicial mostrou que quatro componentes obedeceram ao critério de Kaiser do autovalor (“*eigenvalue*”) maior que 1 (HAIR et al, 2005). Os autovalores rotacionados para os componentes foram: 16,64 para o componente 1; 12,12 para o componente 2; 15,76 para o componente 3 e 1,55 para o componente 4. A matriz de padrões e a matriz de estrutura mostraram que os itens positivos, ou seja, que utilizaram escores brutos da escala tipo Likert, tiveram maior carga nos componentes 1 e 2; e que os itens negativos, ou seja, que necessitaram inversão de escores, tiveram maior carga nos componentes 3 e 4.

A fidedignidade dos fatores foi estimada e confirmada pelo cálculo dos coeficientes alfas de Cronbach. O referido coeficiente foi desenvolvido para calcular a confiabilidade de um teste naquelas situações em que o pesquisador não tem oportunidade de fazer outra coleta de dados, contudo precisa obter uma estimativa apropriada da magnitude do erro da medida. Nessas situações de pesquisa, também pode ser usado o método de partir ao meio, no qual os escores de duas subdivisões do instrumento são comparados para determinar sua confiabilidade.

A interpretação do alfa de Cronbach está relacionada à interpretação que é dada para as estimativas de confiabilidade baseadas no método de partir ao meio. Isso porque o alfa é uma média de todos os coeficientes para um dado instrumento (STREINER; NORMAN, 1993). A partir desses resultados todas as variáveis foram incluídas nas análises. De acordo com Hair et al (2005), todos valores de Alpha iguais ou superiores a 0,60 não afetam as análises estatísticas. A seguir estão representadas as características psicométricas e a análise

dos seis fatores de satisfação/insatisfação no trabalho entre os profissionais que atuam na ESF em João Pessoa.

4.2.1 Fator 1: Satisfação com o reconhecimento profissional

O primeiro fator identificado foi denominado de *satisfação com o reconhecimento profissional*, que reuniu oito enunciados com valor alfa de 0,8586. O reconhecimento profissional, conforme Chiavenato (2004), está diretamente relacionado à motivação e envolve sentimentos de realização e crescimento, manifestados por meio de exercícios das tarefas e atividades que oferecem suficiente desafio e significado para o trabalho. Na Tabela 4 a seguir estão representadas as características psicométricas do fator 1.

Tabela 4 – Características psicométricas do Fator 1: satisfação com o reconhecimento profissional entre os profissionais de saúde que atuam na ESF em João Pessoa - PB, Brasil, 2011.

Enunciados	Carga fatorial
Ver que posso confiar nos meus gestores me faz sentir	0,91
Ser responsável pelas minhas tarefas me faz sentir	0,88
Quando meus colegas elogiam meu trabalho sinto	0,86
Ver que meu trabalho é reconhecido pelos meus gestores me faz sentir	0,83
Ver que a comunidade reconhece meu trabalho me faz sentir	0,77
Ver que minha equipe me considera um bom funcionário me faz sentir	0,77
Perceber que meus colegas reconhecem a minha capacidade no trabalho me faz sentir	0,77
Ver que sou importante profissionalmente me faz sentir	0,63

Diante desses resultados, pode-se inferir que os fatores de satisfação com o reconhecimento profissional constituem-se como um componente de satisfação no trabalho entre os profissionais de saúde que atuam na ESF em João Pessoa.

De acordo com Martins e Santos (2006), a satisfação em relação ao reconhecimento profissional é uma variável de natureza afetiva e se constitui num processo mental de avaliação das experiências de respeito e dignidade no trabalho que resulta num estado

agradável ou desagradável. Esse processo é influenciado pelos vários conteúdos mentais do indivíduo, como crenças, valores, fatores disposicionais e possibilidade de desenvolvimento no trabalho.

Sendo o trabalho uma atividade reconhecida como fonte de realização e de construção da identidade humana, Bourdieu (2002, p.46) afirma que, “sempre que uma pessoa exerce um cargo ou uma profissão reflete a imagem que tem de si idêntica à imagem que os outros fazem dele, porque sabe que os outros vêem nele aquilo que esperam dele e o que querem que ele seja”.

Desta forma, esse senso de identificação com o trabalho é proveniente da comunicação entre os diversos agentes sociais envolvidos nesta relação: os gestores, os colegas de trabalho e usuários. É o valor que o indivíduo recebe e dá ao seu trabalho que define a sua honra, enquanto agente transformador da sociedade, por este motivo é que a satisfação com o reconhecimento profissional é de extrema importância para o trabalhador, pois representa o prestígio e o respeito que a sociedade tem pelo seu trabalho.

Vale salientar que um trabalhador reconhecido e feliz com o seu trabalho tem mais motivação para o desempenho de suas funções. A motivação é um dos pilares essenciais para o desenvolvimento de ações com qualidade e sem um excessivo desgaste físico e emocional para o trabalhador (CHIAVENATO, 2004). O trabalhador seja da área da saúde ou não, deseja ter pelo seu trabalho o reconhecimento por parte dos demais, não somente da equipe da qual faz parte, mas também dos usuários do serviço. Assim, garantir que trabalhadores em saúde sejam reconhecidos em seu processo de trabalho é uma forma de firmar uma prática de saúde efetiva e de qualidade para os usuários dos serviços, bem como a promoção da saúde do trabalhador.

4.2.2 Fator 2: Satisfação com a utilidade social do serviço de saúde e do trabalho em si

O segundo fator, *Satisfação com a utilidade social do serviço de saúde e do trabalho em si*, reuniu quatro enunciados com valor alfa de 0,6447. As organizações de saúde hoje têm a obrigação de manter ou promover uma boa qualidade de vida, não somente a seus colaboradores, mas também a toda sociedade.

Atualmente, existe a necessidade de que suas ações sejam coordenadas no sentido de garantir à sociedade uma boa qualidade de vida, ou seja, a produção dos serviços deve ser útil,

a fim de proporcionar benefícios à sociedade como um todo (RODRIGUES, 2002). Na Tabela 5 estão representadas as características psicométricas do fator 2.

Tabela 5 – Características psicométricas do Fator 2: Satisfação com a utilidade social do serviço de saúde e do trabalho em si entre os profissionais de saúde que atuam na ESF em João Pessoa - PB, Brasil, 2011.

Enunciados	Carga fatorial
Trabalhar nessa Unidade de Saúde da Família que é bem vista na comunidade me faz sentir	0,90
Ver que meu trabalho é importante para o desempenho da Unidade de Saúde da Família me faz sentir	0,86
Ver que esta Unidade de Saúde da Família faz coisas úteis para a sociedade me faz sentir	0,76
Ver que meu trabalho ajuda a melhorar a sociedade me faz sentir	0,76

A partir dos resultados, observa-se que o fator de satisfação com a utilidade social do serviço de saúde e do trabalho em si é um componente de satisfação no trabalho entre os profissionais investigados.

De acordo com Donaire (1999), a responsabilidade e a utilidade social das organizações excedem a produção de serviços, este conceito tem-se intensificado nas últimas décadas em resposta às mudanças ocorridas nos valores de nossa sociedade. Mudanças essas que incluem a responsabilidade de ajudar a sociedade a resolver alguns de seus problemas sociais.

Ao tratar sobre o trabalho na saúde, Nogueira (1991) afirma que na esfera dos serviços, o trabalho tem uma singularidade marcada pela natureza e modalidade dos processos de cooperação, envolvendo uma complexidade de relações com a organização dos serviços de saúde, com as demandas dos usuários e com o Estado. Como afirma Laurell e Noriega (1989), refletir sobre o processo de trabalho em saúde implica, no mínimo, apreender as dimensões tecnológica, organizacional e política desta prática social, ou seja, requer pensar a saúde como uma política social pública que se materializa como um serviço.

Segundo Merhy (1995), quando um trabalhador dos serviços encontra-se com o usuário no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros. No caso dos serviços de saúde, essa interseção é do tipo compartilhada, porque o usuário não é apenas consumidor dos efeitos úteis do trabalho,

mas é coparticipante do processo de trabalho, na medida em que dele dependem o fornecimento de informações sobre seu estado de saúde e a aplicação das prescrições médicas e recomendações terapêuticas.

Nesse sentido, embora o processo de trabalho nos serviços de saúde se materialize como expressão do processo de trabalho em geral, a sociedade deposita nos profissionais de saúde a confiança e esperança de soluções para os seus problemas e necessidades. Assim, a participação dos profissionais de saúde em ações que fortaleçam e promovam a qualidade de vida dos usuários trazem um ótimo significado ao seu trabalho, cabendo à sociedade e aos gestores dar importância ao trabalho desempenhado pelo indivíduo na organização, a fim de promover uma melhor qualidade de vida no trabalho, proporcionando um retorno em termos de produtividade e qualidade dos serviços prestados.

4.2.3 Fator 3: Satisfação na relação afetiva no trabalho

O terceiro fator, *satisfação na relação afetiva no trabalho*, reuniu oito proposições com valor alfa de 0,9627. Para Herzberg (1966, apud CHIAVENATO, 2004), o relacionamento do indivíduo com seus supervisores e seus colegas de trabalho constitui-se num fator de motivação no trabalho do tipo higiênico, ou seja, é extrínseco ao indivíduo. Ainda segundo o autor, o bom relacionamento no trabalho precisa ser estimulado, a fim de evitar a insatisfação do indivíduo e a falta de motivação para o trabalho. Na Tabela 6 estão representadas as características psicométricas do fator 3.

Tabela 6 – Características psicométricas do Fator 3: Satisfação na relação afetiva no trabalho entre os profissionais de saúde que atuam na ESF em João Pessoa - PB, Brasil, 2011.

Enunciados	Carga fatorial
Ver que meus gestores se preocupam com as condições de trabalho da equipe me faz sentir	0,88
Ver que meus gestores são gentis com minha equipe me faz sentir	0,87
Meus gestores serem amigos da equipe até fora do trabalho me faz sentir	0,87
Ver que meus gestores são legais com seus subordinados me faz sentir	0,85
Ter uma equipe bastante compreensiva me faz sentir	0,85
Ver os meus gestores como amigos me faz sentir	0,83
Ver os membros da minha equipe como amigos me faz sentir	0,82
Gostar dos meus colegas de trabalho me faz sentir	0,81

Diante dos resultados, observa-se que o fator satisfação na relação afetiva no trabalho corresponde a um importante componente de satisfação no trabalho. Na ESF, o enfoque são as equipes multidisciplinares, que têm como fundamento a lógica do trabalho em equipe, ou seja, ponto central é o estabelecimento de vínculos da equipe com a comunidade e a corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (LARA, 2005).

De acordo com Araújo e Rocha (2007), a equipe pode ser vista de duas formas distintas: como a representação de ser apenas um agrupamento de pessoas que agem de forma individualizada, ou entendida como um grupo de indivíduos que interagem nas suas relações práticas e onde todos discutem juntos os problemas em busca de possíveis soluções. Ainda, segundo Campos (1992, p.255), “um grupo de profissionais só configura uma equipe quando opera de modo cooperativo, convergindo seus objetivos para uma dada situação, de forma a haver complementaridade e não soma de superposição”.

Neste sentido, para atuar na ESF é necessário o fortalecimento do relacionamento afetivo entre os colegas de trabalho e os supervisores para que se constitua uma equipe integrada, um verdadeiro grupo que sirva como suporte em períodos de ajustamento e crises, na manutenção ou adaptação a novas situações, na realização de tarefas, valorizando assim cada um de seus membros, o que muitas vezes produz um efeito terapêutico, permitindo as pessoas explorar suas próprias limitações e possibilidades (MUNARI; FUREGATO, 2003).

No processo de produção em saúde, a denominação "equipe" sempre fará referência a uma situação de trabalho, e este, referindo-se à obtenção de bens ou produtos para a atenção às necessidades humanas. Além disso, destacam-se as habilidades relacionais tomadas como ferramentas essenciais da proposta e transformação de modelos assistenciais. Na Estratégia de Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Desta forma, algumas estratégias dentro do ambiente de trabalho podem ser empregadas para fortalecer esses vínculos entre a equipe. O diálogo é de suma relevância na busca do consenso e constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Muitos autores já escreveram sobre a importância das reuniões para as equipes, pois estas, quando se reúnem, têm objetivos e tarefas a desempenhar. Esses objetivos e tarefas podem estar ou não claras aos integrantes de um grupo de trabalhadores, ou seja, tanto os objetivos individuais como aqueles que são do grupo vão se modificando e, por isso, as equipes precisam estar conversando a respeito deles (FORTUNA et al, 2005).

Para Araújo e Rocha (2007), a forma como as pessoas vivem seus problemas dentro e fora dos serviços implica o estabelecimento de canais de interação. Para o desenvolvimento de ações de saúde na perspectiva da integralidade, faz-se necessária uma aproximação integral entre os sujeitos que prestam o cuidado. Ou seja, estabelecer uma prática comunicativa como estratégia para o enfrentamento dos conflitos significa romper com velhas estruturas hierarquizadas, tão presentes no modelo de saúde hegemônico.

Nesse sentido, torna-se essencial que os profissionais de saúde na ESF se relacionem em um ambiente livre de coações e hierarquias, para que juntos se comuniquem, estabelecendo interação, possibilitando assim a construção de um novo modelo de saúde. A equipe não se faz apenas pela convivência de trabalhadores num mesmo estabelecimento de saúde, precisa ser construída e entendida como uma estrutura em permanente desestruturação/reestruturação (FORTUNA et al, 2005).

4.2.4 Fator 4: Satisfação com o suporte organizacional

O quarto fator, *satisfação com o suporte organizacional*, reuniu nove afirmativas com valor alfa de 0,9416. Segundo Eisenberger, Fasolo e Lamastro (1990), suporte organizacional

refere-se às percepções do trabalhador acerca da qualidade do tratamento que recebe da organização em retribuição ao esforço que despende no trabalho.

Para os autores, essas percepções baseiam-se na frequência, intensidade e sinceridade das manifestações organizacionais de aprovação, elogio, retribuição material e social ao esforço dos seus recursos humanos. Uma percepção favorável de suporte organizacional, segundo essa perspectiva, fortaleceria a expectativa esforço-resultado e o envolvimento afetivo do empregado com a organização, resultando em maior esforço do empregado para atingir os objetivos organizacionais. Na Tabela 7 estão representadas as características psicométricas do fator 4.

Tabela 7 – Características psicométricas do Fator 4: Satisfação com o suporte organizacional entre os profissionais de saúde que atuam na ESF em João Pessoa - PB, Brasil, 2011.

Enunciados	Carga fatorial
Perceber que os recursos técnicos e materiais são suficientes me faz sentir	0,91
Perceber que conhecer bem o trabalho me dá chance de subir de cargo me faz sentir	0,91
Perceber que esta gestão é preocupada em fazer com que seus empregados vivam bem me faz sentir	0,86
Perceber que as decisões são tomadas em equipe me faz sentir	0,86
Ver a capacidade dos meus gestores para resolver problemas do trabalho me faz sentir	0,86
Ver que posso confiar na minha equipe me faz sentir	0,84
Ver a capacidade da minha equipe para resolver problemas do trabalho me faz sentir	0,83
Ver que meus gestores incentivam seus subordinados me faz sentir	0,80
Perceber que tenho um bom salário me faz sentir	0,79

A partir dos resultados apresentados, nota-se que o fator de satisfação com o suporte organizacional é um componente de satisfação no trabalho entre os profissionais investigados. Como visto anteriormente, o suporte organizacional se refere às crenças e expectativas de um indivíduo acerca da retribuição e do reconhecimento dados pela organização.

Para Siqueira e Gomide Jr (2004), a percepção de suporte organizacional pode influenciar na satisfação e no bem-estar com o trabalho. Ao discutirem os vínculos do indivíduo com a organização e o trabalho, relatam que a literatura confirma a influência da

percepção de suporte organizacional na redução de absenteísmo e da intenção de sair da organização, aumentando o desempenho, a satisfação no trabalho, o envolvimento com o trabalho, comprometimento e cidadania organizacional.

De acordo com Eisenberger, Fasolo e Lamastro (1990), as interações do trabalhador com a organização se caracterizam por relações de troca marcadas por expectativas de reciprocidade. Segundo os autores, a reciprocidade é norma social, apesar de não ocorrer em todos os casos de interações sociais. Reciprocidade, nesse contexto, é definida como padrão de trocas mutuamente dependentes entre duas unidades sociais, ou seja, uma unidade social se torna mais bem disposta a prestar auxílio a outra unidade, quando a última se mostra capaz de retribuir-lhe o benefício.

A interação entre o trabalhador e a organização não parece diferente. Há expectativas de reciprocidade nas interações entre indivíduo e organização. A organização, por um lado, tem obrigações legais, morais e financeiras com o seu membro e o direito de esperar que ele apresente bom desempenho, comprometimento e lealdade. O trabalhador, por sua vez, tem obrigação de apresentar bom desempenho e o dever de ser leal e comprometido com a organização. O contrato psicológico do trabalhador com a organização estabelece tais expectativas de trocas e benefícios mútuos (OLIVEIRA-CASTRO; PILATI; BORGES-ANDRADE, 1999).

Assim, assegurar que os profissionais estejam satisfeitos com o suporte organizacional implica diretamente a qualidade dos serviços prestados por eles. Dentro do contexto dos trabalhadores do setor saúde, garantir este suporte aos profissionais conduz a uma responsabilização com compromissos pelos direitos de cidadania da população e à prestação de serviços com acolhimento, qualidade e resolubilidade, à população usuária (CNS, 2002b).

Desta forma, valorizar e investir nos recursos humanos da área da saúde, avançando na sua estruturação e solidez do vínculo contratual de trabalho, salários compatíveis com o trabalho realizado, propiciando serviços com resolutividade tanto em estrutura como em organização, com recursos materiais suficientes, avaliação contínua e discussão de ideias entre os membros das equipes, é de suma importância para a qualidade da atenção à saúde e requer ampla participação e envolvimento no seu planejamento e ações estratégicas tanto por parte dos gestores em saúde, quanto dos profissionais e da comunidade.

4.2.5 Fator 5: Insatisfação com a sobrecarga de trabalho

O quinto fator, *insatisfação com a sobrecarga de trabalho*, reuniu nove enunciados com valor alfa de 0,9598. Para os fatores de insatisfação há inversão dos escores da escala de Likert que variou de 1 (muita insatisfação) e 5 (muita satisfação), assim, valores entre 1 e 2,9 tendem a sinalizar insatisfação, enquanto valores entre 3 e 5 indicam satisfação.

Alvarez e Fernandez (1991) descrevem que, quando o sujeito começa a perceber que as demandas do trabalho são superiores aos recursos de que dispõe para enfrentá-las, se inicia um quadro de tensão que pode gerar estresse relacionado à sobrecarga de trabalho e pode ser responsável pela insatisfação com o trabalho e pelo desejo de trocar de profissão. Na Tabela 8 estão representadas as características psicométricas do fator 5.

Tabela 8 – Características psicométricas do Fator 5: Insatisfação com a sobrecarga de trabalho entre os profissionais de saúde que atuam na ESF em João Pessoa - PB, Brasil, 2011.

Enunciados	Carga fatorial
Ver que trabalho mais do que posso, me faz sentir	0,91
Perceber que trabalho demais me faz sentir	0,90
Perceber que o cansaço do trabalho me deixa desanimado para sair de casa me faz sentir	0,85
O cansaço que sinto depois do trabalho me faz sentir	0,84
Ficar esgotado de tanto trabalhar me faz sentir	0,84
Trabalhar tanto me faz sentir	0,79
Ter problemas de saúde por causa do meu trabalho me faz sentir	0,78
Ver o quanto meu trabalho me cansa me faz sentir	0,76
Ver que meu serviço exige de mim mais do que eu posso fazer me faz sentir	0,75

Diante dos resultados, observa-se que o fator de insatisfação com a sobrecarga de trabalho corresponde a um fator de insatisfação no trabalho entre os profissionais que atuam na ESF. A sobrecarga de trabalho tem recebido considerável atenção dos pesquisadores, sendo considerada um forte agente estressor e pode ser dividida em dois níveis: quantitativo e qualitativo. A sobrecarga quantitativa diz respeito ao número excessivo de tarefas a serem realizadas; isto é, a quantidade de tarefas encontra-se além da disponibilidade do trabalhador.

A sobrecarga qualitativa refere-se à dificuldade do trabalho, ou seja, o indivíduo depara-se com demandas que estão além de suas habilidades ou aptidões (JEX, 1998).

Neste sentido, as equipes da ESF têm inúmeras atribuições, segundo o Ministério da Saúde (1997) de forma a priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e continuada. Ao mesmo tempo, cada profissional da equipe tem suas atribuições de acordo com suas especificidades, assim um elemento que contribui para a percepção de sobrecarga de trabalho é o acúmulo de funções que estes profissionais desenvolvem ao longo da jornada de trabalho.

Dessa forma, a sobrecarga de trabalho ou trabalhar em condições difíceis pode produzir um quadro de estresse nos profissionais, em resposta a um processo de perturbação que acomete o indivíduo, quando este mobiliza excessivamente sua energia de adaptação para enfrentar solicitações do meio profissional que ultrapassem suas capacidades físicas e/ou psíquicas (AUBERT, 1996).

O estresse relacionado ao trabalho resulta de várias situações em que a pessoa percebe este ambiente como ameaçador às suas necessidades de realização pessoal e profissional, prejudicando sua interação com suas funções e com o ambiente de trabalho, na medida em que este ambiente contém demandas excessivas a ela, ou que ela não contenha recursos adequados para enfrentar tais situações (FRANÇA; RODRIGUES, 1999).

A saúde dos trabalhadores é uma consequência da relação complexa e dinâmica entre o trabalhador e a sua atividade de trabalho. O dinamismo no processo de trabalho e a velocidade nas mudanças organizacionais extrapolam o limite e o reducionismo das visões estáticas na relação trabalho e saúde. A noção de carga de trabalho tenta superar essa questão pressupondo a análise do processo de trabalho de forma dinâmica e abrangente, incluindo não somente os aspectos técnicos presentes nos objetos e instrumentos do trabalho, mas também a organização do trabalho (ALVAREZ; FERNANDEZ, 1991).

Dentro da perspectiva da ESF, a enorme demanda de atendimentos e a complexidade das exigências para um trabalho com enfoque coletivo, se constituem em fontes geradoras de tensão e sobrecarga física e mental. Considerando-se que os profissionais de saúde que atuam no serviço têm uma expressiva influência no processo de saúde-doença-cuidado, pois colaboram para o desenvolvimento da saúde individual e coletiva e contribuem para que indivíduos adotem comportamentos saudáveis, é necessário que também a eles sejam oferecidas condições dignas no desenvolvimento de suas funções, o que pressupõe boas condições de trabalho, seja de ambiência física e/ou social, seja de autonomia e respeito (KALINOWSKI, 2000).

Dessa forma, refletir sobre a prática dos profissionais de saúde que atuam na ESF pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias que proporcionem um pensar sobre políticas de recursos humanos e de enfrentamento das adversidades com relação a sobrecarga de trabalho, colaborando para possíveis transformações sociais e consequente promoção da saúde desses trabalhadores.

4.2.6 Fator 6: Insatisfação com a falta de suporte psicossocial

O sexto fator, *insatisfação com a falta de suporte psicossocial*, reuniu sete proposições com valor alfa de 0,9651. Villalobos (2004) considera que os fatores psicossociais do trabalho representam um conjunto de percepções e experiências, ou seja, consistem em interações entre o trabalho, o ambiente laboral, as condições da organização e as características pessoais do trabalhador, suas necessidades, cultura, experiências, estilo de vida e sua percepção de mundo. Inclui, entre os principais fatores psicossociais do trabalho geradores de estresse, aspectos da organização, gestão e processo de trabalho e as relações humanas. Na Tabela 9 estão representadas as características psicométricas do fator 6.

Tabela 9 – Características psicométricas do Fator 6: insatisfação com a falta de suporte psicossocial entre os profissionais de saúde que atuam na ESF em João Pessoa - PB, Brasil, 2011.

Enunciados	Carga fatorial
Ver que neste trabalho nunca vou subir de cargo me faz sentir	0,86
Nunca ter recebido um elogio dos meus gestores me faz sentir	0,86
Ver que meus gestores gostam de corrigir a gente só para chatear me faz sentir	0,85
A falta de reconhecimento da minha capacidade no trabalho me faz sentir	0,85
Ver quantas demissões os meus gestores andam fazendo me faz sentir	0,82
Ver que posso ficar desempregado a qualquer momento me faz sentir	0,80
Perceber que os recursos técnicos e materiais são insuficientes me faz sentir	0,80

Diante dos resultados, observa-se outro fator de insatisfação, a falta de suporte psicossocial entre os profissionais que atuam na ESF. De acordo com Dejours (1998), os

principais fatores de insatisfação psicossocial relacionados ao trabalho incluem: percepção de carreira inadequada, promoções antecipadas ou demoradas; sentimentos de insegurança a respeito do futuro no emprego; impossibilidade de expressar queixas; aspectos de relações humanas como falta de cooperação dos superiores, colegas ou subordinados, devido a diferenças de objetivos e/ou valores; carência de recursos materiais e de oportunidade para utilizar as qualificações e capacidades pessoais de modo eficaz.

De acordo com Villalobos (2004), atualmente os fatores psicossociais associados a novos métodos de trabalho têm-se apresentado como uma das causas principais do comprometimento da saúde e da qualidade de vida da população trabalhadora.

Para Chiavenato (2004), a qualidade de vida no trabalho assimila duas posições distintas: por um lado, as aspirações da pessoa em relação ao seu bem-estar e satisfação do trabalho, e por outro, o interesse da organização quanto aos seus efeitos nos objetivos organizacionais. Nesta perspectiva, a qualidade de vida no trabalho não é determinada apenas pelas características individuais (necessidades, valores, crenças e expectativas) ou situacionais (estrutura organizacional, tecnologia, sistemas de recompensas), mas sim pela interação sistêmica das características individuais e organizacionais.

Para o autor, a qualidade de vida interfere com aspectos importantes para o desenvolvimento psicológico e sócio-profissional do indivíduo, nomeadamente: motivação para o trabalho; capacidade de adaptação a mudanças no ambiente de trabalho; criatividade e vontade de inovar ou de aceitar qualquer mudança na organização. Assim, a eficiência no trabalho precisa ser acompanhada de condições de trabalho dignas e adequadas, recursos suficientes para desenvolver tarefas e postos de trabalho que tenham em conta as características das pessoas, as suas necessidades, aptidões e interesses.

Dentro do quadro da saúde pública no Brasil, os profissionais de saúde não encontram condições de suporte psicossocial favoráveis no desempenho de suas atividades, afetando a necessidade de autorrealização, desta forma, na medida em que não consegue resolver as necessidades do usuário e suas próprias exigências em relação à qualidade do serviço prestado, o trabalhador se sentirá insatisfeito com a instituição, afetando diretamente a sua qualidade de vida no trabalho (QVT).

Estes problemas no campo da gestão de pessoal representam desafios para a consolidação da ESF, surgindo a necessidade da efetivação de uma política de Recursos Humanos para o SUS, que constitui a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) instituída em 2003, através da Resolução nº 330, implementada como

integrante da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS (BRASIL, 2003).

Este é mais um dos instrumentos produzidos, a partir da participação da sociedade organizada, para a consolidação do SUS, recolocando a importância do trabalho para o sistema, a necessidade da valorização profissional na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde (CNS, 2002a). De forma que os trabalhadores da saúde constituam a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população.

Para tanto, é indispensável uma ampla discussão acerca das necessidades desses trabalhadores que atuam no SUS, abordando questões que vão desde a formação, inserção e disponibilidade de profissionais para as organizações de saúde até o vínculo dos trabalhadores em saúde com o sistema. Contudo, o que se observa atualmente é a precarização das relações de trabalho, tornando complicada a manutenção de um quadro profissional estável, motivado e comprometido com as questões de trabalho em saúde (ASSIS; ALVES; SANTOS, 2008).

De acordo com os autores, é mister que se avance nas políticas de RH, a fim de atuar na despreciação do processo de trabalho, regulamentação de um plano de carreira, cargos e salários, valorização profissional, implantação de estratégias de educação permanente que possibilitem a promoção profissional e maior motivação, respeitando-se as necessidades dos serviços e a satisfação dos trabalhadores, além de mecanismos de compensação salarial.

Deste modo, o investimento em recursos humanos irá influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que trabalhadores em saúde estejam satisfeitos com o processo de trabalho e seus resultados é um caminho prático e sustentável para o avanço na execução operacional do sistema (CNS, 2002b). Igualmente, a motivação e o envolvimento com o trabalho são estritamente necessários para firmar uma prática de saúde efetiva e de excelência.

Nesse sentido, a NOB/RH-SUS tem por finalidade primordial constituir parâmetros gerais para a gestão do trabalho no SUS, estabelecendo princípios e diretrizes para a gestão (municipal, estadual e federal); elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários - PCCS's; planejamento estratégico e da gestão colegiada das ações, serviços e projetos; educação permanente para o processo de trabalho no SUS; organização da atenção à saúde ocupacional do trabalhador do SUS; e gestão participativa e com controle social, dentre outros (CNS, 2002a).

Ao assegurar o “desenvolvimento do trabalhador”, a NOB/RH-SUS afirma priorizar as:

[...] atitudes, circunstâncias, ações e eventos que assegurem ao trabalhador o crescimento profissional e laboral que possibilite o pleno desenvolvimento humano, a sua satisfação com o trabalho, o reconhecimento, a responsabilização com compromissos pelos direitos de cidadania da população e a prestação de serviços com acolhimento, qualidade e resolubilidade, à população usuária do Sistema (CNS, 2002b, p.15).

Para a NOB/RH-SUS, a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação dos profissionais e a formulação de políticas que estão incluídas na proposição de propostas de formação de novos perfis profissionais, tornando-se imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis, desde o ensino fundamental, com o SUS e seu projeto tecnoassistencial (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para os referidos autores, surge dentro deste contexto a gestão colegiada propiciando a participação efetiva de diferentes níveis e segmentos, incluídos os usuários, os profissionais, os serviços de saúde e as instituições formadoras, explicitando o compromisso com a mudança. Este modelo de gestão se configura como uma roda que cartografa a realidade e opera processos pedagógicos de ordenamento das redes de atenção, da permeabilidade às práticas populares, qualificação das práticas pela integralidade da atenção e de produção de aprendizagem significativas pela alteridade com as pessoas. A mudança somente repercutirá na formação profissional e na atenção, quando todas as instâncias estiverem centralmente comprometidas.

Nesse sentido, a NOB/RH-SUS aponta como diretriz para a gestão elaborar um quadro de necessidades de recursos humanos para a implementação do respectivo Plano de Saúde e para a manutenção da estrutura gestora do SUS em cada esfera de governo, realizando concurso público para contratar e manter o quadro de pessoal necessário para a execução da gestão e das ações e serviços de saúde. Entretanto, esta diretriz não foi implementada na contratação de profissionais para atuar na ESF no município de João Pessoa nem em grande parte dos municípios do Brasil. Esta ‘desvinculação’ profissional acaba por gerar desmotivação, desresponsabilização na execução das atividades e abandono do trabalho.

Diante dos desígnios de comprometimento com os princípios do SUS e da ESF, da fixação dos profissionais nos serviços e da adesão ao modelo assistencial, a partir das necessidades de saúde da comunidade, de um novo pacto entre gestores e servidores com base na valorização da equipe de saúde e melhora da satisfação no trabalho entre os profissionais, torna-se imprescindível a construção de uma agenda nacional para a implementação e efetivação da política de Recursos Humanos no SUS (BRASIL, 2002).

4.3 ESCALA DE ENVOLVIMENTO COM O TRABALHO

A Escala de Envolvimento com o Trabalho (EET) foi utilizada na sua versão reduzida com cinco questões que foram aplicadas aos profissionais de saúde das USF's. O objetivo da escala é verificar o nível de envolvimento com o trabalho, ou seja, o grau em que o trabalho consegue ser importante e envolvente para o profissional.

O cálculo da confiabilidade da EET para os 345 participantes indicou o coeficiente de Cronbach $\alpha = 0,978$. Os dados foram submetidos ao teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov (KS) que compara uma distribuição cumulativa observada (DO) com uma distribuição teórica normal (DN). Os valores elevados na significância ($\geq 0,05$) indicam que a DO corresponde à DN (HAIR et al, 2005). Na Tabela 4 é possível observar os resultados descritivos da EET.

A interpretação dos resultados deverá considerar que quanto maior for o valor do escore médio maior será o grau de envolvimento do profissional com o seu trabalho. Assim, valores entre 4 e 7 tendem a indicar envolvimento. Por outro lado, valores entre 1 e 3,9 tendem a sinalizar pouco ou nenhum envolvimento. Nos resultados da Tabela 10 não estão representadas as respostas indiferentes.

Tabela 10 – Análise descritiva da Escala de Envolvimento com o Trabalho (n=345) dos profissionais de saúde que atuam nas USF no município de João Pessoa-PB, Brasil, 2011.

Itens	% de respostas		Média	Desvio padrão	Teste KS
	Concordam	Discordam			
Eu estou pessoalmente muito ligado ao meu trabalho.	58	31	4,48	2,057	3,394
As horas que passo trabalhando são as melhores horas do meu dia.	34	59	3,54	1,965	3,586
As maiores satisfações da minha vida vêm do meu trabalho.	34	59	3,34	2,033	3,176
As coisas mais importantes que acontecem em minha vida envolvem meu trabalho.	27	65	2,89	2,068	4,680
Eu como, vivo e respiro meu trabalho.	16	78	2,21	1,846	6,833

Do segundo ao quinto item, as médias oscilaram entre 2,21 a 3,54, numa escala que variava de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), o que indica haver pouco envolvimento com o trabalho dos profissionais entrevistados. Já no primeiro item da escala, que se refere à identificação com o trabalho desenvolvido, a média foi de 4,48, isso significa

que há um discreto envolvimento da maior parte dos profissionais com as atividades desempenhadas no trabalho, quando julgam estarem ligadas ao trabalho.

Entende-se por estar ligado ao trabalho o processo de identificação do trabalhador com a atividade desempenhada na organização que perpassa o desenvolvimento e o envolvimento dos atores num conjunto de práticas ideológicas, anteriores à sua inserção no mercado de trabalho, capacitando-o a reproduzir determinadas posturas “apreendidas” durante a vida. A identificação do indivíduo com o trabalho é a base da “lealdade organizativa”, a partir da qual se tem um processo decisório coerente com os objetivos da organização (CHIAVENATO, 2004).

Conforme Siqueira e Gomide Júnior (2004), o envolvimento com o trabalho foi apontado como um dos principais vínculos afetivos do indivíduo com suas atividades profissionais. Segundo esses autores, há pessoas que conseguem ver no trabalho que realizam um meio de crescer e satisfazer suas necessidades mais complexas como seres humanos. Assim, observa-se que estar envolvido com o trabalho não é algo que permanece constante, a maior parte dos profissionais participantes do estudo demonstra estar pouco envolvida com o trabalho, apesar de se identificarem com o trabalho que desenvolvem.

O trabalho é importante na construção da identidade do indivíduo, mas para intensificar o comprometimento profissional é necessário observar o nível de envolvimento com o trabalho, identificar-se com as atividades realizadas e estar disposto a exercer um esforço considerável em benefício da organização (SAMPAIO, 1999).

O envolvimento no trabalho tem como fundamento a maneira como a pessoa se identifica com o trabalho, participa ativamente dele e considera seu desempenho como algo valioso. Portanto, a qualidade dos serviços de saúde passa a figurar como resultado de diferentes fatores que constituem instrumentos para a avaliação do grau de comprometimento dos profissionais com o trabalho. A adoção de alternativas concretas e reais propostas pelos gestores em saúde constituem-se em um dos aspectos que propiciam o engajamento do profissional de saúde com o trabalho.

4.4 ESCALA DE COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL AFETIVO

A Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo (ECOА) é composta por cinco questões e foi aplicada aos profissionais de saúde das USF's. O objetivo da escala é medir o vínculo afetivo do indivíduo com a organização que leva a atitudes e ações dos profissionais no sentido de contribuir para a organização e seu bem-estar. O cálculo da confiabilidade da Escala ECOА para a amostra apontou índice de Cronbach's $\alpha = 0,9672$. A partir desses resultados todas as variáveis foram incluídas nas análises. Na Tabela 11 é possível observar os resultados descritivos quanto a ECOА a partir do seguinte questionamento “**A Unidade de Saúde da Família onde trabalho faz-me sentir...**”.

Tabela 11 – Análise descritiva da Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo dos profissionais de saúde que atuam nas USF do município de João Pessoa – PB, Brasil. 2011 (n=345).

Sentenças	Nada		Pouco		Mais ou menos		Muito		Extremamente		Desvio Padrão	Teste KS
	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%		
Orgulhoso dela	14	4	31	9	113	33	160	46	27	8	0,91	5,003
Contente com ela	7	2	33	10	118	34	169	49	18	5	0,82	5,359
Entusiasmado com ela	18	5	43	13	123	35	130	38	31	9	0,98	4,083
Interessado por ela	11	3	24	7	64	19	179	52	67	19	0,95	5,710
Animado com ela	12	4	32	9	112	32	157	46	32	9	0,91	4,907

As respostas indicam que 56% dos profissionais demonstram comprometimento organizacional afetivo nas USF's onde atuam, ou seja, esses profissionais têm o desejo de permanecer trabalhando na organização. Conforme definição de Siqueira e Padovam (2004), o comprometimento organizacional afetivo constitui-se em uma consequência do quanto o profissional é receptivo, durante uma troca social, percebendo a organização em que trabalha como uma fonte de apoio ou suporte social (organização doadora).

Os autores afirmam que o comprometimento organizacional é uma forte crença e a aceitação dos valores e objetivos organizacionais, estando o profissional disposto a exercer um esforço considerável em benefício da organização e um forte desejo de se manter como membro desta. Se “comprometer” significa para o trabalhador ter identificação com os valores da organização, então isso o faz sentir-se orgulhoso por ser parte dela.

Quando comprometido, o trabalhador deseja dar algo de si para contribuir com o bem-estar da organização. Estudo realizado por Tamayo et al (2000), verificou-se que o comprometimento organizacional afetivo é uma das razões pela qual o indivíduo se comporta superando as expectativas que são depositadas nele. Os vínculos positivos que o trabalhador estabelece com a organização afetam seu desempenho e o impulsionam a comportar-se de modo a atingir os objetivos organizacionais.

O bom desempenho das equipes de trabalho nas Unidades de Saúde da Família e o impacto dos resultados dependerão muito das suas competências e do envolvimento dos profissionais de saúde com a sua Unidade e com a profissão. Portanto, diante dos resultados da pesquisa, que atitudes poderão ser tomadas pelos gestores em saúde para assegurar o comprometimento organizacional afetivo dos 44% dos profissionais que apontam pouco ou nenhum comprometimento com a USF?

Os gestores em saúde devem favorecer e estimular o desenvolvimento do comprometimento afetivo nos indivíduos pelas consequências positivas para a organização e profissão. O profissional com comprometimento afetivo se torna um ativo valioso e singular para o sucesso da organização. Manter o comprometimento organizacional afetivo do trabalhador traz diversos benefícios para a organização e, além dos já citados, Siqueira e Gomide Júnior (2004) acrescentam que o trabalhador que possui este forte comprometimento permanece na organização por sua própria vontade. Os vínculos que são estabelecidos com a organização se dão através da internalização dos valores organizacionais, identificação com suas metas e envolvimento com o cargo que ocupa.

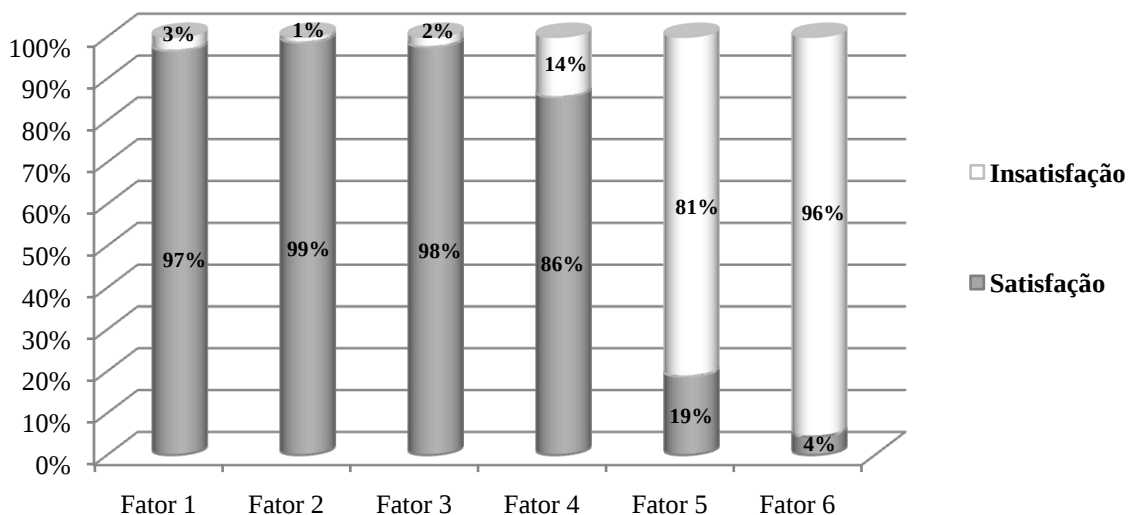
Assim, cabe aos gestores em saúde considerar a situação e os benefícios que podem ser gerados com o comprometimento do indivíduo no seu trabalho, causando impacto positivo na prestação da assistência à clientela.

4.5 SATISFAÇÃO, ENVOLVIMENTO COM O TRABALHO E COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL AFETIVO: COMPREENDENDO O BEM-ESTAR NO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOÃO PESSOA

Diversas investigações acerca do bem-estar no contexto de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa foram realizadas ao longo deste estudo. O bem-estar no trabalho está associado aos fatores de satisfação no trabalho, ao envolvimento e ao comprometimento organizacional (SIQUEIRA; PADOVAM, 2004). Desta forma, para evidenciar o bem-estar no trabalho dos profissionais investigados é necessário que

eles estejam satisfeitos com o trabalho, reconheçam o envolvimento com as tarefas que realizam e mantenham compromisso afetivo com a organização.

Os resultados do estudo apontam que os profissionais de saúde que atuam na ESF demonstram satisfação com o reconhecimento profissional, a utilidade social do serviço de saúde e do trabalho em si, a relação afetiva no trabalho e o suporte organizacional. Por outro lado, eles sentem-se insatisfeitos com a sobrecarga de trabalho e a falta de suporte psicossocial. Para uma melhor compreensão da percepção de satisfação e insatisfação com os fatores investigados, construiu-se a Figura 1 que representa a frequência absoluta das respostas dos participantes do estudo.



Legenda dos fatores:

Fator 1 - Satisfação com o reconhecimento profissional

Fator 2 - Satisfação com a utilidade social do serviço de saúde e do trabalho em si

Fator 3 - Satisfação na relação afetiva no trabalho

Fator 4 - Satisfação com o suporte organizacional

Fator 5 - Insatisfação com a sobrecarga de trabalho

Fator 6 - Insatisfação com a falta de suporte psicossocial

Figura 1 - Fatores de satisfação/insatisfação no trabalho entre profissionais de saúde na ESF em João Pessoa-PB, Brasil. 2011.

A partir da análise da Figura 1, observa-se que os profissionais de saúde apresentam elevada satisfação com o reconhecimento profissional e com a utilidade social do serviço de saúde. Estes fatores são de extrema importância para o desenvolvimento das ações de saúde

na ESF, uma vez que integram o reconhecimento do profissional de saúde por parte da comunidade, dos colegas de trabalho e dos gestores.

O trabalho desenvolvido nas USF's está totalmente direcionado às necessidades de saúde da comunidade, portanto a qualidade da utilização dos serviços torna-se produto da interação entre usuários, profissionais e gestores de saúde. Desta forma, sentir-se valorizado profissionalmente permite apropriar-se de suas atividades, desempenhando-as de forma efetiva e resolutiva num ambiente de trabalho equilibrado.

Associada diretamente a estes fatores, a satisfação com o relacionamento afetivo no trabalho também contribui para a construção de um ambiente de trabalho saudável; é imprescindível o bom relacionamento com a equipe e, principalmente, com os gestores. Tanto nas relações sociais, quanto nas relações de trabalho, a troca de poder é um fenômeno inerente ao relacionamento humano. Sendo assim, é provável que nas relações de trabalho o poder esteja presente influenciando as relações que ali se dão e, conseqüentemente, interferindo nos resultados individuais e organizacionais.

Assim, construir um ambiente de trabalho onde as relações de poder encontram-se horizontalizadas é essencial para o desenvolvimento de atividades interdisciplinares, como é o caso da ESF. A integração entre os membros da equipe permite que os profissionais troquem informações relacionadas aos pacientes para tornar a conduta adequada, de acordo com cada necessidade identificada pela equipe. Cada membro tem o seu papel na Unidade de Saúde da Família e desempenhá-lo com dedicação torna o trabalho gratificante e reconhecido pela comunidade e equipe. O trabalho em equipe é muito importante para dispensar assistência integral ao paciente e família. Quando todos os membros e os gestores conhecem as necessidades das famílias, a abordagem acontece em sua totalidade e é mais eficaz, pois toda a equipe e gestão participam do acompanhamento.

Com relação à satisfação com o suporte organizacional, as sentenças estão pautadas na Teoria da Motivação Bifatorial de Herzberg, tanto os fatores higiênicos como condições de trabalho e conforto, relações com o supervisor, salário e remuneração, segurança no cargo e relações com os colegas, quanto os fatores motivacionais como oportunidades de promoção, estabelecimento de objetivos e avaliação relacionada com eles, ampliação vertical ou horizontal, ou seja, enriquecimento do cargo (CHIAVENATO, 2004).

Durante a coleta dos dados, mesmo se tratando de um instrumento com respostas fechadas, diversos questionários vieram com algumas observações escritas nas sentenças relacionadas ao fator satisfação com o suporte organizacional. As principais queixas foram em relação aos salários e os recursos técnicos e materiais, uma vez que os enunciados afirmavam:

“Perceber que tenho um bom salário, me faz sentir” e “Perceber que os recursos técnicos e materiais são suficientes, me faz sentir” fizeram com que vários profissionais se manifestassem contrários a estas afirmações, conforme se expressaram: “Eu não tenho um bom salário” e “Onde estão os recursos técnicos e materiais?”.

A NOB/RH-SUS como uma política de recursos humanos representa as escolhas sobre cursos de ação e procedimentos que interessam aos profissionais, determinando noções de bem-estar no trabalho – social e econômico – e de boa convivência, garantindo ao serviço de saúde a regulação da distribuição do conjunto e do perfil de RH oferecido pelos prestadores aos usuários dos serviços.

A partir desta regulação se definem, em grande parte, a qualidade, efetividade, oportunidade, o acesso real da população aos serviços de saúde, assim como a regulação dos empregos (oportunidades de trabalho), salários e remunerações, incentivos, oportunidades de carreira e formação avançada, oferecidos pelos gestores aos trabalhadores. Desta forma, garantir a efetivação desta política de RH proporciona aos trabalhadores em saúde a garantia de satisfação e bem-estar no trabalho.

Com relação aos recursos técnicos e materiais das USF's no município de João Pessoa-PB, observa-se a falta de infraestrutura dos serviços que funcionam em casas improvisadas, o que acaba inviabilizando a cobertura da demanda de usuários. Além disso, em grande parte das unidades de saúde ocorre a falta de materiais em quantidade e qualidade suficientes a uma prestação de cuidado adequado, expondo várias vezes o profissional ao constrangimento frente ao cliente.

Portanto, a boa comunicação, o bom relacionamento entre os profissionais que integram as equipes das USF's e a garantia de um bom suporte organizacional são extremamente necessários para que se desenvolvam ações de saúde efetivas para a comunidade. Um ambiente de trabalho envolvendo confiança, amizade, segurança, reconhecimento e recursos suficientes torna-se um elemento essencial para a satisfação dos profissionais favorecendo o acesso a serviços de qualidade incidindo efetivamente sobre o estado de saúde dos usuários e da coletividade.

Partindo agora para a análise dos fatores de insatisfação com o trabalho, a Figura 1 aponta que 81% dos profissionais investigados estão insatisfeitos com a sobrecarga de trabalho. A jornada de trabalho na ESF é de 40 horas semanais para cada profissional, conforme determinado pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006), mas o que acaba acontecendo com os integrantes das equipes é a sobrecarga de papéis. A gerência do cuidado e da unidade são algumas das responsabilidades extras que os membros da equipe

assumem, e na maioria das vezes, a prática demonstra que este papel é desempenhado pelo profissional enfermeiro. Evidentemente a presença desse risco é gerador de estresse na medida em que a pessoa terá dificuldades de se situar nas tarefas que lhe cabem e seu desempenho pode vir a ser prejudicado.

A sobrecarga de trabalho esteve presente em todas as categorias profissionais da ESF em João Pessoa-PB, em virtude da grande quantidade de famílias sobre responsabilidade da equipe e da carência de serviços de Atenção Primária nas áreas de abrangência em que as USF's foram implantadas, estes profissionais tiveram que assumir uma duplicidade de papéis trabalhando ora como Unidade de Saúde da Família ora como Unidade Básica de Saúde.

De acordo com a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006), a área de abrangência de cada ESF é de no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, sendo o número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada (com um máximo de 750 pessoas por ACS) é de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Porém, na prática o número de pessoas atendidas é muito maior, tendo em vista as áreas descobertas pela estratégia, cabendo a equipe atender esta demanda da forma que é possível, utilizando os recursos disponíveis a fim de prestar o cuidado necessário.

Além disso, aparentemente o fato das USF's terem sido implementadas em áreas periféricas onde as famílias ficam à margem dos serviços de saúde faz com que a demanda espontânea seja alta, contribuindo para que os profissionais identifiquem este fator como um ponto crítico na realização de suas atividades. Na prática, esta multiplicidade de atribuições aos profissionais das USF's tem-se mostrado como um obstáculo ao anseio em substituir o modelo curativo – que continua compondo a maior parte das atividades da equipe, por outro com características de prevenção e promoção da saúde. O trabalho em si divide-se entre realizar atividades programadas e ainda dar conta de outras demandas, exigindo uma dedicação ilimitada que ultrapassa o horário de trabalho e que traz impotência e desgaste profissional.

Assim, o acúmulo de tarefas, associado ao ritmo de trabalho implantado nas unidades, acaba reduzindo a oportunidade de apoio social ao indivíduo, causando insatisfação, tensão e problemas de saúde. A sensação de desgaste é um sintoma físico relacionado ao estresse, ele é uma das características da síndrome da fadiga e, de um modo geral, a fadiga pode ser entendida como um desgaste de energia física ou mental, que poderá ter repercussões sobre vários sistemas do organismo, provocando múltiplas alterações de funções que conduzem a uma diminuição da performance no trabalho, ao absenteísmo e distúrbios psicológicos, familiares e sociais (FRANÇA; RODRIGUES, 1999).

Desta forma, refletir sobre a prática dos profissionais de saúde que atuam na ESF pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias que proporcionem um pensar sobre políticas de recursos humanos e de enfrentamento das adversidades com relação à sobrecarga de trabalho, colaborando para possíveis transformações sociais e consequente promoção da saúde desses trabalhadores.

Com relação à falta de suporte psicossocial, a Figura 1 aponta que 96% dos profissionais da ESF estão insatisfeitos com este fator. A falta de investimento dos gestores em saúde no suporte psicossocial, assim como em condições estruturais e materiais de trabalho na ESF é incoerente com o discurso oficial sobre as diretrizes do SUS. Tamayo et al (2000) afirmam que a percepção dos profissionais de saúde sobre seu trabalho reflete a contradição no cenário do SUS em que na teoria existe um arrojado conjunto de princípios traçados em sua concepção e uma ideologia de enaltecimento dos propósitos sociais do trabalho, enquanto vivencia uma prática marcada pelo baixo investimento de recursos.

No que se refere ao envolvimento com o trabalho, os resultados apontam que os profissionais se identificam com as tarefas desempenhadas, mas não estão envolvidos com o trabalho realizado, gerando um resultado negativo. Já em relação ao comprometimento afetivo com a organização, os resultados são positivos, ou seja, os profissionais se identificam com o serviço de saúde e sentem orgulho de fazer parte dela. A Figura 2 representa uma comparação entre o envolvimento com o trabalho e o comprometimento organizacional afetivo entre profissionais de saúde investigados.

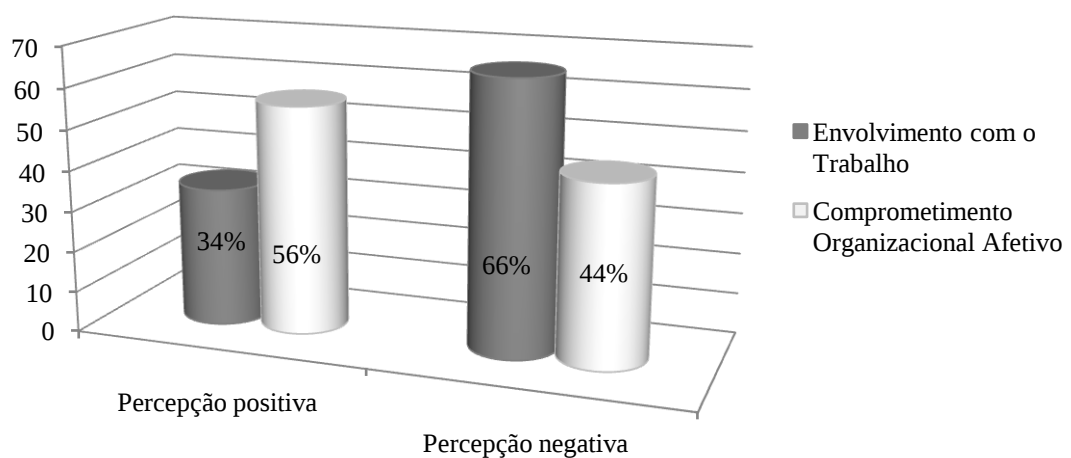


Figura 2 - Envolvimento com o Trabalho e Comprometimento Organizacional Afetivo entre profissionais de saúde da ESF em João Pessoa-PB, Brasil. 2011.

Compreendendo os quatro fatores de satisfação no trabalho discutidos como aspectos positivos que garantem bem-estar para os profissionais investigados, podemos associá-los a outro ponto positivo encontrado na pesquisa, o Comprometimento Organizacional Afetivo (COA). Observa-se que 56% dos profissionais de saúde na ESF apresentam vontade de continuar contribuindo para a USF e sentem orgulho dela.

O COA está relacionado à satisfação com o trabalho, seus principais antecedentes do comprometimento são o apoio organizacional, do supervisor e dos colegas; recepção de feedback relativa ao desempenho; as funções desafiantes; percepção de que os valores organizacionais têm orientação humanista e visionária; e, percepção de que as organizações utilizam-se de práticas justas e de que são socialmente responsáveis (REGO; SOUTO, 2004).

Assim, os resultados apontam que os profissionais investigados estão dispostos a exercer um esforço considerável em benefício da Unidade, possuem uma forte crença e aceitação dos objetivos e valores da ESF e mantêm um forte desejo de se manter membros do serviço. Trazendo o conceito de COA para a ótica da saúde, mais precisamente para a ESF, observa-se que para garantir este enfoque afetivo com o trabalho, os profissionais de saúde precisam ir além de suas competências técnicas, eles necessitam ter vontade pessoal, formação diferenciada, um sentimento mais apurado para estar atuando com a comunidade no seu local.

Os serviços oferecidos pelos profissionais de saúde se fundem numa interrelação pessoal muito intensa, assim, comprometer-se com os objetivos da ESF significa o interesse em prosseguir com as atividades desenvolvidas na comunidade. As principais razões para este comprometimento incluem a satisfação com o trabalho desenvolvido, o vínculo com a população, a crença na ESF como uma estratégia de mudança do setor saúde e a possibilidade de garantir uma melhor qualidade de vida à população atendida.

Tamayo et al (2000) apontam a necessidade de que os profissionais de saúde tenham oportunidade de ressignificar seu trabalho em busca de acreditar ser possível alcançar justiça no trabalho, o que consequentemente aumentaria a satisfação desses trabalhadores. Para tanto, é indispensável que a gestão esclareça a problemática das condições de trabalho, compatibilizando-as com a responsabilidade exigida.

É exatamente este paradoxo entre os ideais expressos nos princípios do SUS e a realidade atual de abandono e sucateamento dos serviços públicos de saúde que cartografam o cenário das crenças dos profissionais que trabalham neste setor acerca da satisfação/insatisfação com o trabalho na ESF. A insatisfação com o trabalho acarreta precarização das relações de trabalho levando o profissional a não sentir-se envolvido com as

questões de trabalho em saúde. Isto pode ser observado na Figura 2, que apresenta a falta de envolvimento com o trabalho de 66% dos profissionais de saúde da ESF em João Pessoa.

Uma situação que também pode estar relacionada à falta de envolvimento com o trabalho, mas está diretamente associada à falta de suporte psicossocial, é a ausência de concurso público para provimento dos cargos exercidos na ESF e na gestão em saúde. Observa-se que o fisiologismo político pode ser responsável pelo recrutamento de profissionais sem perfil para ESF ou mesmo sem qualquer qualificação para o cargo. Há carência de proteção social ao trabalho – ausência de direitos trabalhistas e previdenciários clássicos – gerada por algumas formas de contratação e modalidades de vínculos que dificultam a formação do vínculo do profissional com a comunidade e com sua equipe, pois não há garantias de continuidade das ações planejadas, levando à precarização da assistência.

Assim, diante destes dados é possível identificar um enorme risco de desgaste dos profissionais investigados: estes fatores desgastantes estão articulados ao trabalho realizado que permeiam todos os momentos do processo de trabalho, representados pelo sentimento de insatisfação e falta de envolvimento com o trabalho frente à provisão insuficiente dos meios e instrumentos de trabalho, que vão desde a estrutura física inadequada à falta de material e de equipamentos e, para além dos recursos materiais, a insuficiência para lidar com as limitações, o que traz estresse, preocupação e dor.

Além disso, dentro da perspectiva da ESF às exigências colocadas pelo modelo assistencial construído em torno de uma política de resultados e a forma de organização e divisão do trabalho, pautada no modelo assistencial, se estrutura entrecortada pelas incompatibilidades internas, pela falta de integração entre profissionais e gestores, pela multifuncionalidade e pela pressão causada pelas demandas trazidas da população. Tudo isso pode gerar ansiedade, estresse, angústia, uma sensação de não dar conta do recado, conflito e irritação e frustração profissional.

Dessa forma, os gestores dos serviços de saúde precisam garantir a satisfação, o comprometimento organizacional afetivo e o envolvimento dos profissionais com o trabalho, a fim de garantir o bem-estar no trabalho. Isto pode ser alcançado através do fortalecimento das variáveis relacionadas ao envolvimento no trabalho, tais como: adoção da ética, autoestima, necessidade de crescimento, autonomia, significado e identificação com as tarefas, consideração dos gestores com as relações pessoais e sociais, oportunidades para participação em tomadas de decisão, quantidade e qualidade da comunicação no ambiente de trabalho, dentre outros (SIQUEIRA; GOMIDE JÚNIOR, 2004). Esse engajamento é benéfico para o indivíduo aumentando seu sentido de autovalor, tornando-o mais confiante em suas

habilidades e competências profissionais e, ao mesmo tempo, propicia ao trabalhador vivenciar um estado prazeroso de engajamento no trabalho, consequentemente melhorando a qualidade do serviço oferecido a sua clientela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia Saúde da Família tem como principal atribuição reformular o modelo de atenção à saúde da população através de ações básicas, no primeiro nível de atenção à saúde, propondo-se a uma tarefa maior do que a simples extensão de cobertura e ampliação do acesso. A ESF deve promover a reorganização da prática assistencial, com novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema. Desta forma, é considerada como a principal estratégia de qualificação da Atenção Primária e reformulação do modelo assistencial.

Para alcançar esta proposta, torna-se imprescindível compreender as percepções, expectativas e os sentimentos dos profissionais de saúde acerca do trabalho desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família, uma vez que eles são os elementos-chave para a concretização da ESF. Assim, conhecer os fatores e os níveis de satisfação e insatisfação no trabalho, assim como o envolvimento e o comprometimento organizacional afetivo desses profissionais integrantes do corpo de recursos humanos dos serviços da ESF, permite que os gestores elaborem e adotem medidas de reforço da qualidade de vida no trabalho, possibilitando, conseqüentemente, um melhor desempenho das atividades sanitárias e atenção adequada com as necessidades da população.

A principal dificuldade encontrada pelos pesquisadores na realização da pesquisa foi a recusa dos profissionais em responder ao questionário, tendo em vista que a coleta dos dados iniciou-se em pleno período eleitoral, e muitos profissionais acreditavam que a pesquisa era um instrumento da Secretaria de Saúde para detectar os “insatisfeitos” e retirá-los do serviço. Este fato é explicado ao observarmos o cenário de contratações destes profissionais de saúde no município de João Pessoa, muitos atuam nas USF's, mas não são concursados e possuem apenas contratos temporários, e outros até são concursados, mas já vêm remanejados de outros serviços.

A partir da análise do material empírico, verificou-se que os fatores de satisfação e insatisfação no trabalho identificados na Escala de Satisfação no Trabalho correspondem aos mesmos fatores identificados entre os profissionais de saúde que atuam na ESF, representando um ótimo nível de satisfação com o reconhecimento profissional, com a utilidade social do serviço de saúde e do trabalho em si, com a relação afetiva no trabalho e com o suporte organizacional. Já com relação aos fatores de insatisfação, estes profissionais demonstram elevada insatisfação com a sobrecarga de trabalho e com a falta de suporte psicossocial.

A partir da aplicação da Escala de Envolvimento com o Trabalho, constatou-se que grande parte dos profissionais investigados se identifica com as tarefas desempenhadas,

porém não estão envolvidos com o trabalho realizado, o que gera descomprometimento com o trabalho a ser desenvolvido. Com a aplicação da Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo, também desenvolvida por Siqueira, os resultados indicam que os profissionais se identificam com a Unidade de Saúde da Família e sentem orgulho de fazer parte dela.

Assim, observa-se que os profissionais que lidam diretamente com a Estratégia Saúde da Família não vivenciam o bem-estar no trabalho, os resultados apontam que eles sentem satisfação com os fatores apontados pela EST e estão comprometidos afetivamente com a Unidade em que atuam, mas ao mesmo tempo vivenciam a insatisfação no trabalho que leva a um fraco envolvimento com as atividades desenvolvidas. Esta ausência do bem-estar no trabalho pode ser identificada ao observar as dificuldades reais que estes atores enfrentam quanto à sobrecarga de trabalho, à falta de suporte psicossocial nos serviços e à organização do sistema de saúde no município, cuja solução independe da ação isolada de cada um deles. A mudança de percepção e a alteração do sistema vigente não são possíveis com mudanças pontuais de um setor ou outro da saúde.

Os gestores em saúde precisam promover melhorias na organização dos serviços de saúde para que os princípios do SUS sejam efetivos. Dentre as recomendações para esta promoção, destacam-se:

- Garantir a elaboração e realização de concursos públicos, dos Planos de Carreira, Cargos e Salários - PCCS's, conforme recomendação da NOB/RH-SUS, criando um sistema de cargos, funções e promoções onde haja simplicidade e abertura para influência da produtividade, do mérito, do treinamento e do desempenho dos profissionais;
- Desenvolver juntamente com a equipe o planejamento estratégico das ações;
- Promover os pólos de capacitação, formação e Educação Permanente e Continuada, além de incentivos e ou remuneração para o desenvolvimento profissional e do trabalho;
- Garantir o uso adequado dos recursos disponíveis, dentro do preceito das necessidades de saúde da população;
- Participação nas reuniões das equipes, a fim de promover a ampliação das discussões sobre a reforma da regulação da jornada de trabalho por intermédio do envolvimento amplo dos profissionais envolvidos;
- Fortalecer a imagem e a função do profissional como um propulsor dos sentimentos de altruísmo e respeito à sociedade, a fim de garantir a melhoria constante do serviço de saúde, no atendimento e na qualidade do serviço prestado;

- Estabelecer mecanismos que conduzam à elevação do grau de comprometimento dos profissionais em geral com a melhoria e a racionalização do serviço;
- Promover a saúde dos profissionais, através de ações que vão desde o controle dos riscos existentes nos ambientes e processo de trabalho, como a partir de uma nova concepção relativa ao ambiente de trabalho saudável, garantindo condições dignas de trabalho e a melhoria da qualidade de vida no trabalho, mediante o desenvolvimento de ações de vigilância e controle dos riscos advindos dos ambientes e processos de trabalho, de promoção e educação em saúde e de incentivo à melhoria das relações interpessoais e grupais nos ambientes de trabalho.

Apesar dos muitos problemas que ainda estão por se resolver, é inegável que a Estratégia Saúde da Família trouxe inúmeras mudanças no cenário das políticas públicas de saúde, priorizando as ações preventivas e um olhar atento para a realidade local. A implantação da ESF é um grande desafio para os profissionais de saúde, para a população que vem buscando seus direitos e para os gestores que precisam romper com as práticas tradicionais nos serviços públicos de saúde.

Dessa forma, a partir desta avaliação da satisfação, do envolvimento e do comprometimento com o trabalho desenvolvido pelas equipes da ESF, a gestão em saúde deve oferecer condições de trabalho que favoreçam o uso das capacidades dos profissionais, princípios estes firmados na NOB/RH-SUS garantindo a sua efetivação enquanto política de gestão do trabalho em saúde no âmbito do SUS. Faz-se necessário ainda o estabelecimento de uma política de formação em saúde que contribua para que os gestores, trabalhadores de saúde, usuários e instituições formadoras compreendam e atuem na complexidade do cuidar, com competência e cidadania, avançando em direção à integralidade e humanização nos serviços.

A busca pela qualidade de vida no trabalho e a implementação de ações visando melhorias para as pessoas, é de suma importância para assegurar uma maior produtividade e qualidade no trabalho e maior satisfação na vida familiar e pessoal dos profissionais de saúde. Garantir o investimento na satisfação profissional nos serviços de saúde irá influenciar decisivamente na melhoria do atendimento à população, avançando-se assim na ampliação do conceito de saúde, enquanto bem-estar físico, mental e social.

REFERÊNCIAS

AIXKIN, Charles. **Dicionário de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: FGV, 1986.

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994.

ALVAREZ, Estevam; FERNANDEZ, Luis. El síndrome de Burnout o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. **Asoc. Esp. Neuropsiquiatria**, La Coruña, v. 11, n. 39, p. 257-65, 1991.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 4. Ed. São Paulo: Cortez / Unicamp, 1997.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Apr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 Ago 2010.

ASSIS, Marluce Maria A.; ALVES, Josenildo S.; SANTOS, Adriano M. Políticas de Recursos Humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamentos para o debate. **Rev. baiana saúde pública**, Salvador, v. 32, n. 1, p. 7-15, out 2008. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume32-n1/Revista_Vol_32_n_1_2008_Net.pdf. Acesso em: 23 Ago 2009.

AUBERT, Nestor. A neurose profissional. In: CHANLAT, João F. **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1996.

BABBIE, Earl. **Métodos de Pesquisa Survey**. Tradução de Guilherme Cezarino. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BERGAMINI, Cecília Withaker. **Motivação**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1990.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BOM SUCESSO, Edina de Paula. **Trabalho e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Dunya, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1996a.

_____. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº.196, de 10 de Outubro de 1996. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia de modelo assistencial. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde Online**: PSF - Contradições e desafios. Belo Horizonte / Campinas: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em:

<http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>. Acesso em: 24 Fev 2010.

_____. Portaria nº. 1.444 de 28 de dezembro de 2000. **Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família**. Brasília: Diário Oficial da União, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde**. Área profissional saúde. Brasília: MS/MEC; 2004.

_____. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: 11 Fev. 2009.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BRIDGES, William. **Mudanças nas relações de trabalho: como ser bem sucedido em um mundo sem empregos**. São Paulo: Makron Books, 1995.

CATTANI, Antônio David. **Trabalho e autonomia**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

CAMPOS, Maria Auxiliadora. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Ribeirão Preto, v. 41, n.6, p. 255-257, 1992. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/transf.php?xsl=xsl/titles.xml&xml=http://catserver.bireme.br/cgi-bin/wxis1660.exe/?IsisScript=../cgibin/catrevistas/catrevistas.xis>. Acesso em: 11 Fev. 2009.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 1400-10, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=en. Acesso em: 11 Abr 2010.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução a Teoria Geral da Administração**. 7. ed. São Paulo: Campus, 2004.

CNES – Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. **Arquivo com Profissionais em mais de uma equipe por UF/ em Municípios iguais ou diferentes na competência 03/2010 – João Pessoa - PB**. Brasília: Secretaria de Atenção a Saúde, 2010. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipas.asp?VEstado=25&VMun=250750&VComp=201003-. Acesso em: 29 abr. 2010.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. **Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil:** avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

CODO, Wanderley. Um diagnóstico do trabalho (em busca do prazer). In: TAMAYO, A.; BORGES-ANDRADE, J.; CODO, W. (Eds.). **Trabalho, organizações e cultura**. São Paulo: Cooperativa de Autores Associados, 1997. p. 21-40.

COLLIÈRE, Marie Françoise. **Promover a vida:** da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros Portugueses, 1989.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 319-28, 2001.

COTTA, Rosângela Minardi Mota, et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, set. 2006, vol.15, no.3 p.7-18. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 Fev. 2009.

COUTRIN, Renata Marques G. S.; FREUA, Perla R.; GUIMARÃES, Celma M. Estresse em enfermagem: uma análise do conhecimento produzido na literatura brasileira no período de 1982 a 2001. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 486- 494, 2003.

DAVEL, Eduardo. **Recursos humanos e subjetividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

DAVIS, Keith; NEWSTROM, John W. **Comportamento humano no trabalho:** Uma abordagem psicológica. São Paulo: Pioneira, 1992.

DEJOURS, Cristophe. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. 3. Ed. São Paulo: Cortez Editora/Oboré, 1988.

DELGADO, Luciana Momesso; OLIVEIRA, Beatriz Rosana G. de; Perfil epidemiológico do adoecimento dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 87, n. 8, p. 365-370, Ago. 2005.

DONAIRE, Denis. **Gestão na Empresa**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

DUTRA, Eliana. **O ardil totalitário:** imaginário político no Brasil dos anos 30. Rio de Janeiro/Minas Gerais: Editora UFRJ/Editora UFMG, 1997.

ERICKSON, Erick H. **Infância e sociedade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

EISENBERGER, Robert; FASOLO, Peter; LAMASTRO, Valerie Davis. Perceived organizational support and employee diligence, commitment and innovation. **Journal of Applied Psychology**, Washington, v. 75, n. 1, p. 51-59, 1990.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O trabalho da política:** saúde e segurança dos trabalhadores. São Paulo: Cortez Editora, 1992.

FERNANDES, Eda Conte. **Qualidade de Vida no Trabalho:** como medir para melhorar. 3. ed. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FONSECA, Angélica Ferreira. **O processo histórico do trabalho em saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FORTUNA, Cinira Magali et al . O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Fev. 2009.

FRANÇA, Ana Cristina Limongi; RODRIGUES, Avelino L. **Stress e Trabalho: Uma Abordagem Psicossomática.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

FREITAS, Henrique M.R.; OLIVEIRA, Miriam; SACCOL, Amarolinda Z.; MOSCAROLA, Jean. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração da USP**, São Paulo, v. 35, n. 3, p.105-112, Jul/Set 2000.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas em pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 2006.

GONÇALVES, Reinaldo. **Ô abre-alas:** a nova inserção do Brasil na economia mundial. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

GUEDES, Terezinha Aparecida; MARTINS, Ana Beatriz Tozzo; ACORSI, Clédina Regina Lonardan. **Aprender Fazendo Estatística.** Maringá: UEM, 2005. Disponível em: <http://www.des.uem.br/downloads/arquivos/Estatistica_Descriptiva>. Acesso em: 21 Out 2010.

HAIR, Joseph F. et al. **Análise Multivariada de Dados.** 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HELOANI, José R.; CAPITÃO, Cláudio G. Saúde Mental e Psicologia do Trabalho. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17, n.2, p.102-108, 2003.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores IBGE:** Pesquisa Mensal de Emprego em Março de 2011. Brasília: IBGE, 2011.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD 2006.** Brasília: IBGE, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoe rendimento/pnad2006/default.shtm>>. Acesso em: 21 ago. 2010.

JEX, Steve M. **Stress and job performance.** Londres: Sage, 1998.

KALINOWSKI, Carmen Elisabeth. **O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde:** um estudo de caso. [Dissertação] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000. Disponível em: <http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/publicacoes/dissertacoes.htm>. Acesso em: 13 fev 2009.

KATZ, Cláudio. **Novas tecnologias:** críticas da atual reestruturação produtiva. São Paulo: Xamã, 1995.

L'ABBATE, Solange. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dez. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Fev. 2009.

LACAZ, Francisco Antônio C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-161. 2000.

LARA, Márcia Januzzi. Percepção dos profissionais de Saúde da Família sobre a qualidade de vida no trabalho. **Revista de APS**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 64-86, 2005.

LAURELL, Ana Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEVY-LEBOYER, Claude. **A crise das motivações**. São Paulo: Atlas, 1994.

LIEDKE, Elida Rubine. Trabalho. In: CATTANI, Antonio David. (Org.). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. Porto Alegre: Vozes, 1997. p. 268-274.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. O significado do trabalho. In: _____. **Administração Contemporânea: algumas reflexões**. Minas Gerais: Editora UFMG, 1988. p. 69-134.

LIMA JUNIOR, José Humberto V.; ÉSTHER, Angelo B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 20-30, Jul./Set. 2001. Disponível em: <http://geparufersa.googlepages.com/Texto03.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2010.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LEOPARDI, Maria Tereza. **O trabalho da enfermagem: sua inserção na estrutura do trabalho geral**. Rio Grande do Sul: FURG, 1999.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARTINS, Maria do Carmo F.; SANTOS, Gisele E. Adaptação e revalidação da Escala de Satisfação no Trabalho. **Psico-USF**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 195-205, jul./dez. 2006. Disponível em: pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psicousf/v11n2/v11n2a08.pdf. Acesso em: 23 Fev. 2009.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MARX, Karl; ENGELS, Friederich. Manifesto do Partido Comunista. In: BOGO, Ademar. **Teoria da organização política: escritos de Engels, Marx, Lênin, Rosa, Mao**. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

MASCARENHAS, Fernando. Tempo de trabalho e tempo livre: Algumas reflexões a partir do marxismo contemporâneo. **Cicene**, Belo Horizonte, v.3, n.1, p.72-89, 2000.

MATOS, Francisco Gomes. **Fator QF – Quociente de Felicidade: Ciclo de felicidade no trabalho**. São Paulo: Makron Books, 1997.

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. **Teoria geral da administração:** da escola científica à competitividade na economia globalizada. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MEDEIROS, Sandro Alves de. Avaliação da satisfação no trabalho com o uso de indicadores de qualidade de vida no trabalho. In: **Anais do XXV Encontro Nac. de Eng. de Produção**, 2005, Porto Alegre, RS, Brasil. Disponível em: www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGERP2005_Enegep0404_1439.pdf. Acesso em: 11 Fev. 2009.

MELO, Ana I. S. **Contracena de diferentes:** a saúde do trabalhador como prática social e a percepção dos trabalhadores. Rio de Janeiro: PUC/RJ, 1993. Dissertação [Mestrado]. Departamento de Serviço Social, PUC/RJ, 1993.

MERHY, Emerson Elias. **O SUS e um dos seus Dilemas:** Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). Rio de Janeiro: CEBES, 1995.

MILLS, Wright. **A nova classe média.** Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Imagens no espelho de Vênus: mulher, enfermagem e modernidade. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n.1, p. 55-65, 1999.

MORIN, Estelle M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8-19, jul/set, 2001.

MUNARI, Denize Bouttelet; FUREGATO, Antonia Regina. **Enfermagem e grupos.** Goiânia: AB Editora, 2003.

NEVES, Eloita Pereira. Cuidando e confortando: uma estratégia para a saúde do trabalhador. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n.2, p. 133-7, 2002.

NEVES, José Luís. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, v. 1, n.3, 2º sem., 1996. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c03-art06.pdf>. Acesso em: 23 Fev. 2009.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Capital e trabalho nos serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1989.

OFFE, Claus. **Trabalho e sociedade.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

OLINISKI, Samanta Reikdal; LACERDA, Maria Ribeiro. Cuidando do cuidador no ambiente de trabalho: uma proposta de ação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, Fev. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev 2009.

OLIVEIRA-CASTRO, Gardênia Abbad de; PILATI, Ronaldo; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo. Percepção de suporte organizacional: desenvolvimento e validação de um questionário. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 3, n. 2, Ago. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65551999000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 mai 2011.

OLIVEIRA, Elaine M.; SPIRI, Wilzi C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Publ**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-33, 2006.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília, v. 53, p. 251-63, 2000.

_____. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza (Org.) **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: PEN/UFSC – Papa Livros, 1999. p. 25-48.

RAMOS, Alberto Guerreiro. **A nova ciência das organizações: uma reconceituação da riqueza das nações**. 2.ed. Rio de Janeiro: FGV, 1989.

REGO, Armênio; SOUTO, Solange. Comprometimento Organizacional em Organizações Autentizóticas: um estudo luso-brasileiro. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 44, n.3, 2004.

RIBEIRO, Carla Vaz dos Santos; LEDA, Denise Bessa. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, dez. 2004 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812004000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 ago. 2010.

RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RIFKIN, Jeremy. **O fim dos empregos: o declínio inevitável dos níveis dos empregos e a redução da força global de trabalho**. São Paulo: Makron Books, 1995.

ROBBINS, Stephen P. **Comportamento organizacional**. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

RODRIGUES, Marcus Vinícius C. **Qualidade de Vida no Trabalho: evolução e análise no nível gerencial**. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

RONZANI, Telmo Mota; STRALEN, Cornelles Johannes Van. Dificuldades de implementação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. **Rev. Atenção Primária à Saúde**, v. 6, p.99-107, jul. 2003. Disponível em: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v006n2/Gerencia2.pdf>. Acesso em: 11 Fev. 2009.

SAMPAIO, Jader dos Reis (org.). **Qualidade de Vida, Saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SECLÉN, Juan; FERNANDES, Afra Suassuna (orgs.). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Distritos Sanitários**. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Disponível em: www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/distsanitarios/.

Acesso em: 13 Fev 2009.

SILVA, Alcione Leite da; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; BORENSTEIN, Miriam Susskind. Imagem e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, jul. 2002.

SILVA, Clara Teixeira da. **Saúde do trabalhador: um desafio para qualidade total no Hemorio**. Rio de Janeiro: ENSP, 2000. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000. 156 p.

SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias. **Antecedentes de comportamentos de cidadania organizacional: análise de um modelo pós-cognitivo**. [Tese de Doutorado]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 1995. Disponível em: www.anpad.org.br/rac/vol_07/dwn/rac-v7-edesp-mms.pdf. Acesso em: 23 Fev. 2009.

SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias; GOMIDE JUNIOR, Sinésio. Vínculos do indivíduo com o trabalho e com a organização. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt. (Org.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 300- 330.

SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias; PADOVAM, Valquíria Aparecida Rossi. Influências de percepção de suporte no trabalho e satisfação como o suporte social sobre o bem-estar subjetivo de trabalhadores. In: **Anais do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**, Lisboa, Portugal, p. 659-663, 2004.

SOUZA, Aline Maria A.; SANTOS, Izabel. **Processo Educativo nos Serviços de Saúde**. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos. n. 1. Brasília: OPAS, 1993.

SOUZA, Paulo Renato. **O que são empregos e salários**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

STREINER, David L.; NORMAN, Geoffrey R. **Bioestatistics**. London UK: Mosby Inc, 1993.

TAMAYO, Alvaro; et al. Significado do trabalho entre os profissionais de saúde. **Estudos de Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 289-315, 2000.

TRENCH, Maria Helena; PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 53(Supl), p. 143-47, 2000.

TRIVIÑÒS, Augusto. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: aspectos qualitativos em educação**. São Paulo: Atlas, 1997.

VALLA, Victor Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, 1999. Disponível em: www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Fev 2009.

VASCONCELOS, Eymard M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánches. **Filosofia da praxis**. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225- 264, 2005.

VIEIRA, Débora Feijó V. B. **Qualidade de Vida no Trabalho dos enfermeiros em hospital de ensino**. 1993. 203 f. Dissertação [Mestrado em Administração]. Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1993. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18719/000114897.pdf?sequence=1>. Acesso em: 28 ago. 2010.

VIEIRA, Sônia. **Introdução à Bioestatística**. 4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2008.

VIEIRA, Edmar Teixeira; BORGES, Maria José L.; PINHEIRO, Sílvia Regina M.; NUTO, Sharmênia de Araújo S. O Programa Saúde da Família sobre o enfoque dos profissionais. **Rev Bras Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 119-26, 2004.

VILLALOBOS, Joel Ortega. Estrés y trabajo. **Revista de Medicina y Salud**, Cidade do México, 2004. Disponível em: http://www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm. Acesso em: 03 mai. 2011.

WESTLEY, William A. Problems and solutions in the quality of working life. **Human Relations**, London, v.32, n.2, 1979.

ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt. (Org.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

**ANEXO A – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 5ª Reunião realizada no dia 07/06/09, o projeto de pesquisa intitulado “SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM O TRABALHO DESENVOLVIDO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB”, do interessado Professor Sérgio Ribeiro dos Santos. Protocolo nº. 0262.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionado à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.


Eliane Marques D. de Souza
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB

ANEXO B - ENCAMINHAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA



Prefeitura Municipal de João Pessoa Secretaria de Saúde

João Pessoa, 26 de agosto de 2009.

ENCAMINHAMENTO

Cumprimentando-os cordialmente, encaminhamos o (a) pesquisador (a), KARELLINE IZALTEMBERG V. ROSENSTOCK, para realização de coleta de dados da pesquisa intitulada "SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM O TRABALHO DESENVOLVIDO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB", a ser realizada nos Distritos Sanitários I, II, III, IV e V relacionadas em anexo na cópia do processo nº14.359/2009. Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me,


Vania Priamo
Gerente de Educação em Saúde
Mat.: 51 972-3

Atenciosamente,

Vania Priamo
Gerente de Educação na Saúde

ANEXO C - ESCALAS DE BEM-ESTAR NO TRABALHO: SATISFAÇÃO NO TRABALHO, ENVOLVIMENTO COM O TRABALHO E COMPROMETIMENTO AFETIVO COM A ORGANIZAÇÃO

ESCALA DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO (MARTINS; SANTOS, 2006)

INSTRUÇÕES

O que as pessoas pensam sobre as coisas é importante. Além disso, cada pessoa pensa de modo diferente da outra. Por isso, estamos muito interessados em saber o que você pensa sobre o seu trabalho na Unidade de Saúde da Família. Sua opinião é muito importante para chegarmos a uma conclusão nesta pesquisa.

Para sabermos como você pensa, nós fizemos uma lista de frases (sentenças) que falam sobre o seu trabalho. A sua tarefa será ler cada frase escrita que vem a seguir e dizer o quanto você está satisfeito ou insatisfeito com o que cada frase diz sobre o seu trabalho. Sua opinião é **muito importante** para nosso trabalho. **Por favor, não se identifique.** Você deve marcar suas respostas logo à frente de cada frase. Vamos dar um exemplo para você entender melhor. Suponhamos que na frase nº 1 esteja escrito:

1) Trabalhar durante o dia me faz sentir:

Se você sente **muita satisfação** com o que a frase diz, você deve marcar o nº 5. Se você sente **muita insatisfação**, você deve marcar o nº 1. Se trabalhar durante o dia fizer você sentir **satisfação**, mas não muita, você deve marcar o nº 4. Você pode usar qualquer número da escala que varia de 1 a 5. Veja abaixo:

ESCALA:

Muita Satisfação	Satisfação	Indiferença	Insatisfação	Muita Insatisfação
5	4	3	2	1
FRASES				
1. Trabalhar tanto me faz sentir:				nº
2. Ver que a comunidade reconhece meu trabalho me faz sentir:				
3. Ver que posso confiar nos meus gestores me faz sentir:				
4. Trabalhar nessa Unidade de Saúde da Família que é bem vista na comunidade me faz sentir:				
5. Quando meus colegas elogiam meu trabalho sinto:				
6. Ser responsável pelas minhas tarefas me faz sentir:				
7. Ver que minha equipe me considera um bom funcionário me faz sentir:				

8. Ver que sou importante profissionalmente me faz sentir:	
9. Ver que meu trabalho é reconhecido pelos meus gestores me faz sentir:	
10. O cansaço que sinto depois do trabalho me faz sentir:	
11. Ficar esgotado de tanto trabalhar me faz sentir:	
12. Perceber que meus colegas reconhecem a minha capacidade no trabalho me faz sentir:	
13. Ver que posso confiar na minha equipe me faz sentir:	
14. Ver o quanto meu trabalho me cansa me faz sentir:	
15. Ver que meus gestores são gentis com minha equipe me faz sentir:	
16. Meus gestores serem amigos da equipe até fora do trabalho me faz sentir:	
17. Perceber que conhecer bem o trabalho me dá chance de subir de cargo me faz sentir:	
18. Ver que meu serviço exige de mim mais do que eu posso fazer me faz sentir:	
19. Perceber que esta gestão é preocupada em fazer com que seus empregados vivam bem me faz sentir:	
20. Ver que neste trabalho nunca vou subir de cargo me faz sentir:	
21. Ver que esta Unidade de Saúde da Família faz coisas úteis para a sociedade me faz sentir:	
22. Ver que meu trabalho ajuda a melhorar a sociedade me faz sentir:	
23. Ver que meus gestores incentivam seus subordinados me faz sentir:	
24. Nunca ter recebido um elogio dos meus gestores me faz sentir:	
25. Perceber que o cansaço do trabalho me deixa desanimado para sair de casa me faz sentir:	
26. Ver que meus gestores são legais com seus subordinados me faz sentir:	
27. Ver que meus gestores se preocupam com as condições de trabalho da equipe me faz sentir:	
28. Ver que trabalho mais do que posso, me faz sentir:	
29. Ver que meus gestores gostam de corrigir a gente só para chatear me faz sentir:	
30. Ver que posso ficar desempregado a qualquer momento me faz sentir:	
31. Gostar dos meus colegas de trabalho me faz sentir:	
32. Perceber que trabalho demais me faz sentir:	
33. Ver quantas demissões os meus gestores andam fazendo me faz sentir:	
34. A falta de reconhecimento da minha capacidade no trabalho me faz sentir:	
35. Perceber que os recursos técnicos e materiais são suficientes me faz sentir:	
36. Perceber que tenho um bom salário me faz sentir:	
37. Ter uma equipe bastante compreensiva me faz sentir:	
38. Perceber que as decisões são tomadas em equipe me faz sentir:	
39. Perceber que os recursos técnicos e materiais são insuficientes me faz sentir:	
40. Ver a capacidade da minha equipe para resolver problemas do trabalho me faz sentir:	
41. Ter problemas de saúde por causa do meu trabalho me faz sentir:	
42. Ver que meu trabalho é importante para o desempenho da Unidade de Saúde da Família me faz sentir:	
43. Ver os membros da minha equipe como amigos me faz sentir:	
44. Ver a capacidade dos meus gestores para resolver problemas do trabalho me faz sentir:	
45. Ver os meus gestores como amigos me faz sentir:	

ESCALA DE ENVOLVIMENTO NO TRABALHO (SIQUEIRA, 1995)

A seguir estão cinco frases referentes ao seu trabalho atual. **INDIQUE O QUANTO VOCÊ CONCORDA OU DISCORDA DE CADA UMA DELAS.** Dê suas respostas anotando na coluna à direita de cada frase, aquele número (de 1 a 7), que melhor representa sua resposta.

1 – Discordo totalmente.
2 – Discordo moderadamente.
3 – Discordo levemente.
4 – Nem concordo nem discordo.
5 - Concordo levemente
6 - Concordo moderadamente
7 – Concordo totalmente

1- As maiores satisfações da minha vida vêm do meu trabalho.	
2- As horas que passo trabalhando são as melhores horas do meu dia.	
3- As coisas mais importantes que acontecem em minha vida envolvem meu trabalho.	
4- Eu como, vivo e respiro meu trabalho.	
5- Eu estou pessoalmente muito ligado ao meu trabalho.	

ESCALA DE COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL AFETIVO (SIQUEIRA, 1995)

Abaixo estão listados vários sentimentos e emoções que alguém poderia ter em relação à Unidade de Saúde da Família onde trabalha. **INDIQUE O QUANTO VOCE SENTE ESTES SENTIMENTOS E EMOÇÕES.** Dê suas respostas anotando na coluna à direita de cada frase, aquele número (de 1 a 5) que melhor representa sua resposta.

1 – Nada
2 – Pouco
3 – Mais ou menos
4 – Muito
5 – Extremamente

A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ONDE TRABALHO FAZ-ME SENTIR...

1- Orgulhoso dela	
2- Contente com ela	
3 - Entusiasmado com ela	
4 - Interessado por ela	
5 - Animado com ela	

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
GRUPO DE ESTUDO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E INFORMÁTICA EM
ENFERMAGEM

Esta pesquisa intitula-se SATISFAÇÃO, ENVOLVIMENTO E COMPROMETIMENTO COM O TRABALHO: Percepção dos profissionais na Estratégia Saúde da Família e está sendo desenvolvida por Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock, discente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba e integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa em Administração e Informática em Enfermagem, sob a orientação do Professor Sérgio Ribeiro dos Santos.

Os objetivos da pesquisa são:

- Compreender as percepções, expectativas e os sentimentos dos profissionais de saúde acerca do trabalho desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família.
- Identificar os aspectos bifatoriais da satisfação no trabalho entre os profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família.
- Investigar o nível de envolvimento no trabalho entre os profissionais que atuam na ESF.
- Identificar o nível de comprometimento organizacional afetivo entre os profissionais que atuam na ESF.

A finalidade desta pesquisa é contribuir para o conhecimento dos fatores de satisfação no trabalho dos profissionais integrantes do corpo de recursos humanos dos serviços da Estratégia Saúde da Família, a fim de que os gestores elaborem e adotem medidas de reforço da qualidade de vida no trabalho, possibilitando, conseqüentemente, um melhor desempenho das atividades sanitárias e atenção adequada com as necessidades da população.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Solicito sua permissão para que para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em absoluto sigilo. O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa - PB, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador (a)

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____

Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo

Possui filhos? () Sim () Não

Área de atuação (cargo/função): _____

Tempo de atuação na Unidade de Saúde da Família: _____